

RESUMO EXPANDIDO

TRABALHO EM EQUIPE, INTEGRALIDADE E A FORMAÇÃO MÉDICA¹

Autor principal

Rodrigo Otávio Moretti-Pires – rodrigomoretti@ccs.ufsc.br

Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina

Co-autores

Ricardo Mitozo Alho - ricardomitoso@hotmail.com

Universidade Federal do Amazonas

Thiago de Oliveira Pires - thiagopirev@hotmail.com

Universidade Federal do Amazonas

Lucas Mello Pioner – lucaspioner@yahoo.com.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Maria Helena Machado - helena.machado@saude.gov.br

Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho (DEGERTS)
Ministério da Saúde

Sônia Maria Vilela Bueno – smvbueno@eerp.usp.br

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas (EERP/USP)
Universidade de São Paulo

Endereço para correspondência

Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC

¹ texto inédito, resultado de pesquisa empírica, em que não houveram conflitos de interesse, sendo desenvolvido após aprovação do CEP/UFAM sob protocolo 230/2006.

Campus Universitário – Trindade

Florianópolis (SC)

CEP – 88040-970 – Fone: (48) 3721.9388 – ramal 208

RESUMO

Dentre os princípios do SUS, o da integralidade é aquele que melhor representa a ruptura com o hegemônico modelo biomédico, tradicionalmente fragmentador. Este estudo investigou a percepção de alunos finalistas do curso de Medicina de uma Universidade Federal da Região Norte sobre sua formação para atuação para a integralidade. Pesquisa qualitativa, utilizando de grupos focais e entrevistas individuais semi-estruturadas, procedeu-se à análise do material empírico oriundo de trinta e dois acadêmicos, por hermenêutica dialética. Os resultados explicitam as lacunas e dilemas desse complexo processo de ensino-aprendizagem médico universitário brasileiro, com particular destaque para a carência de disciplinas voltadas à humanização e ao trabalho em equipe. Conclui-se que para que a ESF logre êxito como re-orientadora do modelo de atenção à saúde no país, faz-se necessário antes uma ruptura epistemológica no ensino acadêmico da Medicina, que ainda se mostra francamente biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado, e, o que é pior, fragmentador.

Palavras-chave: Integralidade; Saúde da Família; Formação de Recursos Humanos; Universitários; Medicina.

INTRODUÇÃO

Na última metade do século XX, no Brasil, permeado pelas incessantes iniciativas do Movimento de Reforma Sanitário Brasileiro (MRSB), foi construído o

panorama político que culminou no debate sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este movimento ficou marcado por se tratar de um grupo político que, embora heterogêneo, era composto por congruentes segmentos sociais e intelectuais da esquerda brasileira, que lutavam para que o direito à saúde fosse legalmente garantido pelo Estado à totalidade dos cidadãos (Fleury, 2009).

Em 1988, os ideais contra-hegemônicos (e também as lutas, que os acompanharam) do MRSB, influenciaram a Assembléia Constituinte, impulsionando a inclusão de trabalhos que determinavam, agora na nova Carta Magna nacional, a criação de um sistema de saúde estatal que garantisse o acesso equânime de todos os cidadãos ao rol completo de serviços necessários à promoção, manutenção, recuperação e reabilitação integral de suas saúdes.

Para lograr êxito, tal sistema deveria ser pautado não somente no atendimento prioritário aos mais carentes e necessitados, mas também na integralidade dos serviços ofertados, procurando abordar as múltiplas dimensões do processo saúde-doença e das relações entre os diferentes atores do setor saúde (usuários, gestores, profissionais e prestadores de serviço). Só assim se conseguiria propor novas soluções às já históricas mazelas da Saúde Pública tupiniquim.

Observando o MRSB e a conseqüente criação do SUS por essa perspectiva, se percebe que além de romperem com o modelo de saúde então hegemônico, francamente biologicista e hospitalocêntrico, oferecem também uma nova possibilidade política: a saúde passa a ser percebida e tratada como a mola-mestra de uma transformação maior, de cunho social, baseada no exercício da cidadania e na ampliação dos serviços sociais básicos para a população, como educação, saneamento, moradia, acesso a alimentos, assistência social, entre outros.

Dado o caráter ideológico do SUS, somado à complexidade das relações políticas e institucionais da sociedade brasileira, o novo modelo de atenção à saúde tem enfrentado entraves e obstáculos desde sua concepção. Aliás, o duelo entre dois grandes blocos ideológicos (MRSB e complexo médico industrial, este último com suas múltiplas facetas, inclusive com tentáculos transnacionais), certamente antecede em muito os debates constitucionais, remontando ao início do século passado (Atkson, 2002).

O conceito de integralidade abrange diversas dimensões. Refere-se à questão da integração dos diversos níveis de atenção à saúde, através das redes assistências. Também diz respeito à interdependência entre usuários e profissionais do serviço de saúde no processo terapêutico, em que haverá priorização de ações que preconizem a garantia de atenção nos três níveis de complexidade, articulando desde as ações de prevenção, até as ações de promoção e recuperação, numa abordagem integral dos indivíduos e das famílias (Giovanella et al, 2009; Almeida & Giovanella, 2009; Hartz & Contandriopoulos, 2004; Giovanella et al, 2002).

Outra perspectiva refere-se à integralidade como construção que se dá na ação conjunta entre os profissionais de saúde e o processo de trabalho. Em uma abordagem que assuma uma definição legal relacionada à integração dos atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade situados em cada caso. A importância do atendimento baseado na integralidade relaciona-se principalmente à efetivação dos princípios do SUS na prática cotidiana do serviço (Hartz & Contandriopoulos, 2004; Contandriopoulos et al, 2001).

No sentido de garantir a formação e a capacitação necessárias a essa abordagem ampla, diversos segmentos têm proposto iniciativas para a reformulação do ensino médico, com enfoque no aprendizado baseado na interação precoce do

futuro profissional com os pacientes e as comunidades (Ferreira, Varga & Silva, 2009). A relevância de tais propostas é tamanha, que foram homologadas pelo Governo Federal brasileiro como reorientadoras das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos da Área da Saúde.

Percebe-se, pois, que preceitos éticos como o humanismo e a responsabilidade social devem ser trabalhados ao longo de todos esses cursos, concentrando esforços a fim de capacitar os diferentes profissionais para atuarem de forma harmônica e verdadeiramente multiprofissional, em consonância com o princípio da integralidade.

Partindo deste contexto, o presente trabalho objetiva investigar como o conceito de integralidade está construído durante a formação dos alunos da Faculdade de Medicina de uma Universidade Federal na Região Norte do Brasil.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo teve uma abordagem qualitativa, justificando-se que esta permite levantar a percepção e compreensão dos problemas a partir dos próprios sujeitos que os vivenciam (Leopardi, 2002), permitindo a obtenção de informações sobre aspectos específicos de um fenômeno, no que se refere a sua origem e sua razão de ser (Haguette, 2001). Seu maior ganho é exatamente a capacidade de incorporar significado e intenção aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 1999). Trata-se de uma metodologia que abarca aspectos da realidade que escapam a simples quantificação e extrapolações, características da ciência positivista (Crotty, 2003). As pesquisas qualitativas indicam a procura essencial pela natureza dos fatos (Berg, 2004).

Em termos instrumentais, utilizou-se da técnica de grupo focal (GF) e da Entrevista Individual (EI) (Morgan, 1997, p.11; Minayo, 1999, p.22). Além do moderador, houve um segundo pesquisador no papel de observador. Ao término de cada grupo focal, com duração média de uma hora e meia, ambos se reuniram para discutir impressões. As questões norteadoras trabalharam o modelo pedagógico vivenciado, a percepção sobre o que é a profissão, a atuação do profissional nos diversos níveis de atenção à Saúde e o trabalho em equipe multiprofissional. Todas as informações foram registradas através de gravação com fita magnética.

Com relação ao recrutamento dos sujeitos, após aula regular do curso, o pesquisador explicou o projeto aos acadêmicos do último período, convidando-os a tomar parte do estudo. Foram entrevistados 36 acadêmicos de Medicina, de ambos os sexos, todos do último ano do curso investigado, de um total de 42 universitários.

Foram critérios de inclusão dos sujeitos: ser discente da Universidade Federal do Amazonas; cursar o curso investigado; estar cursando o último período no ano de 2007; cursar todo o curso na mesma turma que os outros sujeitos; não ter cursado outro curso de graduação anteriormente. A inadequação a qualquer dos critérios foi considerado como único critério de exclusão.

Com relação ao recrutamento dos sujeitos, após aula regular do curso, o pesquisador explicou o projeto aos acadêmicos do último período, convidando-os a tomar parte. Foram realizados três grupos focais, com doze acadêmicos em cada. Este número de sujeitos está em conformidade com o mínimo sugerido nesta técnica de coleta de informações (Minayo, 1999, p.31; Morgan, 1997, p.14).

Todas as gravações foram transcritas na íntegra, material sob o qual se realizou leitura exaustiva para apropriação do conteúdo, seguindo o modelo para

tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura (Minayo, 1999, p.53; Morgan, 1997, p.18).

A análise pautou-se na hermenêutica dialética (Minayo, 2002:96-103), perspectiva adotada pela reflexão que se funda na práxis, na busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, processualmente seguindo as etapas de confrontação, convergências e divergências das categorias (Minayo, 1999, p.54-7). Para a interpretação, o produto final foi confrontado com o marco teórico do pensamento complexo; sobre saúde coletiva no Brasil e sobre ESF, na busca por conteúdos coerentes, singulares ou contraditórios.

O presente trabalho foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) sob o protocolo 230/2006, obedecendo todos os procedimentos preconizados nas leis brasileiras sobre pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os graduandos em medicina, antes mesmo de entrarem na faculdade, apresentavam a visão de superioridade hierárquica da medicina sobre as demais profissões, o que pode ser evidenciado de certa forma quando estes relatam que em suas famílias existem profissionais de saúde não médicos, e que acreditam que serão superiores aos mesmos. Essa perspectiva pode implicar em prejuízos para o trabalho em equipe multiprofissional.

Há uma centralização da profissão médica por parte desses acadêmicos, ao explicitarem, de certa forma, que apresentam um grau de desmerecimento com o trabalho de profissionais das outras áreas de atuação em saúde. Demonstram, portanto, falta de formação para o trabalho em equipe e certo impasse com os

profissionais das variadas áreas da saúde. Essa centralidade pode ser conseqüente das praticas realizadas no âmbito da graduação. Há idealização da figura do médico por parte destes acadêmicos, ao ponto de compará-la a um sacerdócio, como se todo o profissional médico agisse de maneira humanitária, imbuído de um caráter distante do ser humano complexo e cheio de conflitos que todos os homens são.

Entretanto, tal visão parece estar francamente em desacordo com a realidade que os espera após a graduação. Ao mesmo tempo em que o idealismo paira nas falas destes sujeitos, não operacionalizam como esta postura ideal se dê na prática cotidiana, fazendo pensar se realmente esta idealização pôde ser desenvolvida por contato prévio com outros profissionais ou se desenvolveu por considerações teóricas do como deveria se agir.

O médico é que faz o encaminhamento, ou seja, o fisioterapeuta não tem a liberdade pra chegar, examinar o paciente. (GF01)

O médico aprende todos os procedimentos, agora eu acho que os procedimentos de enfermagem, todos os médicos são capazes de fazer. (EI14)

Os outros profissionais acabam até se acomodando, por que eles acabam deixando a responsabilidade para o médico. (GF03)

Colocaram um pouco isso pra gente durante a graduação. Que o médico acaba entrando em contato com uma carga maior de informações, mas não que ele queira. Ao mesmo tempo, meio que exige-se dele que ele também seja capaz de fazer todos aqueles procedimentos básicos que seriam os que os técnicos de enfermagem e a enfermagem fazem. (EI03)

A medicina é como se fosse um sacerdócio. Acho que tem duas palavras que resumem bem a medicina: é responsabilidade e privação. Se quer entrar na medicina, entra pela medicina em si, entra pelo “sacerdócio” da medicina, pra ajudar. Por que tu vai conseguir assim ser o melhor e tu vai conseguir ganhar mais dinheiro do que qualquer outro. Se você entra na medicina com essa mentalidade, você vai se destacar. Por que se não tem, ele vai ganhar dinheiro. Mas não vai ter o destaque. Ele nunca vai ser o melhor mesmo. Ele vai ser simplesmente um médico. (GF02).

A posição do médico ali é mais como um herói que só tem responsabilidade. (EI13).

Observou-se que os acadêmicos entendem a medicina com um símbolo de hierarquia, e a partir daí acabam a centralizando como uma profissão que esteja

acima de qualquer outra. Parecem, dessa forma, desmerecer os demais saberes profissionais da área da saúde, tentando caracterizar a sua futura profissão como a melhor dentre as profissões que envolvem o setor.

O mesmo autor, no ano de 1995, destaca que todos os trabalhadores em saúde possuem poder e capacidade de intervenção nos processos de promoção da saúde coletiva. Rodrigues, Lima & Roncalli (2008), afirmam também que o médico juntamente com todos os profissionais da saúde possui um papel relevante e complementar um ao outro. Mas, esse propósito encontra-se fragmentado, constituindo uma disputa pelo poder de dominância sobre o outro.

Essa disputa acaba criando uma submissão dos outros profissionais da equipe à dominante ação médica. Dessa forma fica explícito que o profissional que foge dessas premissas tende a prejudicar aquele que é um dos principais propósitos do Sistema Único de Saúde, qual seja o trabalho em conjunto com as demais categorias de forma integral e verdadeiramente integrada.

Essa perspectiva de idealização pode ser fruto da convivência com parentes ou outras pessoas próximas que atuam na medicina e que a traduzem com uma visão distante da realidade, ou até mesmo do convívio com seus docentes despreparados. De acordo com Campos, Aguiar e Belisário (2008), professores universitários que não atuam no setor privado, podem também ser fonte de distorção, ao supervalorizarem aspectos e problemas relacionados aos seus campos de pesquisa, independentemente da real relevância no contexto em que seus estudantes irão atuar.

O modelo biomédico parece ainda prevalecer, podendo ter relação com a postura de seus docentes que ainda apresentam resquícios desse modelo de saúde. Baseados nesse modelo de atendimento de saúde, ao contrário do exemplo acima,

muitos acadêmicos ainda têm a medicina como uma profissão de status, que lhes retorne lucro financeiro, e se prendem a um individualismo profissional e o restabelecimento dos usuários do serviço, sem abordar os aspectos não físicos dos usuários.

Percebe-se que este modelo de saúde ainda se mostra francamente hegemônico na perspectiva desses indivíduos durante os processos de diagnose e terapêutica, uma vez que os mesmos possuem uma visão do paciente de forma fragmentada e como um indivíduo que se dirige ao encontro do profissional apenas como busca pela solução de um problema de saúde. Parecem desconsiderar o entorno sócio-cultural do paciente.

O que vai te motivar pra ser um bom médico se é ser um bom clínico ou se é por causa de dinheiro, é a expectativa que o paciente te traz. (GF02).

A gente aprendeu muito a ter determinadas condutas: uma boa historia; saber de onde vinha a dor, quantas vezes apareciam dores? Então todo exame minucioso, todo procedimento minucioso, e a gente consegue direcionar pro diagnostico, né? (EI02).

Como tu tem muita gente pra atender, o simples fato de ter prescrito um remédio que vai sanar a dor, tu já sabe que o paciente ta satisfeito com aquilo, por mais que, na

realidade, não tenhas resolvido o problema dele.
(GF01).

Mesmo depois de tantos esforços para a superação do modelo de atenção à saúde, que caracterizava o paciente como um objeto ou uma máquina com mau funcionamento, os acadêmicos da medicina continuam apresentando tendências para uma atuação ainda de acordo com o modelo biomédico, e o que se observa é que, os estabelecimentos de ensino não contribuem com uma projeção para a superação do mesmo.

Pelo contrário, parecem tender a perpetuá-lo, e assim persistem formando profissionais despreparados para a atuação médica que leve à satisfação do atendimento oferecido, pois, de acordo com Ceccim; Feuerwerker; Mehry (2006), o ideal seria a superação do 'biologicismo' e do modelo clínico, que levam o profissional a ter uma visão do usuário de forma fragmentada. Acabam visando apenas à cura da doença, enquanto deveriam se propor à valorização do social do indivíduo, da atenção à saúde organizada com base na lógica do cuidado e não das doenças.

Segundo Ibanez e Marsiglia (2000) os médicos têm ao seu alcance saberes e tecnologias que lhe conferem grandes poderes, mas se mostram desorientados, com dificuldades de atribuir valores a esses conhecimentos. Dessa forma, necessário se faz pensar em novas estratégias de estímulo a o desenvolvimento dessas potencialidades, resgatando a auto-estima dos trabalhadores do SUS.

Há grande preparo para a atuação técnica destes acadêmicos enquanto médicos. No entanto, os aspectos humanos, pautados no atendimento integral, são deficitários em sua formação.

Quando se referem à questão da humanização do profissional, os indivíduos ainda apresentam uma visão pouco ampla do que seria um profissional atuante de forma humanizada. Parecem ter uma visão do usuário como uma espécie de objeto, mero receptáculo de doença. Ignoram, desse modo, a singularidade de cada indivíduo. Afinal, todos são igualmente humanos. Todos iguais, ainda que tão diferentes. Ou, como já disse um músico sulista: “(...) Somos todos iguais. Mas, uns mais iguais que os outros.(...)”

Mas a doutora C é do tipo da mulher que não trata bem o paciente. Ela conta a verdade nua e crua, entendeu? Quando vai atender os pacientes dela, abre o jogo. ‘Vai precisar desse remédio caríssimo’ (*imitando a voz da médica a que se referiu*). (GF01).

É assim. Quando a gente faz estágio no P.A. (Pronto Atendimento) ou no Hospital Tropical, quando a gente vai evoluir nossos pacientes a gente não trata ele como se fosse gente, “ah... É o senhor Raimundo...”, você só fala... por que isso já tradição... paciente do leito 79... paciente do leito 43. (EI05).

Não é uma coisa que é imposta agora. É uma coisa que já vem de anos e anos. É falho. Quem nos ensinou é falho. A gente teve aula de ética médica, é muito bonito

(*com deboche*): ‘Você tem que tratar o paciente assim, assim, assim’, só que na prática, ninguém o faz. (EI26).

Ah... eu não sei... acho que tudo é questão do contexto. O médico trabalha pra caramba, se estressa, depois vem um bêbado ‘botar banca’. Acho que não é questão de ser humanizado. (EI01).

A análise das normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde nos demonstra que um profissional sem uma preparação humanitária estaria caminhando no sentido contrário de seus princípios, não estando apto para atuar na área da saúde, pois Pessini (2004) aborda que humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do ser humano e construir um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. E para cuidar de forma humanizada deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que guiam essa ação.

Silva (2007), afirma que os alunos entram na faculdade de medicina com o propósito de ajudar as pessoas, identificados com o ideal de médico que agrega competências e aquisições humanistas. Mas ao longo da formação, vão perdendo a sensibilidade e privilegiando os aspectos desumanos. Isso demonstra que os alunos e professores podem não estar considerando os aspectos humanísticos da prática médica como parte integrante do aprendizado fundamental à profissão.

Assim fica caracterizado que esses acadêmicos poderão estar despreparados para atuar no campo da saúde pública, caso se tornem profissionais sem

perspectivas humanísticas e despreparados para se comunicarem com os usuários do serviço. Afinal, a comunicação é fundamental para o tratamento humanístico e pode ajudar no processo de reabilitação e mesmo de promoção da saúde dos usuários. De acordo com Rodrigues e Oliveira (2000), a comunicação alegra os pacientes, pois é uma maneira de distração, fazendo com que os mesmos focalizem menos suas doenças, e um profissional sem perspectivas humanísticas não poderia fazer acontecer essa comunicação benéfica ao usuário.

O trabalho em saúde coletiva não é apresentado de maneira clara, não operacionalizando como esta se dá. Esta abordagem vaga demonstra que, no processo de aprendizagem, o mesmo não está articulado com a realidade. Este despreparo para a atuação em saúde coletiva certamente terá conseqüências danosas para o atendimento aos usuários de maneira integral, articulando a atenção individual e o componente social e coletivo da saúde.

A saúde coletiva vai extrapolar muito mais que a medicina em si. Por que aí tu vai pegar saneamento básico, uma porção de outros assuntos que não dependem mais do médico. Aí você vai ter que unir não só uma equipe médica, mas uma equipe de Agentes de saúde, a Prefeitura, etc. (GF02).

A saúde individual atende aquele paciente. Vê qual é o problema dele e trata. A saúde coletiva é mais a parte da prevenção, você ver qual o problema da sociedade.

O que naquela sociedade pode causar, o que pode vir a causar a doença. E resolver aquele problema. (GF03).

A estratégia de Saúde da Família prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma contínua e integral (Brasil, 2002). Emmi e Barroso (2008), afirmam que esses serviços devem ser realizados na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família, e que esses profissionais deverão criar laços de compromisso e responsabilidade para enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde.

Mas, vale ressaltar que Merhy (2008) distingue o modo de atuar nos serviços de saúde, como um processo de produção do cuidado, um serviço que também é dependente do estabelecimento de vínculos entre os envolvidos, para a eficácia da ação promovida. No entanto, a formação desses indivíduos não os leva a pensar a medicina segundo esse ideal, os distanciando da realidade que encontrarão após a graduação.

Para Kerman e Fuerwerker (2006), durante a graduação os estudantes mantêm contato com alguns aspectos dos campos clássicos da Saúde Coletiva, que são as políticas e o planejamento em saúde, a epidemiologia e as ciências sociais e humanas aplicadas à saúde. No entanto, não é claramente delineado a esse indivíduo as oportunidades que o sistema de saúde oferece para atuação na área da saúde coletiva.

Foi observado na análise do material que os indivíduos não demonstram preparação para atuar neste campo de trabalho, demonstrando um grande desconhecimento dessa proposta, que, de acordo com Campos (1997), trabalha

com coletivos, agrupamentos populacionais recortados em diferentes lógicas (territorial, faixa etária, exposição a riscos, vulnerabilidade, etc.) e lida também com problemas de saúde das coletividades, ainda quando pra isso se valha de abordagem individual, tanto para fazer o diagnóstico da situação, quanto para desenvolverem ações de prevenção ou de promoção da saúde.

A medicina é vista por alguns graduandos como uma profissão que estaria acima de qualquer outra categoria da área da saúde. A profissão na qual todos os serviços irão sair de forma correta e perfeita. Mas, ao se depararem com algumas práticas do curso, vêem que a realidade é completamente diferente.

Talvez essa distorção tenha raízes na cultura de cada um desses indivíduos e, de acordo com Siqueira-Batista & Schramm (2005), mudar essa cultura requer o aprofundamento de conhecimentos na área e sua integração nas diversas disciplinas, além da criação de novas metodologias e estratégias de ensino, bem como o desenvolvimento de professores. Um dos grande problemas no ensino médico pode ser a defasagem sobre o que é repassado para os graduandos e o que a realidade coloca para os mesmos.

Nesse sentido, Campos (1997) afirma que, por mais que se possa pensar em uma ligação natural entre o mundo acadêmico e os serviços de saúde, isso não ocorre de forma espontânea, pois o problema se torna ainda mais complexo a partir da defasagem em uma outra relação: a que ocorre entre os serviços de saúde e o mundo real, uma vez que nem sempre os problemas que ocorrem em uma comunidade aparecem espontaneamente nos serviços, ou na mesma intensidade e proporção com que afetam as pessoas.

O trabalho em equipe ainda é pouco enfatizado por esses sujeitos, parecendo não ter verdadeira importância para o atendimento em saúde de forma integral. O

trabalho em equipe não é vivenciado durante o processo de aprendizagem, de forma que os acadêmicos têm uma visão isolada da profissão médica, como se o médico fosse soberano perante os pacientes e os demais profissionais e mesmo perante a sociedade.

É difícil falar de trabalho multidisciplinar... cada um fica na sua área, na sua sala e empurram o paciente. (EI02).

Não é realizado um verdadeiro trabalho em equipe. (GF03).

Eu realmente nunca peguei um caso pra avaliar com outros colegas, pra gente chegar num comum acordo, né?. (EI05).

De acordo com Ronzani e Ribeiro (2003), o PSF incentiva o trabalho em equipe, exigindo mudanças estruturais na formação e nas práticas dos profissionais de saúde desde o início do processo de formação do médico. A este respeito, se observou, durante o estudo presente, que os acadêmicos percorreram um processo de formação distante da prática de trabalho em equipe, sendo que esta não costuma ser valorizada pelos docentes médicos, comprometendo a qualidade do processo de ensino-aprendizagem.

Há implicações para os serviços de atenção à Saúde, uma vez que a equipe de saúde da família deve estar preparada para o conhecimento da realidade dos usuários do sistema de saúde (Brasil, 2000).

Os entrevistados abordam a integralidade de forma vaga, esquecendo-se dos deveres sociais do profissional de saúde perante o usuário, que é um sujeito social, modulador e modulado pela sociedade a que pertence. Responsabilizam o sistema de saúde como o principal causador de não se conseguir atuar de acordo com o princípio da integralidade, atribuindo a culpa à desorganização no processo de atendimento dos usuários pelo sistema, bem como à quantidade de atendimento em um curto período de tempo, entre outros fatores.

Não é só a questão da doença. É a moradia, higiênico-sanitária. Neste ponto, o médico é só mais um que vai integrar. (EI07).

A maioria dos médicos não fala. Mas eu sempre falava. Eu notava que quando eu chegava lá, o paciente ficava feliz, ansioso por saber o que eu ia falar. E eu notava que o paciente melhorava. (EI21).

Uma coisa que eu queria levar pra minha profissão seria esse lado. O lado de dar atenção para as pessoas conversarem. Porque comigo é complicado, até porque o sistema também deixa meio entre outras coisas, meio atravessada porque você tem que atender trinta

pacientes com aquela mesma história. Tem que atender trinta e três horas em posto de saúde. (E111).

Segundo Machado et. al (2007), o atendimento integral se caracteriza por sua forma de atenção às pessoas não apenas de forma individual mas também coletiva, em seus múltiplos aspectos. De acordo com Tesser & Luz (2008), as diretrizes do sistema de saúde orientam para um serviço público de qualidade e para a otimização de seus profissionais, que considerem as múltiplas dimensões e dêem conta das várias complexidades dos problemas de saúde pública e de seus usuários. É esperado que os profissionais tenham uma abordagem integral, ampla e pluridimensional das saúdes individual e coletiva. Partindo dessa idéia, é necessário que sejam realizadas mudanças ou aperfeiçoamentos nas grades curriculares para que se consiga o êxito no atendimento médico através da pratica da integralidade.

De acordo com a análise do material, o principio da integralidade se mostra incipiente no discurso dos acadêmicos. Ademais, há também indícios de que a formação médica é dicotômica em relação à abordagem integral, carecendo de saberes que tornem possível ao médico uma abordagem diferente da focada no atendimento individual, e sim o capacite para lidar com familiares e com a comunidade, em equipe, de forma harmoniosa, visando estreitar ainda mais as relações entre o campo da saúde e as ciências sociais e humanas (Gottlieb, 2009; Wegner, Antonelli, Turchi, 2009; Keogh, Field e Gurwitz, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os futuros médicos parecem compreender a complexidade do processo saúde-doença, bem como as dificuldades enfrentadas pelos recursos humanos que atuam

na saúde coletiva. Afinal, lidam com esses problemas já durante a vida estudantil. Entretanto, ainda assim, suas respostas evidenciam a necessidade de se readequar a formação médica em uma nova proposta, mais condizente com os princípios do SUS.

Para que os novos profissionais do sistema possam, de fato, adotar um modelo reorientador da atenção à saúde, é preciso antes haver uma ruptura epistemológica no ensino médico universitário brasileiro, superando a antiga, porém, ainda hegemônica visão biomédica.

O Ministério da Saúde nacional, ordenador da formação de recursos humanos para o SUS, deve se empenhar para o enfrentamento desses dilemas, desempenhando papel pró-ativo na proposição de novas estratégias de formação universitária, inclusive estimulando e patrocinando investigações acerca desse intrincado processo de ensino acadêmico da medicina.

Contribuições individuais

O primeiro e último autores conceberam o projeto, trataram dados e versão final do manuscrito. O segundo, terceiro e quarto trataram dados. A quinta autora contribuiu com considerações fundamentais para a versão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saude Publica**, v.24, n.8, p.1727-42, 2008.

ATKSON, S. Political cultures, health systems and health policy. **Soc. Scienc. Med.**, v.55, n.2, p.113-124, 2002.

BERG, B. L.. **Qualitative research methods for the social sciences**. Long Beach: Ed.Pearson, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família, Equipe de Saúde bucal: projeto, programas e relatórios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília. Ministério da Saúde, 2000.

CAMPOS, F. E. La equidad y la relación entre la universidad, los servicios de salud y la comunidad. **Educ Sup Soc**, v.7, n.2, p. 5-12, 1997.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Cienc. Saude. Coletiva**, v.10, n.1, p.129-142, 2005.

CECCIM, R. B.; FEURWERKER, L. C. M., MERHY, E. E. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

TESSER, CD; MADEL, T. L. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. Saúde Col**, v.13, n.1, p. 195-206, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; DENIS, J.L.; TOUATI, N.; RODRIGUEZ, R. Intégration des soins: dimensions et mise-en-oeuvre. **Ruptures**, v.8, n.1, p.38-52, 2001.

CROTTY, M.. **The foundations of Social Research** – meaning d perspective in the research process. London: Sage Publications, 2003.

EMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Cienc. Saude. Coletiva**, v.13, n.1, p.35-41, 2008.

FERREIRA, R.C.; VARGA, C.R.R.; SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Cienc. Saude. Coletiva**, v.14, suppl.1, p.1421-28, 2009.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Cienc. Saude. Coletiva**, v.14, n.3, p. 743-52, 2009.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO; M. C. R. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Cienc. Saude. Coletiva**, vol.14, n.3, p. 783-94, 2009.

GOTTLIEB, L.M. Learning from Alma Ata: the medical home and comprehensive primary health care. **J. Am. Board. Fam. Med.**, v.22, n.3, p.242-6, 2009

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Ed.Vozes, 2001.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a "system without walls". **Cad. Saude Publica**, v.20, suppl.2, p.S331-S336, 2004.

IBANEZ, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUES, A. M. (Org.). **Ciência Social e Saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.21-33.

KEOUGH, M.E.; FIELD, T.S.; GURWITZ, J.H. A model of community-based interdisciplinary team training in the care of the frail elderly. **Acad. Med.**, v.77, n.9, p.936, 2002

LEOPARDI, M. T.. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002.

KERMAM, M.; FEUERWERKER, L. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidade o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competência preciso desenvolver? In: CAMPOS, G. W. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2006. p.183.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; BARBOSA, D. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. **Cienc. Saude. Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007

MERHY, E. E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUBITEC/ABRASCO, 1999.

MINAYO, M. C. S. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

MORGAN, D. **Focus Group as qualitative research**. London: Sage Publications, 1997.

PESSINI, L. humanização da dor e do sofrimento humano na área da saúde. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L. (Org.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p.12-30.

RODRIGUES, M. F.; OLIVEIRA, A. G. B. Desenvolvendo os bastidores da rede de comunicação entre equipes de enfermagem e os pacientes sob seu cuidado. In: MENDES, I. A. C.; CARVALHO, E. C. (Org.). **Comunicação como meio de promover a saúde**. Ribeirão Preto: Scola, 2000. p. 87-91.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Cienc. Saude. Coletiva**, v. 13, N.1, p. 71-82, 2008

ROZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Identidade e formação profissional do médico. **Rev. Brás Educ. Médica**, v.27, n.3: p.229-236, 2003.

SILVA, G. S. N. **A construção do ser médico e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado**. 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

WEGNER, S. E.; ANTONELLI, R. C.; TURCHI, R. M. The medical home--improving quality of primary care for children. **Pediatr. Clin. North. Am.**, v.56, n.4, p.953-64, 2009.