

ANDRÉ MORAES REGO REIS

Representações sociais do SUS elaboradas por estudantes de medicina

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá
como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Educação.

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Rio de Janeiro

2018

REFARMA
CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

R375r Reis, André Moraes Rego
Representações sociais do SUS elaboradas por estudantes
de medicina. / André Moraes Rego Reis. – Rio de Janeiro,
2018.
192 f.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade
Estácio de Sá, 2018.

1. Representações sociais. 2. SUS. 3. Estudantes de
medicina. I. Título.

CDD 370.1

Dedicatória

Ao Prof. Dr. Jorge Atílio Iulianelli
(*in memoriam*)

Cursar o Mestrado sempre foi um importante projeto pessoal, mas que ficou em stand-by por quase 30 anos, por conta do exercício de duas décadas de carreira executiva na área comercial farmacêutica. Uma vez distante do mundo corporativo e finalmente com tempo para me dedicar à Academia, tive a felicidade de conhecer o Prof. Dr. Jorge Atílio Iulianelli, meu primeiro professor de Educação, que posteriormente me aceitaria como seu orientando.

Pessoa sempre alegre, inteligentíssimo e educado, foi um prazer conviver com ele durante 12 meses. No entanto, sua trágica precoce despedida aos 53 anos nos mostrou o quanto a vida é efêmera, e da importância de aproveitá-la intensamente, já que tudo pode mudar subitamente e não controlamos o imponderável. A homenagem póstuma realizada pelo programa de pós-graduação em Educação da universidade em 2017 foi um momento marcante na minha vida acadêmica.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais que sempre incentivaram à busca do conhecimento pela leitura e fluência em idiomas. Ensino este que procurei transmitir para os meus filhos e espero que perpassasse gerações futuras.

Agradeço a todos os professores do programa de pós-graduação da Estácio pelas orientações e apoio recebidos ao longo destes dois anos, em especial Professores Dra. Alzira Batalha Alcântara, Dra. Rita Lima, e meu orientador Dr. Pedro Humberto Faria Campos.

Epígrafe

No momento de ser admitido como membro da profissão médica:
Eu juro solenemente consagrar a minha vida a serviço da humanidade;
Eu darei aos meus professores o respeito e a gratidão que lhes são devidos;
Eu praticarei a minha profissão com consciência e dignidade;
A saúde de meu paciente será minha primeira consideração; [...].

*Juramento de Hipócrates,
ritual de formatura do médico.*

Resumo

Este estudo se propôs investigar o conceito do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a ótica da Teoria das Representações Sociais, pelos estudantes de Medicina. Nossa curiosidade foi compreender de que forma os futuros médicos percebem os cenários de prática do sistema público de saúde. O SUS, como concepção, organização e ação resolutiva, tem uma relevância fundamental na promoção de saúde no Brasil. O estudo primeiramente avaliou a trajetória das políticas públicas no campo da saúde e educação para compreender de que forma ocorreu, ao longo do tempo, a aproximação entre os Ministérios da Saúde e Educação, que afetaram os currículos oferecidos pelas Escolas Médicas. No momento, essas escolas vivem um intenso processo de transformação para atender às Diretrizes Nacionais Curriculares de 2014, enfrentando obstáculos complexos, dentre eles as representações do ser médico, modelos pedagógicos tradicionais versus metodologias ativas¹ de aprendizagem, introdução de novos cenários de práticas e, sobretudo, a questão do futuro do estudante, seja com ou sem especialização. Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram aplicados questionários a estudantes de Escolas Médicas, públicas e privadas, que tiveram contato com cenários de prática no SUS. Os dados coletados nestes questionários foram tratados por métodos de análise segundo a abordagem estrutural. Encontramos uma representação social ancorada em dois modelos. Existe o modelo teórico passado em sala de aula, no qual os alunos aprendem os princípios e diretrizes do SUS. Nesse contexto, surge uma visão positiva do sistema público de saúde. Porém, ao serem introduzidos no segundo modelo, cenários de prática, e perceberem a carência no atendimento resolutivo, a representação se torna negativa. Essa visão por evocação surgiu tanto nos elementos no núcleo central, quanto no periférico. De acordo com os dados encontrados, na percepção dos estudantes de Medicina, existe uma aparente inconsistência entre as políticas de saúde e a realidade do serviço público de saúde. Para reversão desse quadro, deveria haver por parte do governo investimento de vultosos recursos na saúde, bem como a melhoria da eficiência na gestão da saúde, posto que os estudantes se mostram muito dispostos a colaborar com o sucesso do SUS e torná-lo um verdadeiro exemplo de saúde pública para o mundo.

Palavras-chave: Representações sociais. SUS. Estudantes de Medicina.

¹ No contexto da saúde, “As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas.” (MITRE *et al.*, 2008, n.p.).

Abstract

This study aimed to investigate the concept of Sistema Único de Saúde (SUS), the public health care system in Brazil, from the perspective of the Theory of Social Representations, in the quest to understand this subject, by the medicine students. Our goal was to understand, in which way, the future physicians, would understand the practical scenarios in the public health care system. The SUS, as concept, organization and solution provider is essential to health promotion in Brazil. Primarily, the study evaluated the public health care and education paths, in order to understand its development over the decades. At what time the Secretary of Health and Education started to build common policies and how this approach affected the medical school's curriculum. At present, the medical schools are facing changing times, in order to implement the 2014 National Curriculum Guidelines. There are substantial challenges, among them, being physician representation, traditional educational approach versus active learning methodologies, new practice scenarios introductions and, overall, the student's future, with or without specialization. We approached the subjects with questionnaires and the inclusion criteria was based on previous contact with the SUS. The data obtained were analyzed and treated according to the structural theory thesis. We found the social representation based on two models. There is the theoretical model, where the students learn the SUS concept. In this context, emerges a very positive view of the public health care system. However, as soon as they are introduced in practical scenarios, and realize the lack of resolution in customer care, the representation changes to negative. This evidence is quite clear in central elements, as well as in peripherals. According to the findings, apparently there is a contradiction in teacher's lecture and public health care reality. In order to change this picture, the government must invest lots of resources in health care, as the students are willing to collaborate to make the SUS such successful, it will turn into a role model for the world.

Keywords: Social representations. SUS. Medical students.

Lista de quadros

Quadro 1 - Análise de Evocações da Representação da Aprendizagem Médica no atendimento do SUS, entre Estudantes Universitários dos Cursos de Medicina

Quadro 2 - Análise de Evocações da Representação da Aprendizagem Médica no atendimento do SUS, entre Estudantes Universitários dos Cursos de Medicina, com técnica de substituição (responder em nome dos colegas)

Lista de tabelas

Tabela 1 - Custo médio da mensalidade do ensino superior, 2017

Tabela 2 - Quantidade participantes por gênero

Tabela 3 - Quantidade de participantes por tipo de instituição

Tabela 4 - Interesse de atuação no SUS depois de formado

Sumário

CAPÍTULO I	
O SUS no contexto das escolas médicas e suas representações	14
1.1 – Epidemiologia, medicina social e a reforma sanitária	14
1.2 – A constituição e a criação do SUS	16
1.3 – Os princípios do SUS	17
Universalidade.....	17
Integralidade	19
Equidade.....	20
Descentralização	21
Regionalização e Hierarquização	21
Participação social.....	22
1.4 – A operacionalização do SUS: da teoria à prática	23
Atenção básica ou primária.....	23
Atendimento intermediário ou secundário.....	25
Atendimento terciário.....	25
A judicialização da saúde.....	26
1.5 – A integração da política de saúde com educação.....	26
1.5.1 – A tradição flexneriana na formação do médico no Brasil.....	27
1.5.2 – Escolas de Medicina e o paradigma da integralidade	28
1.6 – A implementação das DCNMed 2001.....	30
1.7 – Educação, trabalho e saúde.....	33
1.8 – Mais médicos e DCNMed 2014.....	35
CAPÍTULO II	
Singularidades do curso de medicina	40
2.1 – As barreiras de acesso	40
2.2 – Os desafios do estudante de medicina.....	43
2.3 – O SUS na teoria e na prática	45

CAPÍTULO III	
A teoria das representações sociais no campo da saúde	47
3.1 – Abordagem estrutural	47
3.2 – Pesquisas realizadas	52
CAPÍTULO IV	
A RS no atendimento no SUS e formação médica em estudantes de medicina.....	40
4.1 – Método.....	57
A Análise das Evocações.....	57
A Análise de Similitude.....	59
4.1.1 – Sujeitos	60
4.1.2 – Instrumentos	60
4.2 – Resultados	61
4.2.1 – Resultados das Análises de Evocação, RS do SUS, em relação ao aprendizado da Medicina.....	61
4.2.2 – Resultados das Análises de Evocação, RS do SUS, em relação ao aprendizado da medicina, com técnica de substituição (responder em nome dos colegas)	63
4.2.3 – Resultados das Análises de Similitude, RS do SUS, em relação ao aprendizado da Medicina.....	64
4.2.4 – Resultado sobre as perspectivas profissionais depois da formatura	65
QUESTIONÁRIO PILOTO.....	79
QUESTIONÁRIO FINAL	80

Introdução

A medicina do século XXI representa uma das maiores conquistas da sociedade. Em todo o mundo, ao longo do tempo, observa-se o aumento da longevidade com maior qualidade de vida e a queda dos índices de mortalidade infantil. A cada dia surgem novas e revolucionárias técnicas e procedimentos para a saúde, apoiados por inovações na Farmacologia, diagnóstico por imagem e terapia intensiva.

O presente estudo seleciona as políticas referentes à saúde pública e educação médica e avalia a sua congruência com a percepção dos estudantes de Medicina. O curso de Medicina, quando comparado a outros do ensino superior, apresenta características peculiares, como o tempo de formação de seis anos, que é o mais longo dentre todos, e o regime de internato em hospitais nos dois últimos anos até a formatura. Conquanto o real avanço nas últimas duas décadas a respeito da democratização do acesso ao ensino superior, autores como Pinto (2004) destacam a crescente elitização do ensino superior.

Para reflexão inicial, será que o estudante de Medicina se sensibiliza com os problemas de saúde pública? De que forma o governo vem interferindo ao longo do tempo, para operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), com a ampliação da interface de aprendizagem com as Escolas Médicas? O que o estudante refere a respeito da experiência prática dentro do SUS? Trabalhar no SUS depois de formado, é uma perspectiva profissional interessante para os estudantes?

Hipócrates (460 a.C.), considerado o “pai da Medicina”, foi pioneiro no desenvolvimento do conceito de bioética² (CREMESP, 2016). Conforme Arcoverde (2004), Hipócrates, referindo-se aos atributos necessários ao exercício da medicina, dizia que seriam necessários três fatores: 1) Disposição natural do indivíduo; 2) Dedicção ao estudo e ao trabalho; 3) Estar num ambiente favorável para a prática da profissão. Nota-se que estes atributos ainda permanecem na representação que os estudantes de Medicina têm da profissão médica. Porém, passados quase dois mil e quinhentos anos, pela revisão de publicações sobre educação médica, vários autores apresentam uma abordagem crítica ao sistema de ensino médico tradicional, considerado por eles como sendo hospitalocêntrico³, desumanizado e propõem novos métodos pedagógicos mais participativos com metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a precoce introdução do aluno nos cenários de prática em comunidades.

O atendimento domiciliar de enfermos está tão bem registrado na história da Medicina, que a tradição milenar se perpetuou até o presente, num importante rito de passagem acadêmico. O juramento hipocrático, pertencente ao ritual de formatura de todo médico assim afirma, no tocante a medicina de família, “Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução [...]” (CREMESP, 2016).

Mas a tarefa em si, hoje, está longe de ser simples, tal qual formulado por Hipócrates. Manhães (2003) opina que, ao início do século XXI, o médico vive dicotomias que abrangem: necessidade de atualização constante; correria por múltiplos empregos, que podem ser públicos ou privados; e uso de medicina preventiva ou curativa.

2 Bioética é a ciência que tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações. (LEONE; PRIVITERA; CUNHA, 2001, apud JUNQUEIRA, 2010).

3 Modelo individualizado de atendimento à saúde, com ênfase na doença, curativo e direcionado para o ambiente hospitalar (COUTO, 2013)

No contexto da formação em saúde, atualmente no Brasil, um dos maiores desafios que um jovem pode assumir para o seu futuro profissional é se formar médico. Pelo menos três fatores irão impactar a sua trajetória acadêmica: 1) o acesso à faculdade de Medicina pelo Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), 2) o ônus do custeamento do curso para o aluno, em especial nas faculdades particulares, 3) a influência das políticas públicas quando do contato prático do estudante com os pacientes.

Curiosamente, há uma lacuna na literatura a respeito de estudos conduzidos sobre este tema. Adler (2014) investigou as bases de dados Pubmed, Scielo e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), usando-se como termos de pesquisa "educação médica" ou "graduação em Medicina" e "Sistema Único de Saúde". Foram excluídos os artigos onde não constavam resultados da experiência de "prática no SUS". Escolheu-se o intervalo entre 2002 a 2012, portanto 10 anos para seleção dos artigos, porque, segundo a autora, correspondeu ao período em que essa discussão ganhou maior relevo e abrangência no âmbito das publicações especializadas. Mas dos 174 artigos encontrados, somente 31 se enquadraram no critério de seleção. Acerca da combinação entre Representações Sociais, estudantes de Medicina e prática no SUS encontramos apenas cinco estudos alinhados com este tema. A despeito da relevância do assunto, a evidente carência de publicações denota um amplo espaço para a realização de novas investigações a respeito.

Contudo, talvez já esteja em curso uma perspectiva de mudança no horizonte acadêmico. No Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM) realizado em outubro de 2016, com cerca de 2,5 mil participantes, os temas de maior relevância no Guia de apresentações dos trabalhos científicos visavam Cenários de prática e integração à rede de serviços de saúde (210 trabalhos) e Avaliação de estudantes nos processos de ensino-aprendizagem (107).

Albuquerque (2008) infere que só é possível pensar na mudança na formação dos profissionais de saúde, caso ocorra a discussão sobre a articulação ensino-serviço, dentro de um contexto que privilegie "[...] a reflexão sobre a realidade da produção de cuidados e a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente em um modelo que considere como objetivo central as necessidades dos usuários." (ALBUQUERQUE, 2008, n.p.). A autora conclui o seu artigo preconizando que tanto a formação, como a qualificação dos profissionais da saúde devem se orientar pelas necessidades da comunidade. Para isso, há que se ter um verdadeiro trabalho em equipe dos atores envolvidos no processo, abandonando assim a relação atual de distanciamento dos reais problemas da população.

O texto a seguir traz à luz as Representações Sociais do estudante de Medicina com o cenário de prática dentro do SUS. Trata-se de assunto pertinente e atual, ainda mais considerando a crise financeira pela qual passa o Estado brasileiro, perpassando, inclusive os hospitais universitários e demais unidades de saúde públicas, cujas consequências na formação adequada do futuro médico podem ser dramáticas.

CAPÍTULO I

O SUS no contexto das escolas médicas e suas representações

1.1 Epidemiologia, medicina social e a reforma sanitária

Como medir⁴ os níveis de saúde da população? Esse é o tema de interesse da Epidemiologia, uma disciplina comum dentre quase todos os cursos na área da saúde. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2010, p. 8), “uma definição ampla mediria o nível de saúde e bem-estar, a capacidade funcional, a presença e causas de doenças e óbito e a expectativa de vida das populações”. Entretanto, uma abordagem realmente completa, também teria que avaliar as condições de saúde mental, autoestima, satisfação com o trabalho, exercício físico, etc. A forma preferencial para coleta de dados estatísticos ao longo do tempo ocorre por meio de censos populacionais periódicos padronizados. Desta feita torna-se possível, por exemplo, realizar comparações acerca do crescimento da expectativa de vida dentre o mesmo grupo como paulistas, ou paulistas comparados aos demais brasileiros e ainda brasileiros versus resto do mundo.

Ainda de acordo com os autores (2010, p. 8), “a mensuração na saúde requer a disponibilidade de dados sobre características relevantes da população (variáveis), tais como seu tamanho, composição, estilos de vida, classes sociais, eventos de doenças, nascimentos e óbitos.” Com esses dados é possível apurar também os indicadores de morbidade e mortalidade, que são fundamentais para determinação e execução de políticas públicas de saúde.

A morbidade mede a frequência de problemas de saúde específicos como infecções, cânceres, acidentes de trabalho, etc. As fontes de dados costumam ser registros de hospitais e serviços de saúde, notificação de doenças sob vigilância e inquéritos de soro prevalência e de auto-relato de doenças, entre outros. A mortalidade geral ou por causas específicas permite comparar o nível geral de saúde e identificar causas de mortalidade relevantes como acidentes, tabagismo, etc. O registro da mortalidade requer o atestado de óbito [...] (OPAS, 2010, p. 9).

A Epidemiologia é uma importante fonte de informação para outra disciplina na área da saúde conhecida como Medicina Social. Cordeiro (2004) recorda que esse termo foi cunhado na década de 1970, na busca de alternativas à medicina tradicional, focada na individualidade biológica do ser humano, para que contemplassem uma articulação da Epidemiologia com ênfase na determinação social das doenças e as políticas de saúde.

Pereira (2003, p. 17) reforça essa visão integradora da assistência médica com as Ciências Sociais, em especial da Sociologia, “Ora, saúde e doença são objetos ao mesmo tempo sociais e biológicos. Os homens são sadios, enfermam e morrem não segundo apenas variáveis biológicas, mas por razões, o mais das vezes, sociais”. Na perspectiva do autor, em resumo, a Medicina Social se ocupa com duas questões.

⁴ Medição: é o procedimento de aplicação de um padrão a uma variável ou a um conjunto de valores. (OPAS, 2010, p. 8).

Quais são os determinantes sociais que fazem com que um dado fenômeno na área da Saúde Coletiva⁵ seja considerado normal ou patológico e quais são os fatores e condições igualmente sociais que levariam tal fenômeno a se manifestar diversamente nos vários segmentos sociais (classes, frações de classe, grupos ocupacionais, de renda etc.) (PEREIRA, 2003, p. 18).

Trata-se, portanto, de um novo olhar da assistência médica, que se traduz por uma mudança de perspectiva qualitativa. A Medicina Social estuda não os corpos biológicos, isolados, mas sim os corpos sociais. Isso significa que o sujeito deve ser avaliado como integrado nos grupos, classes e gerador de relações dentro da sociedade.

Cordeiro (2004) infere que o conceito embrionário do SUS surge no documento, aprovado no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, em outubro de 1979, com os princípios que seriam adotados pela Reforma Sanitária⁶, dentre eles: 1) o direito à saúde como direito universal e inalienável; 2) o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; 3) o papel do Estado no sentido de regular as leis do mercado na área da saúde; 4) descentralização, regionalização e hierarquização e “criar o Sistema Único de Saúde”.

Paim (2008) destaca que em 1986 foi finalmente criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) pelo Ministério da Saúde (MS). Ela foi constituída por representantes do governo e da sociedade, abrangendo MS, Fiocruz, Ministério da Previdência, Assistência Social, Ministério da Educação e Cultura (MEC), Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Urbano, Ministério de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Planejamento da Presidência da República, Câmara de Deputados e Centrais Sindicais, Patronais e outros. Apesar das críticas a respeito da heterogeneidade da sua composição e lentidão nos trabalhos, tratou-se de um marco para o desencadeamento do processo da Reforma Sanitária Brasileira. Produziu três relatórios, sendo que o seu documento mais importante intitulado, “O que é a Reforma Sanitária”, o qual se explicitou pela primeira vez os princípios organizativos e diretrizes para a reorganização do setor, foi encaminhado à Assembleia Nacional Constituinte. O mérito desse documento é porque os princípios organizativos, como integração institucional, regionalização e hierarquização, distritalização e gestão colegiada, aliados às diretrizes definidas por universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação, se tornariam a base conceitual do futuro sistema público de saúde brasileiro e seguem em vigor até hoje.

Há que se entender também a singularidade do momento político da época. A 8ª CNRS foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura. Para que ele assumisse a Presidência após a série de generais, houve um amplo movimento popular conhecido como “Diretas já”, que marcou o início da redemocratização no Brasil. Esta foi primeira CNRS com participação de amplos setores da sociedade e resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com estabelecimento de convênio entre o INAMPS⁷ e os governos estaduais. A influência da CNRS nos debates no Congresso se revelou presente no texto final da Constituição, no capítulo Da Saúde.

5 Tarefa de investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde (NUNES, 1994).

6 A expressão foi usada em 1970 para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado na Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS. (PENSESUS, 2013 f).

7 O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. Foi extinto em 1993, pela Lei nº 8.689, e suas competências transferidas ao SUS (FGV, 2017).

1.2 A constituição e a criação do SUS

A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) conhecida como Cidadã⁸, pela quantidade de inovações na área social, trouxe uma série de avanços para a população, abrangendo, entre outras, as áreas da saúde, educação e previdência. Paim (2013) avalia que A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania. Mas o que é seguridade e cidadania?

Na Constituição Brasileira de 1988 o termo seguridade social é utilizado pela primeira vez, no artigo 194. Ela é composta pelo tripé: saúde, como direito de todos, previdência, de caráter contributivo, e assistência social, para a população carente.

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; [...] (BRASIL, 1988, p. 22)

O objetivo do Constituinte era prover um sistema de proteção para amparar as necessidades básicas do ser humano, reconhecendo assim a responsabilidade do Estado, no contexto da justiça social. Inclusive previu as fontes de financiamento da seguridade social, mas que ao longo do tempo foram sendo destinadas a outros fins, que não o proposto na Carta Magna.

Juridicamente, cidadão é o indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado. Ele pode votar, ser votado e responder civil e criminalmente pelos seus atos. Uma criança é um cidadão, já que é registrado ao nascer, e, portanto, tem direitos como todos os brasileiros, mas até a adolescência é inimputável e não exerce a cidadania.

Paim (2013) reforça que o texto da Constituição destacou o direito à cidadania com seguridade social, pela integração das áreas de saúde, previdência e assistência. Dialogando com Cordeiro (2004), ao reconhecer a relevância das proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o Estado se torna protagonista no reconhecimento ao direito da população à saúde.

De fato, a mais importante referência no texto da Constituição sobre este importante marco social é prescrever, como obrigação do Estado, que mais de 200 milhões de pessoas tenham cobertura integral de saúde, em todos os níveis, durante toda a vida pelo Estado.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 23).

O artigo 198 explicita o que seria o conceito do SUS, contendo alguns de seus princípios, válidos até hoje.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 23).

⁸ Promulgada no dia 5 de outubro de 1988, durante o governo de José Sarney, a Constituição em vigor, conhecida por "Constituição Cidadã", é a sétima adotada no país e tem como um de seus fundamentos dar maior liberdade e direitos ao cidadão - reduzidos durante o regime militar - e manter o Estado como república presidencialista (PONTUAL, 2013).

Paim (2013) ressalta que, para operacionalizar este artigo da Constituição, dentre um conjunto de políticas econômicas e sociais, em 1990 o governo cria o SUS. O Sistema Único de Saúde nasce agora ampliado com cinco princípios básicos: universal, público, participativo, descentralizado e integral.

Duas leis, conhecidas como Leis Orgânicas de Saúde são fundamentais para compreensão da operacionalização do SUS. A Lei 8080/90 definiu a regulamentação e atribuições do SUS e a Lei 8.142/90 aborda a participação da população na gestão do SUS, descentralização e as transferências de recursos da área de saúde entre os governos.

São atribuições do SUS (BRASIL, 1990):

- Assistência terapêutica integral;
- Assistência farmacêutica;
- Controle e fiscalização de alimentos, água e bebidas, garantindo orientação familiar;
- Participação na preparação de recursos humanos;
- Orientação familiar;
- Acompanhar a Saúde do trabalhador;
- Vigilância epidemiológica;
- Vigilância nutricional;
- Vigilância sanitária.

Na visão do MS (2000), a mudança foi grande. Até a criação do sistema único de saúde, havia uma divisão de responsabilidades entre os Ministérios da Saúde e Previdência. Enquanto o primeiro realizava medicina preventiva, como as campanhas de vacinação, o segundo ofertava tratamento ambulatorial, ou medicina curativa, mas não a toda população. Somente aqueles com carteira assinada e que, portanto, contribuía com a seguridade social, tinham direito a esse benefício. Para o governo, o cidadão era dividido entre “trabalhador e indigente”. Imagine a quantidade de pessoas “indigentes” em 1990, porque não trabalhavam ou estavam na informalidade. Pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018) informa que em dezembro de 2017 havia 91 milhões de brasileiros adultos ocupados e 13 milhões desocupados. Entre os ocupados, 33 milhões trabalhavam com carteira assinada, 11 milhões sem carteira e 23 milhões por conta própria. Em conclusão, caso fosse hoje, pelo critério anterior ao SUS, somente 32% dos brasileiros teriam direito à assistência à saúde pública. Mesmo com a inclusão dos trabalhadores por conta própria, assumindo que todos realizem a contribuição ao INSS como autônomos ou Microempreendedores Individuais (MEI), esse número aumenta para 54%. Ou seja, pelo menos 46% das outras pessoas teriam que pagar por serviços privados.

1.3 Os princípios do SUS

O MS (2000), referendando a proposta da Reforma Sanitária de 1986, define sete princípios constituintes da base filosófica do SUS, divididos em doutrinários e organizativos. Os doutrinários abrangem universalidade, integralidade e equidade nos serviços e ações na saúde. Os organizativos relacionam-se a descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. Segue a descrição de cada princípio.

Universalidade

“Todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde.” (PENSESUS, 2013 a, n. p.). “É dever do Poder Público a provisão de serviços e ações que lhe garanta.” (BRASIL, 2000, p. 30).

Passados mais de 25 anos depois da Constituição e da criação do SUS, o MS (BRASIL, 2017 a) reconhece conquistas e desafios para implementação deste princípio. Como avanço, cita a ideia

prevalente que o SUS é saúde para todos e que políticas de Estado como distribuição gratuita de medicamentos para várias doenças crônicas como DST/AIDS e ampliação das campanhas de vacinação, floresceram a partir dessa visão.

A Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) surge em 1998, com a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2017 b). Teria uma ação “imprescindível como instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.” (BRASIL, 2017 b, p. 7). O MS reconhece o desafio de manter essa lista atualizada, contendo milhares de produtos, insumos e vacinas diante da complexidade das necessidades da população. E se a lista do RENAME é bem extensa, há outra complementar, contendo testes diagnósticos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS, que estão vinculados à Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). Tudo estaria perfeito, caso não existisse a necessidade de incorporação de inovações tecnológicas importantes na área da saúde, que pressionam os custos do sistema de forma crescente. Considerando as restrições orçamentárias do governo, em especial diante da atual conjuntura econômica, observa-se a dificuldade para manutenção da RENAME e RENASES com tecnologia de ponta. Entretanto, ainda de acordo com o MS, “a motivação para vencer esse desafio alicerça-se no papel desempenhado pela RENAME como orientadora do acesso à assistência farmacêutica, fortalecendo o SUS como uma grande conquista da sociedade brasileira.” (BRASIL, 2017, p. 8).

Existe uma política de Estado de ampliação da lista de medicamentos a cada edição. O objetivo é aumentar a resolutividade do SUS. Ao final de 2017, o ministro da Saúde Ricardo Barros lançou a RENAME 2018, no VIII Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica no SUS, em Macaíó, Alagoas. Ele destacou que a nova lista contém 1098 medicamentos, o que representa 26% de aumento sobre 2017. Outra inovação é que a lista ficará disponível na internet, em linguagem revisada, mais simplificada, permitindo consultas da população sobre a indicação do tratamento adequado, onde pode receber o medicamento e quem é o responsável pelo fornecimento (ME-NEZES, 2017).

Paim (2016) destaca o altamente expressivo número de 3,5 bilhões de atendimentos anuais, equivalente a 16 atendimentos por habitante; que o SUS é referência em termos de transplantes no mundo; que mais de 50% da população está vinculada aos programas de Saúde da Família⁹; que com o advento do SUS foi iniciada a vigilância epidemiológica, dentre outras. O Governo de Minas Gerais (201-), dialogando com Paim (2016), sobre exemplo para o mundo em política de saúde, vai além, por entender que o SUS é modelo de referência internacional por conta do seu alcance e multiplicidade de serviços de saúde. No entanto, como barreiras a transpor, o MS (2017a) reconhece que persistem problemas financeiros, políticos e administrativos, que naturalmente impactam na abrangência e qualidade do atendimento universal. Sobre a interferência da política na universalidade, Paim (2016) argumenta que

Esse desafio permanece. Nós precisamos ampliar, cada vez mais, as forças sociais capazes de dar bases ao sistema universal, ainda que conviva com um sistema privado, mas que, na consciência das pessoas se entenda a saúde como um bem público, como um direito da cidadania e da vida (PAIM, 2016, n.p.).

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconize a universalização da saúde, nenhum outro país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes se propôs a transferir tamanha responsabilidade para a gestão pública (BRASIL, 2012). Portanto, não é de estranhar que o SUS

⁹ Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo MS em 1993 para desenvolvimento da medicina preventiva nas comunidades. A universalidade também implica na realização de ações que previnam e reduzam o tratamento de agravos. (MS, 2000).

ainda necessitará de muitos ajustes até que o paradigma da universalidade seja realmente efetivado conforme foi idealizado na Constituição.

Integralidade

O conceito apresenta duas definições complementares por parte do MS.

Conforme exposto no documento SUS, Princípios e Conquistas, MS (2000, p. 31), “A atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos, ainda que minoritários em relação ao total da população.”. Posteriormente, esse conceito foi ampliado.

Integralidade está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa. Pela perspectiva dos usuários, a ação integral em saúde tem sido frequentemente associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento. Por isso, este valor paira como uma orientação geral nos serviços de saúde, já que o Estado tem o dever de oferecer um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, como oficializou a Constituição Federal de 1988 (PENSESUS, 2013 b, n.p.).

Na prática, trata-se do Estado prover um conjunto abrangente de ações que vão desde a prevenção à assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade. Significa que um “modelo de atenção integral à saúde” contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação, ou seja, tudo em saúde e para toda a vida. O MS (2017, c) ressalta uma disputa histórica entre a visão acadêmica de medicina integral, contra a então tendência de especialização dos profissionais de saúde. Recorda que a integralidade era um dos importantes postulados da Reforma Sanitária.

Couto (2009) recorda que o conceito de promoção à saúde originou-se na década de 1970, no Canadá. Surgiu como um movimento ideológico norteado por quatro elementos: integração da saúde, como parte das políticas públicas; atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; reorientação dos sistemas de saúde e ênfase na mudança de estilos de vida. Enfim, a medicina preventiva começava a ganhar espaço conceitual, em contraponto ao modelo curativo. Nesse contexto, “o modelo ideológico da promoção à saúde estabelece que o campo da saúde é composto por quatro polos: a biologia humana, o sistema de organização dos serviços, o ambiente (social, político e físico) e o estilo de vida (trabalho, consumo e lazer).” (COUTO, 2009, p 124). Essa concepção positiva de saúde, tanto no sentido individual como no coletivo, seria a base do trabalho das futuras equipes de saúde da família.

De acordo com Almeida-Filho (2011), desde a criação do SUS, também há quase três décadas, justamente para viabilizar o paradigma da universalidade, integralidade e gratuidade em saúde estabelecido na Constituição, um dos maiores desafios do governo tem sido viabilizar na prática o direito à seguridade social, mas esse problema não é recente. Cordeiro (2004) elenca dois principais pontos controversos, desde 1988, sem clara solução até o momento.

1) O conceito de seguridade social, envolvendo ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social a todos os brasileiros. Esse novo marco social superou o conceito tradicional de seguro social, que só beneficiava os contribuintes do sistema. Ao seguir a letra da Constituição, agora, todo brasileiro teria direito a saúde, previdência e assistência social, independentemente de sua contribuição individual ao sistema. Ao longo do tempo, esse novo paradigma resultou num déficit crescente da previdência, custeado pela contínua elevação da carga tributária, mas que está chegando ao seu limite. Segundo Almeida (2015), baseado em es-

timativas oficiais, em 2018 o gasto do INSS atingirá 7,87% do Produto Interno Bruto (PIB)¹⁰. De fato, conforme os números oficiais, a previsão de Almeida está se confirmando. A situação do orçamento federal para 2019 é bem preocupante. De acordo com o Ministério de Planejamento,

A Seguridade Social registrou déficit de R\$ 292,4 bilhões em 2017, equivalente a 4,4% do PIB. O valor representa um avanço nominal de 13% em relação a um ano antes, quando as despesas superaram as receitas em R\$ 258,7 bilhões (em valores correntes), ou 4,1% do PIB (PUP0, 2018, n.p.).

Segundo PUP0 (2018), o motivo é que, novamente em 2017, as despesas cresceram mais do que as receitas, 9% sobre 7,3% e essa defasagem aumenta a cada ano. A maior despesa da Seguridade Social é com os benefícios da previdência. Para reverter essa situação, ou se realiza uma profunda reforma da previdência¹¹ para reduzir o desembolso futuro, ou esperamos que o crescimento da economia gere receita suficiente para suportar a tendência explosiva dos custos da Seguridade Social.

2) O conceito de universalidade de cobertura é análogo ao reconhecimento do direito de todos à saúde. Evidentemente, considerando a restrição de recursos orçamentários para se garantir o paradigma da integralidade, surge uma questão de bioética em política pública de saúde. O que é mais importante, o atendimento básico nos postos de saúde a uma larga camada da população, a realização dos procedimentos de alta complexidade ou o amparo de tratamentos de doenças raras, com medicamentos custando mais de R\$ 250 mil por mês, por paciente? Como isso não está definido nem pela Constituição nem pelo Superior Tribunal Federal (STF), cresce a judicialização da saúde em todo o país, amparado exatamente no direito constitucional universal à saúde. Na avaliação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE, 2017), a judicialização causa a desorganização do sistema de saúde, desequilíbrio orçamentário do setor, além de desigualdades de direito na sociedade. Como a maior parte dos processos são relativos ao serviço público de saúde, mais adiante no texto detalhamos melhor essa questão. Em conclusão, independentemente da judicialização, os princípios de universalidade e integridade propõem um SUS para todos e não apenas um pacote mínimo de serviços para pobres.

Equidade

Novamente estamos diante de uma questão de bioética. Quem deve ter maior prioridade no atendimento à saúde, se todos que procuram atendimento desejam resolução imediata para seus problemas? Conforme o MS, equidade

Tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados (PENSE-SUS, 2013 c, n.p.).

O MS cita como exemplo a classificação de risco nos hospitais, onde a prioridade no atendimento é definida por critérios combinados de ordem de chegada, urgência e gravidade. Por exemplo, um enfartado terá prioridade no atendimento em relação a alguém com luxação no braço, mesmo que esta pessoa tenha chegado antes ao hospital. O enfartado não pode esperar, porque corre sério risco de morte. O MS também informa acerca da diversidade das ações atualmente em curso “[...] existem programas de saúde em acordo com a pluralidade da população, contemplando campo, floresta, negros, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência, entre outros (PENSESUS, 2013 c, n.p.).

¹⁰ Essa leitura não é consensual, em função das interpretações sobre as fontes de financiamento da Seguridade Social, conforme o texto constitucional. (Nota do autor).

¹¹ O PIB é a soma de todas as riquezas produzidas no país, calculado pelo IBGE. (PORTAL BRASIL, 2017).

Campos (2004) ressalta que a promoção da saúde por meio do SUS representa o enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções. E que para isso deve se buscar inclusive uma visão antropofágica, buscando a atenção aos sujeitos e à coletividade. Considerando que a promoção da saúde é um campo teórico-prático-político, ela deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, na forma mais abrangente possível. Na visão do autor, “tal política deve estar comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os usuários e profissionais de saúde, como protagonistas na organização do processo, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo” (CAMPOS, 2004, p. 746).

Inclusive, o artigo 203, da Constituição Federal sobre assistência social reforça o conceito de equidade, como garantidora de direitos para populações vulneráveis.

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988, p. 23).

Descentralização

Implica na efetiva participação dos poderes municipais, estaduais e federais no contexto operacional do SUS, posto que o governo federal, sozinho, não teria condições de realizar tamanho desafio nos 5570 municípios do país. “O poder e a responsabilidade sobre o setor público de saúde são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade.” (PENSESUS, 2013 d, n.p.).

Significa que obedecendo ao conceito de comando único, e aos princípios dentro do sistema, cada esfera de governo estadual e municipal é autônoma e soberana em suas decisões e atividades. Como exemplo, existe vigilância sanitária federal, estadual e municipal, mas todos esses órgãos devem estar alinhados às políticas da ANVISA. Cada região formada nos estados deverá garantir a integralidade no atendimento através da parceria entre os municípios componentes. Porém, para a descentralização funcionar plenamente, há que se considerar o poder econômico de cada município, já que a maioria não se sustenta sem o substancial repasse mensal do governo federal.

Regionalização e Hierarquização

Para o MS (BRASIL, 2000), regionalização e hierarquização são princípios organizativos do SUS. Visam a implementação da descentralização das ações e serviços de saúde, inserido nos processos de negociação e pactuação entre os gestores. A cardiologia nos oferece um ótimo exemplo para reflexão. Como nem todos os pacientes cardíacos necessitarão de cirurgia com implantação de stent, apenas um hospital bem equipado poderá atender a essa demanda na região. Na prática, para cada tipo de enfermidade e grau de complexidade, há um local de referência hierarquizado para o serviço. O Instituto Nacional de Cardiologia (INC) no Rio de Janeiro, RJ é referência no tratamento de doenças cardíacas de alta complexidade, sendo o único hospital público no Rio de Janeiro que realiza transplantes de coração em adultos e crianças. Seus indicadores de 2016 impressionam pela abrangência, 65 mil consultas, 3,6 mil internações, 1,1 mil cirurgias e 65 mil exames. (BRASIL, 2016).

Não obstante esses números, em 2014, o INC se viu diante de uma polêmica midiática nacional, que no fundo reflete também os problemas da hierarquização. GALDO (2014) reporta que um

homem de 60 anos estava viajando dentro do ônibus no bairro das Laranjeiras, onde fica o INC, quando supostamente teve um princípio de infarto. Alertado pelos passageiros, o motorista dirigiu-se até o hospital e estacionou em frente à unidade. Apesar do estado de greve dos funcionários do hospital, havia atendimento lá dentro, mas ninguém deixou seus afazeres internos para prestar socorro. Cerca de 30 minutos se passaram com o passageiro desfalecido dentro do ônibus sem a prestação de socorro, até que uma ambulância do SAMU, que passava pelo local, parou. A equipe do SAMU entrou no ônibus e tentou reanimar o paciente, ali mesmo na calçada, durante 40 minutos. Apesar desse esforço tardio, o paciente faleceu. Após a ampla divulgação do ocorrido pela mídia, o INC se posicionou. Segundo a direção do hospital, o motivo da falta de atendimento foi que o mesmo não estava credenciado para urgência e nem tinha pessoal e equipamento especializado em primeiros socorros. Portanto, para que regionalização e hierarquização funcionem, é necessário muita organização, união e parceria entre os entes federados. Não é admissível uma pessoa morrer nestas condições, ou seja, sem socorro cardíaco, na porta de um hospital de referência em cardiologia.

Participação social

Foi literalmente previsto no artigo 198, parágrafo III do texto do constituinte relativo à concepção do sistema único de saúde,

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988, p 23)

Na visão do MS (PENSESUS, 2013e) busca-se democratizar os processos decisórios da política de saúde pública, pela inclusão de atores sociais até então marginalizados neste contexto, por meio de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de colegiados de gestão nos serviços de saúde.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS. Faz parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal. A lista dos potenciais representantes é bem abrangente, incluindo 18 categorias diferentes.

Poderão ser contempladas, entre outras, as seguintes representações: associações de portadores de patologias; associações de portadores de deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais e populares organizados; movimentos organizados de mulheres em saúde, entidades de aposentados e pensionistas; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas; [...] (BRASIL, 2013, p. 9).

Participam mensalmente de reuniões formais representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços. A quantidade de participantes é definida por lei regional. Tem como objetivos a reivindicação, a formulação, o controle e a avaliação da execução das políticas públicas de saúde. Após análise, o Conselho aprova o plano de saúde e o relatório acerca da gestão em cada cidade, estado e no país.

Conferências de Saúde complementam as ações dos Conselhos de Saúde. São fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. Até 2015, foram realizadas 15 Conferências Nacionais de Saúde.

Sem dúvida, além de todos os desafios relacionados aos princípios e diretrizes expostos, a participação popular na definição e acompanhamento das políticas regionais de saúde também enfrenta problemas. Para o SUS, a respeito da gestão destas instâncias em benefício da garantia da participação social, “o desafio que se coloca é a criação de uma eficiente rede de informação e comunicação ao cidadão sobre estes espaços de participação. E mais, do cidadão perceber-se como ator fundamental na reivindicação pelo direito à saúde” (PENSESUS, 2013 e, n.p.). Até o MS ressalta o quanto ainda é necessário progredir para valer de fato o texto constitucional.

1.4 A operacionalização do SUS: da teoria à prática

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2017), a operacionalização do SUS ocorre em três níveis de atendimento à população, são eles: primário, secundário ou intermediário e terciário, também chamado de média e alta complexidade. A atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde e Equipes de Saúde da Família, enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais, já que estes dispõem de unidades para internação do paciente.

Atenção básica ou primária

No Brasil, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) os termos são utilizados como sinônimos e por isso a nossa preferência será por utilizar o primeiro. A atenção básica é dividida entre curativa e preventiva. Na curativa, a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Posto de Saúde (PS) é a porta de entrada para serviços emergenciais de saúde. São problemas de baixa complexidade e alta densidade. Caso não houvesse UBS as clínicas de pronto atendimento e os hospitais estariam muito mais abarrotados ainda.

Na UBS, o usuário do SUS irá receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia, de segunda a sexta-feira, de 08h às 17h. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para outras especialidades clínicas e fornecimento de medicação básica (SAUDE.MG.GOV.BR, [201-], n.p.).

O MS, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), define os instrumentos, procedimentos e agentes necessários para operacionalização do atendimento primário da população. Neste documento (BRASIL, 2017) estão definidos os princípios e diretrizes; as funções na rede; as responsabilidades em todas as esferas de governo; infraestrutura e funcionamento; implantação e financiamento. O repasse do governo federal abrange determinados valores para os municípios que tenham equipes envolvidas em Saúde da Família, Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Almeida-Filho (2011) percebe a relevância do SUS nas suas duas linhas principais de atuação: o Programa Saúde da Família, abrangendo cuidados primários de saúde em 5.295 municípios; ou seja, em 95% do território nacional, e uma rede de clínicas e hospitais públicos ou contratados pelo SUS, que presta atendimento secundário e terciário em todo o país. De forma que se o brasileiro necessitar de atendimento em saúde, em qualquer nível, há uma grande probabilidade de ele ser encaminhado prioritariamente para alguma unidade do SUS. O autor afirma que o SUS provoca uma substituição do modelo reducionista, orientado para a doença, hospitalização e especialização para um modelo mais humanista, com ênfase na saúde e socialmente comprometido.

Para o MS (BRASIL, 2010), O Programa Saúde da Família (PSF) nasce, em 1993, baseado em experiências municipais de sucesso, como uma proposta ousada para a reestruturação do sistema

de saúde. Naquele ano, em cerca de mil municípios não havia atendimento médico disponível. O objetivo do PSF seria então organizar a atenção básica de forma nacional abrangente, em substituição aos modelos tradicionais existentes, que tinham foco na doença e não na prevenção. Em 1995, o então ministro da saúde Adib D. Jatene estruturou o PSF com a vinculação de cada cinco ou seis agentes a um médico, uma enfermeira e um ou dois auxiliares de enfermagem, que atuavam em um posto de saúde. Cada agente cuidava de 100 a 200 famílias. Os agentes deveriam cadastrar a população daquele núcleo e visitar mensalmente cada família, servindo de intermediário no atendimento do posto com os demais membros da equipe. Dessa forma, haveria um vínculo emocional maior entre a população e o serviço comunitário de saúde e a expansão

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991, reconhecido como nova categoria profissional da saúde por lei em 2002 e tem exigência de curso técnico. As tarefas dos agentes abrangem, dentre inúmeras outras, levar gestantes, mães e cuidadores para os serviços de pré-natal e de puericultura, vacinar as crianças e estimular o aleitamento materno, a higiene e o uso do soro oral. Como resultado, houve queda, em todo o Brasil, da mortalidade infantil após a primeira semana de vida, reduzindo esta vergonhosa estatística para país. Outro reflexo importante foi, que, com a diminuição da internação infantil e assim, muitos leitos pediátricos dos hospitais foram realocados para o atendimento aos adultos. A médio prazo, com a convivência, os agentes acabam se envolvendo profundamente com a comunidade, o que gera facilidade de comunicação com as famílias para que elas se mobilizem nos cuidados com a própria saúde.

Em 2010, o MS celebrou o sucesso do PSF, traduzido em números pela abrangência nacional em quase 100% dos municípios. Reafirma o programa como sendo uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do SUS. Trabalhando no PSF há 238 mil agentes comunitários de saúde, distribuídos em 31 mil equipes de Saúde da Família e 19 mil equipes de Saúde Bucal, atuantes em todo o território nacional, em especial nas comunidades carentes, com o apoio dos gestores locais.

Paim (2013), analisando a contribuição de cada presidente ao conceito de saúde-para-todos, nos últimos 25 anos, é crítico a respeito.

Ainda assim, todos esses governos prestaram alguma contribuição ao SUS: Sarney implantou o SUDS; Collor sancionou as Leis Orgânicas da Saúde; Itamar criou o Programa Saúde da Família (PSF), extinguiu o INAMPS e avançou a descentralização; FHC ampliou o PSF, implantou a política dos medicamentos genéricos e organizou a ANVISA¹² e a ANS¹³; Lula montou o SAMU e implementou as políticas de saúde mental e bucal; Dilma regulamentou a Lei nº 8080/90 e aprovou a Lei Complementar 141. Nenhum deles, porém, incorporou a Reforma Sanitária Brasileira como projeto de governo, nem demonstrou um compromisso efetivo com o SUS nos termos estabelecidos pela Constituição de 1988 (PAIM, 2013, p. 1932).

Embora o governo priorize o desenvolvimento da medicina preventiva, há controvérsias a respeito da importância do médico de família. A descrição dos objetivos do médico que atua no âmbito da Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2004) complementa claramente as prioridades da Atenção Básica. De acordo com a SBMFC, apesar do senso comum não valorizar esse profissional, citando como referência “aquele clínico antigo que ia na casa das pessoas” ou “aquele médico que não se especializou em nada”, a referida Sociedade procura reafirmar sua relevância no contexto mundial.

12 Criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é uma autarquia que tem por finalidade promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária. (ANVISA, 2017).

13 Criada pela Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. (ANS, 2017)

A medicina de família e comunidade - MFC - é uma especialidade médica com foco privilegiado na Atenção Primária da Saúde (APS) e, por isso, é considerada especialidade estratégica na conformação dos sistemas de saúde. Cabe à MFC, partindo de um primeiro contato, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada, da saúde de uma pessoa, considerando seu contexto familiar e comunitário. Portanto, a medicina de família e comunidade é um componente primordial da APS. O médico de família e comunidade encaminha o paciente quando necessário (SBMFC, 2004, p. 1).

Em conclusão, para se garantir a efetividade do paradigma da integralidade da saúde, há que se considerar, além das políticas oficiais e de uma dotação orçamentária compatível e sustentável ao longo do tempo com a dimensão deste direito constitucional, todos os atores e instituições envolvidos. Para isso há que se compreender o contexto do curso de Medicina e o processo de integração com o SUS ao longo do tempo.

Atendimento intermediário ou secundário

Para o Governo de Minas Gerais (201-?), pode ser realizado pelo SAMU ou nas UPAs. O SAMU é um serviço do SUS que realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. Para chamar o SAMU basta ligar para o telefone 192. A ligação é gratuita. Ele tem como finalidade reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce. Atende urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, gineco-obstétricas e psiquiátricas da população. Após avaliação do quadro clínico do paciente no local, a equipe do SAMU pode resolver o atendimento ali mesmo, ou encaminhar o paciente para uma UPA ou hospital.

As UPAs fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo MS em 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências. As UPAs trabalham com classificação de risco, avaliando todos os pacientes e priorizando os atendimentos de urgência. O principal objetivo desse tipo de unidade é concentrar o atendimento aos pacientes menos graves, e também alguns de maior gravidade, para que os hospitais possam se dedicar àquelas situações em que haja risco iminente de morte, como baleados ou politraumatizados. Na operação, as UPAs devem funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana e ter capacidade de resolver grande parte das urgências e emergências mais frequentes, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Para funcionarem nas especialidades clínica médica, ginecologia, pediatria e ortopedia, por exemplo, precisam de infraestrutura de apoio como eletrocardiografia, laboratório de exames, raio-X, leitos de observação, medicamentos e materiais. Além disso, também necessitam de equipes completas, pois se há falta de pessoal, alguns serviços não estarão disponíveis.

Atendimento terciário

Conforme o Governo de Minas Gerais (201-?), o papel dos hospitais é oferecer ao usuário do SUS atendimento de saúde especializado de média e alta complexidade. São definidos como média complexidade: cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédico; ações específicas em odontologia; patologia clínica; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; próteses e órteses; anestesia, dentre outros. Alta complexidade é composta por diálise, oncologia, cirurgias vasculares, ortopédicas e neurológicas de grande porte, transplantes de órgãos, reprodução assistida, etc. A racionalidade do sistema é que para chegar ao hospital, geralmente o usuário é encaminhado depois de ser atendido por uma UBS ou UPA, dependendo de cada caso. Tudo isso acontece, em escala nacional, 24h por dia, devido ao processo de troca de informações, baseado nos princípios organizativos de regionalização e hierarquização, que permeiam as redes do SUS. Não é fácil.

A judicialização da saúde

Na opinião do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (BRASIL, 2015), a saúde e o direito são campos muito politizados no Brasil. Os desafios de implementação efetiva, por parte do Estado, dos direitos constitucionais relativos à saúde, causaram uma progressiva corrida da população ao Judiciário para sua efetivação. Esse processo, denominado judicialização do direito à saúde, ou de forma simplificada, judicialização da saúde, relaciona-se a litígios relativos a serviços públicos e privados. Eles abrangem o campo do SUS, assim como dos planos privados para o fornecimento de medicamentos, disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças, dentre outras demandas.

O tema é controverso porque envolve bioética, no contexto do direito à vida, ou maior qualidade de vida; em contraposição às limitações dos recursos públicos e regras estabelecidas em contrato pelos planos de seguro saúde. Para alguns, a judicialização tem beneficiado relativamente mais pessoas com recursos, espelhando a desigualdade entre ricos e pobres no país, posto que aqueles teriam maior acesso à advogados caros, conhecedores dos trâmites do Judiciário na expedição de liminares imediatas. Em alguns casos, as liminares preveem a prisão do secretário de saúde, caso a decisão, qual seja a entrega do medicamento, ou internação num Centro de Tratamento Intensivo (CTI), não seja efetivada em 24 ou 48 horas. Por outro lado, caso não houvesse o recurso ao Judiciário, milhares de pacientes teriam falecido sem acesso à medicação ou atendimento de urgência.

Outro ponto controverso é o abuso que se faz do texto da Lei, a saúde é direito de todos e dever do estado. Um caso bizarro recente, publicado na imprensa (COLLUCCI, 2016), ocorreu com um advogado que entrou na Justiça de São Paulo, solicitando ao SUS um imunossupressor para seu cão. July é uma Golden Retriever de cinco anos pertencente à família do queixoso. O medicamento foi prescrito pelo veterinário, com custo tratamento de cinco mil reais mensal. O advogado alegou na petição inicial que, como o animal também é família, caso viesse a falecer, as filhas menores de idade do casal sofreriam abalo psicológico. A juíza indeferiu o mandado de segurança com a liminar, por entender que, embora o produto esteja disponível no SUS, ele é exclusivo para uso humano e, portanto, não extensivo aos animais de estimação. De qualquer forma, a Secretaria de Saúde de São Paulo foi chamada a elaborar um parecer, já que a ação segue tramitando. Isso é mais um exemplo dos transtornos causados aos agentes públicos pela judicialização da saúde.

Schulze (2017) pesquisa a quantidade de processos relativos à judicialização da saúde ajuizados até 31/12/2016 e em trâmite no 1º grau, no 2º grau, nos Juizados Especiais, no Superior Tribunal de Justiça, nas Turmas Recursais e nas Turmas Regionais de Uniformização. Pelo diagnóstico do autor, há 758 mil ações referentes à saúde pública em tramitação no país. A maior parte delas é referente a acesso à medicamentos, tratamentos e assistência à saúde. Mas não é só isso. Há outras 427 mil, referentes a demandas privadas sobre planos de saúde, 56 mil envolvendo direitos trabalhistas e planos de saúde, 36 mil litígios contra hospitais e outras unidades de saúde. Considerando outras demandas de menor vulto, como saúde mental, doação de órgãos e Conselhos de Saúde, o total em tramitação no judiciário é 1347 mil ações. Em virtude desse espantoso volume e do crescente custo operacional e orçamentário da judicialização, O STF foi chamado pelo CNJ a se pronunciar a respeito. Pelo momento, o entendimento da suprema corte é que para concretizar o direito individual constitucional à saúde, qualquer reivindicação, a qualquer custo, está garantida.

1.5 A integração da política de saúde com educação

A partir deste ponto revelamos como o MS iniciou uma definitiva aproximação com o Ministério da Educação para a transformação da educação médica, na viabilização dos princípios

e diretrizes do SUS. Trata-se de um longo e difícil processo por envolver milhares de pessoas em âmbito nacional e mudança de paradigma na Academia. Além disso, as EM são complexas e conservadoras pela própria natureza do curso.

1.5.1 A tradição flexneriana na formação do médico no Brasil

Amaral (2007) analisou o ensino médico brasileiro, nos 200 anos de sua existência, identificando os marcos e o contexto político, econômico, social dessa evolução. Segundo o autor, a história do ensino da Medicina no país tem início em 1808, quando do desembarque da corte portuguesa, fugindo da invasão napoleônica em Lisboa. Uma determinação do príncipe regente D. João VI criou, no hospital militar de Salvador, a primeira escola de Medicina do Brasil.

Amaral (2007) assinala que em 1956, quando abertura da 24ª faculdade em 148 anos de ensino da Medicina no Brasil, a Associação Médica Brasileira (AMB) cria a Comissão de Ensino Médico, com o objetivo de avaliar a qualidade e os objetivos do ensino médico no Brasil. Os resultados do trabalho da comissão foram apresentados ao presidente Juscelino Kubitschek, que nomeou uma comissão interministerial, com a participação de professores de medicina, tendo como finalidade avaliar o ensino médico brasileiro. Mas o tema da reforma curricular na Medicina estava, na ocasião, longe de ser esgotado. O autor revela que em 1971, durante o governo da ditadura militar, o então ministro da saúde, coronel Jarbas Passarinho, criou a Comissão de Ensino Médico (CEM) com a incumbência de avaliar a situação das Escolas Médicas e propor soluções para os problemas levantados.

Havia questionamentos também acerca do modelo de ensino, considerado mais teórico do que prático e com foco na doença e não no doente, enquanto agente social, inserido numa comunidade. Lampert (2002, apud ROMANO 2005, n.p.), refere que “As atuais estruturas das escolas médicas dificultam a inserção do estudante no sistema de serviços de saúde, persistindo o modelo de ensino em que o diagnóstico de doenças se sobrepõe ao sentido de cuidado do doente.” Essa orientação curricular é conhecida na Academia de Medicina como modelo flexneriano. Flexner foi um médico americano, que em 1910, ao estudar com profundidade a metodologia de ensino das EM nos Estados Unidos, propôs um paradigma, que resultou na ênfase no diagnóstico técnico e na criação das especialidades médicas. Se por um lado essa visão fortaleceu uma medicina mais precisa, apoiada em importantes avanços tecnológicos, que resultaram no benefício do diagnóstico por imagem, como ultrassonografia em 3D, tomografia e ressonância magnética, por outro lado, além do aumento exponencial de custos, gerou a mercantilização da medicina, onde o médico é remunerado pelo procedimento e não pela prevenção de doenças ou melhoria da qualidade de vida do paciente e daí para o progressivo distanciamento da relação médico-paciente.

Amaral (2007, p. 52) dialoga com Lampert, destacando que “O Relatório Flexner foi um modelo de formação das faculdades em muitos países, inclusive no Brasil”. Salerno (2013) confirma Amaral (2007), posto que “as disciplinas deveriam ser estruturadas em departamentos, divididas entre ciclo básico com ciências fundamentais e laboratórios e ciclo clínico, totalmente voltado para a doença, com característica hospitalocêntrica” (SALERNO, 2013, p. 16). Foi então definido que a fase clínica seria desenvolvida em hospitais universitários, para solução dos problemas da população. Os alunos aprenderiam pela observação da atuação de um profissional mais experiente. A autora revela que, por esse modelo, não há inclusão de aspectos sociais, coletivos e comunitários como elementos do ensino-aprendizado. O público e a comunidade teriam pouca participação no ensino médico e não deveriam ser implicados no processo de saúde-doença, uma vez que a doença era considerada como um processo natural e biológico. Entretanto, ressalta que embora o relatório seja identificado como de origem americana, ele deriva de experiências na Alemanha e na França, que iniciaram a integração das ciências naturais com o campo médico.

Manhães (2003) recorda que nos anos 70 houve um predomínio da assistência médica baseada no hospital. Nessa estrutura empresarial, composta por múltiplos profissionais de saúde, o médico é apenas mais um membro da equipe corporativa, perdendo assim autonomia e controle sobre a sua clientela. Além desse fator, a autora aponta, nessa época, o surgimento das empresas de medicina de grupo, seguradoras e planos de saúde, que mudam a relação médico-paciente. Ao se enquadrarem no esquema proposto, por uma empresa que lhe promete, em troca da intermediação, um grande volume de pacientes, o médico perde a autonomia de definição do preço da consulta, captação de clientes e continuidade da assistência após a primeira consulta, tornando-se assim, um servidor autônomo.

A contradição existente sobre o modelo flexneriano, é que ao basear a remuneração do médico por procedimento, criou-se uma tentação de mercado, para realização da maior quantidade possível de procedimentos por paciente, dentro da máxima sofisticação disponível. Na visão de uma Medicina mais saudável, racional e econômica, o ideal seria remunerar o médico pela estabilização do paciente, em casa, com qualidade de vida e sem a necessidade de realização de intervenções invasivas. Mas isso seria inverter completamente o sistema atual e ainda haveria o risco de deixar o paciente sem o procedimento necessário, já que no novo modelo, quanto mais intervenções, menor seria a remuneração. Surge então novo dilema bioético. Deixar seguindo como está, até a total falência do sistema, ou propor outro paradigma, baseado na Medicina preventiva?

Do ponto de vista do currículo, Tavares *et al.* (2007) consideram que a influência flexneriana, decorre num modelo de ensino médico, além de especialização já mencionada, com sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso; desinteresse acerca dos aspectos de prevenção e promoção da saúde; valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar; e recomendação para construção de grandes unidades de internação para os hospitais-escola. E foi exatamente esse modelo que marcou a história da maioria das EM no Brasil. Distante da comunidade e da medicina preventiva.

Na contramão desta tendência, ao longo do tempo, o governo se empenhará cada vez mais na integração e formação de pessoal no ensino superior para atuação no SUS. A Constituição Federal de 1988 estabelece que ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990 define que, “uma política para os trabalhadores da saúde deverá ter como objetivo organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.” (BRASIL, 1999, p. 7). Esse esforço de capacitação também é evidente no documento a respeito do conceito do PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2009), que será detalhado mais adiante.

1.5.2 Escolas de Medicina e o paradigma da integralidade

Diversos autores como Lucchese (2010), Almeida-Filho (2011), Batista (2015) e Restom (2015) estudaram a associação entre as políticas públicas na área de saúde e educação médica. Trata-se de um processo que ocorreu ao longo do tempo e perpassou governos. Após a análise da Constituição (1988) e da Lei Orgânica da Saúde (LOS-SUS) (1990), chegamos na Lei N° 9.394 de 1996, conhecida como LDBEN 96, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Curiosamente, a palavra saúde só aparece uma vez no texto e discretamente (BRASIL, 1996). Em contraponto, na leitura do Plano Nacional de Educação (PNE), (BRASIL, 2014), a mesma palavra saúde aparece 19 vezes e num contexto bem mais amplo de desenvolvimento social.

Na LDB, (BRASIL, 1996, p. 27833) “Art. 4º O dever do Estado com educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de: [...] VIII - atendimento ao educando, no ensino fundamental público, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde. [...]”. Mas em nenhum momento do texto fica claro como será realizada essa assistência.

No âmbito da regulamentação do ensino superior, o Ministério da Educação (MEC) define o funcionamento do curso de graduação na área da saúde pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). O parecer do Conselho Nacional de Educação sobre o objetivo destas diretrizes é bem claro a respeito da integração com o SUS.

[...] permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001a, p. 4).

Restom (2015, p. 371) comentando sobre as Diretrizes Nacionais Curriculares de Medicina (DCNMed 2001), (BRASIL, 2001b), avalia que elas “são fruto de um processo articulado entre instituições médicas, universidades e representantes do governo, e prevê a formação profissional de acordo com os princípios do SUS, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde”. Entretanto, de fato, na DCNMed 2001 só há duas menções ao SUS, relacionadas ao estágio obrigatório e estrutura do curso.

Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato [...]. § 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados. [...] (BRASIL, 2001, p. 4)

“Art. 12º A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve: [...] VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.” (BRASIL, 2001, p. 5)

Abrimos aqui um parêntese na narrativa cronológica, apenas para lembrança posterior. Destaque-se, no Art 7º, a expressão “preferencialmente no SUS”, porque haverá uma mudança importante a respeito nas novas DCNMed 2014, que substituíram as de 2001. Posteriormente retomaremos esse assunto.

Voltando a 2001, Lucchese (2010) ressalta a importância da articulação dos setores de educação com o da saúde, como forma essencial para o alcance das mudanças na gestão e nas práticas de saúde. A autora que avaliou “As políticas públicas de saúde - SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro”, tendo como parâmetro a implementação das DCN 2001 de Enfermagem, destaca que havia um distanciamento da formação do enfermeiro com a sua prática na SUS. Após articular a Constituição (1988), LOS-SUS (1990) e LDB (1996) como base para a DCN (2001), a autora conclama educadores, gestores e profissionais a inovar nas práticas pedagógicas a fim de dar vida à letra dos princípios e diretrizes do SUS, dentro da Academia. Aponta que o ensino dentro das unidades do SUS, historicamente apresenta fatos assíncronos; como a diversidade de cenários de prática e avaliação contínua da formação. Aqui percebemos que o problema de integração ensino-necessidades do SUS, perpassava a faculdade de Medicina. Não obstante, para os alunos da área da saúde, esse cenário de aprendizagem dentro do SUS deveria ser extremamente interessante, posto que, quem não gostaria de aprender numa instituição com alta diversidade de casos, oferecendo todos os tipos de tratamentos, dos mais simples aos complexos, e tudo isso sem custo algum para a população?

Logo após a edição das DCNMed em novembro de 2001, concomitante ao de Enfermagem, no mês seguinte, o Governo Federal lançou o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED), numa inédita parceria entre Ministério da Saúde (MS), Ministério da

Educação (MEC) e a Organização Panamericana de Saúde (OPS). O objetivo do programa (BRASIL, Ministério da Educação, 2017, p1) “é incentivar as escolas médicas do país a adequarem seus currículos, sua produção de conhecimento e os programas de educação permanente à realidade social e de saúde da população brasileira e, desta forma, contribuir na consolidação do SUS.” Essa parceria entre MS e MEC foi o ponto de partida para uma aproximação que resultou em várias mudanças na condução das políticas educacionais na área da saúde pública, como veremos mais adiante.

Do ponto de vista da elaboração do currículo, Grosseman e Stoll (2008), que realizaram um estudo de caso sobre a aprendizagem da relação médico-paciente com formandos, revelam que vários destes apresentam-se inseguros e carentes pela metodologia de ensino aplicada durante o cenário de prática. Seguem dois relatos de estudantes.

Na medicina, o primeiro contato que a gente tem é com cadáver... Então, a gente começa a ver pelo lado avesso. A gente vê cadáver, depois vê tecido, célula... Talvez fosse mais interessante começar pelo ser humano inteiro e depois desmontar em órgãos, tecidos, células. (GROSSEMAN E STOLL, 2008, p. 304)

[...] na parte clínica... aquela coisa de entrar os 12 num quartinho, pedir pro paciente se despir, mostrar alguma coisa e sair correndo [...]. Ninguém se preocupava se ele estava com bom humor, se já tinha contado aquela história 2.500 vezes, se tinha alguma queixa [...]. E o próprio fato de botar 15 pessoas dentro do quarto para ver o cara, pelo amor de Deus, o que é isso? (Ibid.).

A conclusão das autoras é que 60% dos estudantes referiram querer aprender mais sobre a relação médico-paciente durante o curso, priorizando estudos de casos práticos. Os alunos também sugeriram maior ênfase no treinamento em habilidades de comunicação, competência esta fundamental para o exercício da atenção à saúde em qualquer contexto social.

Batista *et al.* (2015) reafirmam que o advento político do SUS provocou as DCNMed 2001, que geraram o PROMED. O mote do programa era “Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde.” Oferecia patrocínio do MS e programação de estágios em universitários e serviços da rede, além de ampliar os programas de atenção básica. De acordo com o autor, numa revisão crítica, apesar da fragilidade da proposta, por abranger somente 19 das 118 EM existentes, e se concentrar no curso de Medicina, ignorando a complexidade do atendimento integrado a outras disciplinas, como Enfermagem e Farmácia, foi um passo importante para a implementação das DCNMed 2001.

1.6 A implementação das DCNMed 2001

Em 2004, o MS por meio de portaria (BRASIL, 2004) instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Tem como objetivo, a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, além de organizar nacionalmente o ensino no campo da saúde pública. O documento relaciona a Educação Permanente em Saúde como um conceito pedagógico, que efetua relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde. Refere-se à Reforma Sanitária Brasileira, como base para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. Pretende que a Educação Permanente em Saúde realize a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva. No âmbito do ensino superior, a política pretende

IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola; [...] (BRASIL, 2004, p. 2).

Em 2007 a portaria foi atualizada pelo MS nas diretrizes e nos dispositivos para a sua implementação nos estados. Cardoso (2017) indica que na prática, durante quase dez anos, o MS produziu e financiou a realização de diversos tipos de cursos voltados à saúde pública em todo o país: aperfeiçoamento, formação, capacitação pedagógica, residência, especialização e mestrado. A partir da diretriz da descentralização do SUS, o público participante também era variado: profissionais das secretarias estaduais e municipais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Controle de Endemias, movimentos sociais, entre outros. O formato foi presencial e a distância. Cardoso (2017) relata alguns problemas graves como a produção de cursos verticais pelo MS, em contraponto às necessidades locais, e ao financiamento das Escolas de Saúde Públicas, que foram sendo reduzidos ao longo do tempo, por conta de outras prioridades do MS. O fato positivo é que o PNEPS possibilitou a criação da REDESCOLA.

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2017), a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA) é um grupo de cooperação voluntário, sem fins lucrativos, que agrega instituições públicas que se dedicam à formação em saúde pública e em saúde coletiva. O objetivo, dentre suas 48 instituições de ensino, é desenvolver ações integradas voltadas para o SUS, no contexto do ensino, pesquisa e extensão. A REDESCOLA integra instituições ligadas aos Sistemas Estaduais e Municipais de Saúde e os centros universitários engajados nessas atividades em todo o país.

No ano seguinte ao PNEPS, surge O PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005). Uma iniciativa do MS, novamente em parceria com o MEC, com a clara intenção de reforçar o processo de integração ensino-serviço-comunidade e, desta forma, também consolidar o SUS. Na visão de Batista *et al.* (2015), o PROMED foi o embrião que posteriormente germinou no PRÓ-SAÚDE, alguns anos depois. Portanto, estamos ampliando a sequência de políticas públicas associando saúde e educação médica, abrangendo agora a Constituição (1988), LOS-SUS (1990), LDB (1996) DCNMed (2001), PROMED (2001), PNEPS (2004) e PRÓ-SAÚDE (2005). Conforme o MS, a escassez de profissionais com formação generalista e que possam efetivar cuidados contínuos e resolutivos à população era uma dificuldade presente no SUS, o que trazia a necessidade de se pensar alternativas para a transformação desta realidade. Dessa forma, buscava-se uma maior integração entre os trabalhadores da saúde e os estudantes da área.

De acordo com o MS, o objetivo geral do PRÓ-SAÚDE é a integração ensino-serviço, com programas selecionados em 90 cursos nas faculdades de Medicina, Enfermagem e Odontologia, com impacto inicial sobre aproximadamente 46 mil estudantes de graduação da área da Saúde, “visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população” (BRASIL, 2009, p. 13). A escolha dos três cursos inicialmente contemplados no projeto, Medicina, Enfermagem e Odontologia foi de acordo com o MS, levando-se em conta a dificuldade de concretização das propostas do Programa Saúde da Família, criado em 1993. Ou seja, passados doze anos, o governo perseverava no desenvolvimento da atenção básica integrada com a educação superior. Entre os objetivos específicos do programa destacam-se: reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde para operacionalização do SUS; integrar rede pública de serviços de saúde, via gestores do SUS, a formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente; ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da Academia no contexto do SUS.

Para que o ensino dentro de uma unidade pública seja operacionalizado há que se ter a concordância e integração entre gestores do SUS e as EM, com ativa participação de seus professores e alunos. Caso não haja uma sintonia de intenções, além do fornecimento de infraestrutura ade-

quadra, ou não haverá ensino-aprendizagem, ou este se mostrará falho, quem das expectativas dos alunos, gerando assim frustração nos mestres.

O PRÓ-SAÚDE previa três bases para realização dos projetos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica, todos estes envolvendo vetores específicos. Na orientação teórica, esse eixo comportava três vetores, com a determinação da saúde e da doença, a produção de conhecimentos e a oferta de pós-graduação e de educação permanente. Buscava-se estudar as causas sociais da doença e, assim, redirecionar o campo de pesquisa da tradicional especialização, para as necessidades específicas da atenção básica.

O cenário de práticas propunha a integração docente assistencial e a diversificação dos cenários de prática, privilegiando não somente o hospital com até então, mas também os ambulatórios, comunidade e domicílios. Para isso haveria que se eliminar a distância entre os serviços e a comunidade, de forma a ampliar a atuação dos serviços, de meramente curativos, para realização de medicina preventiva. Para essa transformação, o PRÓ-SAÚDE indica que a Instituição de Ensino Superior (IES) necessitaria de equipamentos específicos de saúde, educacionais e comunitários.

Na orientação pedagógica, são indicados três vetores: a análise crítica da atenção básica, a integração básico-clínica e a mudança metodológica. O PRÓ-SAÚDE objetivava o aprender-fazendo, em oposição à sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento. Pela ação-reflexão-ação dos estudantes nos cenários de prática, ocorreria a integração entre os ciclos básico e clínico. O ensino centrado no professor, realizado fundamentalmente por meio de aulas expositivas para grandes turmas, daria lugar à problematização de situações de saúde do cotidiano da população, em grupos pequenos.

Em 2006, ou seja, um ano após o PRÓ-SAÚDE e cinco após a edição das DCN 2001, o MEC e MS divulgaram o documento a Aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às DCN (BRASIL, MEC 2006). Criava-se ali indicadores específicos para monitorar o processo de adesão das faculdades às políticas educacionais do governo, “Fazem-se necessárias ações públicas visando à transformação do perfil dos futuros trabalhadores da saúde, com estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais construídas à luz dos princípios e diretrizes do sistema público de saúde.” (BRASIL, MEC 2006, p. 12). O governo tinha pressa e queria controlar o processo de educação direcionado para as necessidades do SUS. A mudança preconizada pelo MS, de todas as EMs para as bases do PRÓ-SAÚDE, abrangendo orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica não seria nem fácil, nem simples. O próprio documento reconhece as dificuldades: “Construir uma articulação entre as instituições formadoras e o SUS, tem sido um desafio permanente para os que fazem saúde e educação no Brasil. (BRASIL, 2016, p. 11).

Alves *et al.* (2013) estudaram as dificuldades enfrentadas pelas EM para implementação de mudanças curriculares no contexto do PROMED. Realizaram entrevistas com dirigentes dos cursos de medicina e com gestores locais do SUS, além de grupos focais com alunos e professores. Na perspectiva dos alunos foram detectadas resistências de quatro tipos: 1) relutância em aceitar o cenário de prática dentro de comunidades carentes; 2) falta de instalações adequadas para o aprendizado nas UBS; 3) falta de interesse na formação generalista e prevalência do currículo paralelo¹⁴; 4) falta de contato com professores generalistas, já que a maioria era de especialistas. Houve também diversos questionamentos ao cenário de prática dentro do SUS por parte dos professores e gestores das unidades de saúde. Toda mudança implica em desconforto. Pela pesquisa de Alves, deixar o ambiente habitual do hospital-escola para visitar comunidades, em instalações inade-

14 Currículo paralelo é o conjunto de atividades extracurriculares que os alunos de medicina desenvolvem, concomitantemente à estrutura curricular formal estabelecida pela EM. Pode inserir até prática clínica ou cirúrgica realizada pelo aluno, sem o conhecimento da direção da faculdade. (TAVARES *et al.*, 2007).

quadas para aprendizagem, parecia aos estudantes ser uma barreira pedagógica de difícil transposição, pela falta de sentido na proposta.

Em 2007, o MS lança o PRÓ-SAÚDE II (BRASIL, 2018). Por meio da publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, o programa foi agora ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde, além daqueles três contemplados na 1ª fase. O MS informa o salto de escala entre os projetos. No Pró-Saúde I foram selecionados 89 cursos. Destes, 38 são de medicina, 27 de enfermagem e 24 de odontologia. Para o Pró-Saúde II foram selecionados 68 projetos que contemplam 265 cursos da área da saúde, com impacto sobre aproximadamente 97000 alunos das 14 áreas envolvidas. Essas 14 faculdades, além de medicina, enfermagem e odontologia foram incorporados psicologia, educação física, serviço social e fonoaudiologia, dentre outros.

1.7 Educação, trabalho e saúde

Complementarmente ao PRÓ-SAÚDE, o MS e MEC, em 2009 lançam o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde da Família) (BRASIL, 2013). Previa como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão. Em outras palavras, O PET-Saúde da Família articulava projetos nas áreas de graduação em saúde com Atenção Básica à Saúde. Por terem objetivos complementares, em 2011, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS lançou um edital conjunto PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE. Nas ações previstas para 2012-2014,

o objetivo era mobilizar instituições de ensino superior do País, em parceria com as secretarias municipais e estaduais de Saúde e com a participação da comunidade, na maior integração ensino-serviço, a centralidade na produção de saúde e no cuidado humanizado na formação da graduação das profissões da área da Saúde (BRASIL, 2013, p. 2).

Depreende-se que os projetos para articulação do ensino-serviço-comunidade deveriam também envolver as secretarias locais de saúde, além das unidades de saúde e as EM. Entretanto, quanto mais instituições e pessoas envolvidas, mais complexa se torna a articulação entre eles.

Bezerra *et al.* (2015) estudaram, pela percepção do estudante da Faculdade de Medicina ABC, a implantação de um estágio, na área de Atenção Básica à saúde, que resultou em uma reforma mais ampliada do internato médico vigente. Na metodologia do estudo, alunos de 5º e 6º ano responderam a um questionário fechado sobre aspectos teóricos e práticos relacionados ao ensino-serviço. A avaliação geral foi positiva, mas os alunos do 5º ano se mostraram mais insatisfeitos do que os do 6º ano, em quase todos os 13 quesitos pesquisados. As maiores críticas daqueles referiam-se, nos aspectos teóricos, ao esclarecimento adequado dos objetivos do ciclo e quanto a utilização e distribuição do tempo durante o ciclo. Os destaques positivos na avaliação, nos aspectos práticos, nos dois grupos de alunos, advieram da dedicação dos mesmos durante o curso e orientação dos preceptores para a relação médico/paciente.

A respeito da preceptoria no ensino-serviço, Bezerra (2015) destaca o difícil equilíbrio em três fatores: 1) as demandas da comunidade sempre presentes; 2) as metas propostas pelo SUS; 3) supervisão dos alunos, que estão em aprendizado e com altas expectativas no contato mais aprofundado com o paciente nos cenários de prática, já que é ingresso dele no ambiente hospitalar. Ressalta que esses fatores de tensão prejudicam o planejamento das atividades, conforme apontado pelos estudantes.

O autor conclui, reforçando a implementação das DCNMed 2001, que o modelo tradicional de ensino, baseado na passividade contemplativa e foco na memorização, deve ser substituído pela maior vivência dos alunos nas tarefas práticas. E que, não obstante haja indícios que a implementação do estágio na área de Atenção Básica no internato foi aprovada, “restam desafios e tensões

quanto a essa estruturação e aceitação por parte dos estudantes da Estratégia de Saúde da Família como cenário de ensino apropriado para seu aprendizado” (BEZERRA, 2016, p. 170).

E a proposta do governo cresceu, no sentido de mudar a formação profissional na área da saúde, também porque foi apoiada financeiramente pelo MS. Conforme o MS (BRASIL, 2013), em 2013 havia 902 grupos PET-SAÚDE com participação de 902 tutores, 4.624 preceptores e 10.036 estudantes. Autores como Assega (2010), Ferraz (2012) e Cyrino (2012) relatam experiências positivas a respeito da vivência dos estudantes no PET-SAÚDE.

Assega *et al.* (2010) pesquisaram a interdisciplinaridade vivenciada no PET-SAÚDE nos alunos de Enfermagem e Medicina de Marília (FAMEMA), em parceria com a Secretária Municipal de Saúde, em projetos financiados pelo PET-SAÚDE do Ministério da Saúde na área de saúde bucal. Utilizou-se metodologias ativas de ensino-aprendizagem, durante os oito meses do projeto. Os encontros ocorreram sob a coordenação da preceptora cirurgiã-dentista e a orientação da tutora enfermeira, com a participação de cinco discentes do curso de enfermagem e de medicina. A autora revela que o resultado foi um imenso conhecimento adquirido pelo grupo, na área de saúde bucal comunitária. A complementação da formação acadêmica envolveu também a pesquisa e as interações profissionais, por meio da interdisciplinaridade.

Ferraz (2012) destaca a bem-sucedida estratégia de implementação e integração do curso de Pesquisa em Saúde promovido pelo PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE. O conteúdo das aulas foi baseado em metodologias ativas e houve participação de seis tutores, 36 preceptores e 108 acadêmicos bolsistas, além de voluntários de Medicina, Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. E como resultado do curso, saíram 18 projetos de pesquisa, dentre os quais, como exemplos, destacamos os pertinentes à saúde da família e acidentes com insetos:

[...] 2 - Cidade saudável: uma estratégia para melhoria de uma área de risco do Centro de Saúde da Família do município de Chapecó, SC.

3 - Desenvolvimento de uma proposta de atenção integral no programa Hiperdia, em dois Centros de Saúde da Família do município de Chapecó, SC.

4 - Protocolo de atendimento na atenção básica: ações e condutas diante dos agravos causados por acidentes com aracnídeos. [...]

10 - A conscientização da população de um Centro de Saúde da Família no município de Chapecó, SC, em relação ao destino do lixo doméstico. [...]

12 - Prevalência de distúrbios psiquiátricos em menores dentre os usuários de um Centro de Saúde da Família. [...]

14 - A satisfação dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família atuantes em quatro diferentes Centros de Saúde da Família no município de Chapecó, SC. [...] (FERRAZ, 2012, p. 5).

Ferraz (2012) destaca que ações desenvolvidas no contexto dos programas PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE, para efetivação de transformação no ensino na área da medicina, devem resultar em um perfil profissional com habilidades para identificar e agir sobre os problemas de saúde, no nível mais básico possível. Para isso há que se considerar a realidade local e cultural dos envolvidos.

O autor conclui que a experiência no PET-SAÚDE corrobora a proposta do PRÓ-SAÚDE em motivar a classe acadêmica e profissionais da área da saúde para a pesquisa, de forma que surjam soluções locais sob medida, sejam elas a respeito da saúde da família, acidentes com aranhas ou cuidados com o lixo doméstico. Sobre a participação, Ferraz (2012) informa que, embora nem

todos os preceptores e acadêmicos mostraram-se envolvidos nas investigações, a maioria atuou de forma comprometida e entusiasmada. Muitas vezes, estes foram além das expectativas dos tutores, exibindo um envolvimento emocional e reflexivo sobre suas próprias práticas acadêmicas.

Cyrino *et al.* (2012) reconhecem que na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), São Paulo, há ideologias, talvez causadas por desinformação daqueles que não atuam neste campo da saúde, que desvalorizam a prática clínica extra-hospitalar e na Atenção Básica. Trata-se de um pensamento que reforça o modelo hospitalocêntrico, como paradigma de resolutividade. Entretanto, ao analisar o primeiro projeto PET-SAÚDE realizado pela faculdade, envolvendo inicialmente cinco tutores e dois cotutores acadêmicos, 36 preceptores e 72 estudantes monitores, o autor exhibe pensamento divergente. Esse grupo foi responsável pela aprendizagem em serviço de 120 estudantes do segundo ano de Medicina e Enfermagem, e de 90 estudantes de Medicina do terceiro ano, totalizando 210 estudantes. Os projetos interdisciplinares foram desenvolvidos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, nas áreas de saúde bucal de gestantes, mães e idosos; situação vacinal dos alunos adolescentes, de 10 a 19 anos; atenção domiciliar ao idoso; hipertensão e diabetes. Diante dos avanços observados nas áreas de ensino, pesquisa, tratamento e proposições realizadas pelos depoimentos dos envolvidos, o autor conclui que o PET-SAÚDE chegou para fortalecer a prática acadêmica que interliga a universidade com as demandas da sociedade.

1.8 Mais médicos e DCNMed 2014

2013 foi um ano atípico no Brasil, marcado pelas maiores manifestações populares, desde o *impeachment* do presidente Collor em 1992. O protesto na rua, que começou timidamente no início de 2012 no Rio de Janeiro, a respeito do aumento de 25 centavos no preço das passagens de ônibus urbano, de R\$ 2,50 para R\$2,75, foi subitamente ganhando proporção nacional, impulsionado também pelo Movimento Passe Livre (MPL) de São Paulo. Ao longo do tempo, o movimento tomou proporção nacional, abrangendo também inúmeras outras demandas como contra a repressão policial, contra a corrupção, pela qualidade dos serviços públicos e contra os gastos da Copa. Com exceção do MPL, os protestos careciam de liderança e havia total rejeição a partidos e políticos conhecidos, quando estes tentavam subir e discursar nos palanques improvisados. Ao final de algumas manifestações em fevereiro e março de 2013, agora já realizada em âmbito nacional por dezenas de milhares de pessoas em centenas de cidades, grupos de black-blocks em São Paulo e Rio de Janeiro, também se aproveitaram do cenário para realização de pichações, depredações e confrontos com a polícia.

O ápice das manifestações ocorreu em junho de 2013, e parecia que o país havia entrado em convulsão social, pela interrupção frequente do trânsito nas cidades e rodovias, além do aumento da violência com depredação de bancos, ataques a jornalistas, mormente da TV Globo, na rua e diversas invasões do legislativo em algumas cidades. A situação só se acalmou quando a Presidência da República e o Congresso se mobilizaram de forma ultra acelerada para atender algumas das reivindicações dos manifestantes. O valor da tarifa da passagem baixou em muitas cidades, a corrupção tornou-se crime hediondo e o voto no Congresso passou a ser aberto em cassação de parlamentares.

Embora o cenário político estivesse altamente conturbado, em julho de 2013 o governo federal lançou o programa Mais Médicos (BRASIL, 2013) por medida provisória. Pela amplitude do projeto percebeu-se a necessidade de urgência de implementação de novas políticas de governo na área da saúde. Essa medida provisória, cercada de forte polêmica, num momento político já bem conturbado do país, elevou o nível de intervenção estatal na saúde pública, concomitantemente com a redefinição dos currículos para formação de médicos, a outro patamar. O caráter

de trabalho-formação é descrito na composição da equipe do projeto. Segundo o art. 15 da Lei nº 12.871/2013, integram o programa Mais Médicos: O médico participante submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado; o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica. Santos, Costa e Girardi (2015) assim avaliam a introdução deste.

O Programa Mais Médicos objetiva diminuir a carência de médicos e reduzir as desigualdades regionais em saúde e envolve três frentes estratégicas: i) i) mais vagas e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; ii) investimentos na construção de Unidades Básicas de Saúde; iii) provimento de médicos brasileiros e estrangeiros (SANTOS, COSTA, GIRARDI, 2015, p. 3547).

Campos (2013, 2016) e Pinto (2014) também ressaltam a associação do Mais Médicos com o SUS e o impacto nas EM. Campos (2013) valoriza a iniciativa do programa de contratar 10 mil médicos para a rede de atenção básica, em especial para comunidades e municípios carentes de atendimento de saúde pública, já que todos os países do mundo têm dificuldade para empregar médicos neste campo da saúde. Lembra que no cenário político brasileiro há desdém sobre políticas de estado para Saúde da Família, e que inclusive este modelo de atenção está sendo substituído pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o que na visão do autor, seria demagogia. Na questão da educação médica, Campos (2013) também apoia a proposta de extensão do estágio dos estudantes de medicina na atenção primária ou básica. Pelo texto da lei,

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais (BRASIL, 2013, p. 2).

Pinto (2014) indica que não só no Brasil, mas em países como EUA e Reino Unido também há carência de médicos. Esses países compensam o déficit na formação de novos profissionais, oferecendo oportunidades de trabalho a médicos estrangeiros. “Nos EUA, por exemplo, 25% dos médicos em atuação não se formaram lá. No Reino Unido, esse número chega a 37% do total de médicos. Ora, no Brasil, esse número, em 2012, era 20 vezes menor: 1,79%” (PINTO, 2014, p. 110). Na avaliação do autor, além da quantidade insuficiente de médicos, estes ainda estão mal distribuídos, com alta concentração na região Sudeste e grandes cidades, e distanciamento da rede de atenção básica. O autor resalta as alterações da lei a respeito da residência médica, de forma que até 2018 as vagas sejam oferecidas na mesma proporção dos egressos de graduação em medicina, eliminando-se assim um gargalo histórico na formação médica, e valorizando a residência em Medicina Geral de família e Comunidade (MGFC). Essa residência de um ano seria obrigatória para quase todas as demais e seu conteúdo, além de uma formação clínica geral e integral em todos os ciclos de vida, traria também área de urgência, atenção domiciliar, saúde mental, educação popular e saúde coletiva. De forma que, a partir de 2018, para se tornar clínico, pediatra, ginecologista e cirurgião ou psiquiatra, o residente terá que cursar antes, um ano de residência em MGFC.

Em 2016, ou seja, três anos após a implementação do Mais Médicos, Campos (2016) retoma o tema, demonstrando avanços realizados e desafios a superar. Ele destaca que, embora haja 18 mil profissionais atuando em 81% dos municípios brasileiros, o que trouxe permitiu maior expansão e qualificação da atenção básica no Brasil, o programa não resolveu os problemas estruturais da atenção básica. O autor indica que o modelo de contrato de três anos, portanto provisório, é um misto de trabalho com formação, já que os bolsistas, não categorizados como funcionários ou assalariados, estão obrigados a realizar um curso à distância e recebem supervisão e tutoria de médi-

cos com experiência em atenção básica. Campos (2016) lamenta que somente os médicos estejam inseridos no curso de capacitação e não os demais integrantes da equipe de saúde.

Outra limitação do Mais Médicos é que, até pelo seu caráter de contrato temporário, não há previsão de desenvolvimento de carreira. O médico recebe R\$ 11.520, desde janeiro de 2017, pela bolsa-formação, o que de fato é um valor considerado atrativo, em especial para médicos em início de carreira, mas não sabe quando ocorrerá o aumento do valor da bolsa e não terá acesso a cargos superiores a este. Uma das maiores críticas acerca das limitações da política nacional de atenção básica é que ele não prevê uma carreira de estado para o médico, tal qual juízes no poder judiciário. Por isso, o médico pode aceitar trabalhar por R\$ 11,5 mil mensais por três anos, mas será que ele permanecerá satisfeito com essa remuneração durante cinco ou dez anos? E a respeito de políticas de Estado ou Governo, quem pode garantir que o programa sobreviverá até lá?

Do ponto de vista político, o Mais Médicos foi audacioso e inovador. Audacioso por trazer, num momento especialmente crítico para o executivo e o legislativo, uma medida provisória que versava sobre vários pontos polêmicos: 1) revisão da formação médica com maior ênfase na atenção básica e SUS, 2) abertura do mercado de medicina para médicos formados no exterior sem o exame Revalida¹⁵ e 3) emprego de seis mil médicos cubanos via acordo com Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Conforme Campos e Junior (2016), a polêmica inicial junto à classe médica, representada pela oposição do CFM e grande parte dos Conselhos Regionais, foi vencida e citando pesquisa de opinião pública, o programa foi aprovado com pleno sucesso pela população, porque trazia um profissional médico para a comunidade carente de atendimento. É claro que qualquer médico bem capacitado atuando numa UBS, seja brasileiro, cubano ou alemão é melhor do que nenhum médico.

Inclusive com o Mais Médicos, o governo federal assumiu um papel tradicionalmente de responsabilidade das prefeituras no atendimento primário e, por conta disso, houve algumas distorções e imprevistos. Em prefeituras com orçamento reduzido e dificuldade de caixa, o prefeito optou por demitir o médico, posto que o governo federal arcaria com aquela despesa. Bastava ao médico se inscrever no programa e ser aprovado para atuação naquele município, onde já estava trabalhando. Alguns médicos sofreram redução de vencimentos e optaram por deixar o município, perdendo assim, a memória do atendimento da família e comunidade. Porém, com essa medida, a prefeitura economizava o salário do médico e poderia destinar aquela verba para outras finalidades. Em compensação, com a ampla adesão dos municípios ao programa, em 2017, numa exposição no senado (SENADO, 2017), o representante do Ministério da Saúde, disse que havia mais de 18 mil profissionais ativos no Mais Médicos. A despesa entre 2013 e 2017 já ultrapassara R\$ 12 bilhões, sendo que em 2013 o programa começou com orçamento de apenas R\$ 500 milhões.

Em 2014, foram estabelecidas pelo MEC novas DCNMed, que revogaram as de 2001 (BRASIL, 2001). Nestas DCNMed (BRASIL, 2014), bem mais abrangentes e complexas, há o claro reforço do paradigma da integralidade estabelecido no artigo 196 da Constituição a respeito do SUS. Segue um exemplo

Art. 18. A ação-chave Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde comporta os seguintes desempenhos e seus respectivos descritores: I - Gerenciamento do Cuidado em Saúde: a) promoção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, articulando as ações de cuidado, no contexto dos serviços próprios e conveniados ao SUS (BRASIL, 2014, p. 8).

15 Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeira. Teste realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), fundamentado na demonstração de conhecimentos, habilidades e competências necessárias ao exercício da Medicina.

Além dessa citação, as referências diretas às questões sociais de saúde são frequentes no texto da DCN. As palavras social e sociais aparecem 13 vezes cada uma no texto do documento. Já a sigla SUS pode ser lida 12 vezes em contextos diferentes, mas basicamente com o objetivo de se buscar uma maior integração entre ensino-serviço-comunidade. O entendimento de Albuquerque *et al.* (2008) sobre a expressão nos auxilia a compreender este importante conceito na área da educação em saúde,

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008, n.p.)

De forma que a expressão ensino-serviço-comunidade resume-se a todo esforço acadêmico destinado a melhorar as condições de saúde da população com a utilização de pessoal e instalações da instituição. Além da Medicina, o conceito também abarca outras faculdades como Enfermagem, Farmácia, Biologia, Fisioterapia, etc. Entretanto, no âmbito deste estudo, nos limitaremos ao foco da formação médica.

Para isso, a observação do artigo 24 da DCN (BRASIL, 2014) é clara a respeito da intenção de estímulo ao aumento da integração porque prevê que o aprendizado prático obrigatório de 35% de carga horária de estágio do estudante de Medicina seja supervisionado em instituições de saúde públicas, ao longo do curso. Essa obrigatoriedade de prática de internato no SUS não constava nas DCN 2001 (BRASIL, 2001), quando o termo era “preferencialmente”. Neste mesmo artigo, o texto da DCN é impositivo a respeito da introdução dos estudantes em novos campos obrigatórios de aprendizado como Atenção Básica, Medicina da Família e Comunidade, e Serviços de Urgência. No próximo capítulo veremos o processo de implementação das DCNMed 2014 com a análise dos programas de Medicina.

Em junho de 2014, enquanto o programa Mais Médicos era lançado pelo governo federal, a Presidência da República sancionou O Plano Nacional de Educação (PNE), (BRASIL, 2014), O texto menciona a palavra saúde 19 vezes, em geral articulando o setor da saúde em parceria com as áreas de educação, assistência social, proteção à infância, direitos humanos, dentre outros. Como exemplo, a meta 1, no tópico 1.12, pretende

implementar, em caráter complementar, programas de orientação e apoio às famílias, por meio da articulação das áreas de educação, saúde e assistência social, com foco no desenvolvimento integral das crianças de até 3 (três) anos de idade (BRASIL, 2014, p. 2).

Embora não haja menção explícita à atenção básica ou medicina da família e comunidade, considerando a penetração do PSF, entendemos ser este o espírito do texto, ao atentarmos ao tópico; “7.17) ampliar programas e aprofundar ações de atendimento ao (à) aluno (a), em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.” (BRASIL, 2014, p. 5). Por exclusão, o programa nacional suplementar de assistência à saúde só pode ser o PSF.

Uma das consequências do programa Mais Médicos foi a edição de mais um marco legal pelo Ministério da Saúde (MS). Trata-se da Portaria Interministerial 1.127, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), (BRASIL, 2015). Como base legal de apoio do texto, há citação, além da Constituição Federal, de nada menos do que oito Leis, Decretos, Portarias e Resoluções, envolvendo Presidência, MEC e o próprio MS, num período de apenas 14 anos. Ou seja, em média, a cada dois anos o governo modifica a regulamentação da saúde pública.

A finalidade do COAPES é

[...] instituir as diretrizes voltadas à celebração dos compromissos das instituições de ensino, programas de residência em saúde e gestões municipais e estaduais de saúde para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e formação no âmbito do SUS, especialmente nos serviços previstos por meio da Política Nacional de Atenção Básica. (BRASIL, 2015a, p. 2)

Para promover o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, o COAPES oferece um modelo de Termo de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), a ser assinado pela instituição de ensino, Secretaria de Saúde do Município e Secretaria de Saúde do Estado. A cláusula 2ª do termo é esclarecedora

Constituem responsabilidades das Instituições de Ensino, Programas de Residência(s) em Saúde e das Secretaria(s) de Saúde municipal (is) e da estadual: I. Comprometer-se com a formação dos profissionais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e tendo como eixo à abordagem integral do processo de saúde-doença (BRASIL, 2015a, p. 10)

Estabelecia-se, assim, pela primeira vez, com definição em contrato, as responsabilidades dos gestores de EM e representantes da saúde de municípios e estados, com a formação de estudantes direcionados para o modelo SUS. Entretanto, nada é simples quando se trata de saúde e educação. Enquanto que a portaria interministerial que lançou o COAPES possui 16 páginas, o manual direcionado aos gestores do SUS para implementação deste contrato, tem 29 páginas (BRASIL, 2015b).

Em setembro de 2017, o MS aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Trata-se de documento com 38 páginas, no qual as palavras educação e formação aparecem 24 e 44 vezes, respectivamente. Indica que todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Quer estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, além de articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica.

É cristalino que a nova política de Atenção Básica reafirma com mais detalhes, tudo o que o governo federal vem conduzindo há décadas, acerca da integração dos princípios e necessidades do SUS com as EM. Recapitulando as sequências das políticas descritas, associando saúde e educação médica, vimos: Constituição (1988), LOS-SUS (1990), LDB (1996), DCNMed (2001), PROMED (2001), PNEPS (2004), PRÓ-SAÚDE (2005), PET-SAÚDE (2009), MAIS MÉDICOS (2013), DCNMed (2014), PNE (2014), COAPES (2015), PNAB (2017). Foram 13 políticas em 29 anos, o que perfaz a média de um novo marco legal a cada 2,2 anos. Diante do imenso desafio de operacionalizar o SUS em todos níveis, mas com foco principal na atenção básica e PSF, o governo não tem hesitado em recrutar paulatinamente as EM, seus professores e estudantes para integrar o conjunto de esforços nesta missão.

CAPÍTULO II

Singularidades do curso de medicina

2.1 As barreiras de acesso

De acordo com o Ministério da Educação (MEC), na lista das 10 maiores notas de corte do Sistema de Seleção Unificado (SISU, 2016), aparecem, ao todo, sete cursos de Medicina. A despeito da criação de mais 7,6 mil vagas nos cursos de Medicina desde 2013, a disputa em 2016 de 52 candidatos por vaga manteve essa faculdade como líder em dificuldade de acesso (O GLOBO, 2016). Uma vez admitido no curso, serão seis anos de formação básica, o maior prazo de formação em nível superior, e caso opte por prosseguir os estudos, cumprirá mais três anos de especialização. Mas, quem é o estudante de Medicina?

Millan (2008) refere uma pesquisa realizada sobre o perfil socioeconômico de 163 estudantes ingressos na

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O questionário mostrou que a média de idade foi de 18,5 anos, o predomínio de alunos de raça branca (apenas um negro), oriundos da classe média e de escolas particulares (com exceção de apenas um aluno). Cerca de 80% dos alunos (as) tinham pais e mães com curso superior e 63% possuíam algum médico na família. Apenas 27% dos alunos foram aprovados na primeira tentativa para entrar na faculdade, enquanto que 41% realizaram duas tentativas e 32% três ou mais. (MILLAN, 2008, p. 92-93).

Há que se notar que numa faculdade pública, a elitização da Medicina é evidente pela raça branca, nível superior dos pais, e mais de 60% sendo filhos de médicos. Este último aspecto poderá ser importante no futuro do jovem médico pela potencial herança de referências, instalações e até da clientela dos pais. A questão da elitização da Medicina será aprofundada adiante no texto, posto que a maior parte dos estudantes não está na rede pública de ensino superior.

Manhães (2003), alinhada com a literatura a respeito, ao expandir o conceito de família, encontrou 74% de parentes médicos, entre os estudantes de medicina de uma faculdade no interior do Rio de Janeiro. A autora conclui, citando outros autores, que a influência de familiares na escolha da profissão pode ser, tanto pela continuidade de uma posição social já conquistada pelo parente, quanto pela busca de ascensão social.

Couto (2009) avaliou os perfis de alunos de EM públicas e privadas na Paraíba. Concluiu que “como perfil geral dos estudantes pesquisados, pode-se dizer que os alunos da escola privada pertencem a famílias de alta renda, e os da escola pública, a famílias de média e alta renda, sendo frequentemente filhos ou irmãos de médicos.” (COUTO, 2009, p. 110). Os jovens são sedentários e não cultivam o hábito da leitura. Os alunos da escola pública praticam mais esportes e namoram mais do que os da escola privada. Quanto à residência, o grupo da escola privada referiu maior incidência a morar sozinho, mas em função da transferência da moradia para a cidade da faculdade. De forma que na opinião da autora, parece que os alunos da faculdade privada, em função do alto investimento pessoal, associado ao número de tentativas de ingresso no curso, a ele se dedicam quase exclusivamente.

Em se tratando de custo de formação na rede privada, estudo realizado pelo Sindicato das Mantenedoras de Ensino Superior (SEMESP, 2017) revelou que Medicina é disparado o curso mais

caro do país. Sendo o mais longo e o mais caro, percebe-se a clara barreira econômica de acesso, exceto se for bolsista ou receber outro tipo de incentivo financeiro.

Tabela 1 - Custo médio da mensalidade do ensino superior, 2017

Curso	R\$ mensal
Medicina	6.203,57
Odontologia	2.110,09
Arquitetura e urbanismo	1.157,63
Engenharia	1.113,47
Psicologia	1.040,57
Direito	1.022,63
Fisioterapia	1.000,28
Farmácia	988,75
Enfermagem	967,01
Nutrição	942,26
Todos os Cursos	897,99
Ciência da computação	886,54
Educação Física	786,49
Administração	772,12
Ciências contábeis	721,42
Pedagogia	621,06

Fonte: SEMESP, 2017.

Tomando-se o valor médio da mensalidade, o custo total de formação do médico seria R\$ 6.203 X 12 meses X 6 anos = R\$ 446.616. Adicionando-se pelo menos mais 15% referente a despesas de moradia, alimentação, vestuário, e livros, chegamos ao total de R\$ 513.608 até a formatura, ou seja, meio milhão de reais. Enquanto isso, para se formar pedagogo um estudante gastará com a faculdade, ao longo dos quatro anos, apenas R\$ 29.808, equivalente a 6,7% do valor dispendido na Medicina.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016), no Brasil há 154 faculdades de medicina particulares e 103 públicas. Em 2017, mais 37 EM privadas estão em processo de autorização pelo MEC. Portanto, em breve, 65% dos estudantes de medicina serão formados em instituições privadas (CFM, 2016). Esse percentual tende a crescer rapidamente em função da carência do setor público em investir na construção de novas Escolas Médicas (EM), posto que já apresenta muitas dificuldades na manutenção adequada das atuais. A precariedade reside na falta de recursos físicos, financeiros e de pessoal para acompanhar a constante evolução do aparato tecnológico e tratamentos relacionados à saúde.

Mas a política de expansão das faculdades de medicina também pode ser alterada subitamente. Em 2015, o governo federal (PROGRAMA MAIS MÉDICOS, 2015) previa atingir a meta dos 600 mil médicos em 2026. Para isso, haveria a continuidade das políticas dos governos Lula (2003 a 2011) e Dilma (2011 a 2016) na concessão de autorização do funcionamento de novas EM. Contudo, para o CFM, a visão oficial de que faltavam médicos no país, sempre foi controversa.

Ribeiro (2017) presidente do CFM indaga: “Por que tantas escolas médicas no Brasil?”. De acordo com o autor, a existência de “inacreditáveis” 298 escolas no Brasil traz questionamentos sobre a qualidade de formação do médico brasileiro. Ele segue afirmando que em nenhum país do mundo observa-se esse ritmo frenético de abertura de EM, e que isso representa um negócio milionário. Aponta que 70% das novas vagas criadas estão na rede particular, com mensalidades médias de R\$ 6,8 mil, mas que podem atingir até R\$ 16 mil. Para Ribeiro (2017), o país tem 444 mil médicos. De acordo com as projeções do CFM, em aproximadamente 40 anos, o Brasil terá algo em torno de 1,5 milhão de médicos, número superior ao de técnicos de enfermagem em atividade no país. Por fim, o autor defende a moratória na concessão de novas autorizações para funcionamento de EM e cancelamento das resoluções MEC nº 6/2014 e nº 1/2017, que autorizam a abertura de aproximadamente 1,5 mil vagas em novas escolas a serem autorizadas.

Nem todos os acadêmicos na área de educação médica concordam com a opinião de Ribeiro (2017) acerca da moratória na concessão de novas autorizações para abertura de EM. Loula (2017), que inclusive participou da redação do edital do Mais Médicos, é contra. A autora entende que tal medida beneficiará as atuais EM pela limitação da concorrência e manutenção daquelas que apresentam baixa qualidade de ensino. Para ela, se o problema está na má qualidade de algumas EM, a solução é pelo fechamento dessas e não pela proibição da abertura de novas, posto que o problema de alegado por Ribeiro (2017) permanecerá intocado.

Loula (2017) também receia pelo desfiguramento do Mais Médicos, que foi concebido com dois pilares: 1) provimento emergencial de médicos, mormente cubanos; 2) expansão e interiorização das graduações em medicina, em locais historicamente desprovidos dessas faculdades. Com a edição do referido decreto, a autora acredita que será inviável a sustentação financeira do Mais Médicos, pelo pagamento a longo prazo de médicos estrangeiros na assistência básica, e justamente pela falta da formação de médicos brasileiros em número e perfil adequado.

Foreque (2015) reporta que o MEC rebate a acusação do CFM sobre a baixa qualidade das EM. Para o ministro Janene, há três instrumentos de controle: 1) visita in loco de técnicos do Ministério da Educação, o Conceito Preliminar de Curso (CPC); 2) indicador de qualidade que avalia os cursos de graduação no Brasil; 3) realização de avaliação do estudante de medicina a cada dois anos, independentemente daquela tradicional realizada pela EM. Trata-se da Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem), detalhada a seguir. Em conclusão da entrevista realizada para Foreque (2015), para o ministro, eventuais falhas na formação serão logo detectadas, corrigidas e não há qualquer intenção de se fechar EM, mas sim fazê-las funcionar dentro dos critérios de exigência de qualidade do MEC.

Conforme o MEC (2017), a Anasem foi prevista no Mais Médicos e instituída pela Portaria MEC nº 982, de 25 de agosto de 2016. Tem como objetivo avaliar os estudantes de graduação em medicina do segundo, quarto e sexto anos, por meio de instrumentos e métodos que considerem os conceitos estabelecidos nas DCNMed. Realizada pela primeira vez em 2016 pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) a Anasem conseguiu mobilizar todas as EM, e seus resultados abarcam a avaliação de 91% dessas instituições, totalizando 233 cursos e 22.086 estudantes matriculados no segundo ano. Para o MEC (2017), o resultado é positivo. Cerca de 91,2% dos estudantes de medicina encontram-se no nível de proficiência adequado; 6,9%, no básico; e 1,9%, no avançado. O MEC (2017) também avaliou as instituições, sendo que 98,71% apresentam média em nível adequado e 1,29%, no básico, e perguntou aos estudantes as impressões sobre o grau de dificuldade da prova. 62,5% dos pesquisados consideraram que a Anasem apresentou um grau médio de dificuldade, enquanto 32,3% responderam difícil, 2,5% muito difícil, 2,5% fácil e 0,2% muito fácil.

Costa (2018) reporta que Mendonça Filho, em 5 de abril de 2018, como último ato em exercício no Ministério da Educação, editou uma portaria que suspende por cinco anos o processo de abertura de novos cursos de medicina, mas mantendo as autorizações para as já concedidas anteriormente. De acordo com o ministro, a medida, exclusiva para as EM, tem por objetivo “zelar pela qualidade” das grades curriculares. A decisão vale para as instituições públicas federais, estaduais e municipais, assim como as privadas. Também fica suspensa a ampliação de vagas já existentes em instituições federais pelo mesmo período. A medida é tão polêmica que, enquanto a Associação Médica Brasileira (AMB), em consonância com o CFM, demonstrava total apoio à moratória, a Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior (ABMES) repudiava a medida, pela criação de reserva de mercado, inibição da concorrência e temor que outras instituições de classe também reivindicassem tratamento semelhante para outras categorias profissionais.

Do ponto de vista discente, além da acirrada disputa por vagas, observa-se o processo de elitização do curso de Medicina. Pinto (2004), ao comentar o acesso à educação superior no Brasil, discorre que o porcentual de alunos de Medicina participantes do Exame Nacional de Cursos (ENC), o “Provão”, que declararam viver em famílias cuja renda mensal é superior a R\$ 7,2 mil é 24 vezes maior que o mesmo índice para os alunos de pedagogia. O autor também cita a diferença salarial, conforme a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) entre médicos, R\$ 2.973; professores de ensino médio, R\$ 866; e professores do ensino fundamental, R\$ 462, para concluir que boa parte da elite direciona seus esforços e recursos para cursos que gerem maior retorno econômico como Medicina, Direito, Odontologia, Engenharia Civil, Administração e Jornalismo. Dados mais recentes do Todos pela Educação (2013) corroboram a observação de Pinto (2004). “A diferença entre as médias salariais de um professor de Educação Básica e um engenheiro chega a R\$ 3.683. Já entre um docente e um médico, a diferença é um pouco menor: R\$ 2.612” (TODOS PELA EDUCAÇÃO, 2013, n. p.).

Inclusive, a verificação da habilidade de comunicação do estudante egresso no ensino médio já está sendo utilizada como critério seletivo no processo para admissão na faculdade de medicina do Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo. A faculdade particular, criada em 2015 a partir da tradição de ensino e pesquisa em um dos mais renomados hospitais do país, divide o vestibular para a graduação em medicina em duas fases: a primeira avalia as competências acadêmicas por meio de prova objetiva e questões dissertativas; a segunda, somente com os 256 melhores resultados, avalia as competências pessoais necessárias à formação de um bom médico, e é realizada por meio de entrevistas com os candidatos. Na proposição do Einstein, além do conhecimento técnico para formar um bom médico é fundamental conhecer as “competências pessoais como ética, comunicação efetiva, tomada de decisão, pensamento crítico, liderança, maturidade emocional, resposta adequada às situações de estresse, antes do aluno ingressar no curso”. (EINSTEIN, 2016, n.p.).

Mas, até que o ponto o idealismo é um fator determinante para escolha desta tão difícil profissão? Manhães (2003) relata o depoimento de uma aluna do quinto período.

Eu, a princípio queria ser advogada. Cheguei a iniciar o curso de Direito. Acontece que não me identifiquei com o que me foi apresentado. Não poderia me imaginar convivendo com mentiras, suborno, falsidade. Aí resolvi fazer Medicina (MANHÃES, 2003, p. 27).

A questão de se dedicar “a uma causa maior” parece ser relevante para os estudantes e será objeto de discussão mais adiante no texto.

2.2 Os desafios do estudante de medicina

Após passar pelo apertado funil do vestibular, quando teve que ficar durante todo o ensino médio se dedicando com afinco aos estudos e experienciando um ambiente competitivo pelas

melhores posições no ranking de avaliação da escola, o jovem, ao ingressar na faculdade de medicina, ainda estará longe de relaxar. Além das aulas regulares pela manhã e tarde durante quase todos os dias da semana, e do estudo individual necessário para as provas, Fiedler (2008) lembra que há outras atividades essenciais como trabalhos em grupo, monitoria, iniciação científica, extensão universitária e estágios. Este conjunto de compromissos aumenta muito as horas dedicadas ao estudo. A autora reflete que “tal excesso de atividades e exigências muitas vezes não permite que o estudante tenha tempo para exercitar-se, cuidar da sua saúde, relacionar-se com família e amigos ou desenvolver outros interesses” (FIEDLER, 2008, p. 17).

Quintana (2008) avaliou a angústia na formação do estudante de medicina, percebendo de que forma os fatores emocionais interferem no aprendizado. De acordo com os alunos, a angústia surge em pelo menos três momentos distintos: 1) na dissociação entre o ciclo básico e o profissionalizante, quando entram em contato com o primeiro paciente, alguém com sintomas dor e em sofrimento; 2) a partir daí surge o estresse psicológico por terem que atuar neste cenário de aprendizagem contando com outro ser humano, geralmente com saúde bem debilitada; 3) dificuldade de relacionamento com os professores, com relatos até de humilhação dos discentes pelos docentes.

Millan (2008) estudou os motivos que levam o estudante de Medicina a buscar a assistência psicológica disponibilizada para a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Observou que o motivo da consulta está associado a diversos transtornos como depressivo, bipolar, ansiedade e alimentar. O autor indica que são raros os casos de psicoses e de dependência a drogas, porém, quando ocorrem, trazem graves consequências para o aluno e a instituição.

Rezende (2008) dialoga com Millan (2008) ao estudar 400 acadêmicos na Universidade Federal de Medicina de Uberlândia. A prevalência de sintomas depressivos foi de 79%, sendo 29% com grau leve; 31% moderado e 19,25% grave. O autor ressalta que os resultados indicam uma proporção de sintomas depressivos superior à encontrada na literatura referente a estudantes de Medicina e indica que isso talvez seja motivado pela excessiva carga horária e ansiedade progressiva com a finalização do curso. O término dos estudos implica uma importante tomada de decisão. Se lançar ao mercado como clínico ou investir mais três anos numa especialização.

Manhães (2003) infere que a dedicação do jovem estudante de medicina é o meio essencial para atingir o sucesso da futura profissão. Essa dedicação aos estudos já aparece antes do vestibular, pela perda de horas de sono e abrir mão do lazer, mas principalmente durante o curso, pela necessidade de assimilação do complexo e incessante volume de informações. A autora afirma que o estudante está ciente de que a profissão escolhida exige uma gama sem fim de conhecimentos, associada à constante atualização, sem os quais não se estará qualificado adequadamente para atuação como médico.

Diante dos fatos relatados, pode se inferir que nem todos acadêmicos reagirão com tranquilidade e resiliência à tamanha pressão. A pior consequência do agravamento dos transtornos durante o aprendizado é o alto índice de suicídios entre os estudantes de medicina. Este trágico fenômeno é conhecido em todo universo acadêmico. A este respeito, Millan (2008) conclui, após identificar oito casos em um intervalo de 21 anos, que o coeficiente de suicídios na (FMUSP) neste período foi cinco vezes maior, do que o verificado na população de São Paulo. Levanta a hipótese de que quadros depressivos, características de personalidade e o estresse acadêmico poderiam estar relacionados à cobrança do aprendizado e celebra que desde a criação do atendimento psicológico específico ao estudante de Medicina na FEMUSP, o índice de suicídios caiu oito vezes, igualando-se assim ao da população de jovens adultos do município de São Paulo.

2.3 O SUS na teoria e na prática

Em 2014, a política do governo de integração ensino-serviço público ganhou um forte impulso. A DCNMed 2014 é um documento de 14 páginas que articula a formação médica em três eixos: I - Atenção à Saúde; II - Gestão em Saúde; e III - Educação em Saúde. Observamos a significativa diferença para com os eixos das DCNMed 2001, I - Desenvolvimento Pessoal Profissional, II - Integração Ensino Serviço e Comunidade; III - Técnico Científico. O texto das DCNMed 2014 cita SUS 12 vezes e ressalta, no Capítulo III, Dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em Medicina, “[...] VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida [...]”. (BRASIL, 2014, p. 10).

Na DCN 2014 também há menção explícita sobre o SUS no período do internato. A diretriz prevê que o mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina, deve ser desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato. Entretanto, não há referência sobre como o conceito do SUS e da atenção básica será transmitido aos alunos.

Comparando os currículos das faculdades de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Estácio de Sá (UNESA) e Souza Marques encontramos poucas disciplinas com títulos padronizados, como Anatomia e Farmacologia. Observa-se uma grande variedade de currículos e propostas pedagógicas, suficientes para confundir qualquer interessado em cursar Medicina. Na questão das diretrizes e princípios do SUS, não há na grade curricular, apesar de todos os esforços de décadas do governo, qualquer menção explícita ao sistema público de saúde, ou à atenção básica. Por suposição, cremos que estes conteúdos são passados no ciclo básico em Atenção integral à saúde (UFRJ, 3º período); Fundamentos de Saúde da Comunidade, Medicina Integral, Familiar e Comunitária I a IV e Medicina Social (UERJ, 1º ao 4º período); Saúde da Família I a VII (Estácio, 1º ao 7º período); Medicina Social I a IV (Souza Marques, 1º ao 4º período).

Ao se pesquisar EM fora do estado do Rio de Janeiro, encontramos faculdades como a Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (EINSTEIN), em São Paulo, e Universidade Federal da Paraíba (UFPB) que oferecem a disciplina Atenção Primária na grade curricular. Parece um detalhe, mas é relevante, porque permite maior visibilidade ao conceito do SUS e à política nacional de Atenção Básica. No EINSTEIN chama-se Atenção Primária à Saúde (1º ao 7º período) e na UFPB, Sistema de Saúde: Atenção Primária. A UFPB também oferece Saúde Coletiva, Saúde da Comunidade, Atenção à Saúde da Família I e II e Atendimento Integral à Saúde do Adulto, da Criança e do Adolescente.

Não foi objeto dessa pesquisa conhecer os tipos de interface do estudante com os diferentes cenários de práticas no SUS, mas um aluno de Medicina da UFPB, gentilmente relatou o que ocorre onde ele estuda. De acordo com ele, os alunos têm contato com o SUS desde o primeiro período do curso e prosseguem assim até o internato, variando os cenários entre visita a comunidades, UBS e hospitais, exatamente como previa a DCNMed 2014.

Nas disciplinas Saúde da Comunidade e Sistema de Saúde: Atenção Primária (1º e 2º períodos) há atividades em UBS e visitas a famílias. Sistema de Saúde: Atenção Secundária e Terciária (3º período): há atividades em hospitais secundários e terciários. Atenção à Saúde da Família I e II (4º e 5º períodos): retorno às UBS, agora com os alunos mais experientes.

No 5º período, também se iniciam as práticas dos módulos clínicos no Hospital Universitário (HU), com participação cada vez intensa do estudante em diferentes tipos de pacientes, até chegar na emergência. Diz ele que cada módulo reserva parte da carga horária para atividades de ambulatórios, enfermarias, bloco cirúrgico e outros no HU. Atendimento Integral à Saúde da Mulher

e do Neonato (6º período): aprendizado em hospital terciário e maternidades. - Atendimento Integral à Saúde do Adulto, da Criança e do Adolescente (7º período): foco na atenção à saúde da criança em hospital terciário. Abordagem Clínica e Social nas Urgências e Emergências (8º período): estágio em serviços de urgência e emergência.

Em conversas informais com os alunos do Rio de Janeiro pesquisados, verificamos a existência de cenários de prática semelhantes, com exceção da visita a comunidades, prejudicada pelo alto índice de violência verificado na cidade. Esse fato lamentavelmente afasta a possibilidade de realizar atividades de aprendizagem de atenção básica, conforme previsto pelo PSF. Como consequência, fortalece a noção hospitalocêntrica do aluno, que também tem receio de visitar o posto de saúde localizado dentro da favela. Diga-se que também os professores se sentem muito desconfortáveis em conduzir os alunos para regiões sem segurança estabelecida na cidade. Caso aconteça uma tragédia com bala perdida atingindo os discentes, o corpo docente da EM estará exposto à responsabilização e responderá a inquérito policial.

CAPÍTULO III

A teoria das representações sociais no campo da saúde

3.1 Abordagem estrutural

Com raízes no pensamento do sociólogo francês Emile Durkheim, que em 1898 cunhou a expressão Representações Coletivas na tentativa de estabelecer a autonomia da ciência sociológica, a Teoria das Representações Sociais (RS) foi desenvolvida por Serge Moscovici na década de 1960, na França e se tornou, atualmente, uma das principais teorias da psicologia social. Couto (2009) lembra Durkheim, pesquisando sobre religiões primitivas, para explicar como sociedades criam sistemas solidários de crenças e de práticas relativas a coisas sagradas. Ao longo do tempo, durante o processo evolutivo, o homem criou rituais espirituais associados a deuses, santos, símbolos, animais, eventos da natureza e locais. Estas práticas foram repassadas a gerações fortalecendo assim as representações coletivas. Missa, culto, procissão, batismo, crisma e circuncisão de bebês e mutilação de moças não são fruto da imaginação das pessoas, como os deuses e espíritos. Os eventos ecumênicos produzidos pelo ser humano ocorrem dentro de contextos ritualísticos e aqueles que os presenciam de forma ativa acreditam piamente no seu significado espiritual. No entender de Couto (2009), para Durkheim, a religião, pela sua importância na sociedade, seria o útero de formação das representações sociais.

Como método da Psicologia Social, as representações sociais instituem um novo campo teórico-metodológico que através da análise da realidade social, busca encontrar explicações e sentidos para entender o mundo que nos cerca. Método este, que como tem mais de 50 anos, nem é tão novo assim.

As representações são produções entendidas como um fenômeno social tecido pelo homem que, ao mesmo tempo em que o antecede, o sucede no curso da história. Isso significa dizer que as representações se renovam continuamente na medida em que os homens interagem entre si e, nesse sentido, promovem e refletem as mudanças na sociedade. Sendo assim, corresponde a um processo dinâmico e de interação social, em que se considera o indivíduo dentro de sua realidade, seu contexto social. E enquanto as representações são partilhadas, elas penetram e influenciam a mente de cada um, sendo repensadas, recitadas e reapresentadas (MOSCOVICI, 2010).

As representações sociais podem ser consideradas um sistema de opiniões, conhecimentos e crenças, próprias de uma determinada cultura, categoria ou grupo social, o qual representa um objeto social de forma consensual e partilhada, através de um conjunto de elementos cognitivos. Estes elementos cognitivos formam uma estrutura que interage com outros elementos, cooperando e estabelecendo relações entre si. São, assim, coletivamente produzidos por meio do processo da comunicação. Além disso, o autor confere ao estudo das representações sociais uma natureza interdisciplinar. Para ele, seu caráter transversal desperta interesses de diferentes áreas do conhecimento, como a antropologia, a sociologia, a psicologia, a história, a geografia, a economia, a cognição e a linguística, consequências tanto da capacidade que a teoria tem para dialogar com as diferentes áreas, como da flexibilidade de sua estrutura conceitual (RATEAU *et al.*, 2012).

Identificadas como conhecimento do senso comum, ou como a maneira de pensar e interpretar o cotidiano, que por sua vez rege a relação do homem com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas e comunicações, as representações sociais devem ser pensadas como um fenômeno social e não um conceito, cujo objetivo pode ser definido, como esclarece Moscovici (2010, p. 46), como o de "abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa". Dessa forma, as representações sociais têm por função

estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo [...] fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (*Idem*, p. 21).

Como um guia de condutas, que determina comportamentos e práticas, uma vez que correspondem à interpretação dos sujeitos sobre um determinado objeto, conceito ou teoria, apresentam-se como importante ferramenta que oferece um suporte teórico-metodológico para o estudo do pensamento e conduta, de pessoas e grupos, uma vez que permite a compreensão dos sistemas simbólicos que afetam os grupos sociais e as instituições, regendo as interações cotidianas na sociedade.

Para Jodelet (1989), considerada após Moscovici, uma das principais articuladoras da teoria, as representações sociais

assinalam-se elementos diversos, os quais são às vezes estudados de maneira isolada: elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens etc. Esses elementos são sempre organizados como uma espécie de saber que diz alguma coisa sobre o estado da realidade (JODELET, 1989, p. 34).

Um saber praticado, que rege nossa relação com o mundo e com os outros, atribuindo sentido e significado ao mundo que nos cerca, e, nesse sentido, orientam e organizam nossas ações, práticas e condutas. Representar corresponde a um ato de pensamento, a sua materialização se dá através da ação do sujeito em relação ao objeto representado, Jodelet (1989, p. 40) ressalta que seu valor corresponde "sobretudo ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro, o que esclarece suas funções e sua eficácia sociais". As representações sociais, de acordo com Rateau *et al.* (2012), orientam a prática dos sujeitos coletivos, inseridos em um espaço social e em interação com outros indivíduos.

Abrie e Flament apud Campos (2012) refletem que representações são conjuntos de elementos organizados e estruturados. A partir desse ponto, eles desenvolvem a chamada Teoria do Núcleo Central. É como se cada representação sofresse uma dupla interpretação, a do núcleo central e periférico. No núcleo central, a organização e o significado da representação estão vinculados a condições históricas, sociológicas e ideológicas, sendo também influenciados por normas e valores sociais. As percepções centrais emergem com muita facilidade e são facilmente identificadas. No sistema periférico, a representação se molda às mudanças conjunturais pela história pessoal do indivíduo, vivenciando o cenário do instante imediato. Elas são mais difusas e, por isso, mais difíceis de serem consolidadas. Campos (2012, p 18) considera que "A análise da lógica deste duplo sistema, nos leva a considerar que as representações funcionam como "guias" de leitura da realidade". Na visão do autor, A originalidade da escola de Abrie e Flament, quanto a RS, comungando com o pensamento de Moscovici, "reside nas formulações que explicam como as representações são, ao mesmo tempo, estáveis e moveáveis; rígidas e flexíveis (Ibid, p. 19).

Oliveira (2000) recorda que a RS vem sendo utilizada para a análise do processo saúde-doença, a partir do clássico trabalho de Herzlich em 1969. De acordo com a autora, Herzlich criticou a concepção da medicina da época pela não realização da decodificação do orgânico ou da doença.

Haveria uma construção manipulada de categorias sociais dadas e justificadas socialmente. Dessa forma, são firmadas as bases do "construcionismo" na saúde, gerando o progressivo descontentamento com o modelo biomédico, individualista. Abre-se assim a porta para a psicologia social no campo, através da RS.

Entretanto, ainda de acordo com Oliveira (2000), apenas recentemente a RS passou a ser apropriada pelos pesquisadores do campo da saúde e psicologia social, para a análise de objetos específicos do cotidiano profissional. Nos campos de enfermagem e educação física, a RS se desenvolveu de forma expressiva, trazendo um significativo número de objetos pesquisados.

Vejamos o objeto jaleco branco. É comum vê-lo em professores, pipoqueiros e balconistas. Vendedores de colchões de uma rede líder de mercado no Rio de Janeiro vestem o modelo longo, até quase o joelho, sempre bem passado, limpíssimo, com gravata. Mas é no uso do jaleco branco pelos profissionais de saúde que se estabelece uma das mais tradicionais representações sociais de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas e nutricionistas, dentre outros. Os estudantes de Medicina utilizam jaleco em todas as atividades práticas, o que pode ocorrer já no 1º ou 2º ano de curso, inclusive nas aulas de Anatomia, diante de cadáveres. Quantos estudantes incorporam o fato de vestirem o jaleco pela primeira vez, como um rito de passagem para a futura profissão, de forma a elevar a autoestima, mas ao mesmo tempo indicar a responsabilidade do manejo da saúde das pessoas?

Numa consulta, ao ser atendido por um médico sem jaleco, talvez o paciente se pergunte, se aquele é realmente um bom médico, pois não parece como tal. Corroborando essa proposição, Yonekura (2013) avaliou as impressões de pacientes, médicos e estudantes de Medicina quanto à aparência dos médicos. Os grupos pesquisados deveriam responder a perguntas sobre um painel de fotos de médico e médica vestidos com diferentes estilos e detalhes de aparência. Como resultado: a maioria das respostas dos voluntários envolveu o uso de roupa branca e aparência discreta, com forte rejeição à falta de sobriedade do profissional de saúde. A autora conclui, ressaltando os limites da pesquisa realizada numa única localidade do interior paulista, que o uso da vestimenta inteiramente branca foi a preferida dos entrevistados. Por similitude, podemos extrapolar essa conclusão para outros ambientes de cuidados na saúde, como farmácia e consultório dentário. Inclusive na farmácia, além do farmacêutico, balconistas também vestem jalecos brancos.

Souza (2002), Arcoverde (2004), Alves-Mazzotti (2005), Menin (2009) e Campos (2017) aplicam a RS no campo da educação. Souza (2002) afirma que o objetivo do pesquisador/educador ao analisar as representações sociais que constituem o cotidiano, é refletir sobre possibilidades de reorientação de práticas educativas, de forma a melhorá-las.

Arcoverde (2004) avalia que, nas pesquisas em Educação, utiliza-se a RS para explicitar a articulação dos sentidos dados aos saberes gerados no ambiente escolar com outros saberes, com origem em outras relações sociais. O processo é orgânico. Para o autor, a RS permite ir além dos estudos reducionistas, com foco no currículo, práticas pedagógicas e fatores determinantes de fracasso escolar, estudados de forma isolada. A RS permite compreender qual é a percepção que determinados grupos têm sobre temas de interesse no campo pedagógico, determinantes para suas ações e práticas. Há uma simbiose de construção de sentidos dos objetos de interesse escolar, representados por um grupo em determinado espaço e tempo, com a RS. Dialogando com Jodelet (2001), o autor reafirma que, apesar de ser considerado, pela Academia, um saber de senso comum, ou saber ingênuo, a RS se legitima como objetos de estudo tão legítimos quanto o conhecimento científico, pela sua relevância na vida social e, mais importante ainda, no esclarecimento acerca das interações sociais e suas repercussões.

Arcoverde (2004) observa que o campo da educação médica contém objetos de investigação oportunos à utilização e ao desenvolvimento da RS. No entanto, ressalta alguns cuidados na

construção do objeto de pesquisa. A primeira questão apontada é se objeto de pesquisa tem relevância social. Para ele, a formação médica, considerando um cenário em constante mudança de paradigmas educacionais, que por si só produz resistências em vários níveis diferentes, aliado às escolhas profissionais dos egressos das EM, traz sim elementos socialmente relevantes.

Alves-Mazzotti (2005) infere que se as representações sociais orientam e justificam as práticas, elas também podem nos ajudar a compreender e tentar modificar as práticas docentes. Segundo a autora, as representações têm um papel na formação das identidades e antecipar hipóteses sobre comportamentos e trajetórias. No contexto pedagógico, isso serviria para identificar conceitos entre os sentidos atribuídos ao mesmo objeto pelos diferentes atores envolvidos nas relações de ensino-aprendizagem. Menin (2009) ressalta que pesquisas apoiadas na RS, no contexto de ampliar a compreensão dos processos educativos, abre possibilidades para “[...] revelar as relações, entre conhecimentos práticos e desempenho de papéis e de funções na escola, de um lado, e de questões ideológicas, políticas, pedagógicas no campo da educação, de outro”. (MENIN; SHIMIZU; LIMA, 2009, p. 551). Campos (2017) considera que a RS no Brasil tem aportado significativas contribuições nas áreas do trabalho docente, educação inclusiva e a relação entre os grupos sociais e a escola. Para o autor, “os professores não são meros executores de papéis determinados pela organização: eles são sujeitos da construção do campo da escola e de suas representações desse mundo e de suas práticas.” (CAMPOS, 2017, p. 792). E que, ao contrário do senso comum, o professor não tem autonomia absoluta. Ele é sim influenciado por grupos com outros interesses e de acordo com dadas condições objetivas e institucionalizadas, pré-definidas pela instituição a qual ele pertence. De forma prática, como ele aplicaria um sistema de avaliação particular, diferente do preconizado da política institucional da escola? Por isso, não há como um mestre trabalhar eficientemente de forma isolada, desconectado do corpo docente e da coordenação da unidade de ensino. De forma que o professor navega “na tensão entre as tarefas prescritas pela escola e aquelas acumuladas na memória coletiva da profissão que se organizam como representações sociais. Ou seja, seu agir se dá em um mundo de conflitos e tensões.” (CAMPOS, 2017, p. 792).

E de fato, o mundo de conflito e tensões é típico dos ambientes de atendimento à saúde, seja público ou particular. Basta ver o noticiário diariamente, onde grande parte da tensão decorre de promessas constitucionais não cumpridas “Saúde é um direito de todos”, ou relativa a relação do segurado com os planos de saúde. Ao ligar para um consultório para marcação de consulta, a primeira pergunta da atendente é: “Particular ou convênio?”. “Caso particular, podemos agendar para amanhã, mas caso convênio, só daqui há 70 dias.” Outra fonte de tensão é o horário marcado para as consultas. Não raro o médico irá atender os pacientes várias horas depois do agendado.

Profissionais de saúde, assim como educadores, estão expostos à violência. Todo médico e enfermeiro talvez tenha dezenas de casos de pacientes ou familiares surtados para contar. Soube do caso de uma psiquiatra, que num dia, sozinha em seu consultório com um paciente que estava em tratamento. No entanto, sem aviso prévio, o mesmo tirou um facão da mochila, apontou-o para ela e perguntou se ela tinha medo de morrer. A médica experiente contornou a situação acalmando-o. Encerrou a consulta o mais rápido que pode, e após a saída dele ligou para a família do paciente relatando o fato e sugerindo o imediato chamado aos bombeiros para que quando ele chegasse, fosse contido para encaminhamento à internação compulsória.

A respeito do cuidador do paciente psiquiátrico, Campos e Soares (2005) estudaram a RS da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental, em oposição ao modelo hospitalocêntrico. Os autores concluem que sobrecarga emocional é bem estressante, maior do que a sobrecarga financeira, e tem impacto direto na adesão ao tratamento alternativo. Dos 19 sujeitos participantes da pesquisa, seis (31,5%) eram também usuários de serviços de saúde men-

tal. O sistema não dá suporte e os familiares reclamam da falta de serviços de apoio. Fatores como gênero e classe social surgem como macro reguladores desta sobrecarga.

Em artigo posterior, Campos (2012) expande a visão da RS: “nos campos da educação e da saúde, a teoria foi acolhida como uma possibilidade de melhor compreender a relação entre pensamento e ação dos grupos, de modo a permitir sua análise e, para além disto, a intervenção” (CAMPOS, 2012, p 14). Para o autor, uma representação dá significado a uma dada situação social, bem como aos comportamentos e condutas, e isso também pode ser observado dentro do ambiente hospitalar.

Cita, como exemplo, a questão da prevenção acerca das infecções hospitalares. Embora todo o profissional de saúde receba treinamento detalhado sobre a importância de se higienizar as mãos, antes da realização de procedimentos invasivos, cuja técnica correta pode levar de três a cinco minutos, a observação prática dessa conduta pelos agentes envolvidos revela inúmeras falhas. Curiosamente, as explicações sobre a negligência envolvem falta de treinamento, omissão da comissão de controle de infecções hospitalares, “falta de consciência” ou responsabilidade. Para outros, o fato de usarem luvas, para realização do procedimento, substituiria a necessidade de higienização das mãos. E nem alertas sobre a frequência das infecções e a não adesão ao procedimento recomendado é suficiente para tomada de consciência sobre o próprio comportamento.

Campos (2012) conclui que as práticas relativas à saúde passam a ser compreendidas como pertencentes também a um universo cognitivo. Para ele, não há como pensar que o médico, enfermeiro ou auxiliar não adotam condutas preventivas ao risco, porque tem representações erradas da realidade. Reforça que a RS dispõe de modelos conceituais para estudo da dinâmica social, inserida nas relações do cotidiano, assim como nas práticas profissionais corporativas. Não há RS certas ou erradas.

No campo da RS e saúde pública, Oliveira (2000) critica as abordagens teóricas de caráter prescritivo e normativo, como o positivismo, baseadas no modelo teórico clínico, biomédico e técnico-centrado. Ela então propõe o “deslocamento das concepções de objetivo para subjetivo, de individual para coletivo, e de prevenção para promoção da saúde” (OLIVEIRA, 2000, p. 50). Para a autora, as ciências sociais, especialmente a psicologia social, por meio da RS, contribui de três formas para a recuperação do social: 1) Especifica a subjetividade implicada na saúde sem, no entanto, opô-la à objetividade característica do desenvolvimento do campo e do objeto, fundamental para realização de ações corretivas; 2) Compreende a relação coletivo-individual de forma dialética, onde toda individualidade está inserida no contexto social; 3) Amplia o pensamento sobre o objeto saúde, ao trazer o reconhecimento da forma de conhecimento natural, baseado no senso comum, ao mesmo “status” social do conhecimento científico.

Oliveira (2000) sugere que a concepção da relação sujeito-objeto, base do conhecimento positivista, deve ser revista. Porque, em nível de práticas cotidianas de cuidados de saúde realizada pelos profissionais, essa dicotomia não se verifica. Para os envolvidos, as representações e as práticas são um único conjunto indissociável. Dessa forma, o abandono da concepção indivíduo-objeto leva ao questionamento daquilo que se convencionou chamar de “realidade objetiva”. Para a autora, isso não existe. “Toda realidade é representada, ou seja, apropriada pelo indivíduo e pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada ao seu sistema de valores, dependente da sua história e do contexto social e ideológico no qual está inserido.” (OLIVEIRA, 2000, p. 56).

Coutinho e Franken (2009) se interessaram em investigar as RS dos profissionais da saúde acerca da qualidade de vida e de suas práticas nos serviços públicos. Para as autoras, citando Fleck (2000), “qualidade de vida é um conceito amplo, que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, crenças pessoais e relações sociais.” (COUTINHO e FRANKEN, 2009, p. 450).

O questionário apresentado aos participantes abrangia, dentre outras questões: “O que é qualidade de vida para você? O que é atendimento público para você? O que é atendimento público de qualidade?”. Após análise das respostas, as autoras concluíram que o vínculo profissional às unidades públicas de saúde é fator que afeta negativamente a qualidade de vida dos sujeitos. Ao assumir muitos empregos com baixa remuneração, cresce o esgotamento e o estresse profissional. Esse quadro “gera sérias ameaças para os profissionais da área da saúde, podendo afetar sua saúde, sua qualidade de vida, o rendimento e a eficiência no trabalho, além de causar dificuldades de comunicação.” (COUTINHO e FRANKEN, 2009, p. 459).

De acordo com os participantes, a dificuldade no atendimento público de saúde tem origem complexa e disseminada na sociedade. Ao arrepio do preceito constitucional, falta fiscalização dos serviços em saúde, o que facilita a corrupção, além da atuação irresponsável de governantes. Em conclusão, em relação ao construto atendimento público, para os profissionais de saúde pesquisados, é impossível associar atendimento público a atendimento de qualidade. As condições de atendimento são desfavoráveis: não há valorização, a meta de produtividade está acima da qualidade, falta material, o número de profissionais é insuficiente para a população, e o espaço físico é inadequado ao volume de pacientes e profissionais. Ou seja, caos.

Considerando que todo o movimento de criação e desenvolvimento do SUS é político e, portanto, ideológico e envolve a qualidade de vida dos participantes, acreditamos que a pesquisa realizada com arcabouço da RS é uma opção mais do que válida para a compreensão da visão do estudante de Medicina a este respeito. A própria construção do SUS, pela sua magnitude de propósitos e quantidade de pessoas envolvidas, traz uma riqueza de interpretações extremamente interessante.

Conhecer a estrutura das RS acerca dos cenários de prática no SUS nos permitirá avaliar o que os estudantes pensam a respeito. Depois de décadas de esforços do governo para operacionalização do SUS, também via EM, será que essa proposta tem a aderência e efetividade esperadas? Qual é o impacto que a vivência dentro do SUS, no atendimento à população, cria na mente dos sujeitos? Para isso, é fundamental o conhecimento dos elementos da representação organizados em núcleo central e sistema periférico, pois estes últimos se relacionam diretamente com a prática imediata dos estudantes.

3.2 Pesquisas realizadas

Na revisão bibliográfica, abrangendo de 2000 a 2017, verificamos apenas três estudos em representações sociais, realizados com estudantes de medicina, com aderência ao nosso objeto de estudo. Manhães (2003) estudou o “Ser medico”, Arcoverde (2004) avaliou a “Construção do sentido da profissão” durante a graduação e Couto (2009) se interessou por “Ser médico na atenção primária à saúde”.

Manhães (2003) realizou o seu estudo numa faculdade de medicina do setor privado, num município do interior do Rio de Janeiro. A coleta de dados baseou-se em observação, teste de associação de palavras, e um questionário. Os instrumentos foram aplicados a 200 estudantes, divididos em dois grupos de primeiro e último anos. A análise dos dados pela autora indica que responsabilidade é o elemento central nos dois grupos.

No primeiro grupo destaca-se responsabilidade e saúde na composição do núcleo central. À responsabilidade associou-se competência, dedicação, estudo, respeito e trabalho. Ao elemento saúde foi associado cura, hospital, doença e vida.

No segundo grupo, ou seja, nos alunos do último ano, os elementos centrais foram responsabilidade e trabalho. Responsabilidade evocou dedicação e estudo, enquanto, ao elemento trabalho foi associado a hospital e saúde. A autora afirma que o sistema periférico das RS de ambos os

grupos abrange dedicação, estudo e hospital. Elementos humanísticos apareceram nos alunos do primeiro ano: competência, cura, respeito e vida, o que segundo a mesma, pode estar refletindo experiências pessoais dos sujeitos.

Manhães (2003) disserta que “o aprendizado na prática médica é realizado, em grande parte, em hospitais e ambulatórios, onde o aluno deveria colocar em prática todos os preceitos e informações obtidos em aulas e discussões clínicas.” (MANHÃES, 2003, p. 55). O problema decorre, quando o aluno se depara entre a teoria e a prática. Em hospitais sucateados, onde faltam medicamentos, equipamentos e pessoal, devido ao descaso do governo, “o que é ensinado não é, ou não pode ser aplicado.” (Ibid, p. 55).

A autora conclui seu texto sugerindo, em consonância com a DCNMed 2001, que as EM promovam o contato precoce dos alunos com a comunidade. Isso poderia ser um fator determinante para manutenção da chama do humanismo e solidariedade. “Desta forma estaremos formando médicos bons e bons médicos, [...], essencialmente pessoas integrais e integradas na sociedade.” (MANHÃES, 2003, p. 76). Essa dicotomia entre o idealismo da profissão, em ajudar os outros, e o pragmatismo na inclusão no mercado de trabalho, é uma constante na mente do estudante de medicina.

Arcoverde (2004) aprofundou a amostra de Manhães (2003), pesquisando o “ser médico” em alunos de todos os períodos do curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau – FURB, no ano de 2003. Corroborando o verificado por Manhães (2003), o autor discorre a RS é dinâmica ao longo do curso, na medida em que o aluno segue interagindo com pares, instrutores e outros profissionais de saúde. No meio social onde ocorre o processo de ensino aprendizagem, os modelos de atuação médica vão sendo assimilados.

A formação médica contém estrutura teórica, com núcleo central (contexto histórico, social e ideológico: o próprio currículo, por exemplo.), e elementos periféricos (prática médica individual, experiências cotidianas nos cenários do ambiente de aprendizagem, etc.). Pode ser objetivado como esquema figurativo. O sujeito tem sua própria percepção do objeto, que contamina sua ação. Pode ancorar novas experiências, que contribuem para a mudança da representação. Nesta pesquisa as percepções dos alunos, trazidas do ambiente familiar, depois de compartilhadas pelo novo grupo social, transforma-se em representações da profissão médica, naturalizando dos novos conhecimentos e experiências (ARCOVERDE, 2004, p. 60).

Arcoverde (2004) apresentou um questionário aos pesquisados, cuja principal questão era que descrevessem cinco palavras, frases ou expressões que eles associassem com a expressão: “Uma Boa Formação Médica”. Em seguida, em uma segunda folha, foi solicitado que se escolhesse entre as cinco anteriores a que fosse considerada a mais importante, com justificativa da frase escolhida. As respostas foram avaliadas e agrupadas em dois grandes grupos: 1) Atributos próprios dos sujeitos; 2) Elementos externos aos sujeitos.

Os Atributos próprios dos sujeitos foram categorizados em três grupos: 1) Teórico-cognitivo (conhecimento); 2) Esforço pessoal (individual); 3) Humanista-altruísta (preocupação com o ser-humano e ajuda ao próximo). Os Elementos externos aos sujeitos referiam-se às condições operacionais-técnicas oferecidas pela faculdade, com reflexo na qualidade do ensino.

Na visão do autor, o aluno de medicina, que ao início do curso exibe uma representação idealista da profissão médica, intrinsecamente humanista, termina a faculdade com uma representação tecnicista-cientificista voltada para uma atuação profissional especializada. Para os discentes, a representação de prática médica prevalente é a prática hospitalar. Na análise das respostas, não aparecem possibilidades de outros cenários para a atividade docente assistencial. “Cenários como unidades de saúde para atendimento primário, localizadas em bairros afastados, não são valorizadas como local privilegiado para a construção de um conhecimento médico voltado para as

ações básicas de saúde da população.” (ARCOVERDE, 2004, p. 70). Isso seria o principal motivo para reforço do modelo hospitalocêntrico, com opção precoce pela especialização.

Arcoverde (2004) finaliza sua dissertação conclamando aos gestores da EM a revisão desse cenário para adoção de soluções pertinentes. Para isso apresenta algumas sugestões.

Sobre cenários de práticas, o aluno precisa notar que a sua atuação na comunidade não deve ser pontual, mas sim geradora efetiva de mudança. A constatação isolada de uma realidade social deficiente e problemática, além de chocante para um aluno de classe social privilegiada, pode ser responsável pelo desejo do aluno de se afastar dessa realidade. No entanto, ao se dar um sentido maior para essa participação, “Você, aluno de Medicina, faz a diferença para a comunidade”, poderá ocorrer uma mudança na motivação psicológica. Uma maneira de facilitar estas ações permanentes seria a integração do ensino-serviço em projetos de extensão universitária, que transcendam os muros da EM.

Quanto ao docente, Arcoverde (2004) sugere a maior valorização da sua atuação em projetos sociais, em serviços públicos de referência em atenção básica e, até mesmo, em trabalhos voluntários. Haveria aí uma ponte com os estudantes para a construção de um conhecimento mais solidário. Mas talvez essa sugestão seja a mais difícil, em virtude de outros interesses e agenda ocupada dos professores.

Quanto à especialização, o autor propõe, dez anos antes da edição das DCNMed 2014, que haja a valorização da participação do acadêmico, em programas governamentais como o PSF, como critério para ingresso em uma Residência Médica de especialidade. Que embora essa medida possa ser interpretada como autoritária, valorizar a participação com uma pontuação diferenciada na seleção para a Residência Médica, além de justo, seria necessário. Na visão do autor, “Ao se aproximar dessa atuação, com vistas a uma futura especialização, alguns dos egressos da graduação, poderiam se engajar de tal modo na comunidade, levando-os, até mesmo, a troca de suas escolhas profissionais” (ARCOVERDE, 2004, p. 119). Trata-se de uma expectativa, pela mera revisão da política de ensino médico, já que o autor não indica qual foi a base utilizada para essa afirmação.

Conforme já observado, as DCNMed 2014 incorporaram algumas dessas sugestões, aproximando as EM das comunidades ao estabelecer que o mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina seja desenvolvido na AB e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato. Mas, de 100% dos estudantes direcionados compulsoriamente para o PSF ou outra unidade pública de saúde, quantos estariam dispostos a seguir carreira nesse contexto, mesmo sem interesse de cursar especialização? Essa foi uma das nossas indagações nos sujeitos pesquisados. Veremos mais adiante os resultados.

É evidente que o modelo hospitalocêntrico, além do ensino tradicional, cuja ênfase recai em aulas teóricas e memorização de enorme quantidade de conceitos e fórmulas, é criticado por todos aqueles que estudam o processo de ensino-aprendizagem nas EM. Para Capra (2001), embora dois terços das queixas registradas no cotidiano médico envolvam enfermidades simples, usualmente autolimitadas, e menos de cinco por cento das doenças representem ameaça à vida, nos Hospitais Universitários, quase todos os casos são graves, críticos e ou raros. Assim, considerando que esse é o principal cenário de prática para os estudantes de medicina, esses aprendem diariamente a visão distorcida da enfermidade, centrada nos aspectos biológicos e não sociais das doenças. De acordo com esse modelo pedagógico, não há como se falar em promoção da saúde. Porém, apesar da quase unânime visão crítica, as RS dos estudantes indicam o quanto terá que ser desenvolvido no campo da medicina preventiva, para alteração desse paradigma.

Couto (2009) interessou-se pelo “Ser médico na atenção primária à saúde”. Esse recorte é particularmente interessante, não só para o nosso objeto de estudo, mas também porque dialoga com

a intenção do governo, manifestada de forma clara em suas políticas de formação de profissionais de saúde para atuação no SUS. Para isso a autora pesquisou 314 estudantes de medicina, em duas faculdades, pública e privada, na Paraíba. Os alunos cursavam entre o primeiro e último períodos. Como instrumentos, Couto (2009) utilizou questionário, entrevista semiestruturada e associação livre de palavras, aplicados em sala de aula.

A respeito das palavras apreendidas no Teste de Associação Livre de Palavras, a partir do estímulo **prática médica**, aparecem pela ordem, humanização, responsabilidade/compromisso; aparato tecnológico: estetoscópio, raio X, bisturi; dedicação. Sentimentos positivos, como amor, respeito e ética, e negativos, como dificuldades, trabalho árduo e estresse; também aparecem com frequência.

Ao se mudar o estímulo para **atenção primária**, verificou-se, pela ordem, prevenção; importante/fundamental; precisa melhorar; princípios da APS: integralidade, longitudinalidade; PSF. De acordo com a autora, a importância e a relevância social da APS emergem nas representações de todos os participantes. Os alunos da escola pública são mais críticos a respeito da atual situação da APS, posto que a representam com sentimentos negativos, de morte, sofrimento, perdas, atraso social, desordem; com maior frequência do que os participantes da escola privada. Para Couto (2009), como os alunos da EM privada, durante o curso, ficam mais em contato com a APS, estes desenvolvem uma representação mais positiva e esperançosa do futuro da prática médica neste nível de atenção.

A autora aprofundou a análise dos achados no Teste de Associação Livre de Palavras, realizando entrevistas semiestruturadas com 40 alunos, sendo 20 de cada EM pública e privada. As perguntas foram:

1. Para você qual o significado da prática médica na APS?;
2. Como você vê a atenção primária à saúde?;
3. Como considera o Sistema Único de Saúde?;
4. Considera que a grade curricular de seu curso está adequada a um bom desenvolvimento futuro da Atenção Primária à Saúde? (COUTO, 2009, p. 193)

As respostas foram então avaliadas e agrupadas por classes temáticas. A classe temática Atenção Primária gerou a categoria Concepções, e daí as subcategorias Estratégia relevante, Princípios doutrinários e Sistema utópico. Reconhecer a APS como relevante é coroar o esforço do MS em consolidar a AB como o pilar de sustentação da medicina preventiva. Os estudantes também associam a APS com o SUS. Seguem alguns relatos deles.

Acredito que a atenção primária é o lastro de sustentação do serviço de saúde brasileiro [...] então para mim, a APS é um nível importantíssimo do sistema de saúde [...] (COUTO, 2009, p. 138)

Atenção Primária é a porta de entrada do sistema de saúde [...] é a primeira etapa no processo de prevenção e assistência à saúde [...] (Ibid.).

O SUS é cheio de problemas, porém está em evolução [...], amadurecimento [...] (Ibid.).

No tocante aos princípios doutrinários da APS, estes na representação dos estudantes, se confundem com os princípios do SUS, já que foram citados: universalidade; acesso; longitudinalidade, vivenciada através do vínculo; e a descentralização. Naturalmente a associação é bem natural, considerando que a APS é a porta de entrada do SUS.

No entanto, a APS, assim como o SUS, é caracterizada como utopia pelos estudantes. A autora discorre que “esta representação é ancorada num senso comum da população brasileira, de que a

realidade do SUS está muito distante da proposta legal.” (COUTO, 2009, p. 141). Os alunos relatam suas impressões.

É legal na lei, no papel...na prática...não está bom [...] é uma utopia, só boas ideias, na prática quase nada [...]. Tem uma base legal bem fundamentada, porém na prática se mostra deficiente. (COUTO, 2009, p. 141)

O SUS é zero [...] a saúde brasileira está um verdadeiro caos. O SUS está doente: filas nos hospitais, péssimo atendimento, reclamação, tristeza. (Ibid.)

Percebe-se uma grande precariedade estrutural nas unidades de saúde da família. Faltam muitos remédios também. (Ibid., p. 142).

Couto (2009) conclui a análise da classe temática Atenção primária avaliando que, embora os estudantes destaquem a precariedade de das condições do SUS, alguns, em especial os da escola privada, se mostram otimistas, porque acreditam numa evolução favorável da situação.

Com relação à classe temática que agrupa condições de trabalho e perspectivas de atuação na APS, novamente ocorre uma confusão conceitual entre a APS e o SUS, vistos pelos alunos como algo único, mas lotado de problemas. As preocupações são relacionadas às “condições do ambiente de trabalho no sistema; a desvalorização dos profissionais que atuam na porta de entrada do SUS; o baixo envolvimento dos profissionais e o desequilíbrio entre demanda e oferta no cotidiano do atendimento médico” (COUTO, 2009, p. 141). Grande parte da crítica sobre as condições de trabalho decorre da falta de materiais, medicamentos e atuação em estruturas precárias, improvisadas. Como causa para essa situação, os estudantes citam os poucos e mal distribuídos recursos destinados à saúde no país, assim como a corrupção e/ou desvio de verbas.

No tocante à prática médica na APS, a autora observou três posturas: positiva, negativa/opportunista e idealizada. Na positiva, os alunos destacam a importância das atividades de educação em saúde, de promoção e prevenção, ou seja, a base da AB, como de grande relevância para o exercício da medicina. No negativo, há a justificativa das más condições de trabalho, o descompromisso dos médicos, falta de materiais e medicamentos e outros problemas já apontados. Curiosamente, a APS é vista como um bom mercado para médicos em início, enquanto aguardam aprovação em alguma residência, ou ao final da carreira, talvez já aposentados. A idealizada preconiza as condições ideais para realização de um bom trabalho na APS, com promoção à saúde e a prevenção, contando para isso, com um mínimo de condições diagnósticas. Seria a expressão da “humanização, a responsabilidade sobre pessoas e comunidades, paciência, compaixão, dedicação, respeito à cultura da população.” (COUTO, 2009, p. 155). E no final, a respeito das perspectivas de atuação na APS, houve uma divisão entre os alunos, onde quase 50% deles não se viam inseridos no sistema.

CAPÍTULO IV

A RS no atendimento no SUS e formação médica em estudantes de medicina

4.1 Método

Diante da iminente implementação das DCN 2014 nas EM, posto que até 2018 todos os currículos deverão estar adaptados, depreende-se que seja proveitoso para a área de educação em medicina conhecer melhor a dinâmica atual do processo de integração ensino-serviço-comunidade, mas agora pela visão do aluno. A esse respeito, Restom (2015, p. 376) preconiza a necessidade de uma “[...] articulação entre currículo e realidade profissional, para que haja reorientação de saberes e de práticas, tanto no espaço acadêmico como fora dele, aí incluído o âmbito do sistema de saúde, em busca das mudanças necessárias à saúde e ao bem-estar da sociedade”.

É fato que os problemas do SUS, pelo exposto no paradigma da integralidade, são também os da sociedade e por consequência, de todos os profissionais de saúde, inclusive aqueles que estão em formação. Se quisermos viver numa sociedade orientada para medicina preventiva é fundamental alicerçar o conceito relativo a ensino-serviço-comunidade no processo pedagógico dos futuros médicos brasileiros.

Parece então haver um hiato, ou até um contrassenso, uma vez que, historicamente, no Brasil, a elite econômica encaminha os filhos para os cursos de Medicina, enquanto as políticas públicas que regem a formação se voltam para o bem coletivo e especialmente para as comunidades carentes. É no campo desta lacuna ou questão que nosso trabalho pretende se inscrever.

O objetivo do estudo é identificar e analisar as Representações Sociais da Medicina, da “Formação para a Prática Profissional do Médico” e de “Medicina Social” em estudantes de graduação, discutindo o impacto ou não do paradigma da integralidade, em relação às percepções da sua relação com o SUS, elaboradas por alunos de EM privadas e públicas no Rio de Janeiro.

O estudo foi realizado numa abordagem qualitativa, que permite uma interação rica e direta com os estudantes, possibilitando uma maior compreensão dessa complexa realidade social do campo universitário. Minayo *et al.* (2015, p. 21) afirmam que essa abordagem “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”.

A pesquisa abrangeu a análise documental sobre as políticas de saúde e educação médica, bem como questionários, com abordagem qualitativa sobre a temática proposta. Os sujeitos da pesquisa foram acadêmicos de EM do Rio de Janeiro, que já tenham participado de cenários de práticas em unidades do SUS.

A Análise das Evocações

O estudo das evocações se funda no princípio da “associação livre a partir de uma palavra (ou expressão) indutora”, e este princípio não é exclusivo do campo das representações, seguindo em parte o mesmo fundamento das pesquisas do tipo *top of mind* ou *top of list*: aquilo que é pronta-

mente, mais imediatamente lembrado ou evocado é importante. A insuficiência das técnicas de *top of mind* reside no fato de não se poder explorar um espectro mais amplo da produção dos sujeitos e de não se poder verificar se a resposta obtida é importante apenas no contexto de pesquisa representado pelos próprios sujeitos, verificar se a resposta é normativa ou idealizada ou ainda quais relações observadas entre a resposta dada e outras respostas possíveis. No campo do estudo das RS, o princípio da associação livre a partir de palavra indutora obedece a dois fundamentos. O primeiro refere-se ao objeto de estudo, qual seja a representação a ser estudada: a palavra indutora deve corresponder à nomenclatura cotidiana que os sujeitos do grupo estudado atribuem ao objeto. O segundo fundamento estabelece o estudo das evocações como estudo da estrutura das representações. Conforme já abordado anteriormente, as RS têm uma estrutura que se organiza em termos de um núcleo central e um sistema periférico (ABRIC, 2003).

A “Análise das Evocações” é um método para nos aproximarmos da estrutura, isto é, produzir os primeiros levantamentos, as primeiras hipóteses acerca do que é, em uma dada representação social, central ou periférico. Na abordagem estrutural dizer que se conhece uma representação social significa conhecer seu núcleo central. Abric (2003) define que o estudo estrutural de uma representação deve constar de quatro fases:

- I. Levantamento do conteúdo da representação (identificação dos elementos de significação, sejam eles definidos como crenças, ideias, opiniões etc.);
- II. Identificação das relações entre os elementos, produção das hipóteses acerca da hierarquia entre os elementos; hipóteses acerca do que é central e do que é periférico;
- III. Controle ou teste da centralidade hipotética;
- IV. Retorno aos sujeitos para contextualização dos resultados obtidos.

O método das evocações permite a realização das duas primeiras etapas de um estudo estrutural, ou seja, identificação do conteúdo e levantamento de hipóteses estruturais. Dois são os critérios de análise: a frequência e a “ordem média de aparecimento”. A frequência de uma palavra é um indicador bruto de quantos sujeitos, no universo total, fazem referência a ela. Já a “ordem média de aparecimento”, que doravante chamaremos simplesmente de “rang”, se refere à acessibilidade das palavras.

Em uma tabela, chamada “tabela das quatro casas” (ou uma tabela com quatro quadrantes), são apresentados os resultados em termos das palavras ou expressões produzidas pelos sujeitos, tal qual os sujeitos as produziram. No quadro superior e à esquerda, encontram-se, o que Abric (2003) chama atualmente de “zona do núcleo central”, as evocações mais frequentes e que aparecem, em média, nas primeiras posições quadrante onde aparecem os supostos elementos centrais (embora, como explica a teoria, nem todos elementos aí presentes sejam necessariamente centrais). As palavras que aparecem nesse quadrante são também chamadas de “palavras salientes”, no sentido de palavras que se destacam; o quadrante superior direito comporta a “primeira periferia”, onde aparecem os elementos que apresentam alta frequência associada a uma ordem média de aparecimento nas últimas posições; no quadrante inferior esquerdo, aparece a “zona dos elementos contrastantes” (ABRIC, 2003), que apresentam baixa frequência associada a uma ordem média de aparecimento nas primeiras posições, o que pode ser indicativo de existência de um subgrupo ou pode ser composto de palavras associadas semanticamente a elementos da zona central. Finalmente, no quadrante inferior direito, aparece a “segunda periferia”, constituída pelos elementos tipicamente periféricos, ou seja, de baixa frequência e sempre evocados nas últimas posições. É importante destacar que até recentemente (ABRIC, 2003) os elementos contrastantes eram incluídos na primeira periferia.

A definição da frequência intermediária deve levar em consideração dois critérios: a distribuição total (relação entre número de ocorrências e quantidade de evocações) e a quantidade de

palavras muito frequentes, o que é relativo ao fato de um grupo ser muito ou pouco homogêneo em relação ao objeto, ou seja, existência ou não de “elementos” (aqui representados por palavras) consensuais. A adoção de uma frequência intermediária muito baixa produzirá um número ilusório de palavras na zona central, e, inversamente, a adoção de um número elevado vai isolar poucas hipóteses de centralidade; a primeira estratégia constitui um erro que levará ao desgaste nas tentativas de testagem da centralidade, enquanto a segunda é uma opção quando estudos anteriores já indicam um grupo coeso com relação ao objeto social em questão.

Por definição, a “ordem média de evocação” é a média das “ordens médias” individuais das palavras frequentes calculadas. Assim, uma vez definida a frequência mínima toda palavra acima ou igual a esta frequência terá uma média de suas posições (ordens) calculada e uma média geral também será obtida em seguida. Quando se utiliza o programa EVOC, ele produz automaticamente este indicador.

A Análise de Similitude

A chamada análise de similitude é uma técnica estatística que se funda no cálculo de relações de distância ou de desvios. Trata-se de um tipo de análise de dados aplicável a todo material que visa relacionar um conjunto de variáveis a um conjunto de sujeitos ou eventos. Particularmente é um tratamento estatístico muito coerente com o estudo das representações sociais, uma vez que permite alcançar uma medida homogênea à natureza das relações de distância ou proximidade que existem entre os elementos de uma representação social. As relações entre os elementos de uma representação social não são de equivalência, nem de contiguidade propriamente dita: são relações que podem ser definidas como relações de similitude, nas quais um elemento “anda junto”, está próximo ou distante de um outro (SÁ, 1996), formando uma cadeia, uma rede, cuja natureza das relações entre os elementos é de proximidade de significado.

A concepção mínima coloca em jogo uma relação simétrica não-transitiva; é o que se chama: uma relação de similitude. A essa relação pode-se atribuir um valor para traduzir o fato que dois cognemas andam juntos com maior ou menor intensidade ou com maior ou menor nitidez. Foi para trabalhar com este tipo de relações que nós desenvolvemos um método de análise dos dados, chamado: análise de similitude (FLAMENT, 1986, p. 140).

O ponto de partida é uma matriz na qual se deduz (a partir de estratégias matemáticas que podem variar conforme o formato dos dados) para cada par de variáveis ou um índice de similitude. Para a obtenção deste índice ou indicador de similitude pode-se trabalhar indiferentemente sobre a distância entre as variáveis ou sobre a diferença dos desvios. O mais simples dos indicadores de similitude é baseado na coocorrência.

Pode-se aplicar uma Questão de caracterização, na qual se solicita aos sujeitos escolherem “Os n itens mais característicos”, no caso do presente estudo se solicitou escolher os itens que MAIS CARACTERIZAM O APRENDIZADO (de práticas médicas) no SUS. Em uma lista de itens, da qual os sujeitos deverão escolher alguns, por exemplo, dois serão mais próximos, tanto maior o número de sujeitos que os tratem da mesma maneira.

Uma vez calculado um indicador de similitude, para cada par de elementos (ou variáveis) se tem uma “medida”, um indicador do grau de distância. Por uma simples operação de introduzir um traço, uma aresta, indo de um elemento a um outro, tem-se um conjunto “visível” de relações, o qual comporta todas as relações possíveis e dotadas de um valor (o indicador de similitude, uma “medida” de similitude). O passo seguinte é chegar a uma síntese, um resumo deste conjunto, preservando aquelas relações que são importantes, que estruturam o campo e descartando aquelas secundárias. Neste ponto se faz necessária a noção de árvore máxima:

A análise de similitude utiliza uma dupla lógica:

- 1) simplificar o gráfico de similitude, ou seja, o sistema de relações entre as variáveis, retendo somente aquelas que são significativas de um certo ponto de vista;
- 2) encontrar e colocar em evidência os lugares de maior densidade do gráfico das relações de similitude.

As duas lógicas são complementares. A árvore máxima corresponde ao primeiro objetivo: apontar um conjunto mínimo de relações que, de um certo ponto de vista, são as mais importantes. Intuitivamente, esta estrutura não se impõe necessariamente como a mais natural. É por isto que vamos defini-la e argumentar sua escolha como um 'resumo'. (DEGENNE, 1985, p. 12)

Uma árvore máxima é, portanto, um gráfico conexo e sem ciclos, no qual todos elementos são ligados entre si e que existe um único caminho para se ir de um elemento a outro. Ela constitui um dos gráficos possíveis de se obter a partir de uma matriz de similitude, na qual se está o mais próximo possível de uma estrutura, de um "esqueleto" da representação social. O que não quer dizer que os elementos centrais estejam no centro visível do gráfico. A centralidade, é bom alertar, é um atributo qualitativo que pode ou não estar representado na árvore máxima; embora, na maior parte dos casos, o grau de conexidade (intensidade e quantidade de conexões) corresponda a um forte indicador da centralidade de alguns elementos.

4.1.1 Sujeitos

Os sujeitos foram encontrados em parte no Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina (CBMED), evento realizado em agosto de 2017, no Centro de Convenções Sul América, Rio de Janeiro. Devido ao baixo índice de estudantes de EM públicas presentes ao evento, foi necessário complementar a pesquisa nestas unidades em setembro do mesmo ano. Os dados obtidos foram analisados e interpretados conforme a Teoria das Representações Sociais.

Tabela 2 - Quantidade participantes por gênero

Gênero	n	%
Feminino	81	57,9
Masculino	59	42,1
Total	140	100,0

Tabela 3 - Quantidade de participantes por tipo de instituição

Instituição	n	%
Pública	66	47,1
Privada	74	52,9
Total	140	100,0

4.1.2 Instrumentos

Foram utilizadas entrevistas com dois questionários, um piloto (Apêndice A) e outro definitivo (Apêndice B). O objetivo do questionário piloto foi conhecer a percepção do estudante acerca do SUS como cenário de prática de aprendizagem. A partir das respostas mais frequentes, elaboramos o questionário definitivo.

Ao contrário de algumas pesquisas anteriores aplicadas por professores com estudantes de Medicina, a entrega do questionário ocorreu fora do ambiente de sala de aula, por alguém sem contato prévio com alunos, o que favorece respostas mais assertivas e espontâneas. Ao saberem acerca do tema, vários se ofereceram para participar, porque acharam o tema interessante. A média de preenchimento do questionário completo ocorreu entre quatro e seis minutos. Quando do preenchimento do questionário, antes de escrever na folha a primeira resposta, observamos que a maioria dos sujeitos fazia uma reflexão de alguns segundos, como se estivesse lembrando alguma referência. Quase nunca verificamos um preenchimento automático, instantâneo.

4.2. Resultados

4.2.1 Resultados das Análises de Evocação, RS do SUS, em relação ao aprendizado da Medicina

A pergunta foi: “Pensando na sua formação como Estudante de Medicina, quais são as palavras ou expressões que vem à sua cabeça quando você escuta “Sistema Único de Saúde” (SUS)?”

Os resultados compilados são apresentados em quadrantes organizados em dois eixos, sendo o que o eixo vertical corresponde à frequência de evocação das palavras e o eixo horizontal à ordem de evocação. No primeiro quadrante do Quadro 1, os elementos mais relevantes foram “Falta-de-recursos” (Frequência 20, Ordem média de aparecimento 1,90), “Necessário” (F= 10; OM = 1,40); “PSF” (F= 10; OM = 1,62) e “Desejo-de-Funcionar” (F= 10; OM = 1,81), sendo provavelmente, os elementos nucleares. O elemento em destaque é “falta-de-recursos” e pode-se observar que, em geral, as frequências são baixas.

O segundo quadrante do Quadro 1, superior direito, contém dois elementos: “Saúde para Todos” (F=12; OM = 2,43) e “Espera”, (F= 10; OM = 2,00) apresentam os elementos considerados de periferia próxima ou do sistema periférico. Esses elementos correspondem às condutas dos sujeitos na sua relação com o mundo. Nota-se aqui que o elemento com a maior frequência dentre todas (N=21) está neste quadrante periférico, indicando uma distância dos sujeitos para com o objeto, no caso a aprendizagem no SUS.

Em seguida, no terceiro quadrante, inferior esquerdo, é chamado de casa dos elementos contrastantes, onde aparecem os elementos “Burocracia” (F= 08; OM = 1,31), “Má-gestão” (F= 08; OM = 1,67), “Teoria-bom” (F= 08; OM = 1,17), “Assistência” (F= 06; OM = 1,50), “Gratuidade” (F= 05; OM = 1,67), e “Cuidado com o paciente” (F= 05; OM = 1,34),

O quarto quadrante corresponde aos elementos de menor relevância, considerado de periferia distante.

Os resultados do Quadro 1 indicam que há dois contextos de aprendizagem relacionados ao SUS. O primeiro é relativo às aulas de Medicina Social, onde o aluno aprende os princípios, diretrizes do sistema e o modelo de AB, relativo à medicina preventiva. Segue a ementa dessa disciplina, ministrada no primeiro ano da Escola de Medicina Souza Marques (EMSM), no Rio de Janeiro,

Objetivo geral

Promover o aprendizado dos conceitos fundamentais de saúde, enfatizando as ações socioeconômicas, preventivas e de Atenção Básica à Saúde (EMSM, 2016, p. 14).

Objetivos

[...] Reconhecer a organização do Sistema Único de Saúde e refletir sobre a política de saúde brasileira. Apresentar a Estratégia Saúde da Família, identificando os princípios da atenção integral à saúde. Desenvolver habilidades para atuar frente aos modelos de promoção da saúde do escolar. Discutir os conceitos básicos de gestão em saúde. Analisar os principais aspectos relacionados ao financiamento do Sistema Único de Saúde (Ibid.).

específicos

Ementa

[...] A reforma sanitária no Brasil. A saúde pública no Brasil.[...]

A Estratégia Saúde da Família no Brasil. Sistema Único de Saúde (SUS). Regulamentações. Política nacional de saúde. Orientação para humanização da assistência à saúde (Ibid.).

Acreditamos que os conceitos saúde para todos, universalidade, integralidade, equidade, regionalização, etc. intrínsecos ao SUS sejam transmitidos nesse momento, e pela primeira vez aos alunos. O funcionamento desse modelo, baseado nas políticas de saúde do governo, é confrontado logo a seguir na progressão do currículo, quando o estudante entra contato com o cenário de práticas na UBS, UPAS, ou hospitais universitários. Parece que surge aí uma dicotomia de valores versus a realidade de carências diversas na gestão pública de saúde.

Talvez fosse exatamente pela associação de pensamentos contraditórios entre a positividade de *saúde para todos, necessário, desejo de funcionar* e gratuidade, mas que na prática estavam prejudicados pela *falta de recursos, espera, burocracia e má-gestão*. A expressão *teoria boa* surge, talvez, como uma síntese entre os dois universos: o desejado e o real. Se durante as aulas da disciplina Medicina Social ele aprende a organicidade do SUS e fundamentação epidemiológica da AB, no cenário de prática ele percebe a situação do doente, suas necessidades e o que o Estado tem de resolutivo para oferecer. Novamente, surgem as contradições entre *gratuidade, assistência e cuidado com o paciente versus descaso*.

É de se notar o distanciamento pessoal do estudante acerca dessa dicotomia. Nesse primeiro questionamento, que envolve “quais são as palavras ou expressões que vem à sua cabeça quando você escuta SUS”, não houve valorização do cenário de práticas como ideal para aprendizagem, pela quantidade e diversidade de pacientes; tampouco apareceu a questão da humanização do

Quadro 1 - Análise de Evocações da Representação da Aprendizagem Médica no atendimento do SUS, entre Estudantes Universitários dos Cursos de Medicina

	1	1,90	5
F 20	<p>20 Falta-de-recursos (1,90)</p> <p>10 Necessário (1,40)</p> <p>10 PSF (1,62)</p> <p>10 Desejo-de-Funcionar (1,81)</p> <p>9 Universalidade (1,78)</p>		<p>12 Saúde para Todos (2,43)</p> <p>10 Espera (2,00)</p>
10			
06	<p>08 Burocracia (1,33)</p> <p>08 Má-gestão (1,67)</p> <p>08 Teoria-boa (1,17)</p> <p>06 Assistência (1,50)</p> <p>05 Gratuidade (1,67)</p> <p>05 Cuidado-com-paciente (1,34)</p>		<p>05 Atenção Primária (2,60)</p> <p>05 Descaso (2,50)</p> <p>05 Prevenção (3,34)</p>

exercício da Medicina. Existe o *desejo-de-funcionar*, tornando viável a *teoria-boa*, mas isso não está claramente associado ao *cuidado-com-o-paciente*. O “cuidar do outro”, em especial da população carente, usuária do sistema, não está relacionado de forma significativa à experiência pessoal do estudante com o SUS. Talvez por isso não vimos “tem que funcionar” ou “vou lutar para melhorar o sistema”.

4.2.2. Resultados das Análises de Evocação, RS do SUS, em relação ao aprendizado da medicina, com técnica de substituição (responder em nome dos colegas)

A pergunta agora mudou. “Como você acha que responderia a maioria dos seus colegas estudantes de medicina sobre a mesma questão acima?”. Por meio da técnica de substituição, pode se obter uma visão mais aprofundada da mesma questão, já que o sujeito respondendo pelo outro, alguém não especificado, lhe traria mais liberdade de opinião e sem compromisso.

Os resultados são apresentados em quadrantes organizados em dois eixos, sendo que o eixo vertical corresponde à frequência de evocação das palavras e o eixo horizontal à ordem de evocação. No primeiro quadrante do Quadro 2, os elementos mais relevantes foram “Falta-de-recursos” (Frequência 33, Ordem média de aparecimento 1,76), “Universalidade” (F= 29; OM = 1,62); “Equidade” (F= 19; OM = 1,58), “Integralidade” (F= 18; OM = 1,61) e “Ineficiência” (F= 14; OM = 1,35), sendo, provavelmente, os elementos nucleares. As ideias mais importantes são a “falta-de-recursos” e a “Universalidade”.

O segundo quadrante do Quadro 2, superior direito, contem um elemento, “Espera”, (F= 19; OM = 1,94) apresentam os elementos considerados de periferia próxima ou do sistema periférico.

Quadro 2 - Análise de Evocações da Representação da Aprendizagem Médica no atendimento do SUS, entre Estudantes Universitários dos Cursos de Medicina, com técnica de substituição (responder em nome dos colegas)

	1	1.78	5
F 33	<p>33 Falta-de-recursos (1.76)</p> <p>29 Universalidade (1.62)</p> <p>19 Equidade (1.58)</p> <p>18 Integralidade (1.35)</p>		<p>19 Espera (1,98)</p>
18			
06	<p>12 Desorganização (1,50)</p> <p>12 Precariedade (1,58)</p> <p>11 Má-gestão (1,63)</p> <p>10 Teoria-boa (1,50)</p>		<p>11 Não-resolutivo (1,82)</p> <p>09 Necessário (1,89)</p> <p>09 Condições-ruins-de-trabalho (1,94)</p> <p>08 Descaso (2,12)</p> <p>08 Aprendizagem (2,50)</p> <p>06 Corrupção (2,00)</p>

Esses elementos correspondem às condutas dos sujeitos na sua relação com o mundo. Em seguida no terceiro quadrante, inferior esquerdo, é chamado de casa dos elementos contrastantes, onde aparecem os elementos “Desorganização” (F= 12; OM = 1,50), “Precariedade” (F= 12; OM = 1,58), “Má-gestão” (F= 11; OM = 1,63) e “Teoria-bom” (F= 10; OM = 1,50).

O quarto quadrante corresponde aos elementos de menor relevância, considerado de periferia distante.

Os resultados do Quadro 2 indicam uma concepção mais abrangente, porém consistente com os pontos observados no Quadro 1. Ao responder em nome dos colegas, o estudante continua se lembrando da *falta de recursos e espera*, mas os princípios do SUS surgem de forma mais estruturada, com *universalidade, equidade e integridade*. A dicotomia entre desejável e real persiste pelas menções de *teoria-bom e necessário* em oposição à *desorganização, precariedade, má-gestão e não resolutive*. Aqui também surge a questão profissional em *condições-ruins-de-trabalho* e a relevância do cenário de prática para aprendizagem.

Na observação do preenchimento do questionário, verificamos que o sujeito já estava mais relaxado ao responder a segunda questão. Parecia que o quadro mental acerca do SUS já estava melhor delineado e, por isso, houve maior riqueza de expressões, com extrapolações profissionais e relativas ao contexto pedagógico, que inclusive era o nosso maior foco de interesse.

Curiosamente, tampouco apareceram, de forma significativa, expressões que denotassem envolvimento emocional do sujeito nem com o objeto, nem com os usuários do SUS. Houve algumas evocações a *cuidado e amor*, mas no geral, ao falar pelo outro, assume-se uma visão ainda mais crítica sobre a realidade do SUS.

4.2.3 Resultados das Análises de Similitude, RS do SUS, em relação ao aprendizado da Medicina

Na terceira questão do questionário, foram apresentadas ao estudante 12 frases com opiniões sobre a APRENDIZAGEM do estudante de Medicina em unidades do SUS, e lhe foi solicitado a escolha as três frases que MAIS representassem a sua experiência.

A frase mais votada foi: “A aprendizagem no SUS aproxima o aluno da realidade do atendimento no dia a dia profissional.” Isso é bem interessante, porque não há melhor cenário de práticas na saúde do que uma vivência na graduação que passa por UBS, UPA e hospital universitário. Parte-se do atendimento mais simples ao mais complexo, e percebe-se a importância da medicina preventiva, justamente para evitar a complexidade e os custos da curativa. Caso o aprendizado ocorresse integralmente em unidades privadas de saúde, dificilmente o estudante teria acesso a essa riqueza de casos clínicos durante a sua graduação.

A segunda frase mais representativa do aprendizado foi: “Nas unidades do SUS faltam os materiais e medicamentos para o atendimento.” É lamentável que a falta de recursos prejudique a qualidade do atendimento e surja com tanta evidência no relato dos estudantes, porque esse fato traz repercussões importantes. A primeira delas é sobre o impacto na saúde do usuário, pelas condições inadequadas para exercício de uma Medicina digna e eficaz para resolução dos problemas de saúde da população. A segunda diz respeito à qualidade da formação dos futuros médicos, posto que, num cenário de prática onde *falta-tudo*, o que os alunos estão aprendendo? Como tratar diabetes, hipertensão e pacientes enfartados, que estão dentro da unidade de saúde aguardando atendimento, na teoria? A terceira é relativa à moral dos estudantes. Até que ponto eles se distanciam do aspecto humanitário da profissão, pela desilusão com o serviço público, já que agora são obrigados a cumprirem 30% da carga horária do internato em Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS?

A partir desse ponto, aparece um equilíbrio interessante entre os aspectos positivos e negativos associados à experiência de aprendizagem no SUS.

São destaques positivos:

“No SUS o aluno encontra uma grande variedade de casos.”

“Ressalta a dimensão humana e o compromisso do médico com a população carente.”

“Nestes serviços é muito rico o contato com a família e a atenção básica.”

Que no gráfico são contrabalançados, quase na mesma medida, pela visão crítica do sistema.

“No SUS, em geral, os serviços são desorganizados e sucateados.”

“É frustrante, pois há pacientes que ficam esquecidos pelo sistema, gerando sentimento de impotência.”

Novamente, a questão do aprendizado relacionado à humanização não foi prevalente.

“No SUS o aluno aprende o foco em cuidados com o paciente e população.”

Conclui-se que as respostas da terceira questão estão em absoluta consonância com aquelas observadas nas questões anteriores. Ou seja, persiste a dicotomia entre o modelo teórico e real associado ao SUS.

Figura 1 - Resultado da análise de similitude das RS do ensino de Medicina no SUS



4.2.4 Resultado sobre as perspectivas profissionais depois da formatura

A quarta questão do questionário refere-se ao interesse profissional do futuro médico. “Após formado, você se vê atuando numa unidade do SUS?”

“Sim: () Não: () Justifique Sim ou Não.”

Com relação à influência do mercado no perfil do egresso da graduação, Arcoverde (2004) destaca que tanto o mercado quanto as EM, exercem papéis importantes no modo de decisão dos estudantes. Claro, quanto melhor ou pior a experiência nos cenários de prática daquela institui-

ção, maior ou menor será o interesse do estudante em continuar trabalhando ali, ou em locais semelhantes, após a obtenção do diploma.

Tabela 4 - Interesse de atuação no SUS depois de formado

Respostas	n	%
Sim	113	81,9
Não	25	18,1
Total	138	100,0

Se quase 82% dos sujeitos apresentam interesse em atuar no SUS, esse fato é auspicioso para as políticas públicas de saúde, que incentivam a formação de profissionais para atuação no sistema, em particular na AB. Aqui surgem mais claramente o idealismo e o humanismo, em especial nos estudantes dos primeiros períodos. Esse fato já havia sido constatado por Arcoverde (2004). Seguem as respostas mais significativas dos sujeitos.

Sim, após formado me vejo atuando no SUS, porque:

“Tenho muito interesse em trabalhar com atenção primária, em especial na população que não tem condição de pagar por plano. Inclusive não concordo com a política dos planos e de como o atendimento é tratado como mercadoria nas instituições privadas.”

“Eu acredito que o SUS é uma ferramenta de mudança de realidade social.”

“Gosto da variedade de pessoas com quem temos contato e da ideia de levar saúde a todos.”

“Acredito que ainda há serviços de qualidade no SUS.”

“Desejo devolver um pouco do conhecimento que a faculdade me deu para as pessoas que mais precisam. Ajudar as pessoas.”

“Quero fazer a diferença para a população.”

“Apesar das dificuldades e gargalos estruturais, o SUS é fundamental para a população e eu não me veria como uma médica completa, caso não trabalhasse nele também.”

“Como usuária do SUS, acredito que merecemos ser tratados com mais empatia e atenção, do que ocorre hoje em dia.”

Agora veremos as opiniões apostas, sendo que algumas revelam ambiguidade de posicionamento.

Após formado não me vejo atuando no SUS, porque:

“Quero trabalhar fora do país.”

“Não tenho interesse na área pública.”

“Pretendo realizar trabalhos com a população carente, porém a área de interesse em especialização e trabalho não seria no SUS.”

“O tipo de contato que é necessário no SUS não é algo com que me identifico, mas gostaria de ter uma experiência esporádica, pelo meu compromisso social como médico.”

“Receio da realidade da saúde pública brasileira e como lidar com a falta de estrutura.”

“Muita dor de cabeça, sentimento de incompetência, pela falta de recursos.”

“Não faz parte do meu plano de carreira, mas atuaria, caso necessário.”

Apesar da comparação entre estudantes de unidades públicas e privadas não estar contido nessa pesquisa, a análise das respostas parece indicar que os estudantes de faculdades públicas se mostram mais entusiasmados sobre a perspectiva de trabalho no SUS, do que os das particulares. Para aqueles, há um sentimento de retribuição, por meio da atuação futura no SUS, ao investimento realizado pela sociedade na formação deles. O que fica claro nessas frases, independentemente do tipo de faculdade, é um *desejo-de-funcionar* e *necessário* para a *população carente*. Entretanto, Arcoverde (2004), fazendo o mesmo questionamento, sobre “O que é ser médico?” para alunos de todos os períodos da faculdade de Medicina, demonstra que o elemento humanista-altruísta vai se esmaecendo ao longo do curso, sendo substituído por uma visão mais pragmática da inclusão no mercado de trabalho, com opção do caminho da especialização.

De todo o modo, é relevante essa intenção de *fazer o possível para ver o SUS funcionando*, já que as políticas, por si só, como longos textos impressos no Diário Oficial, são incapazes de enxergar e entender as demandas de um cidadão analfabeto, 60 anos, classe-social E, com pé diabético necrosado, sendo recomendado para amputação. Mesmo a melhor articulação entre os ministros da saúde e educação, tampouco perceberá o constrangimento de uma senhora de 65 anos, religiosa, ao entender que a sua consulta ao ginecologista, com quadro de infecção vaginal, será acompanhada durante o exame clínico na UPA, por mais de 12 estudantes de Medicina, numa sala sem espaço para sequer sete pessoas.

É sempre importante reforçar que o SUS cumpre um fundamental papel social para atendimento de necessidades populares, onde milhões de brasileiros sofrem pela intensa penúria, não têm acesso a saneamento e são rotineiramente submetidos à violência de toda ordem. Sem o SUS, com ficariam essas pessoas, já que não possuem renda, sequer para viver dignamente, quanto mais para pagamento de atendimento particular de saúde? Aquele profissional de saúde que desconheça essa realidade do quadro social brasileiro, durante o atendimento, não exercerá o seu papel profissional na plenitude.

Considerações finais

O objetivo fundamental da presente pesquisa foi apreender as RS de estudantes de Medicina do Rio de Janeiro acerca do SUS. Dialogando com Couto (2009), pretende-se com essa análise contribuir para a reflexão sobre a implementação das políticas públicas que afetam as EM e, em particular, o processo de formação do futuro médico. Trata-se de um contexto bem complexo, porque envolve novas relações entre profissionais, docentes, alunos e usuários da SUS no país.

A revelação das RS dos estudantes sobre o aprendizado no SUS poderá dimensionar a proximidade e/ou a distância que as políticas do governo, em especial as DCN MED 2014 e as EM, proporcionam aos alunos. De que adianta o texto constitucional *saúde-direito-de-todos se falta-tudo?* Como seria uma *universalidade, integralidade e equidade* num SUS com condições operacionais condizentes com o tamanho do desafio? Para ilustrar, no município de São Paulo habitam cerca de 12 milhões de pessoas. Arcoverde e Perrone (2018) reportam que há mais de um milhão de pedidos de consultas ou exames aguardando atendimento no SUS paulista. Isso significa 8,3% do total da população pacientemente esperando o chamado à unidade pública de saúde. Desses, 482 mil estão na fila para consulta com especialista, enquanto 128 mil aguardam a marcação da cirurgia.

Bourdieu (1983) afirma que

Na ciência, o que é percebido como importante e interessante é o que tem chances de ser reconhecido como importante e interessante pelos outros; portanto, aquilo que tem a possibilidade de fazer aparecer aquele que o produz, como importante e interessante aos olhos dos outros (BOURDIEU, 1983, p. 125).

Arcoverde (2004) aproxima essa citação no contexto do egresso da graduação em Medicina. Para o autor, muitos estudantes, após vivenciarem o modelo de aprendizagem hospitalocêntrico, se direcionam para a especialização. Ele lamenta que aquilo que tem chances de ser reconhecido como importante e interessante aos olhos da classe médica dominante, ou seja, aqueles que direcionam as EM, nem sempre coincide com os interesses e necessidades da população. E essa é exatamente a preocupação dos últimos 30 anos do governo, expressa na profusão de políticas, pós Constituição, associando: Presidência da República MS, MEC e EM. Mas, como efetivar as políticas além do papel?

O principal achado desse estudo é que as RS dos estudantes acerca do SUS estão ancoradas simultaneamente em dois modelos: o teórico, positivo; e o prático, negativo. Couto (2009), estudando as RS da prática médica na APS, também encontrou ancoragem em dois modelos:

aquele descrito no paradigma de Flexner ou modelo biologicista, e aquele que propõe uma profunda transformação na configuração dos serviços de saúde e na relação entre trabalhadores e usuários. Pode-se atribuir a este novo modelo, características como a integralidade de atenção; o foco no cuidado e na saúde; oferta de ações de promoção à qualidade de vida; humanização

e consideração do usuário como sujeito autônomo e protagonista de seus processos de adoecimentos e recuperação da saúde (COUTO, 2009, p. 175).

Com relação ao nosso objeto de estudo, parece que o modelo teórico é aprendido em sala de aula pelo conteúdo da disciplina Medicina Social, ou Saúde da Família, ou Saúde da Comunidade, onde talvez se detalhe a importância da medicina preventiva, do PSF e dos conceitos do SUS. A dificuldade de afirmar com certeza é porque grande parte das EM não disponibiliza as ementas das disciplinas na internet. Quanto a esse modelo, os estudantes entendem o SUS como *teoria-bona, necessário e desejo-de-funcionar*.

O modelo negativo emerge do cenário de prática no SUS, quando o estudante percebe a fragilidade da promessa da *saúde-para-todos*. Onde se encontra a *universalidade* e *integralidade*, se, nesse momento, mais de um milhão de usuários paulistas aguardam uma consulta, exame ou procedimento cirúrgico? Se o judiciário tem que decidir sobre mais um milhão de ações pelo direito constitucional do acesso à saúde?

Note-se que Couto (2009), a partir do estímulo prática médica na APS, encontrou por evocação a força da *humanização e sentimentos positivos* em proporção bem maior do que *dificuldades, trabalho árduo* e sentimentos negativos. No nosso estudo, foi o oposto. Sentimentos negativos superaram em muito os positivos acerca do SUS. Mesmo considerando que o objeto APS é diferente do SUS, será que a pior crise econômica-social vivida no país nesses últimos três anos distanciou o estudante de Medicina dos princípios do juramento de Hipócrates?

Não obstante os problemas encontrados, O SUS segue como exemplo de saúde pública para muitas nações. Os Estados Unidos da América (EUA) são tão avançados em alguns aspectos da sociedade, mas não têm sequer uma unidade pública de saúde. Lá, inexistem UBS, UPA ou hospital gratuitos. Como, desde 1985, os hospitais não podem rejeitar pacientes na emergência por triagem econômica, o mesmo será admitido na unidade e todo procedimento realizado será cobrado ou ao seguro saúde, ou ao próprio paciente. Alguém, que nunca é o Estado, sempre terá que pagar a conta hospitalar.

O sistema americano chega a ser perverso para quem é pobre ou não possui seguro saúde. Em 1º de outubro de 2017, ocorria um festival de música country em Las Vegas, EUA, com 22 mil pessoas. Stephen Craig Paddock, até então um pacato e recluso senhor aposentado de 64 anos, entrincheirou-se num quarto do hotel, com vista frontal ao evento. Levou consigo, além da mala de roupas, 23 armas, sendo alguns fuzis AR-15 adaptados para atirar continuamente. Daquela vista privilegiada, disparou, à noite, durante 11 minutos e se matou em seguida. Sessenta pessoas morreram e cerca de 500 feridos, que no momento do pânico e horror instalados, nem sabiam de onde viam os tiros, foram encaminhados aos hospitais da cidade. Ao receberem alta, dias ou meses depois do ataque, muitas vítimas, além das sequelas físicas e psicológicas, se viram diante de faturas milionárias cobradas pelos hospitais. Thomas (2017) reporta que 11% dos americanos não possuem seguro saúde e aquele que adentra um hospital americano sem seguro saúde, dobra suas possibilidades de ir à falência nos próximos quatro anos (Groppe, 2017).

Já no Brasil é diferente. Em 15 de agosto de 2012, Eduardo Leite, operário, estava trabalhando na construção civil no Rio de Janeiro, quando sofreu um acidente. Um vergalhão despencou de 15 metros de altura, e tal qual uma lança perfurou o capacete de segurança, o topo da sua cabeça e saiu por entre os olhos. Eduardo foi encaminhado ao hospital Miguel Couto, referência em emergência no SUS do Rio, onde sofreu uma cirurgia de cinco horas para retirada do vergalhão e reconstrução da face. Quinze dias depois, obteve alta do hospital, sem sequelas do acidente. Nenhum valor foi cobrado do Eduardo.

O Reino Unido tem uma saúde pública universal e gratuita, porém sua população compreende apenas 66 milhões de habitantes, num território de 245 mil km². O Brasil tem 208 milhões de habitantes, distribuídos em 8516 mil km². Quando se compara PIB, base 2016 em dólares: Reino Unido, 2,619 trilhões e Brasil, 1,8 trilhões. Denota-se o quanto de esforço o Brasil terá que realizar para uma assistência efetiva à saúde de todos os brasileiros. Em 2015 (PORTAL BRASIL, 2015) o SUS realizou 4,1 bilhões de tratamentos em ambulatórios e 1,4 bilhões de consultas médicas. São números gigantescos, capazes de fazer inveja até aos EUA.

De forma que ninguém contesta o paradigma do SUS, a dificuldade é fazê-lo funcionar de modo ainda mais eficiente. Retomando as políticas, percebe-se que promessas constitucionais contidas em dois artigos são bem parecidas. “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p. 23). “Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, (BRASIL, 1988, p. 23). Mas enquanto o esforço majoritário na educação é limitado pela idade do cidadão, talvez no máximo até os 25 anos; e isso se todos que ingressassem no ensino básico seguissem no ciclo de estudos até a conclusão da faculdade; na saúde a limitação só ocorrerá no final da vida do usuário. Caso ele viva 100 anos ou mais, o SUS, ao contrário da escolha, deverá acolhê-lo em suas unidades a qualquer tempo, em qualquer condição de saúde.

Algumas soluções estão há mais de dez anos sendo discutidas pelo Congresso. Uma das mais defendidas pelo CFM é a criação da carreira de médico do Estado, como existente no judiciário, para juízes e promotores. Ela exige uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) porque, de acordo com Pujol (2015, n.p.), “organizada pela União, a carreira única de médico de Estado teria ingresso mediante concurso e com regime de dedicação exclusiva, sem poder exercer outro cargo ou função pública, salvo na área do magistério”. Esse modelo seria então irradiado para estados e municípios, com salário inicial de R\$ 15 mil, para valorizar os jovens médicos. Tal qual o judiciário, a proposta de PEC prevê a ascensão funcional do médico pelos critérios de merecimento e antiguidade. As transferências ocorreriam conforme demandas e ofertas de pessoal e espaço físico, cotejadas com as necessidades do serviço. Haveria, assim, a possibilidade de iniciar carreira num município pequeno, mas posteriormente ser transferido para uma cidade maior. Hoje, o médico tem que solicitar demissão da prefeitura para começar do zero em outro local.

Outro ponto de atenção imediata é a gestão das unidades de saúde pública. O modelo de gestão baseado em indicações políticas, em detrimento do mérito da eficiência administrativa está condenado ao fracasso. Regularmente somos bombardeados por notícias de toda sorte de falcatruas em licitações, descaso na administração de pessoal, frequentes roubos de equipamentos caros e inutilização de grandes quantidades de medicamentos vencidos. Em vários desses casos, o volume de medicamentos adquirido pela instituição pública foi absurdo, ou seja, muito acima da realidade histórica demandada, o que de fato, evidencia o caráter lesivo da licitação.

Mas é claro que somente definir a carreira de médico de Estado e melhorar a gestão das unidades públicas de saúde não resolverá o problema de demanda não, ou mal atendida pelo SUS. Saúde é cara e apresenta custos crescentes. De fato, há inúmeras ilhas de excelência de atendimento no SUS. Todavia, por outro lado, a cada dia há mais pessoas, vivendo mais tempo e exigindo novos medicamentos, tratamentos e tecnologias associadas ao estado da arte na saúde. Nos últimos anos, o orçamento da saúde federal, estadual e municipal, como todas as demais despesas, vem passando por sério contingenciamento. Diariamente a mídia nos informa a respeito, por meio de um triste noticiário acerca da precarização das condições de atendimento na saúde pública.

Os estudantes de Medicina também percebem essa realidade. Na visão deles, há dois SUS: o teórico, perfeito; e o prático, caótico. Queremos saúde e educação de qualidade. Para isso, o governo deve continuar definindo as políticas de saúde do MS em conjunto com o MEC, mas caso

a letra no papel seja apenas para dar emprego a burocratas, estaremos na mesma situação daqui a 20 anos, ou quiçá pior.

Esse estudo abre novas possibilidades de investigação. Será que os estudantes de Medicina estão mais alienados sobre a humanização da saúde do que no passado? Como deveria ser o conteúdo das aulas de Medicina Social? Quais lacunas estão sendo abertas no aprendizado devido à precariedade do SUS? Num cenário de práticas ideal, de que forma ocorreria a inserção e participação dele em UBS, UPA e hospital universitário? Na visão do estudante, em que condições ele seria atraído para iniciar e desenvolver carreira como médico do Estado?

A RS acerca do SUS obtida nesse estudo é passível de alteração. Há um forte desejo nas EM e sociedade para o cumprimento do artigo 196 da Constituição. Mas, para isso, o governo tem que parar de fingir que *oferece tudo em saúde para todos*, porque na prática, com a demanda atual e sem condições operacionais mínimas, está crescendo nos estudantes a *desilusão na saúde pública*.

Referências

- ABRIC, Jean-Claude. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. *Representações Sociais e práticas educativas*. Editora Universidade Católica de Goiás, p. 37-57, Goiânia, 2003.
- ADLER, Maristela Schiabel; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Formação médica e serviço único de saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada. *Rev. bras. educ. med.* vol.38 n.3, Rio de Janeiro, 2014.
- ALBUQUERQUE, Verônica Santos *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev. bras. educ. med.* v.32, n.3 Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010>. Acesso em: 13 mar. 2018.
- ALMEIDA, Mansueto; LISBOA, Marcos de Barros; PESSOA, Samuel. Ajuste inevitável. *Folha de São Paulo*, edição 19/7/2015. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrissima/226576-ajuste-inevitavel.shtml>> Acesso: em 18 set. 2017.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. *The Lancet - Saúde no Brasil*, Londres, p. 6-8, 2011. Disponível em: <www.paliativo.org.br/dl.php?bid=112>. Acesso em 21 nov. 2016.
- ALVES, Claudia Regina Lindgren *et al.* Mudanças curriculares: principais dificuldades na implementação do PROMED. *Rev. bras. educ. med.* vol.37 no.2. Rio de Janeiro, abril/junho 2013.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Representações sociais e educação: a qualidade da pesquisa como meta política. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. (Org.). *Representações sociais: uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro: Ed. Museu da República, 2005.
- AMARAL, Jorge Luiz do. Duzentos anos de ensino médico no Brasil. Tese doutorado, Instituto Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/arquivos/duzentos_anos_de_ensino_medico_no_brasil.pdf>. Acesso em 11 mar. 2018.
- ARCOVERDE, Tarcísio Lins. Formação Médica: (Des)Construção do Sentido da Profissão - A Trajetória da Representação Social. Dissertação de mestrado em Educação apresentada ao Centro de Ciências da Educação - CCE, Universidade Regional de Blumenau, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/12>>. Acesso em: 25 fev. 2018.
- ARCOVERDE, Leo; PERRONI, Adriana. Mais de 1 milhão de pedidos de consultas ou exames aguardam atendimento em SP. *O GLOBO*, 13/03/2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/mais-de-1-milhao-de-pedidos-de-consultas-ou-exames-aguardam-atendimento-em-sp.ghtml>>. Acesso em 15 mar. 2018.
- ASSEGA *et al.* A interdisciplinaridade vivenciada no PET-Saúde. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 29-33, jan./jun. 2010. Disponível em: <goo.gl/Ju5PCn> Acesso em: 18 fev. 2018
- BATISTA, Nildo Alves *et al.* Educação médica no Brasil. Cortez Editora, São Paulo, 2015.
- BEZERRA, Daniela Fontes *et al.* A dor e a delícia do internato de atenção primária em saúde: desafios e tensões. *ABCS Health Sci.* 2015; 40(3):164-170. disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/790>>. Acesso em: 18 fev. 2018.
- BOURDIEU, Pierre. *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.
- BRASIL, Assembleia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Número 191-A, Brasília, 5 de outubro de 1988.
- _____, IBGE, Agência de notícias. PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 12,2% no trimestre encerrado em janeiro. Data 28/02/2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20150-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-12-2-no-trimestre-encerrado-em-janeiro.html>>. Acesso em 08 mar. 2018.

- _____, IBGE, Diretoria de Pesquisas Coordenação de Contas Nacionais, Conta-satélite de saúde 2010 – 2013. Data 10/12/15. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000024513312112015334910973600.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2016.
- _____, IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua - 2016. Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2016.pdf. Acesso em 21 abr. 2017.
- _____, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES Nº: 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Despacho do Ministro em 1/10/2001, publicado no Diário Oficial da União de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. acesso em 08/01/2018.
- _____, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001.
- _____, Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Portaria Nº 483. Diário Oficial da União, nº 174, 9 de setembro de 2016, página 17. Brasília: Imprensa Nacional.
- _____, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior, Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014.
- _____, Ministério da Educação, PROMED, UNIFESP, 2005. Disponível em <<http://www.promed.unifesp.br/>>. Acesso em 27 dez. 2017.
- _____, Ministério da Educação, Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior. Portaria No 545 de 26 de setembro de 2016. Diário Oficial da União, Nº 186, 27 de setembro de 2016, p. 13-14. Brasília: Imprensa Nacional.
- _____, Ministério da Educação, Educação Superior. Avaliação de estudantes de medicina já tem resultados. Data 24 de março de 2017. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/46621-avaliacao-de-estudantes-de-medicina-ja-tem-resultados>>. Acesso em 22 de abril de 2018.
- _____, Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília, DF, 2006.
- _____, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). [201-?] Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/institucional>>. Acesso em 18/12/2017.
- _____, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [2000-?] Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em 18 dez. 2017.
- _____, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. Brasília, Editora MS, outubro, 2013.
- _____, Ministério da Saúde, DATASUS. SAMU. 2018. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/projetos/52-samu>>. Acesso em 18 dez. 2017.
- _____, Ministério da Saúde, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, 20/09/90. Brasília: Imprensa Nacional.
- _____, Ministério da Saúde, PRÓ-SAUDE, PET-SAUDE. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf>. Acesso em 09/01/2018.
- _____, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Cardiologia, SUS. 2014. Disponível em <<http://www.inc.saude.gov.br/>> Acesso em 26 dez. 2017.
- _____, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAUDE. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/pro_saude1.pdf>. Acesso em 21 nov. 2016.
- _____, Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf>. Acesso em 08 mar. 2018.
- _____, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAUDE). [200-?]. Disponível em: <<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em 08 jan. 2018.
- _____, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAUDE. Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_reorientacao_profissional_saude.pdf>. Acesso em 28 dez. 2017.

- _____, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília, 2010.
- _____, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde, Princípios e Conquistas. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 19 dez.2017.
- _____, Ministério da Saúde, Portaria Interministerial N° 1.127, de 04 de agosto de 2015 - Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, n° 148, 5 de agosto de 2015, seção 1, páginas 193 a 196. Brasília: Imprensa Nacional.
- _____, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Manual de apoio aos gestores do SUS para implementação do COAPES. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/manual-coapes-22-01-2016.pdf>>. Acesso em 26 jan. 2018.
- _____, Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 02/11/2016.
- _____, Ministério da Saúde, Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Diário Oficial da União - Seção 1 - p. 68, de 22/09/2017.
- _____, Ministério da Saúde. Portaria n° 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2004; 13 fevereiro.
- _____, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC N° 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005. Seção 1, p. 111.
- _____, Ministério da Saúde. Portaria n° 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União 2007; 20 agosto.
- _____, Ministério do Planejamento, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas de Saneamento 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/atlas_saneamento/default_zip.shtm>. Acesso em 21 nov. 2016.
- _____, Poder Judiciário. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Judicialização da saúde no Brasil Dados e experiências. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em 21 nov. 2015.
- _____, Presidência da República. Lei N° 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Seção 1 - 23/12/1996, Página 27833. Brasília: Imprensa Nacional.
- _____, Presidência da República, Lei N° 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm>. Acesso em 30 mai. 2017.
- _____, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei N° 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União - Seção 1 - Edição Extra de 26/06/2014.
- _____, Senado Federal. Senado Notícias. 24/10/2017. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/10/24/participantes-de-audiencia-apontam-beneficios-do-mais-medicos-para-o-pais>>. Acesso em 26 jan. 2018.
- CAMPOS, Gastão W. de Souza; BARROS, Regina; CASTRO, Adriana; Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciência e Saúde coletiva, 9(3):745-749, 2004. Scielo. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2004.v9n3/745-749/pt>>. Acesso em 08 dez. 2017.
- CAMPOS, Gastão W. de Souza. A Saúde, o SUS e o programa Mais Médicos. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 24/7/2013. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/saude-o-sus-e-o-programa-mais-medicos>>. Acesso em 26/01/2018.

- CAMPOS, Gastão W. de Sousa, JUNIOR, Nilton Pereira. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2655-2663, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2655.pdf> >. Acesso em 26/01/2018.
- CAMPOS, Pedro Humberto Faria. Representações Sociais, risco e vulnerabilidade. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 3, p. 13-34, 2012. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, vol.6, n.3, 2012. Disponível em: < <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1153/0> >. Acesso em 04 mar. 2018.
- CAMPOS, Pedro Humberto Faria. O estudo da ancoragem das Representações Sociais e o campo da Educação. *R. Educ. Públ. Cuiabá* v. 26 n. 63 p. 775-797 set./dez. 2017. Disponível em <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/4187/pdf>, acesso em 04/03/2018.
- CAMPOS, Pedro Humberto Faria; SOARES, Carlene Borges. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicol. rev.* v.11 n.18 Belo Horizonte dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200006#ast3b>. Acesso em 04/03/2018.
- CAPRA, Fritjof. O ponto de mutação: A ciência, a sociedade e a cultura emergente. (Trad.) Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 2001.
- CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1489-1500, 2017. Scielo. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1489.pdf>>. Acesso em 04/01/2017.
- CFM. No Brasil, número de escolas privadas de Medicina cresce duas vezes mais rápido que o de cursos públicos. 25/08/2015. Disponível em: < http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=25689:2015-08-25-12-24-42>. Acesso em 12/12/2016.
- COBEM. Guia de Apresentações de Trabalhos Científicos. Brasília, 2016.
- COLLUCCI, Claudia. Família pede na Justiça que SUS dê remédio de alto custo para cadela. 07/09/2016. Folha de São Paulo. 07/09/2016. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/09/1810929-familia-pede-na-justica-que-sus-de-remedio-carro-para-cadela-doente.shtml>>. Acesso em 09/03/2018.
- CONASS. Coleção Progestores, Para Entender a Gestão do SUS. Brasília, 2007. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf>. Acesso em 11/03/2018.
- CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2):343-362, 2004.
- COSTA, Rodolfo. Governo suspende abertura de novos cursos de medicina por cinco anos. *Correio Brasileiro*. Data 05 de abril de 2018. Disponível em < https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/estudante/ensino_ensinosuperior/2018/04/04/ensino_ensinosuperior_interna,671001/mec-anuncia-suspensao-da-criacao-de-cursos-de-medicina-por-5-anos.shtml >. Acesso em 22 de abril de 2018.
- COUTINHO, Maria da Penha de Lima Coutinho; FRANKEN, Ieda. Qualidade de Vida no Serviço Público de Saúde: As Representações Sociais de Profissionais da Saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 2009, 29 (3), 448-461. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n3/v29n3a03.pdf> >. Acesso em 05/03/2018.
- COUTO, Carla Rosane Ouriques. Ser médico na atenção primária à saúde: representações sociais em estudantes de Medicina. Dissertação de mestrado em psicologia social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.
- COUTO, Leandra Lúcia Moraes, SCHIMITH, Polyana Barbosa, DALBELLO-ARUJO, Maristela. Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova. *Psicol. cienc. prof.* vol.33 no.2. Brasília 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 30/05/2017
- CREMESP, Missão e Valores. Juramento de Hipócrates. 2001. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>>. Acesso em 12/12/2016
- CYRINO, Eliana Goldfarb *et al.* Ensino e Pesquisa na Estratégia de Saúde da Família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 92 36 (1, Supl. 1) : 92-101; 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a13>. Acesso em 19/01/2018.
- DEGENNE, A. Présentation de l'analyse de similitude. *Information et Science Humaine*, 15(67), 7-26. 1985.
- EINSTEIN, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert. Processo seletivo. 2016. Disponível em: <<https://www.einstein.br/ensino/Paginas/processo-seletivo.aspx>>. Acesso em 10/12/2016.
- EMSM, Escola de Medicina Souza Marques. Planos de ensino. Rio de Janeiro, 2016.

- FENASAÚDE. Aumento da judicialização da saúde prejudica o próprio o consumidor. O Globo, 28/08/2017. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/fenasaude-aumento-da-judicializacao-da-saude-prejudica-proprio-consumidor-21524437>>. Acesso em 18/09/2017.
- FERRAZ, Lucimare. O PET-Saúde e sua interlocução com o PRÓ-SAÚDE a partir da pesquisa: o relato dessa experiência. Rev. bras. educ. med. vol.36 no.1 supl.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200023>. Acesso em 10/01/2018.
- FGV, CPDOC. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). 2009. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em 18/12/2017.
- FIEDLER, Patricia Tempski. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutor em Ciências. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://lacc.jpg.medicina.ufg.br/up/148/o/Avalia_o_da_qualidade_de_vida_do_estudante_de_medicina_e_da_influencia_exercida.pdf>. Acesso em 27/01/2008.
- FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. REDESCOLA, 2017. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/escola-de-governo/redes-de-escolas-de-governo/>>. Acesso em 04/01/2018.
- FLAMENT, Claude. L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. In W. Doise & A. Palmonari (Orgs.), L'Étude des représentations sociales (pp. 139-156). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1986.
- FOREQUE, Flavia. Expansão de cursos de medicina é feita com qualidade. Folha de São Paulo. Data 26/08/2015. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/educacao/2015/08/1673791-expansao-de-cursos-de-medicina-e-feita-com-qualidade-afirma-mec.shtml>> . Acesso em 22 de abril de 2018.
- GALDO, Rafael. Com dores no peito, homem morre em frente a hospital em greve em Laranjeiras. O Globo, 06/02/2014. Disponível: < <https://oglobo.globo.com/rio/com-dores-no-peito-homem-morre-em-frente-hospital-em-greve-em-laranjeiras-12690105>>. Acesso em 11/03/2018.
- GROPPE, Maureen. Who pays when someone without insurance shows up in the ER? 2017. Disponível em: < <https://amp.usatoday.com/amp/445756001>>. Acesso em 16/03/2018.
- GROSSEMAN, Carolina e STOLL, Suely. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. Revista Brasileira de Educação Médica, 301 32 (3): 301-308; 2008.
- LOULA, Maria Rosa Guimarães. Jurista alerta: Decreto que proíbe novos cursos de medicina é ilegal e só vai beneficiar os de baixa qualidade existentes. 22 de novembro de 2017. Disponível em: <<https://www.viomundo.com.br/voce-escreve/jurista-alerta-decreto-que-proibe-novos-cursos-de-medicina-e-ilegal-e-so-vai-beneficiar-os-de-baixa-qualidade-existentis.html>>. Acesso em 22 de abril de 2018.
- JODELET, Denise. Folie et Représentation Sociales. Paris: Presses Universitaires de France. França, 1989.
- _____. Representações sociais: Um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). As representações sociais. (Trad.): Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2001. p. 17-44
- JUNQUEIRA, Cilene Rennó. Bioética: conceito, fundamentação e princípios. Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf . Acesso em 21/06/2017.
- LUCCHESI, R, Vera I, PEREIRA, WR. As políticas públicas de saúde - SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):562-6. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11144>>. Acesso em 24/12/2017.
- OLIVEIRA, Denize Cristina de. Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como participe do cotidiano em saúde. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis. EFUFSC, Edição especial temática, 47-65 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/download/24123/21518>>. Acesso em 04/03/2018.
- PONTUAL, Helena Daltro. Uma breve história das Constituições do Brasil.
- Senado Federal, 2013. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/noticias/especiais/constituicao25anos/historia-das-constituicoes.htm>> . Acesso em 30 mai. 2017.
- MANHÃES, Maria Aparecida Rosa. Estudantes de medicina e as representações sociais de ser médico. Dissertação apresentada à Universidade Católica de Petrópolis. Petrópolis, RJ, 2003.
- MENEZES, Anselmo. Ricardo Barros lança a nova “Rename” em Fórum de Assistência Farmacêutica. Agenda Capital, 4 de nov. 2017 . Disponível em: <<http://agendacapital.com.br/ricardo-barros-lanca-nova-rename-em-forum-de-assistencia-farmacutica/>>. Acesso em 08/03/2018.

- MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M.; LIMA, C. M.. A Teoria das Representações Sociais nos estudos sobre representações de professores. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 39, n. 137, p.549-576, ago. 2009.
- MILLAN, Luiz Roberto; Arruda, Paulo Corrêa Vaz de. Assistência psicológica ao estudante de Medicina. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(1): 90-4. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/31/2/ramb.S0104-42302008000100027.pdf>>. Acesso em 27/01/2018.
- MINAYO, M. C. S (Org); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis, RJ: Vozes 2015.
- MITRE, Sandra Minardi *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva* vol.13 suppl.2 Rio de Janeiro Dezembro, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018>. Acesso em 13/03/2018.
- MOSCOVICI S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade* 3(2): p 19, 1994.
- O GLOBO, Medicina da UFRJ tem a maior nota de corte do Sisu 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/educacao/noticia/2016/01/curso-de-medicina-da-ufrj-teve-maior-nota-de-corte-do-sisu-2016.html>>. Acesso em 20/05/2016.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE), Medição das condições de saúde e doença na população. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Brasília, 2010.
- PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira contribuição para a compreensão e crítica. Edufba, Editora Fiocruz Salvador, Rio de Janeiro, 2008.
- PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013.
- PAIM, Jairnilson Silva. “O maior desafio do SUS é político”. MS, FIOCRUZ, 03/05/2016. < Disponível em: < <https://www.icict.fiocruz.br/content/%E2%80%9Cco-maior-desafio-do-sus-%C3%A9-pol%C3%ADtico%E2%80%9D-afirma-jairnilson-paim-em-aula-aberta-na-fiocruz>>. Acesso em 19/12/2017.
- PENSESUS, Universalidade, 2013 a. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/universalidade>, acesso em 19/12/2017.
- PENSESUS, Integralidade, 2013 b. Disponível em: < <https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>> . Acesso em 19/12/2017.
- PENSESUS, Equidade, 2013 c. Disponível em: < <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>>. Acesso em 19/12/2017.
- PENSESUS, Descentralização, 2013 d. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>>. Acesso em 19/12/2017.
- PENSESUS, Participação-social, 2013 e. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/participacao-social>>. Acesso em 18/09/2017.
- PENSESUS, Reforma Sanitária, 2013 f. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acesso em 18/09/2017.
- PEREIRA, José Carlos de Medeiros. *Medicina, Saúde e Sociedade*. Villimpress, Ribeirão Preto, 2003.
- PINTO, José Marcelino de Rezende. O acesso à educação no Brasil. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 25, n. 88, p. 727-756, Especial - Out. 2004.
- PINTO, Héider Aurélio *et al.* O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulgação em saúde para debate*. Rio de Janeiro, n. 51, p.105-120, outubro, 2014. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em 26/01/2018.
- PROGRAMA MAIS MÉDICOS. Expansão da formação médica levará o país a ter 600 mil médicos em 2026. Data 18/08/2015. Disponível em: < <http://maismedicos.gov.br/noticias/127-semente-do-futuro-expansao-formacao-medica-levara-o-pais-a-ter-600-mil-medicos-em-2026>>. Acesso em 21/04/2018.
- QUINTANA, Alberto Manuel *et al.* A angústia na formação do estudante de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 32 (1): 7 - 14 ; 2008. Disponível em <<http://ltcead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/angustia%20na%20forma%e7%e3o%20do%20estudante%20de%20medicina.pdf>>. Acesso em 27/01/2018.
- SACONI, Alexandre. Custos durante graduação em medicina podem passar dos R\$ 700 mil. R7, notícias. 21/07/2013. Disponível em: <http://noticias.r7.com/educacao/noticias/custos-durante-graduacao-em-medicina-podem-passar-dos-r-700-000-20130721.html> . Acesso em 07/06/2017.

- RATEAU *et al.* Teoria das Representações Sociais. Handbook of Theories of Social Psychology, Volume Two. Sage Publications, EUA; 2012.
- REZENDE *et al.* Prevalência de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Revista Brasileira de Educação Médica, 32 (3) : 315-323; 2008.
- RESTOM, Abrão Georges *et al.* Representação Social das Vivências de Estudantes no Curso de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, 39 (3) : 370-377; 2015.
- RIBEIRO, Mauro Luiz de Britto. Por que tantas escolas médicas no Brasil? CFM. 01 de dezembro de 2017. Disponível em: < https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27310:2017-12-01-12-49-55&catid=46:artigos&Itemid=18>. Acesso em 21/04/2018.
- ROMANO, Valeria Ferreira. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. Jadete Barbosa Lampert. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002, 283 pp. Trab. educ. saúde vol.3 no.1 Rio de Janeiro Mar. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000100016>. Acesso em 11/03/2018.
- SÁ, Celso Pereira de. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis, Vozes, 1996.
- SANTOS, Leonor Maria Pacheco Santos, COSTA, Ana Maria Costa, GIRARDI, Nicolau Sábado. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 20(11): 3547-3552, 2015.
- SALERNO, Margareth Rodrigues. Análise de avaliações discentes sobre as disciplinas de um curso de graduação em medicina. Porto Alegre, 2013.
- SAUDE.MG.GOV.BR. #SUS para todos. Secretaria de Saúde, Minas Gerais. [201-?]. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sus>>. Acesso em 11/03/2018.
- SBMFC. A medicina de família e comunidade, o que, como, quando, onde e por que. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/medicina_de_familia.pdf>. Acesso em 02/11/2016.
- SCHULZE, Clenio Jair. Números atualizados da Judicialização da Saúde no Brasil. 11/09/2017. Disponível em: < <http://emporiiodireito.com.br/backup/numeros-atualizados-da-judicializacao-da-saude-no-brasil-por-clenio-jair-schulze/>>. Acesso em 09/03/2018.
- SEMESP. Estudo mostra que mensalidade média de medicina é 10 vezes maior que a de pedagogia no Brasil. O Globo, 28/08/2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/educacao/noticia/estudo-mostra-que-mensalidade-media-de-medicina-e-10-vezes-maior-que-a-de-pedagogia-no-brasil.ghtml>>. Acesso em 26/01/2018.
- SOUZA, Clarilza Prado de. Estudos de representações sociais em educação. Psicologia da Educação, São Paulo, 14/15, 1º e 2º sem, p. 285-323, 2002.
- TAVARES, Ari de Pinho *et al.* O "Currículo Paralelo" dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Rev. bras. educ. med. vol.31 no.3. Rio de Janeiro, setembro/dezembro, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300008>. Acesso em 13/03/2018.
- THOMAS, Lauren. The number of Americans without health insurance rose in first quarter 2017. CNBC, 11/04/2017. Disponível em: < <https://www.cnbc.com/2017/04/11/the-number-of-americans-without-health-insurance-rose-in-first-quarter-2017.html>>. Acesso em 16/03/2017.
- TODOS PELA EDUCAÇÃO. Diferença de salário médio de professor e engenheiro pode chegar a R\$ 3.600, 21/08/2013. Acesso em: <<http://www.apeesp.org.br/noticias/noticias/diferenca-de-salario-medio-de-professor-e-engenheiro-pode-chegar-a-r-3-600/>>. Acesso em 18/09/2017.
- PUPO, Fábio. Seguridade Social tem déficit recorde de R\$ 292,4 bilhões em 2017. Valor Econômico, 08/03/2018. Disponível em: < <http://www.valor.com.br/brasil/5372497/seguridade-social-tem-deficit-recorde-de-r-2924-bilhoes-em-2017>>. Acesso em 09/03/2108.
- YONEKURA, Claudia Leiko. Impressões de pacientes, médicos e estudantes de Medicina quanto a aparência dos médicos. Revista da Associação Médica Brasileira, 2013;59(5):452-459. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423013001516>>. Acesso em 19/02/2018.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO PILOTO

n=25

Instituição: _____ Particular: _____ ou Pública _____

Acadêmico, período: _____ ou Residente, ano: _____.

Qual o significado de Sistema Único de Saúde (SUS)?

Você já teve alguma experiência de aprendizado em unidades do SUS? Sim: _____ Não: _____

Caso sim, comente a sua avaliação a respeito do SUS como cenário de prática de aprendizagem:

Gostei:

Não gostei:

Após formado, você se vê atuando numa unidade do SUS? Sim: _____ Não: _____

Por quê?

Caso sim, durante quantos anos? _____.

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO FINAL

Idade: _____ Sexo: Fem () Masc ()

Instituição de Ensino: _____

Acadêmico: () Período _____

Questão 1. Pensando na sua formação como Estudante de Medicina, quais são as palavras ou expressões que vem à sua cabeça quando você escuta “Sistema Único de Saúde” (SUS)?

Dê, no mínimo, 03 respostas

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____

Questão 2. Como você acha que responderia a maioria dos seus colegas estudantes de medicina sobre a mesma questão acima? No mínimo, 03 respostas

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____

Questão 3 - Abaixo há uma lista de opiniões sobre a APRENDIZAGEM do estudante de Medicina em unidades do SUS.

LEIA COM ATENÇÃO.

- 1) A aprendizagem no SUS aproxima o aluno da realidade do atendimento no dia a dia profissional.
- 2) No SUS o aluno encontra uma grande variedade de casos.
- 3) Nas unidades do SUS faltam os materiais e medicamentos para o atendimento

- 4) No SUS, em geral os serviços são desorganizados e sucateados
 - 5) No SUS o aluno aprende o foco em cuidados com o paciente e população.
 - 6) Nestes serviços é muito rico o contato com a família e a atenção básica.
 - 7) Muitas vezes o aluno tem de enfrentar a superlotação ou excesso.
 - 8) Ressalta a dimensão humana e o compromisso do médico com a população carente.
 - 9) É importante, pois dá ao aluno uma noção de sistema e acompanhar o tratamento do paciente ao longo do sistema.
 - 10) A aprendizagem no SUS é deficiente pois a prática não corresponde à teoria.
 - 11) É frustrante, pois há pacientes que ficam esquecidos pelo sistema, gerando sentimento de impotência.
 - 12) A política do SUS é bem interessante, ensina a tratar com respeito e equidade.
- Agora, escolha as três frases que MAIS representam sua experiência de aprendizagem em unidades do SUS e coloque seus números abaixo.

[] [] []

Questão 4. Após formado, você se vê atuando numa unidade do SUS?

Sim: () Não: () Justifique Sim ou Não.
