

LIGA ACADÊMICA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: INSTRUMENTO DE COMPLEMENTAÇÃO CURRICULAR

Academic League of Family and Community Medicine: Tool for Curriculum Improvement

João Eliton Bonin¹, José Gustavo Sobreira de Oliveira², Juliana Maria Nascimento³, Márcio Eduardo Rezende⁴, Stefanie de Paula Stopato⁵, Isabel Cristina Gonçalves Leite⁶

RESUMO

Este relato origina-se de um projeto de extensão que apresenta como objetivo principal a integração ensino/serviço. Dentre os objetivos específicos, destacam-se: a inserção do acadêmico no cenário real de prática; o estímulo à abordagem multi e interdisciplinar e a construção de diagnóstico local da situação da saúde comunitária. A execução deste projeto ocorre em loteamentos públicos das áreas de abrangência de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Juiz de Fora-MG, além de no próprio espaço destas UBS - por acadêmicos de medicina, enfermagem, odontologia e serviço social que empregam métodos de abordagem familiar. Caracteriza-se pela realização do acompanhamento de grupos de risco; seguimento de agentes comunitários para conhecer seu trabalho junto à comunidade e identificar a realidade da mesma; obtenção do diagnóstico de saúde das comunidades assistidas, conhecendo o público-alvo para definir melhor as necessidades daquelas populações. O projeto contribui para um olhar abrangente do paciente e do processo do adoecer. Torna-se uma tentativa de reajuste da educação acadêmica, que ainda forma futuros profissionais sem direcionamento para o exercício de uma clínica ampliada de cunho generalista.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação Interdisciplinar. Saúde da Família. Saúde Pública. Educação Médica. Serviços de Integração Docente-Assistencial. Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

This report has arisen from a university project with the main purpose of liaison between medical education and medical services. Some of the specific purposes are: insertion of medical students in the real context of medical practice; encouragement of multi and interdisciplinary approaches regarding medical care; and performance of a health diagnosis of local communities. The project is developed in public neighborhoods within the catchment areas of 3 Primary Health Units (PHU) in the municipality of Juiz de Fora - MG, Brazil, and in the PHU precincts themselves, by medical, nursing, dental and social services students, who use the family health strategy. The intervention includes: follow-up of risk groups; observation of the work of community agents to know what it consists of and what the communities` reality is; health diagnosis of the assisted communities with a knowledge of the target population and definition of their needs. The project contributes to a more comprehensive insight into the patient and the disease process. It is an attempt to redirect academic education, which still lacks in the ability to form professionals capable of delivering general and comprehensive care.

KEY WORDS: Interdisciplinary Communication. Family Health. Public Health. Education Medical. Teaching Care Integration Services. Family Practice.

¹ João Eliton Bonin, discente de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG - E-mail: jebonin@yahoo.com.br

² José Gustavo Sobreira de Oliveira, discente de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

³ Juliana Maria Nascimento, discente de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

⁴ Márcio Eduardo Rezende, discente de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

⁵ Stefanie de Paula Stopato, discente de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

⁶ Isabel Cristina Gonçalves Leite, Doutora em Saúde Pública. Departamento de Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG

INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica que se caracteriza pela atenção integral à saúde.^{1,2} Essa tem como premissa levar em consideração a inserção do médico na família e na comunidade. A MFC, no Brasil, foi reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) por intervenção da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em 1981, com o nome de Medicina Geral e Comunitária. A partir de 2002, por intermédio de resolução conjunta da Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e CNRM, a então Medicina Geral e Comunitária ganha a nomenclatura de MFC.

Um dos profissionais formados a partir deste conceito é o médico de família e comunidade que é, prioritariamente, um médico de Atenção Primária à Saúde (APS), isto é, um profissional que tem um vínculo com seus usuários antes mesmo de eles adoecerem e, quando tais pacientes sentirem algo, este médico de família deve ser o primeiro médico a ser consultado. A Organização Mundial de Saúde (OMS)³ e a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) entendem que os fundamentos conceituais e éticos, as técnicas e práticas da MFC constituem elementos importantes na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer, uma vez que a MFC envolve os estudantes numa perspectiva ampliada do cuidado em saúde. Além disso, a MFC, inserida no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui-se numa resposta à Conferência Internacional sobre APS, organizada pela OMS em Alma-Ata em setembro de 1978.

Dentro da MFC, os médicos estão em uma posição privilegiada para fazerem promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e o tratamento de doenças que façam parte de sua capacidade clínica, sem a existência da dicotomia entre prevenção e cura. Neste sentido, pode-se citar dois relevantes instrumentos para estes profissionais: um é a visita domiciliar, que é parte importante da semiologia para os médicos de família e comunidade, mas as consultas são realizadas prioritariamente no consultório médico, com exceções como as dos pacientes acamados; o outro é o conhecimento da comunidade em que o paciente habita, o que engloba desde questões relativas à infraestrutura até questões sociológicas.

Tal conhecimento da realidade do paciente é enfatizado na Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi conhecida, desde 1994 (quando de sua implantação) até 2005, como Programa de Saúde da Família (PSF) e que proporcionou a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas profissionais no nível de atenção básica, favorecendo e

valorizando as ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças, a reabilitação e a atenção integral às pessoas. Dessa forma, a ESF contempla a atuação do médico de família e comunidade, destacando sua importância dentro do contexto sanitário brasileiro. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que dita o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo de atenção à saúde. Tais pressupostos são tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação desse novo modelo e buscam superar o vigente até então, calcado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalocêntrica, e que induzia ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e na fragmentação do cuidado.

Apesar de este novo modelo de atenção focar a atenção primária, valorizar a Equipe de Saúde de Família e a figura do médico de família, a partir do aprendizado das ferramentas e técnicas da MFC, conforme proposição da OMS e WONCA, muitas escolas médicas, ainda arraigadas a um ranço tradicionalista e “flexeneriano”, buscam dar ênfase à formação especializada. Trata-se de apego ao velho modelo, que ignora a relevância social do fazer médico e orienta-se, fundamentalmente, em “leis de mercado”⁴ em detrimento da formação generalista.

A partir disso, pode-se dizer que as ações de uma Liga Acadêmica de MFC e, em especial, as da Liga Acadêmica de Medicina de Família Comunidade da Universidade Federal de Juiz de Fora - LAMFAC - UFJF baseiam-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação em medicina - ano 2001⁵ e, para tanto, atua junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ajuda, na execução de três funções importantes da APS⁶, que são:

- a) Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade.⁷
- b) Clínica ampliada: a clínica realizada na atenção básica apresenta várias especificidades diferentes das vistas em hospitais ou nos ambulatórios de especialidade⁸, logo na graduação. Portanto, apresenta um núcleo biomédico, subjetivo e social, respeitando as peculiaridades de cada caso, sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos.
- c) Saúde Coletiva: as atividades são permeadas por procedimentos de cunho preventivo e de promoção à saúde, assim como busca ativa, vacinações e educação, medidas para melhorar a qualidade de vida. Isto ocorre por meio da atuação conjunta com a equipe e com projetos de pesquisa e extensão realizados pela Liga.⁹

Então, o acadêmico, durante sua participação na LAMFAC-UFJF, amplia seu saber clínico com a incorporação de conceitos e de ferramentas originários da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros campos de conhecimento para que possa lidar com a complexidade do processo saúde e doença. Assim, permite a complementação do saber teórico adquirido na graduação com o saber prático. Portanto, a atuação da LAMFAC-UFJF valoriza o contato horizontal propiciando a construção de vínculos, tanto com usuários quanto com a equipe, consequentemente possibilitando a construção de uma identidade profissional futura, apta para esse tipo de trabalho.⁷ O espaço da LAMFAC-UFJF associado à rede de serviço, em especial na atenção básica nas UBS, é um contraponto na formação médica, fugindo do modelo hospitalocêntrico. Entretanto, propõe-se ainda resgatar a importância da integração entre as especialidades, ressaltando que os médicos generalistas e especialistas não são concorrentes e sim devem atuar em conjunto, assim como os vários níveis de atenção, cada um sabendo de seu funcionamento, pois desse modo o trabalho é otimizado com um bom exercício da referência e contra-referência.

Os objetivos deste projeto abrangem a integração ensino/serviço e inserção do acadêmico no cenário real de prática, com ênfase na atenção básica desde o início da formação, corrigindo o descompasso entre a orientação da formação acadêmica e os princípios, as diretrizes e necessidades do SUS, estimulando a abordagem multi e interdisciplinar visando um atendimento integral do sujeito que enfoque a transformação social. Desta maneira, promovendo através do tripé ensino, pesquisa e extensão a aproximação da academia, não somente aos serviços públicos de saúde, mas também, à realidade socioeconômica e sanitária da população assistida, formando, deste modo, cidadãos-profissionais críticos e reflexivos, com conhecimento, competências, habilidades e atitudes que os tornem sujeitos integrais, além de mapear, diagnosticar e atuar na situação da saúde nas comunidades da população assistida pela LAMFAC-UFJF tanto nas UBS participantes da ESF como nas que não integram.

Desenvolvimento:

O processo de fundação da LAMFAC-UFJF transcorre segundo orientação do Estatuto Geral das Ligas na Faculdade de Medicina da UFJF, estando devidamente regimentada e aprovada.

A LAMFAC-UFJF é composta por acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina, odontologia e serviço social

que formam a equipe de trabalho espelhando a formação da equipe de saúde da família. Além disso, contém uma equipe de apoio formada por estudantes de outras áreas da saúde como psicologia, farmácia, fisioterapia, entre outras. Conta com uma população assistida que se constitui pelas comunidades atendidas em três UBS situadas nas regiões leste, oeste e noroeste da cidade, perfazendo uma população adscrita aproximada de 60.000 usuários.

Dentro da Liga, existe uma divisão organizacional distribuída entre diretoria - presidente, vice-presidente, secretária, tesoureiro, diretor de comunicação - e os membros associados que foram aprovados no processo seletivo realizado anualmente após um evento científico com conteúdo referente ao tema da APS, ESF, saúde coletiva e afins, que foi denominado de Ciclo de Palestras. Os associados têm a permanência na Liga por um ano, durante o qual serão realizadas as atividades propostas, podendo, ao final desse período, pleitear um cargo na diretoria, permanecendo mais um ano. No processo eleitoral de nova diretoria, todos os membros têm direito a voz e voto, sendo a eleição direta e a votação secreta.

A diretoria exerce o papel de administração e representação perante aos órgãos institucionais da UFJF, à Secretaria de Saúde de Juiz de Fora e à UBS. Compete aos diretores organizar e direcionar as atividades e fazer o papel de monitores de um grupo de estudantes, desenvolvendo as atividades em conjunto com os mesmos.

A Liga disponibiliza aos seus associados o acesso às ferramentas e às técnicas da MFC, contribuindo, assim, para um olhar abrangente do paciente e do processo do adoecer.

Para desenvolver suas propostas, baseia-se em um conceito que vai além do trabalho em conjunto, no qual indivíduos com diferentes habilidades, talentos, experiências e formações interajam para um propósito compartilhado, uma meta comum, ou seja, avalia-se que se necessita de uma equipe que demonstre um desenvolvimento contínuo e vença algo dito menor - a justaposição de disciplinas - a ultrapassagem e a fusão -, pois a interdisciplinaridade pretendida designa o espaço intermédio, o conceito intercalar, visto que ela é o lugar em que se pensa, atualmente, a condição fragmentada das ciências e em que, ao mesmo tempo, pode-se perceber o retorno do saber unificado. Nesta linha, há que se olhar para o lado para ver as coisas ocultas a um observador fixamente disciplinar que possa acompanhar o movimento e ir ao encontro de uma realidade em transformação, para além de nossos próprios projetos e vontades.¹⁰

Além da interdisciplinaridade citada acima, busca-se a prática transdisciplinar como medida de manutenção dos objetivos da LAMFAC-UFJF diante das expectativas de

cada disciplina. Neste sentido, a transdisciplinaridade é a forma encontrada para unir os diferentes níveis de realidade (social) e percepção (individual), ante qualquer complexidade de situação ou casualidade da vida¹¹ - proporciona, ainda, o desenvolvimento do sujeito integral, pois contempla o aprendizado não só de novos conhecimentos, mas do saber fazer, desenvolver e da vivência em conjunto.

Neste contexto, a equipe de trabalho conta com acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina, odontologia e serviço social, além da rede de apoio composta por estudantes de psicologia, farmácia e fisioterapia, espelhando a formação da equipe de saúde da família proposta pelo Ministério da Saúde.

Dentre as atividades da UFJF, podemos destacar, na Pesquisa, o diagnóstico de saúde das comunidades das UBS e a análise da assistência em saúde da mulher, idoso, criança, estabelecendo parâmetros de comparação entre unidades sob a ESF e sem adesão à estratégia.

Já as atividades de Extensão foram fundamentais na observação dos estudantes sobre a realidade experimentada no âmbito tanto da UBS quanto da equipe de saúde e da comunidade. Isto gerou questionamentos e reflexões sobre a maneira de atuar em parceria com demanda das UBS e necessidades da comunidade, fugindo da prática assistencialista e buscando uma inserção transformadora para o acadêmico, o serviço e a população adscrita. Após a reflexão coletiva, ocorreu a idealização, o planejamento e a execução da atividade extensionista, sempre no enfoque da atenção primária na prevenção de doenças, na promoção da saúde e no trabalho interdisciplinar.

Uma experiência desse processo descrito é a realização do acompanhamento de grupos considerados de risco através da atividade de grupos educativos realizados na UBS São Pedro. A atividade é realizada com grupos de hipertensos, diabéticos e obesos por meio de encontros periódicos com discussão dos temas referentes ao grupo - alimentação saudável, hipertensão, diabetes, tabagismo - e outros temas que são debatidos de acordo com a demanda do grupo. As reuniões são realizadas no espaço físico da UBS e, quando necessário, em espaços da comunidade (igrejas, escolas) sempre com a supervisão da enfermeira responsável. A metodologia utilizada é de ciclo problematizador, na qual a troca de experiência dos usuários é o fator principal de aprendizagem, cabendo aos estudantes facilitar o grupo, direcionar e solucionar algumas dúvidas levantadas. As informações levam aos usuários um valor simbólico agregado, um significado muito maior do que uma exposição passiva de informações. Ao final de cada encontro, aferem-se a pressão arterial, medidas antropométricas, mede-se a

glicemia capilar, e é preenchido e atualizado um cadastro da unidade e o cartão do usuário.

Outra experiência de extensão desenvolvida é em uma região não coberta pelos agentes comunitários da UBS São Pedro devido à grande distância do bairro em relação à unidade. A atuação dos membros, composta por uma equipe de trabalho multidisciplinar, caracteriza-se pela visita às famílias do bairro com preenchimento das fichas A e por um questionário socioeconômico-sanitário com intuito de identificar a situação geral. Os acadêmicos recebem uma capacitação sobre as ferramentas da saúde da família (FIRO, ciclo familiar, genograma, PRATICE, classificação das famílias) para utilizá-las e reconhecer a importância das mesmas. Nas visitas, são propostas ações de prevenção e promoção da saúde, saúde bucal, assistência farmacêutica, atividades físicas, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, gestantes, cartão de vacinação, bolsa família, atuando de forma integrada e interdisciplinar. As fichas e dados coletados são repassados à UBS para atualização do cadastro, e sobre as famílias de risco.

Quanto às atividades de Ensino da LAMFAC - UFJF, destacam as reuniões e as atividades em sala de espera. As reuniões são quinzenais e tem o intuito de um momento de capacitação, aprofundamento e estudo teórico, instante de troca de experiência, discussão e reflexão dos membros da Liga sobre as diversas realidades vivenciadas - e são preconizadas pela realização de metodologias ativas. A presença de todos os ligantes é indispensável e averiguada. As apresentações são realizadas por profissionais e estudiosos da atenção básica, previamente marcados, e são disponibilizadas literaturas para a preparação e o aprofundamento teórico dos membros antecedendo as apresentações. Os membros também são estimulados a realizar apresentações de casos clínicos ou de fatos relevantes vivenciados na prática das atividades nas áreas de atuação, ou ainda, de temas da atenção primária e MFC. Todos os funcionários das UBS estão convidados a participar podendo opinar e discutir sobre o caso clínico e sobre a própria atuação da Liga em sua comunidade.

Atividades de sala de espera.

Este cenário tem a capacidade de expor usuários e discentes a uma mudança no paradigma da formação¹², que antes era caracterizada como passiva (prática educativa predominante) em que o professor selecionava e organizava a informação e comandava sua distribuição com uma concepção que contemplava o ensinar como apresentar aos estudantes os conteúdos numa sequência linear e

unidirecional¹³; e que, agora, valoriza a participação dos alunos que passam a viver num ambiente que estimula suas capacidades reflexivas adequadas para construir cidadãos críticos e participativos e que os incentiva a questionarem e a procurarem respostas tanto na teoria como na prática, mais em consonância com uma sociedade que muda. Ressalte-se, ainda, a capacidade de, com isso, consolidar um processo formativo, que se reveste de um caráter determinante numa perspectiva de educação para a cidadania.¹⁴

Desta maneira, avalia-se que, se bem utilizada, esta atividade pode propiciar grande transformação no tocante à educação popular em saúde quando provoca uma mudança na visão de mundo, de ser humano e um projeto de sociedade, tanto para usuários como para os discentes envolvidos neste processo.¹⁵

Sala de espera: a pré-consulta.

Esta atividade fundamenta-se na arte da convivência, ou seja, do estar junto, olhar nos olhos, conversar frente-a-frente, pois conviver é mais do que visitar; e não é algo que possa ser delegado, requer um envolvimento pessoal, observando, perguntando e conversando. A convivência permite perceber o que cotidianamente aflige as pessoas, repensando o trabalho coletivo e tornando-o mais condizentes com o dia-a-dia.¹⁶

Deste modo, propõem-se atividades que levem ao debate de temas que, no contexto da educação em saúde, são relevantes àquela comunidade, e nas quais possam ser empregadas diferentes estratégias como exposição do assunto, veiculação de vídeos (quando da possibilidade), teatralização ou qualquer outro método que venha a ser julgado válido. Isso com o objetivo de transmitir, de forma leve e assimilável, informações importantes relacionadas à prevenção de doenças e à promoção da saúde na comunidade, valendo-se do caráter multiplicador daqueles que entram em contato com a informação e a assimilam como conhecimento. Para tal, podem ser utilizados tanto espaços internos quanto externos à UBS.

Sala de Espera: a pós-consulta.

Aqui também o diálogo, como elemento essencial à educação popular, pode ser inserido como parte da aventura da educação e não apenas como uma simples metodologia de trabalho, mas o fim e o sentido de uma educação conscientizadora.¹⁷ O diálogo se dá no encontro entre seres humanos que pronunciam o mundo e o re-pronunciam após problematizá-lo, um ato de criação e recriação, pois

entende-se que ampliar a compreensão de si e do mundo, na dimensão do diálogo, é pronunciar o mundo entre sujeitos. Portanto, é reconhecer que o outro também é sujeito, tem sua história, trajetória, valores. Sujeitos em construção, pois são seres humanos.¹⁸

Neste sentido, entende-se que a dinâmica desta atividade compreende a abordagem do acadêmico ao usuário que acabou de ser atendido pelo médico (ou outro profissional), dialogando sobre algumas questões da consulta com o médico, se ficou alguma dúvida em relação ao tratamento, ou seja, o acadêmico pode observar se existiu alguma dificuldade por parte do usuário de seguir a conduta recomendada pelo médico. As abordagens devem ser com estudantes de categorias de formação acadêmica distintas com a finalidade de obterem-se vários olhares integrados sobre esta questão. Caso seja identificada alguma questão, o acadêmico pode reportar à equipe de saúde, fazendo assim uma retroalimentação (“feedback”) com intuito de construir coletivamente, envolvendo os atores para solucionar as dificuldades vividas pelo paciente. Com o problema identificado, esse acadêmico pode providenciar uma apresentação nas reuniões da LAMFAC-UFJF, comentando o ocorrido e o desfecho para reforçar a troca de experiência.

Quanto às atividades de Estágio da LAMFAC-UFJF, os estudantes dos diversos períodos e cursos têm campos de atuação nas UBS de forma diferenciada, de acordo com a estágio de fundamentação teórica de seus cursos e possibilidade de conhecimento das atividades que estejam sob sua competência.

As atividades do estágio vão além do acompanhamento do profissional de saúde do mesmo curso do acadêmico, ou observação de procedimentos técnicos, indo ao encontro da interdisciplinaridade e do conhecimento do trabalho da equipe de saúde e do serviço funcionando em rede. Todos os estudantes integrantes da Liga fazem um reconhecimento da UBS em serviço, em forma de rodízio, entre as atividades do seu cotidiano como: acolhimento, dispersão de medicamentos, sala de vacinação, sala de curativos, grupos educativos, visitas domiciliares, acompanhar o trabalho dos agentes comunitários de saúde, consulta de enfermagem, consulta médica, reuniões internas e nos conselhos locais de saúde.

Sugere-se aos ligantes que as atividades, no estágio, sejam feitas, quando possível, em dupla com estudante de curso diferente, com o objetivo de ampliar o nível de conhecimento e habilidades distintas daquelas inerentes ao seu curso. Portanto, introjetar no estudante a necessidade do trabalho em equipe interdisciplinar, do reconhecimento

e respeito pelo trabalho do outro. Levá-lo também a ter consciência da importância da atenção primária na lógica de um sistema de saúde e a defrontar com a carência desse conceito em sua formação, direcionando a reflexão para um olhar abrangente do paciente e do processo saúde-doença, consequentemente, contribuindo para a formação dos cidadãos-profissionais críticos.

Deste modo, o projeto torna-se uma tentativa de reajuste da formação acadêmica, que forma uma maioria absoluta dos médicos, enfermeiros, dentistas e assistentes sociais sem um direcionamento prático em saúde da família, campos de prática em saúde coletiva ou para o exercício de uma clínica ampliada de cunho generalista.¹⁹ Além do mais, a realidade brasileira exige profissionais da área da saúde formados sob essa ótica. Ressalta-se que, na APS, deveriam ser resolvidos, aproximadamente, 80% dos problemas de saúde da população.²⁰ Desta forma, as intervenções no território são de grande complexidade e, se ainda acrescentarmos a isso que grande parte da população brasileira vive na pobreza, teremos claras evidências técnicas e éticas de que nossos cursos de saúde devem formar um profissional competente para intervir nessa realidade. Nesse sentido, a rede básica é um campo de práticas potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deverão inserir os estudantes.⁷

Atualmente, na formação acadêmica, a atuação dos discentes da Faculdade de Medicina da UFJF, no campo da atenção básica, está restrita ainda a contatos pontuais nos primeiro e segundo períodos e depois somente no estágio curricular nos décimo, décimo primeiro e décimo segundo períodos. Logo observamos a necessidade de ampliar esse contato do acadêmico com a comunidade, desde o início da formação, para que possa exercer atividades junto a essa comunidade e entender a lógica da atenção básica e do funcionamento do SUS. Assim, o processo ensino-aprendizagem na atenção básica não fica apenas na teoria, mas é ampliado para a prática, vivenciando a realidade desses indivíduos, não os vendo mais como portadores de doenças a serem curadas, mas como sujeitos amplos, os quais estão inseridos numa realidade. Consequentemente, o acadêmico descobre novas habilidades, além das cognitivas aprendidas na sala de aula, mas também as psicomotoras e afetivas, para que permitam esse futuro médico atender as necessidades dos usuários e do SUS da melhor forma.

O impacto que a LAMFAC - UFJF pode trazer para academia, primeiramente, é a formação de um estudante mais crítico, reflexivo e mais apto para o cumprimento de seu papel generalista; o segundo ponto é a discussão sobre

a MFC e a APS durante as demais disciplinas curriculares, devido à abrangência de períodos que a Liga atinge, permitindo permear a ótica da saúde coletiva nas mesmas; o terceiro ponto é o incremento da produção científica realizada pelos estudantes por intermédio da LAMFAC-UFJF levando os resultados a eventos científicos da comunidade acadêmica da UFJF e pelo Brasil.

Para a população atendida, busca-se contribuir para a consciência participativa no processo saúde-doença, sobre seus direitos e deveres e o reconhecimento do SUS, suas potencialidades e desafios.

A LAMFAC-UFJF também assume o desafio central da ESF, que é mostrar sua capacidade de integração com serviços locais de saúde bem estruturados, redefinindo qualitativamente seu modelo de atuação, mostrando que não é apenas uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas rurais e pobres do país. Indicar que, ao contrário de simplificação, é um alargamento da APS em direção à incorporação e práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos seus grupos mais vulneráveis. Apresentar, portanto, que não é apenas uma nova composição da proposta de APS seletiva, que se atém à abordagem de problemas de saúde delimitados, mas de grande impacto na diminuição da mortalidade. Se antes esta APS seletiva priorizava sua ação sobre doenças de fácil tratamento e grande mortalidade, como a diarreia e a pneumonia, no conjunto da população, agora teria encontrado uma nova fórmula de economia de recursos ao concentrar sua intervenção basicamente sobre as famílias mais vulneráveis ao adoecimento e morte, distanciando-se ainda mais da perspectiva de uma atenção integral a toda população.²¹

Há de se perceber também a necessidade de se desenvolver literatura científica sobre o tema. As pesquisas, em menor número quando comparadas a pesquisas em outras especialidades médicas, em geral, deixam de aprofundar estudos no campo da atenção básica, que permitam analisar aspectos relevantes como efetividade, qualidade e resolutividade.²²

O sujeito integral para um sistema de saúde traz em si a necessidade de um conceito de saúde mais amplo que abrange a participação de todos os indivíduos no contexto da comunidade e não só no contexto de doença. O conceito de saúde ampliado dentro da LAMFAC-UFJF é aquele que possibilita aos seus membros integrantes o conhecimento de que o ínfimo limite entre saúde e doença pode se tornar ainda menor se as condições interpessoais (família e comunidade), ambientais, intrapessoais (autorrealização pessoal e afetiva) e socioeconômicas, não forem ideais.

CONCLUSÃO

A LAMFAC-UFJF mostra-se fundamental para desenvolver conhecimento e promover maior valorização da especialidade em MFC entre os estudantes, através da atuação nas áreas do ensino, pesquisa e extensão. Justifica-se por estar dentro dos princípios do SUS, e atenta para a nova atmosfera da necessidade da população, que busca atendimento de saúde como sujeito integral e não simplesmente como um corpo orgânico fragmentado. Também nela se aplica o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde. Portanto, está em conformidade com as ações governamentais e inserida na realidade brasileira.

Pode-se observar que a LAMFAC-UFJF, por meio do desenvolvimento das suas atividades, tem relevante influência no processo ensino-aprendizagem, em que o estudante aprende a fazer a partir do eixo teórico, pelas reuniões e embasamento através dos estudos da literatura, e do eixo prático, pesquisa, extensão e estágio caracterizando o “fazer-fazendo”.

Neste sentido, a Liga favorece a progressão da aprendizagem dos estudantes, envolvendo-os em vivências que permitam a ampliação do seu saber, contribuindo para suprir necessidades das comunidades atendidas.

A metodologia proposta para as atividades pode ser considerada como ativa, que proporciona a conquista do conhecimento em diálogo com a realidade. Oportuniza, desta forma, modelos de educação diferentes daquelas trivialmente apresentadas na academia.

Importante ressaltar o claro entendimento de que as Ligas Acadêmicas não devam ter o intento de suprir deficiências no curso. Cabe às Ligas gerarem outros cenários onde se exerçam o ensino e a prática, sempre atentas à demanda da população, ponto que deve nortear tanto a formação das Ligas quanto o foco de seus trabalhos.

Nota-se, enquanto desafio, a necessidade do estabelecimento de convênios mais sólidos junto a estes novos cenários de prática, atualmente campos de disputa entre diferentes instituições de ensino. Outro desafio é a construção de uma agenda que permita continuidade das atividades ao longo do período letivo, marcando a responsabilização do futuro profissional para com sua comunidade, e conseqüente criação de vínculos.

A formação deste discente pretende ser diferenciada, não só na sua visão crítica da sociedade, dos centros formadores e dos prestadores de serviços de saúde, como também do seu papel na sociedade em transformação.

REFERÊNCIAS

1. Anderson MIP, Demarzo M, Rodrigues RD. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação - recomendações e potencialidades. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2007. [Citado em 2010 jan. 18]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documentos/4537dc13/A_medicina_de_familia_%20-MFC_na_Graduacao_SBMFC.pdf.
2. Oliveira AMF, Brunelli B, Kanno NP, Lora PST. Apresentação do I Encontro de ligas Acadêmicas de Medicina de Família e Comunidade. Rev Bra Med Fam Com. 2007; (Supl.01)
- 3 - World Health Organization. Primary health care. Genebra: WHO; 1978.
- 4 - Marins JJN. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades, São Paulo: ABEM/Hucitec; 2004. p.97-108.
- 5 - Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.4. 7 de nov. 2001- Diretrizes Curriculares Nacionais para Curso de Graduação em Medicina. Brasília: MEC; 2001.
- 6 - Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 7 - Campos GWS. Papel da rede de Atenção Básica em Saúde na formação médica: diretrizes. Cad ABEM. 2007 out.; (3):06-10.
- 8 - Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.
- 9 - World Health Organization. Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe; 2000.
- 10 - Pombo O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. Liinc em Rev. 2005 mar. 07; 1(1): 3-15.

- 11 - Nicolescu B. A prática da disciplinaridade. In: Nicolescu B. Educação e Transdisciplinaridade. Brasília: UNESCO; 2000. p.139-52.
- 12 - Schneider A, Miranda AM, Kujawa H, Andrade J, *et al.* Centro de Educação e Assessoramento Popular - pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? Passo Fundo: IFIBE; 2007. 48p.
- 13 - Simão Neto A. Uma tipologia das formas de educação à distância com base nas mídias utilizadas e no grau de interação entre os agentes. Colabora - Rev Dig CVA-RICESU. 2002 maio; 1(4)1-19.
- 14 - Galvão C, Freire S. Tornar-se professora no ensino superior. Rev Educ. 2001; 10(1):75-85.
- 15 - Oliveira MW. Educação popular e saúde. Rev Educ Popular. 2007 jan/dez; 6:73-83.
- 16 - Oliveira MW. Processos educativos em trabalhos desenvolvidos entre comunidades: perspectivas de diálogo entre saberes e sujeitos. Relatório de Pós - doutorado. Departamento de Endemias "Samuel Pessoa". Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- 17 - Brandão CR. A Educação popular na área da Saúde. In: Vasconcelos EM (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos - reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p.21-6.
- 18 - Freire P. Conscientização, teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes; 1980.
- 19 - Machado MH. Programa de Saúde da Família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil de médicos e enfermeiros. In: Os sinais vermelhos do PSF, org. Maria de Fátima de Sousa. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
- 20 - World Health Organization. Primary health care. Genebra: WHO; 1978.
- 21 - Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. Rev APS. 1999/2000 nov/fev; 2(4):20-8.
- 22 - Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Submissão: fevereiro de 2010

Aprovação: agosto de 2010
