

Capítulo 19

Ensino na Comunidade: 1982 - 1992

Valdes Roberto Bollela, Afonso Dinis Costa Passos, Aldaísa Cassanho Forster, Amaury Lelis Dal Fabbro, Fernando Bellissimo-Rodrigues, Francisco José Candido dos Reis, Ivan Savioli Ferraz, Janise Braga Barros Ferreira, Laércio Joel Franco, Luciane Loures dos Santos, Luiz Antonio Del Ciampo, Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava.

Este capítulo abordará aspectos relacionados ao ensino na comunidade na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), com ênfase na quarta da década (1982-1992). A intenção é documentar e compartilhar um pouco da experiência que a escola tem nesse tema que sempre mereceu destaque nos currículos do curso de medicina, desde sua criação.

O texto está baseado em outra publicação, que trata da educação baseada na comunidade na FMRP-USP, que foi publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em livro com experiências de vários países¹. A presente elaboração reúne um grupo representativo de docentes com experiência em educação baseada na comunidade e com papel ativo como preceptores de estudantes e gestores de unidades curriculares e unidades de saúde que servem de cenários de prática para os estudantes do curso de medicina.

Destacaremos aspectos importantes do sistema de saúde brasileiro e as regulamentações que exigem que a formação médica aconteça em cenários relevantes para a prática do futuro profissional. Na sequência abordaremos o ensino na comunidade, desde a criação da Faculdade até o ano de 1992. Abordaremos também as mudanças que se anunciavam nos currículos dos cursos de medicina e que deram ênfase ainda maior ao ensino na comunidade, a partir da Constituição (1988) e em especial da lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Tais fatos foram decisivos para embasar e compor as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em medicina, que somente foram publicadas mais de uma década depois, em julho de 2001². Na parte final, apresentaremos um resumo sobre o ensino na comunidade nos diversos currículos da FMRP-USP, até o presente momento.

O que chamávamos de ensino na comunidade, na década de 1980, hoje encontra melhor definição no conceito de educação baseada na comunidade (EBC) como observamos em dois documentos da OMS³. EBC consiste em atividades que utilizam amplamente a comunidade como um ambiente de aprendizagem em que não apenas estudantes, mas também professores, membros da comunidade e representantes de outros setores estão ativamente envolvidos ao longo da experiência educacional.

O outro conceito adotado pela OMS é a educação orientada para a comunidade (EOC), que é a formação dos profissionais da saúde que leva em consideração as necessidades de saúde das comunidades e indivíduos que vivem na região onde está instalada a escola médica, sem a obrigatória presença de estudantes e professores no território⁴. Deste modo, a EOC pode acontecer exclusivamente dentro da escola médica (intramuros), enquanto a EBC exige ar novo e fresco vindo de fora da escola médica ou dos muros do hospital universitário e de outros estabelecimentos de saúde (aprendizagem extramuros). A EBC é um meio para se alcançar relevância educacional, sempre tendo como referencial as

necessidades das pessoas e, consequentemente, implementar um programa de educação voltado para a comunidade⁵. Esses importantes conceitos começaram a ser formulados a partir de 1980 e desde então orientam revisões curriculares em direção a um novo paradigma na formação dos profissionais da saúde.

O Sistema Único de Saúde e a Quarta Década

Com a abertura política no Brasil iniciada em 1985 e a presença dos movimentos sociais aspirando uma sociedade mais protetiva conduziram a uma nova Constituição Federal que foi aprovada em 1988 e, pela primeira vez na história brasileira, o Estado foi obrigado a garantir acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Um novo sistema de saúde, integrado e unificado foi concebido seguindo princípios de descentralização e participação social, priorizando a integralidade do cuidado, abrangendo a prevenção de doenças, a promoção da saúde, o tratamento e a reabilitação. O SUS foi então estabelecido⁶.

Uma característica definidora da reforma contemporânea do setor de saúde no Brasil é que ela foi impulsionada muito mais pela sociedade civil do que por governos, partidos políticos ou organizações internacionais^{7,8}.

É durante a quarta década após a criação da FMRP-USP que as iniciativas de atenção primária à saúde (APS) voltada para a família e de base comunitária ganharam destaque, levando à reorientação do sistema para um modelo liderado pela APS. Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) introduziu o programa de agentes comunitários de saúde, com o objetivo de atingir comunidades carentes que haviam sido excluídas no modelo anterior. Isso levou à criação do “programa de saúde da família” em 1994 que, atualmente, denomina-se Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo caráter estruturante da atenção à saúde que ele assumiu⁹.

Um dos maiores desafios para a sustentabilidade do recém-criado SUS, seria a formação de uma nova geração de trabalhadores da saúde capazes de enfrentar os desafios de uma sociedade em constante mudança. A Constituição brasileira afirma no artigo 200:

“o sistema único de saúde (SUS) tem competência, na forma da lei, para coordenar a formação de recursos humanos na educação das profissões da saúde (HPE)”¹⁰.

Em setembro de 1990 foi aprovada a lei do SUS (Lei Federal 8.080), que estabelecia que:

“todo o sistema público de saúde e instalações do SUS são cenários de prática para a formação da nova geração de profissionais de saúde, sendo um campo de prática de ensino-aprendizagem e de pesquisa em saúde pública em convênio com o Ministério da Educação”¹⁰.

Finalmente, em dezembro de 1990, outra lei complementar foi aprovada (Lei Federal 8.142) com foco no financiamento e na regulação da representatividade comunitária do novo sistema público de saúde. Afirmou que:

“.. os representantes da sociedade (todos os cidadãos usuários do sistema) têm o direito de participar dos Conselhos de Saúde deliberativos em todos os níveis (municipal, estadual e nacional) sendo responsáveis pelo compartilhamento das decisões relativas ao sistema de saúde”¹⁰.

Cada município deveria organizar e manter seu próprio Conselho de Saúde e 50% dos membros deveriam ser cidadãos comuns enquanto os outros 50% representariam o município, profissionais de saúde, instituições de ensino, hospitais, profissionais de saúde e outras instâncias¹¹.

Essas leis e toda a discussão sobre o tema tiveram um enorme impacto na organização do sistema de saúde e nas mudanças na educação médica. E durante este período (1982-1992) os docentes, gestores e estudantes da FMRP-USP se envolveram nas discussões que tanto auxiliaram nas mudanças que vinham acontecendo no sistema de saúde brasileiro, como serviram também de base para as futuras revisões do ensino na comunidade da FMRP-USP.

O aprendizado e as experiências acumuladas neste período serviram de base para o que seria proposto uma década mais tarde nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (DCNs) no ano de 2001².

Educação Médica no Brasil

As duas primeiras Academias Imperiais de Medicina do Brasil foram criadas em 1808. Do início até a segunda metade do século XX, muitas escolas foram criadas por iniciativa do governo ou vinculadas à Igreja Católica. Desde então, o número de escolas médicas de organizações privadas e sem fins lucrativos aumentou significativamente. A primeira reforma do ensino médico no Brasil foi em 1832, e definiu que a graduação médica deveria durar seis anos e a cirurgia não seria um curso separado, mas uma especialidade dentro do curso de medicina¹².

Em 1918, a Fundação Rockefeller iniciou uma missão em São Paulo e passou a atuar como consultora do governo do Estado, especialmente em saúde pública e educação médica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A presença da Fundação Rockefeller no Brasil teve impacto na reorganização e ampliação dos laboratórios de ciências básicas e das primeiras “unidades permanentes de saúde” com foco em doenças infecciosas endêmicas. No campo da educação médica, a Fundação Rockefeller seguia o pensamento dominante nos Estados Unidos, sistematizado pelo Relatório Flexner publicado em 1910^{13,14}.

O relatório Flexner impactou a educação médica na América do Norte e algumas décadas depois também na América Latina e no Brasil. As mudanças mais notáveis nas escolas médicas brasileiras após esse período foram o investimento em infraestrutura básica de ciências, inclusão de disciplinas biomédicas nos dois primeiros anos do currículo médico, emprego em tempo integral para professores de medicina na universidade e a criação e expansão de hospitais sob o controle das faculdades de medicina. Esses novos hospitais eram o cenário necessário para o ensino e a prática clínica dos estudantes de medicina. A maioria deles era gerida por docentes, e seu propósito era voltado para a pesquisa clínica e ao ensino. Por muitas décadas, o “padrão ouro” em treinamento clínico para estudantes de medicina nas Américas foi o hospital universitário. Após 1970, alguns eventos importantes como: Declaração de Alma-Ata (1978), a Declaração de Edimburgo (1988), a Comissão Nacional de Avaliação da Educação Médica no Brasil (década de 1990) foram a inspiração para o fortalecimento do ensino na comunidade desde o início da graduação e compondo com o hospital, os cenários “chave” na formação do futuro médico¹⁵.

Estas discussões começavam a transformar conceitos até então cristalizados na forma de organizar um curso de medicina, dentre eles o de ensinar apenas ciências básicas nos dois primeiros anos. Abre espaço também para a diversidade de cenários na experiência de graduação dos estudantes de medicina

e indicam claramente que o hospital universitário não é suficiente para a formação médica. Por fim, define-se que a academia (escola médica) e o sistema de saúde devem estar articulados e sensíveis às necessidades da sociedade com destaque para o SUS, que tem a competência de dar a palavra final sobre as reais necessidades de formação de profissionais de saúde para o país.

Esta história será contada nas futuras publicações sobre o ensino da comunidade a partir da quinta década da FMRP-USP, já que toda esta ebulição e revisão de conceitos estava em curso durante a quarta década, que é o foco deste capítulo.

Ensino na Comunidade na FMRP-USP

Em 1948 foi aprovada uma lei autorizando a criação de novas escolas médicas fora da capital paulista e Ribeirão Preto foi escolhida. Em 1951 o curso foi autorizado e, em 1952, a nova Faculdade de Medicina começa com a primeira turma de estudantes.

As análises históricas do currículo médico da FMRP-USP desde 1952 revelam sempre um grupo de docentes, dentre os responsáveis pelo desenho curricular, propondo disciplinas voltadas para o ensino na comunidade. Muito antes da criação do conceito de EBC, seus princípios já se encontravam presentes na maioria dos documentos formais da escola. Tais princípios podem ser percebidos pela criação do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva, que tinha entre as suas responsabilidades a missão de integrar a educação comunitária nas disciplinas oferecidas por outros departamentos clínicos, em que se abordavam conceitos de prevenção primária e secundária no atendimento individual e nas visitas domiciliares dessas famílias. Desde os anos iniciais da faculdade foram diversas tentativas de articulações, destacando aquela mais duradoura com departamentos da escola de enfermagem, em que se experimentavam práticas baseadas no princípio da integralidade da atenção. A intenção era trazer o conceito de práticas comunitárias para todo o currículo, ao invés de criar disciplinas específicas e isoladas. Os registros históricos mostram que esse objetivo não foi alcançado e, de fato, só foi possível criar uma disciplina isolada para esse fim em 1957, que foi denominada “disciplina da Higiene”. A disciplina foi oferecida para os estudantes do primeiro ano de medicina como um curso teórico e como uma prática introdutória limitada durante o quarto ano do curso¹⁶.

Em 1960 ocorreu a primeira reforma curricular da FMRP-USP e a disciplina denominada “Higiene” foi renomeada como “Higiene e Medicina Preventiva”. Essa mudança incorporou os conceitos clássicos de educação em higiene, estatística, demografia, epidemiologia, planejamento e administração em saúde e ciências sociais. Ao examinar a documentação histórica, a maioria dessas propostas ocorreu predominantemente no campo teórico, com limitada inserção real na comunidade. Neste mesmo ano foi implementada uma atividade envolvendo os alunos do quarto ano, na qual, distribuídos em duplas, eram designados a fazer visitas domiciliares e acompanhamento de famílias selecionadas a partir da internação de um de seus membros no Hospital das Clínicas. O objetivo era colocar os estudantes em contato próximo com a realidade socioeconômica familiar, levando-os a perceber a estreita relação entre ela e o surgimento das doenças.

Em meados da década de 1960, as duas primeiras experiências formais reais de ensino na comunidade foram propostas e incorporadas ao currículo da FMRP-USP. Em setembro de 1964, o De-

partamento de Higiene e Medicina Preventiva iniciou um estágio rural no município de Cássia dos Coqueiros, a princípio com médicos residentes do Hospital das Clínicas e, posteriormente, em 1965, com estudantes do sexto ano de medicina. A outra iniciativa, em 1966, foi a creche comunitária de Vila Lobato, com atuação da pediatria e ginecologia. Essas duas atividades atendem a todas as características do que seria definido 25 anos depois como EBC.

Assim, em 1965, a primeira turma de estudantes do último ano de medicina experimentou o internato rural no Centro Médico Social e Comunitário (CMSC) “Pedreira de Freitas”, de Cássia dos Coqueiros-SP (**Figura 1**). Desde então, o internato rural é reconhecido como um dos melhores estágios do curso de medicina da FMRP-USP. Na reforma curricular de 1971, novas disciplinas denominadas Medicina Preventiva I, II, III (375 horas), foram criadas e ofertadas no terceiro e quarto ano¹.

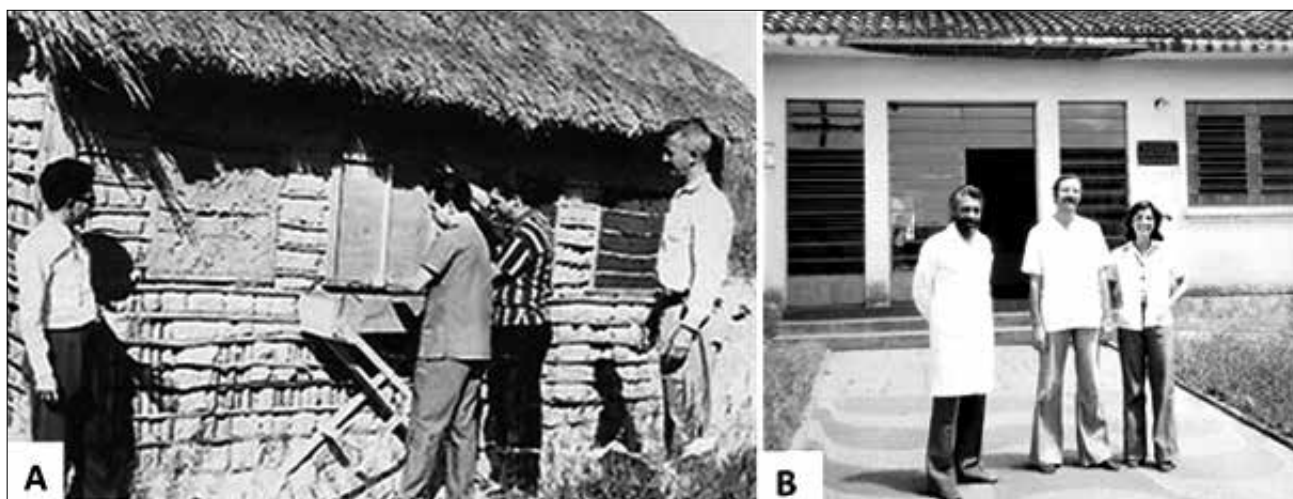


Figura 1 – Cássia dos Coqueiros: A: Década de 1960, um grupo de estudantes e docentes em busca de triatomíneos vetores da doença de Chagas; B: Prof. Jarbas Leite Nogueira (coordenador da Unidade Rural de Cássia dos Coqueiros) com estudantes (1977).

Em 1971, a FMRP-USP, através de seu Departamento de Puericultura e Pediatria, iniciava as suas atividades no Centro Médico Social Comunitário de Pradópolis, na cidade paulista de mesmo nome, distante 38 km de Ribeirão Preto. A profícua vivência em Pradópolis estendeu-se até o ano de 1991. A experiência de Pradópolis foi interessante pois, diariamente, estudantes de medicina acompanhados por um docente da Pediatria, dirigiam-se aquela localidade para atender crianças em uma unidade de saúde vinculada à secretaria de saúde. Atendiam especialmente filhos de trabalhadores rurais de uma usina de açúcar e álcool com sede naquele município.

Em 1980, os créditos e a organização dos cursos de medicina preventiva foram revistos, mas o internato rural permaneceu inalterado. Naquela época, além do Departamento de Medicina Social, atual designação do anteriormente chamado Departamento de Higiene e Medicina Preventiva, apenas dois outros departamentos tinham atividades curriculares comunitárias: o Departamento de Pediatria, que atuava no Centro Médico Social Comunitário “Vila Lobato” e em Pradópolis e o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia atuava na Vila Lobato.

Pode-se considerar que na trajetória do ensino, sob a responsabilidade do Departamento de Medicina Social, sempre existiu uma mescla de disciplinas, combinando o modelo de educação baseada e orientada para a comunidade. Nos anos de 1978 a 1987, a disciplina RMS 431 Medicina Preventiva do 4º ano, para 100 alunos, 4 turmas, 160 horas por turma, foi sendo reformulada e assumiu nos três últimos anos quatro blocos temáticos, que se intitularam como Epidemiologia e profilaxia de doenças de notificação compulsória (Sistema de Vigilância Epidemiológica), Estudos de demanda de serviços de saúde pública, Doenças endêmicas e Meio ambiente e doenças. A carga horária prática era de 80 horas/aluno e o enfoque da formação profissional manteve a orientação de epidemiologia aplicada aos serviços de saúde. As atividades de ensino utilizavam os programas de imunizações, de controle de tuberculose e de hanseníase, vigilância epidemiológica, pré-natal, saúde da criança, doenças sexualmente transmissíveis, visita domiciliares e hipertensão arterial das três unidades de saúde que compunham o Centro de Saúde Escola da Faculdade (CSE – Sumarezinho, CSE – Vila Tibério e CSE-Ipiranga) e setores de saúde pública e vigilância epidemiológica (incipiente) nos ambulatorios e enfermarias das duas unidades do hospital das clínicas (Campus e Unidade de Emergência)¹⁷.

No contexto dos anos de 1980, a gestão municipal de Ribeirão Preto (SP), especialmente no período de 1984 a 1986, se beneficiou do Programa de Ações Integradas em Saúde (PAIS), linha programática que integravam as três esferas de gestão federal, estadual e municipal da saúde para financiamento, mediante recursos do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), para a construção de várias unidades básicas de saúde (UBS)¹⁸. Importante destacar que, o CSE até 1993 existia por força de um convênio entre a Secretária de Estado da Saúde de São Paulo e a faculdade. Fazia parte dos 13 (treze) Centros de Saúde Escola (CSE) do estado de São Paulo, todos ligados às Faculdades de Medicina, com a finalidade de serem campo de formação em Saúde Pública, para estudantes de medicina e de enfermagem e residentes de medicina preventiva e/ou social. Além do ensino de graduação, era campo de formação e capacitação de recursos humanos para a saúde pública. Então, a rede municipal pôde treinar profissionais para as salas de vacinas, visitas domiciliares para identificar comunicantes em doenças infecciosas e contagiosas (tuberculose e hanseníase), bloqueios na comunidade de doenças imunopreveníveis (difteria, sarampo, entre outras), que envolviam uma abordagem de campo junto aos familiares e vizinhos, além de creches e escolas infantis, esquema de vacinação e cobertura vacinal, entre outras¹⁷⁻¹⁹.

A unidade sede CSE–Sumarezinho, funcionava como unidade de referência especializada, para a prestação dos serviços de saúde citados, para as UBS construídas pelo PAIS, localizadas na área populacional denominada distrito saúde escola, que hoje constitui parte do atual Distrito Oeste de Ribeirão Preto. Dessa forma, a disciplina ampliou o escopo de suas atividades, antes limitadas aos programas de saúde pública. Os alunos realizavam atividades de promoção da saúde, diagnóstico precoce e prevenção secundária, e ao final apresentavam trabalho oral e escrito¹⁷.

O DMS teve outras experiências interessantes com o avanço de novas áreas de conhecimento, que se integraram na disciplina do 4º ano por meio de blocos de ensino para que os estudantes de medicina ampliassem a visão de saúde na comunidade e seus serviços. Assim o grupo de planejamento e gestão

do DMS, durante a década de 1980, ministrou a disciplina RMS 551 Organização e Administração em Saúde a 100 alunos do 5º ano, divididos em duas turmas, com carga horária 150 horas/aluno. Os objetivos dessa disciplina eram discutir a política, a organização, a administração e o financiamento em saúde. Em 1995, passou por mudanças, assumindo carga horária de 45 horas/aluno, sendo ministrada em três turmas do 3º ano. Com a implementação do SUS ela adquiriu uma outra estrutura de conhecimentos técnico-políticos do setor saúde¹⁷.

O bloco de meio ambiente e doenças permitia que o estudante percebesse as mudanças causadas pelo homem no meio ambiente, que repercutiam para transformar doenças endêmicas em regiões do Brasil em surtos epidêmicos para outros locais. A convivência com dois docentes sociólogos no DMS inovou as explicações do campo de epidemiologia e permitiu novas disciplinas e estágios aos médicos residentes de medicina preventiva e/ou social, incrementando pesquisas e ações de campo com os trabalhadores de cana, a primeira epidemia de dengue em Ribeirão Preto (anos de 1990), projetos de iniciação científica, entre outras atividades.

Toda esta discussão que aconteceu na quarta década culminou na reforma curricular de 1993, quando foi implantado um novo currículo que já trazia de maneira pioneira, elementos sobre ensino baseado na comunidade que estavam em intensa discussão e seriam implementadas nas décadas seguintes, como mostra a publicação da OMS¹.

Algumas das disciplinas que foram concebidas neste período e posteriormente criadas são: RCG 120 - Iniciação em Saúde I, oferecida ao primeiro ano (75 horas), RCG 220- Iniciação em Saúde II, oferecida ao segundo ano, 120 horas e uma grande iniciativa chamada RCG 503 - Estágio Integrado em Centros de Saúde “Rotação de Formação Integrada” a ser ofertada no Centro de Saúde Escola (240 horas) durante o 5º ano. Também foi criado o rodízio RCG 505 Medicina Comunitária I (90 horas) para resgatar as atividades do DMS (vigilância epidemiológica e sanitária, imunizações etc.) nos setores de vigilância epidemiológica do HC Unidade de Emergência, Superintendência do Controle de Endemias (SUCEN) e CSE, oferecido também durante o 5º ano. O currículo de 1993 preservou as atividades dos departamentos de Pediatria e GO da Vila Lobato, bem como o internato rural que passou a se chamar “Estágio em Medicina Comunitária II”.

Os detalhes desta reforma e da 2007 serão discutidas em publicações futuras, que abordarão a quinta e sexta década da FMRP-USP. Por ora, destacamos que as conquistas curriculares ligadas ao ensino na comunidade ampliam-se a partir de 1993, com inserção precoce destas atividades nos quatro primeiros anos, por meio da criação de um novo conjunto de disciplinas do 1º ao 4º ano do curso de medicina denominado “Atenção à Saúde Comunitária (ASC)” I a IV.

A **Tabela 1** mostra um resumo da evolução curricular de ensino na comunidade que foi publicado previamente e que compreende o período em foco neste capítulo¹.

Considerando o período de interesse deste capítulo, a seguir vamos detalhar um pouco mais algumas das atividades relevantes do eixo de ensino na comunidade. Sem dúvida a mais importante e pioneira destas atividades é o internato rural, que atualmente (2022) tem o nome de Estágio em Medicina Comunitária II e acontece no sexto ano do curso de medicina.

Tabela 1 - Evolução do Componente Ensino na Comunidade nos Currículos do Curso de Medicina da FMRP-USP desde sua fundação

Período	Disciplina/Rodízio Internato	Departamento	Cenário
1952-1960	Higiene	Medicina Social	FMRP (intramuros)
	Higiene e Medicina Preventiva	Medicina Social	FMRP (parcialmetne extramuros)
1961-1979	Medicina Preventiva 1,2,3	Medicina Social	FMRP (parcialmetne extramuros)
	Puericultura e Pediatria	Pediatria	Vila Lobato
	Ginecologia e Obstetrícia	Ginecologia e Obstetrícia	Vila Lobato
	Rotação médica comunitária (Rural)	Medicina Social	Cássia dos Coqueiros
1980-1993	Medicina social	Medicina Social	FMRP (intramuros)
	Medicina preventiva	Medicina Social	FMRP (intramuros)
	Organização do sistema de saúde	Medicina Social	FMRP (intramuros)
	Puericultura e pediatria	Pediatria	Vila Lobato - RP
	Ginecologia e obstetrícia	Ginecologia e Obstetrícia	Vila Lobato
	Puericultura e pediatria	Pediatria	Pradópolis
	Internato Medicina Comunitária (Rural)	Medicina Social	Cássia dos Coqueiros Santo Antonio da Alegria
1994-2007	Introdução aos cuidados de saúde – Iniciação em Saúde 1 e 2	Medicina Social	FMRP (intramuros)
	Medicina social	Medicina Social	FMRP (intramuros)
	Medicina preventiva	Medicina Social	FMRP (intramuros)
	Organização do sistema de saúde	Medicina Social	FMRP (intramuros)
	Puericultura e pediatria	Pediatria	Vila Lobato
	Ginecologia e obstetrícia	Ginecologia e Obstetrícia	Vila Lobato/CSE
	Medicina Comunitária 1	Medicina Social	CSE- Vigilância Epidemiológica e Sanitária – SMSRP
	Estágio Integrado em Centros de Saúde - Rotação Integrada	Medicina Social	CSE – SMSRP
	Medicina Comunitária 2 (Internato Rural)	Medicina Social	Cássia dos Coqueiros

CSE – SMSRP: Centro de Saúde Escola da FMRP em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto; USF – SMSRP: Unidades de Saúde da Família em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. (Tabela adaptada da referência 1, com permissão dos autores).

Internato Rural de Cassia dos Coqueiros

Cássia dos Coqueiros é uma pequena cidade localizada no Estado de São Paulo, com aproximadamente 2.634 habitantes, sendo 32% deles residentes na zona rural e 68% na zona urbana²⁰. Cássia dos Coqueiros fica a 81 quilômetros de Ribeirão Preto e foi cenário de pesquisas de campo antes mesmo da fundação da FMRP-USP, em 1951. Desde 1945, o professor José Lima Pedreira de Freitas, jovem parasitologista e médico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, realizava estudos com foco nas características clínicas e epidemiológicas da doença de Chagas^{21,22}. Mais tarde, em 1953, o Prof. Pedreira de Freitas foi admitido como professor da FMRP-USP, onde fundou o antigo Departamento de Higiene e Medicina Preventiva, atualmente denominado Departamento de Medicina Social. Por iniciativa própria, foi aberto em 1964 um ambulatório no município de Cássia dos Coqueiros, o qual deu origem à Unidade de Saúde que atende a comunidade local e serve de cenário de ensino para os estudantes de medicina, com a sua gestão sendo hoje compartilhada entre a Secretaria de Saúde local e a FMRP-USP²³.

Em 1970 esta Unidade passou a se chamar Centro Médico Social Comunitário Pedreira de Freitas. Nas últimas décadas a sociedade local em parceria com estudantes e docentes de medicina vem trabalhando em diversas ações relacionadas à promoção da saúde e ao cuidado individual e coletivo. Até hoje (2022), o centro médico da FMRP-USP é o único serviço no município e todo o atendimento médico tem sido prestado por estudantes de graduação em medicina do último ano, juntamente com médicos assistentes, residentes de medicina de família e docentes. O principal objetivo deste rodízio é oferecer aos estudantes a experiência singular da APS realizada em municípios de pequeno porte. Desde sua criação, o internato rural mantém atividades em Cássia dos Coqueiros e em algum outro município da região (**Figura 2**). Na quarta década o município que também recebia estudantes para o estágio rural era Santo Antonio da Alegria.



Figura 2 – Cássia dos Coqueiros: A: Funcionárias da Equipe da Unidade: Eliana (a esquerda) e Roberta (a direita); B: Prof. Amaury Lelis Dal Fabbro e Profa. Janise Braga Barros Ferreira com médico assistente da Unidade e ex-aluno da FMRP-USP, Thiago Soares Lamenha Gomes; C: Prof. Afonso Dinis Costa Passos com grupo de estudantes, residentes e médico assistente.

Durante quatro semanas, um grupo de quatro estudantes se deslocava de Ribeirão Preto para essas cidades, e lá tinham hospedagem e alimentação. Os estudantes tinham a oportunidade de cuidar de pacientes com um amplo espectro de condições clínicas, desde a APS até o pronto-socorro básico. Não raramente e sempre que necessário, os estudantes iam até a casa dos pacientes para uma consulta domiciliar. Neste período, os estudantes contavam com o suporte de alguns médicos locais em Santo Antônio da Alegria, mas a principal orientação vinha dos departamentos clínicos da FMRP, em especial dos plantonistas da Unidade de Emergência que tinham grande disponibilidade para orientar os internos que tinham dúvidas e para receber os casos que eventualmente fossem classificados como urgência pelos estudantes no estágio rural.

Centro Médico Social Comunitário Vila Lobato

Um grupo de professores pioneiros dos Departamentos de Medicina Social, Ginecologia e Obstetrícia e Puericultura e Pediatria da FMRP, bem como da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 1968, iniciou uma conversa sobre educação em saúde fora do Campus universitário (extramuros). Como resultado, surgiu a ideia de instalar o primeiro centro médico em um subúrbio de Ribeirão Preto²⁴. Após acordos entre a Prefeitura e o Departamento de Pediatria da FMRP-USP, decidiu-se construir o novo centro médico em um bairro denominado Vila Lobato, composto por casebres sem saneamento e sem serviços médicos, e estrategicamente próximo ao campus universitário²⁵.

As atividades do Centro Médico Social Comunitário Vila Lobato começaram em 1969. Nessa época, o atendimento era multidisciplinar: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Social e Psiquiatria. Ao longo do tempo, apenas a Ginecologia e Obstetrícia e a Pediatria permaneceram trabalhando neste centro médico. Desde o início foi planejado oferecer oportunidades para os estudantes de graduação vivenciarem um cenário mais realista, com foco na prevenção e não na cura. Essas atividades, baseadas no atendimento ambulatorial de crianças e adolescentes do bairro, eram (e ainda são) realizadas por estudantes de graduação da FMRP-USP e residentes de pediatria. Na Ginecologia e Obstetrícia a ênfase era para os cuidados básicos em saúde da mulher com ações de orientação de contracepção, prevenção de DSTs, rastreamento de câncer de colo uterino e de mama e atenção ao pré-natal. Com o passar do tempo e com as oportunidades, os residentes de Medicina de Família e Comunidade começaram a participar deste cenário. (*Figura 3*).

Atuar nesta comunidade, há mais de 50 anos, vem criando fortes laços entre a Escola e a população. Uma segunda geração, e possivelmente uma terceira geração de pacientes da mesma família, vem utilizando os serviços do Centro de Saúde. Além da equipe médica, estudantes e residentes, há um conjunto de diferentes profissionais trabalhando em equipe, principalmente os enfermeiros e assistentes sociais. Nesta Unidade, os estudantes podem realmente vivenciar a integração interprofissional do cuidado ao paciente. Mais recentemente, estudantes de nutrição, música, psicologia e terapia ocupacional têm sido inseridos na prática clínica atendendo crianças e adolescentes²⁶.



Figura 3 – Vila Lobato: A e B: fachada e corredor da Unidade; C: Atendimento clínico; D: Equipe da Vila Lobato.

Centro de Saúde Escola (CSE) do Sumarezinho

A criação de um CSE para compor com o hospital universitário os cenários de ensino da FMRP-USP estava prevista no planejamento original do currículo da Faculdade em 1951, mas levou quase três décadas para que se tornasse realidade²⁷. Entre os motivos do atraso estava a resistência dos docentes e preceptores para saírem do hospital e irem atuar na comunidade. Um outro grupo de pessoas dizia que uma instalação tão bem planejada e engenhosa não ofereceria uma “experiência real” para os estudantes de medicina, e não os prepararia para atuar na atenção primária à saúde. Na verdade, eles não eram contra a experiência na comunidade, mas tinham a sensação de que o CSE não agregaria muito para a experiência profissional dos futuros médicos²⁸.

Quando iniciado, na década de 1980, o CSE foi estabelecido como uma unidade de atenção secundária à saúde, que seria referência para os médicos generalistas atuantes nas unidades básicas, mas também dotado de pronto-socorro com acesso aberto à população. Até 2001, o ensino das disciplinas no CSE era restrito a Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Social e Pediatria. Os Departamentos de Clínica Médica e Cirurgia mostravam-se relutantes em transferir suas atividades do Hospital Universitário para lá. Na década de 1990 e com mais intensidade a partir de 2001, a Faculdade de Medicina fez importante revisão no currículo, com o intuito de aumentar as atividades de ensino na comunidade. Aqui também se criava uma real possibilidade de equipe médica e estudantes trabalharem com outros profissionais e estudantes de saúde (*Figuras 4 e 5*).



Figura 4 – Centro de Saúde Escola: A e B: recepção e corredor de atendimentos da Unidade; C. Lançamento do livro sobre curativos de Francisco Tiago, com a presença do Prof. Dr. Breno Jose Guanais Simões; Equipe do CSE – (esquerda para direita) Maria da Glória Lopes Ferreira, Silvio Antonio Franceschini, Lairce Tibério Watanabe, Mariusa de Andrade, Jayme Gimenes e Djenane Iara de Freitas.



Figura 5 – Centro de Saúde Escola: Em 1991, o Centro Acadêmico da FMRP fundou a Liga de Combate à Hanseníase Professor Luiz Marino Bechelli com estudantes e funcionários do movimento de reabilitação da hanseníase (MORHAN). Na fotografia estão a Profa. Cacilda da Silva Souza (coordenadora da Liga), Dra. Ana Alice de Castro e Silva da Secretaria Municipal de Saúde, Dr. Gerson Oliveira e Dra. Maria Leide Wan Del Rey da Coordenação Nacional do Programa de Hanseníase do Ministério da Saúde e as funcionárias Luiza e Raquel (CSE e MORHAN) que apoiavam as ações da Liga.

No final da década dos anos 90, com apoio da direção da Faculdade de Medicina, às primeiras unidades de Saúde da Família de Ribeirão Preto foram criadas. A FMRP-USP e a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do Hospital das Clínicas viabilizou a presença de profissionais nas unidades, possibilitando a criação da Residência em Medicina Comunitária com ênfase em Saúde da Família e expressiva expansão da formação médica e de outros cursos da área da saúde nas suas unidades.

Reflexões: Ensino na Comunidade na Quarta Década da FMRP-USP

Na quarta década do curso de medicina da FMRP-USP foram consolidadas as bases para a expansão do ensino com base na comunidade em nossa Instituição. Foi neste período que toda a conceitualização teórica foi desenvolvida e as normas, leis e diretrizes foram propostas e publicadas induzindo as mudanças na educação médica que estavam prestes a acontecer na década seguinte.

Apesar de apresentar uma inserção comunitária precoce entre as metas curriculares da FMRP-USP, essa questão somente ganhou força com a criação do Sistema Único de Saúde e com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, que ocorreu em 2001.

Na quarta década existia um anseio para que fossem ampliadas as atividades junto à comunidade por parte dos estudantes; no entanto após a implementação das atividades precoces (do primeiro ao quarto ano) dos estudantes na comunidade, a partir da reforma de 1993, observamos um fenômeno oposto. Parte significativa dos estudantes não compreendia o motivo de participar de uma visita domiciliar e vivenciar o cotidiano de uma unidade de saúde da família. Muitos reclamavam e diziam que estavam perdendo tempo, que poderia ser melhor aproveitado nos laboratórios de anatomia/habilidades, ou até mesmo estudando para melhorar seus conhecimentos sobre medicina para se tornar um médico melhor no futuro. Estas são questões que surgiram apenas na década seguinte e que serão abordadas em publicação futura. As experiências dos estudantes dos anos finais (internato) sempre foram percebidas como mais significativas e reconhecidas como importantes para a prática clínica futura. Um dos motivos pode ser a abundância de estudantes e residentes no hospital universitário e menos oportunidades de se responsabilizar pelo cuidado ao paciente, como podem fazer no estágio rural, na Vila Lobato ou no Centro de Saúde Escola.

A experiência da FMRP-USP no ensino na comunidade antes do SUS foi desenvolvida com base na motivação e crenças individuais de docentes. Tanto o Centro Comunitário Vila Lobato quanto o internato rural de Cássia dos Coqueiros tiveram a participação direta de eminentes professores do Departamento de Medicina Social (Prof. Pedreira de Freitas) e do Departamento de Puericultura e Pediatria (Prof. Jacob Renato Woiski). Esse envolvimento direto aumentou a governabilidade e facilitou a tomada de decisões dentro da Faculdade de Medicina. Após a criação do SUS e a publicação das diretrizes curriculares, as pressões e estímulos externos tiveram um papel importante na ampliação do ensino comunitário na FMRP-USP e na maioria das escolas médicas brasileiras que revisaram seus currículos no final do século XX.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizamos este capítulo abordando o conceito de educação baseada na comunidade que se consolida no final da quarta década da FMRP-USP e que vai predominar nas futuras revisões curriculares da escola. Do conceito expresso nos documentos da OMS em 1987 até o momento atual, muitas mudanças importantes ocorreram³. O conceito de desenho curricular que garanta oportunidades para os estudantes (e futuros profissionais) aprenderem sua profissão em contexto “real” é essencial. Por “contexto real” entendemos o sistema de saúde com suas diferentes configurações e níveis de complexidade, incluindo sua relação de referência e contrarreferência. O médico tem um papel importante como membro da equipe de saúde e o trabalho interprofissional deve ser vivenciado por cada aluno, pois ele enfrentará essa situação durante toda a sua vida profissional.

A Faculdade de Medicina e seus estudantes devem compreender e aceitar suas responsabilidades, seu potencial transformador e o compromisso de responder da melhor forma possível às necessidades prioritárias de saúde dos cidadãos e da sociedade que atendem. No mesmo ritmo, os governos locais e nacionais devem apoiar as equipes de saúde com os recursos essenciais necessários para práticas aceitáveis, não importando onde os cuidados de saúde serão prestados. E cabe à instituição de ensino, representantes da sociedade e governo local verificar o impacto e a relevância da formação de médicos para a participação ativa no desenvolvimento do sistema de saúde.

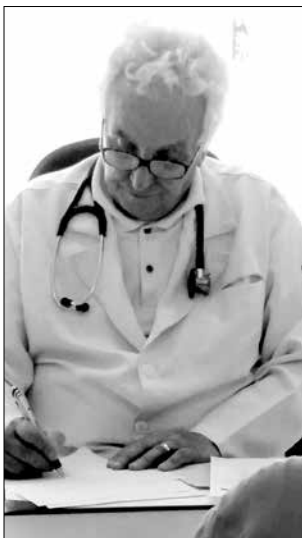
A experiência brasileira de mudança curricular para a EBC tem mostrado que é fundamental ter uma política nacional (alinhando saúde e educação) que oriente e fomenta ações que levem a formação médica e os educadores para fora dos muros acadêmicos. E para torná-lo real, são necessários acordos e parcerias entre a academia e as autoridades locais.

Considerando todos esses aspectos, a educação baseada na comunidade consistiria em oportunidades reais de aprendizado no sistema de saúde (do domicílio do cidadão aos hospitais), que deveriam beneficiar mutuamente estudantes, professores, profissionais de saúde, autoridades locais e sociedade. Dependendo do nível dos estudantes e dos resultados desejados (graduação, estágio, residência), os desenvolvedores de currículo ajustariam a quantidade e a qualidade da experiência em todas essas configurações diversas.

Em 2022, exatos 30 anos depois do término da quarta década de existência da FMRP-USP, o ensino na comunidade vive momentos difíceis com os enormes retrocessos observados nas políticas públicas do Governo Federal, e dificuldades criadas também no nível estadual para o setor da saúde e da educação na saúde. Desafios que têm sido enfrentados com valentia por todas as pessoas e profissionais que acreditam no Sistema Único de Saúde e na contribuição que a Universidade Pública e gratuita faz para a sociedade brasileira.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todas as pessoas (funcionários das unidades de saúde, estudantes, docentes, gestores da FMRP, gestores das secretarias de saúde, e em especial aos membros da comunidade) que auxiliaram na construção destes espaços privilegiados de atenção e cuidado à saúde das pessoas, nos municípios de Ribeirão Preto, Cassia dos Coqueiros e Pradópolis entre os anos de 1982 a 1992.



DEDICATÓRIA

Este capítulo é dedicado ao Professor GUTEMBERG DE MELO ROCHA que sempre apoiou as ações na comunidade, agia sempre para contornar e amenizar conflitos com estudantes e professores resistentes às atividades que estavam sendo criadas e ampliadas extramuros e por ter tido papel chave na sensibilização da direção da Faculdade HCFMRP e FAE-PA a entenderem e apoiarem as ideias modernizadoras que se discutiam na quarta década da Faculdade as quais seriam implementadas nos anos seguintes no contexto da educação baseada na comunidade, tendo como referência o Sistema Único de Saúde.

Mensagem Final

Para ajudar as leitoras e leitores a entenderem o que nos move nesta jornada, compartilhamos o depoimento emocionado de uma das autoras deste capítulo, feita durante a elaboração do mesmo em janeiro e fevereiro de 2022:

“Confesso, que as experiências de ensino na comunidade, desenvolvidas pelo CSE e por um grupo de funcionários motivados (“ilusionados”, em castelhano) eram o meu vício.”

Quando recebi e li (VRB) esta mensagem, me senti tocado por ela. É a manifestação de uma *ilusionada* para outros tantos *ilusionados* que dedicam suas vidas a formar as novas gerações de profissionais da saúde em nosso país.

REFERÊNCIAS

- 1 - Bollela VR, Passos ADC, Forster AC, et. al. Community-Based Education experience at the Faculty of Medicine, Ribeirão Preto, University of São Paulo (FMRP-USP) – Brazil. In: Talaat W & Ladhani Z. Community Based Education in Health Professions: Global Perspectives, 1st edition. World Health Organization (WHO). 2014; p.62-88. ISBN: 9789290-219910
- 2 - Ministry of Education (Brazil). Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (Brazilian guidelines for the curriculum of undergraduate medical schools). 2001 Nov. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
- 3 - World Health Organization. Community-based Education of Health Personnel. Report of a WHO Study Group. Technical Report Series No. 746. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1987.
- 4 - Report of the First Inaugural Meeting, Kingston, Jamaica [4-8 June, 1979]. HMD/79.4. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1979.
- 5 - Talaat W, Khamis N, Aziz AA. Ten Frequently Asked Questions on Community- Oriented/Based Medical Education. Medical Journal of Cairo University. 2011; 79 (2): 1-16.
- 6 - Guanais FC. Health equity in Brazil. BMJ 2010; 341:c6542.
- 7 - Santos, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(2):429-35.
- 8 - Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011; 377: 1778–97.
- 9 - Brasil. (2017). Política Nacional de Atenção Básica. Portaria no 2.436, de 21 de Setembro de 2017.

- 10 - O que você precisa saber sobre o SUS. (What do you need to know about Unified Health System-SUS). Rio de Janeiro: Atheneu; 2004. 256p.
- 11 - Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, 2013; 37(96): 139-47.
- 12 - Prata. PR. Two hundred years of medical schools in Brazil: when does it can be celebrated? *Interface. Comunicação Saúde Educação*, 2010 ; 14(33): 471-3.
- 13 - Faria LR. Rockefeller Foundation and health assistance in São Paulo (1920-30): historical perspectives. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2002; 9(3): 561-90.
- 14 - Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to Carnegie Foundation for the advancement of teaching. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002; 80 (7): 594-602. Extracted from: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910.
- 15 - Martins MA. New Trends in Medical Education. *Gazeta Médica da Bahia*, 2008; 78 (Supl 1): 22-4.
- 16 - Moreira AC. O Jubileu da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e a Universidade de São Paulo. *Medicina (Ribeirão Preto)*; 2002; 35(3): 237-40.
- 17 - Forster AC. Memorial apresentado para concurso de Livre Docência. 2004. 248p. Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- 18 - Vicentini FB, Ferreira JBB. A Construção e o Papel do Sistema Único de Saúde no Brasil: O Que os Trabalhadores da Saúde Têm a Ver com Isso? In: Forster AC, Ferreira JBB, Vicentini FB. *Atenção à Saúde da Comunidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde na FMRP-USP*. Ribeirão Preto, FUNPEC, 2017.
- 19 - Franco AR, Haddad N, Forster AC, Caccia-Bava MCG. A FMRP-USP em Atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão de Serviços à Comunidade dentro do Projeto Centro de Saúde-Escola. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 2002; 35(3): 425-32.
- 20 - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). [citado em 2022 jan 30]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/cassia-dos-coqueiros/panorama>.
- 21 - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. Cássia dos Coqueiros. Informações úteis. Ribeirão Preto, 2009. Access from: [<http://www.fmrp.usp.br/rms/index.php?pg=base&coduser=16&codpag=52>]
- 22 - Haddad N, Nogueira JL. O envolvimento da comunidade rural de Cássia dos Coqueiros (São Paulo, Brasil) em programas de saúde. *Revista Saúde Pública*, São Paulo. 1978. 7; 115-22.
- 23 - Rocha JSY. Departamento de Medicina Social. A reestruturação e os novos tempos. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 2002; 35(3): 306-12.
- 24 - Daneluzzi JC. Programas de Puericultura: Uma Experiência Bem-sucedida. In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Nogueira-de-Almeida CA, Editors. *Puericultura: Princípios e Práticas*. (2nd Edition). São Paulo: Atheneu; 2008. p. 37-41.
- 25 - Santoro JR. Departamento de Puericultura e Pediatria. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 2002; 35(3): 349-66.
- 26 - Ferraz IS, Del Ciampo LA. Uma experiência exitosa de meio século da Universidade de São Paulo junto à comunidade. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 2018; 52(1): 1-6 (doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i1p1-6)
- 27 - SÃO PAULO (ESTADO). Lei nº 1.467 de 26 de dezembro de 1951. Dispõe sobre a organização e finalidades da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 28 dez. 1951.
- 28 - Medicina Social na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – 1954 a 2014. Passos ADC (org). Ribeirão Preto: Holos; 2014.