

# **INTERAÇÃO COMUNITÁRIA PERSPECTIVA PRESENTE UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU (SC)**

## **RESUMO**

A proposta de se introduzir uma disciplina de interação comunitária surgiu em 2000, quando da reforma curricular do curso de medicina, inspirada em experiências, especialmente a da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que promove a inserção precoce de acadêmicos de medicina nas Unidades de Saúde do Grupo Hospital Conceição em Porto Alegre [1]. Desejava-se na FURB uma situação de "imersão" na realidade de uma comunidade.

A proposta foi aceita e iniciando-se no segundo semestre de 2000, na Unidade básica do Bairro Bela Vista em Gaspar - SC, cidade vizinha à Blumenau. Ampliou-se para três semestres seqüentes. A grande mudança que vem ocorrendo será sentida na geração de médicos e médicas que está para se formar e conseqüentemente será percebida pela população sobretudo pela sua relação com este novo profissional, bem mais que uma simples mudança curricular propõe-se não apenas assistência à doença, mas sobretudo uma nova visão de saúde, construída com a convivência nos locais onde se potencializa os determinantes de saúde, na comunidade.

## **1 -INTRODUÇÃO:**

O Projeto da Interação Comunitária visa desenvolver uma educação médica humanitária, promovendo o contato precoce com comunidades adscritas, convivendo com os determinantes de saúde - doença, e participando de diagnósticos globais e intervenções coletivas e familiares e individuais; o Projeto enquanto disciplina curricular é dividido em três fases. É um projeto que rompe as barreiras da pesquisa, do ensino e da extensão, pois envolve todos os acadêmicos em atividades extramuros, e desenvolvem-se projetos de pesquisa de interesse tanto para equipe como para população assistida.

Durante o primeiro semestre é feita a integração do aluno na comunidade escolhida. São apresentados os problemas de saúde da região, e o estudante desenvolve atividades que promovem a sua aproximação com a comunidade e a interdisciplinaridade.

No segundo semestre são debatidos conceitos como saúde e doença, além de métodos epidemiológicos e aplicações de bioestatística. É feita a coleta e a tabulação de dados estatísticos da comunidade escolhida, assim como uma vigilância epidemiológica e uma identificação dos problemas sociais e de saúde que requerem maior atenção.

No terceiro semestre o aluno aprende a história da saúde no Brasil, e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; tornando-se apto a desenvolver programas de prevenção e tratamento dos problemas sociais e de saúde anteriormente identificados. Em todas as fases estimula-se a utilização de metodologia científica, não dissociando o ensino e pesquisa, capacitando ao questionamento, a busca metódica de respostas e ao raciocínio clínico. Utiliza-se a metodologia baseada em problemas, mas não restrita às aulas, envolvendo também as dificuldades da nova disciplina, que foram tema de debate

(e embates) de todo o grupo. Também o fórum da internet com o uso da ferramenta Learnloop e o uso de novas tecnologias, amplia o espaço de discussão para além da sala de aula, permitindo ao acadêmico utilizar recursos de comunicação variados.

A interação do acadêmico com a comunidade, e o convívio com uma equipe de PSF, acompanhando agentes de saúde em visitas domiciliares, dá instrumentos para ampliar - se a visão dos determinantes de saúde - doença, e contribui na formação de profissionais conscientes das demandas da população e do seu papel como cidadão na construção e consolidação do SUS.

## **2. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA**

### **2.1 Responsabilidade Social nas Faculdades de Medicina**

FURB - Aliando competência e consciência.

A prática da responsabilidade social nas escolas de medicina é uma força emergente. Ser socialmente responsável vai muito além de doações financeiras a entidades carentes. É comprometer-se, de fato, com programas sociais que garantam uma vida mais saudável para a comunidade, e uma formação mais humana e consciente para o futuro profissional.

Esta nova conscientização pode ser considerada conseqüência das transformações impostas à sociedade, e ao mesmo tempo, parte integrante das soluções dos complexos problemas gerados por estas transformações. Nenhuma escola de medicina pode se pôr alheia a estas necessidade de mudanças. Passou a época em que livros e conceitos bastavam para a formação do médico, como já aponta o Projeto da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico ( CINAEM ) [2] , que numa das pesquisas conclui - se que a estrutura curricular é inadequada à realidade de saúde da população, pela a deficiente formação humanista, o ensino é centrado no professor, com ênfase no aprendizado das ações assistenciais hospitalares e voltado à superespecialização e ao se avaliar o Médico Formado as conclusões não são diferentes, quando constata - se que este apresenta deficiente formação ética e humanística, especialização definida precocemente, incapacidade de atualização, e ineficaz em atender às demandas da população.

Observou - se também a falta de integração das escolas com os problemas de saúde locais e pouco comprometimento governamental com a educação, há ainda pouco conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS ). É muito forte a concepção biológica de abordagem do processo saúde - doença, e há rara ênfase nos outros aspectos, sobretudo culturais, familiares, sociais e econômicos, como determinantes do processo. Isso gera uma abordagem fragmentada do indivíduo, bem como a resolução de problemas se dá no prioritariamente no plano biológico.[3]

Pôr estas razões, o Curso de Medicina criou a disciplina de INTERAÇÃO COMUNITÁRIA. É uma ambiciosa ação social que pretende construir o conhecimento da nova dimensão da profissão médica, através da verificação e do suprimento das demandas sociais e de saúde da população. Quanto a disciplina, é aplicada durante os três primeiros semestres de faculdade. Assim, propicia um melhor discernimento ao aluno sobre a escolha da profissão ainda na fase inicial da sua formação, quando semanalmente durante a primeira

fase, acompanha médicos que atuam em diferentes áreas. No final do projeto, não só a comunidade é beneficiada, uma vez que suas maiores necessidades são identificadas e trabalhadas, mas também os alunos aprendem as dificuldades de se efetivar uma comunidade saudável.

## 2.2 Primeira Fase

Conhecendo a comunidade  
Tão logo passa no vestibular, o estudante de medicina é mergulhado em livros e teorias de matérias básicas, que condizem quando muito em partes com a sua escolha profissional. Noites em claro e pressão psicológica agem como antagonistas à motivação, mascarando a realidade da profissão médica e a crescente necessidade por profissionais que dêem ao Q.E. seu devido valor. Introduzindo o Projeto de Interação Comunitária, já no início da faculdade. O projeto propicia ao aluno contato com pessoas reais, com problemas reais, e que demandam uma solução personalizada e humana. A comunidade, que dá ou mesmo tempo em que recebe, é a maior beneficiada. Além de receber a atenção necessária, ajuda a formar profissionais mais humanos para si mesma no futuro.

## 2.3 Relato de Caso

### Bairro Bela Vista - Fase I

"Logo na primeira semana de aula fomos conhecer o posto de saúde do bairro (Anexo 1) É muito bem estruturado, com várias salas de consulta, curativos e pequenas cirurgias. Porém também era muito vazio; a maioria das pessoas do bairro Bela Vista não sabiam que tinham à disposição médicos e enfermeiros. Faltavam campanhas, e os moradores, muitos com pouco ou nenhum recurso financeiro, estavam esquecidos com seus problemas que de tão diários viraram rotina." (acadêmica de Interação comunitária em 2000 / 2)

Durante a primeira fase do projeto, o objetivo seria mostrar à população a importância da comunicação entre o posto de saúde e o bairro. E também a vitalidade da união entre os moradores, para expor os problemas sociais do dia a dia e encontrar as possíveis soluções.

Ao conhecer a Unidade de saúde, segundo relato dos próprios acadêmicos, percebe - se que a qualidade na assistência , ou seja, a equipe do PSF e a estrutura física da Unidade de saúde supera a visão negativa de mal atendimento e sucateamento. Acompanhando visitas domiciliares e atividades de atenção ambulatorial, conversando com as pessoas em suas próprias casas, sobre suas vidas, percebe - se que a realidade é outra daquela que se vê nos hospitais, pois nem todos são doentes, apesar de todos os determinantes contrários a maioria é sadia e tem muito que dizer e ensinar sobre a vida.

A oportunidade de se definir um distrito sanitário ocorreu antes de estabelecer essa parceria com o município de Gaspar, apesar de tentador criar - se ilhas de excelência, contribui muito mais para o aprendizado a convivência com problemas reais e quotidianos, entre eles a desconfiança da população e a resistência dos profissionais da equipe em lidar com acadêmicos.

" Certa vez durante uma visita domiciliar, chegamos em 6 à uma casa onde morava uma senhora de descendência alemã. A assistente social nos contou previamente que a senhora tinha perdido o marido a pouco tempo, e ainda mais recentemente um neto, num acidente de trânsito. Não falava com uma de suas filhas, que vivia na mesma rua, e tinha pressão alta. Qual não foi a nossa surpresa

ao ver o sorriso que nos esperava na varanda! Não fomos embora sem antes conhecer seus passarinhos, seu altar, e é claro, fazer aquele lanche, com direito a nega maluca e café passado na hora..." (Acadêmica, interação comunitária 2000 / 02)

A feira de saúde realizada semestralmente tem o objetivo de realizar buscas ativas de casos sobretudo de doenças crônicas degenerativas, informações sobre nutrição, DSTs, e maiores esclarecimentos sobre o projeto; mas transcendeu a proposta original ao incorporar alunos dos cursos de Odontologia e de Farmácia. A resposta da comunidade é sempre positiva a esse tipo de ação mas sabe-se sua limitação, porém tal contato de massa, serve de estímulo para os acadêmicos e propicia 'a população conhecer uma proposta inovadora de abordagem 'a saúde, o resultado tem sido a adesão de mais parceiros, tornando mais fácil a convivência com as equipes.

### 2.3 Segunda Fase

#### Avaliando a saúde

Após a primeira etapa do trabalho, o estudante da segunda fase passa agora a buscar respostas e soluções para problemas de saúde apresentados em sala de aula e presentes na comunidade adotada na primeira fase. Busca-se aí priorizar a posição dos alunos em relação à situação apresentada, elaborando com isso diagnósticos primários.

Acompanhando o mesmo raciocínio, introduz-se nas discussões o binômio saúde/doença e o meio de como se avaliar saúde, conhecendo os indicadores de saúde e finalidades destes para a comunidade. Depois de apto a definir e descrever as características do estado de saúde e a importância da contínua vigilância, o contato com a comunidade é restabelecido, para que assim se coloque em prática a teoria de sala de aula. Por questionários e entrevistas, faz-se levantamentos que avaliam a saúde da comunidade promovendo o desejo de melhoria - se necessário - por meio de projetos futuros que, constituem extrema responsabilidade. Responsabilidade esta que será mantida e transformada em ações benéficas na terceira fase.

### 2.4 Relato de Caso

#### Bairro Bela Vista - Fase II

Os primeiros contatos com a disciplina de Interação Comunitária II, durante as aulas da segunda fase, foram marcados por muitas pesquisas e discussões. Buscamos a resolução dos problemas trazidos pelos professores, e, para isso, dividiu-se a classe em dois grupos para debates. Com estudos em grupos e aulas expositivas caminhou-se da discussão de saúde e doença para a construção de indicadores de saúde dentro da lógica e realidade local. Os resultados são utilizados no planejamento da equipe e servem como referência para as pesquisas das turmas subsequentes e para população é útil no acompanhamento do impacto das intervenções. Uma destas questões envolvia o binômio saúde/doença e foi a partir deste debate que iniciamos o estudo populacional e de vigilância epidemiológica.

Com planos elaborados e prestes a serem executados, sempre é discutido com a população e exposição de objetivos a serem alcançados pelos alunos e pela disciplina da Universidade. Novamente esse contato não deixa de ser tenso pois nas primeiras reuniões a comunidade se mostrou interessada e ao mesmo tempo

preocupada, por questioná - los sobre o tipo de vida que levam e sobre a sua família, envolvendo muitas vezes suas particularidades. Porém, depois da descrição dos objetivos e depoimentos de acadêmicos, esse contato provoca uma boa impressão que segue a rede informal de comunicação da comunidade, que é poderosa pois emana dos formadores de opinião, que quando convencidos do importância do projeto, não colocam obstáculos. ...depois da reunião com a associação passamos a ser bem aceitos, além de muito bem recebidos com doces e café, pois não só o interesse mas também a nossa vontade de promover melhorias foi percebida por aqueles representantes da população do Bela Vista. (acadêmico interação 2001 / 1)

## 2.5 O Projeto como disciplina da graduação

### Interação Comunitária I - Primeira Fase

Participam: Professora Tatiana Furlan, Equipe da Unidade de Saúde

Locais de aula: Posto de Saúde, Visitas domiciliares, Consultórios médicos

Carga horária: Horas/aula semanais: 04 Horas/aula semestrais: 72

Objetivo geral: Inserção precoce com comunidade pré - definida.

Interação Comunitária II - Segunda Fase

Participam: Professores Marcelo B. Dalla e Ernani Tiaraju de Santa Helena ,  
equipe da unidade de saúde

Locais de aula: Sala de aula , atividades de campo, Visitas domiciliares

Carga horária: Horas/aula semanais: 10 Horas/aula semestrais: 180

Objetivos: Diagnóstico de Saúde

Interação Comunitária III - Terceira Fase

Aulas ministradas por: Enfª Cláudia Duarte Lima da Silva e Prof Felipe Sparrenberger

Locais de aula: Campus I e Unidade de saúde

Carga horária: Horas/aula semanais: 10

Horas/aula semestrais: 180

Objetivos: Propor intervenção priorizando a promoção à saúde

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1 BUCHABQUI, J. A. et al. Medicina : Será que é isso. Porto Alegre: Gráfica da UFRGS, 1999.

2 COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Avaliação do ensino médico no brasil. [S.L.], 1997.

3 \_\_\_\_\_. Transformando a educação médica brasileira. [S.L.], 1998.

4 VAUGHAN, J. P; MORROW R. H. Epidemiologia para os municípios : manual para gerenciamento dos distritos sanitários. 2 ed. São Paulo: HUCITEC. 1997.

### BIBLIOGRAFIA BÁSICA CONSULTADA:

DEMO, Pedro. Educar pela pesquisa . Campinas: Editores Associados, 1996.

FAZENDA, Ivani. Didática e interdisciplinariedade. Campinas: Papyrus. 1998.

UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU. Regimento geral. 1995.

CHAVES, Mário; ROSA, Alice reis. Educação médica nas américas. . São Paulo: Cortez. 1990

MILLER, George E. Ensino e aprendizagem nas escolas médicas. São Paulo:Ed. USP. 1967.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Documentos do ensino médico. 3 ed. Brasília. 1989.

### **FICHA DE INSCRIÇÃO INSTITUIÇÃO**

Universidade Regional de Blumenau - Disciplina de Interação Comunitária I, II e III  
- Departamento de Medicina

Rua Antônio da Veiga, 140 - Victor Konder  
Blumenau - SC  
89010-971  
Fone: (47) 321-0200

### **PROFESSORES MINISTRANTES:**

Profª Cláudia Regina Duarte de Lima  
Prof. Ernani Tairajú de Santa Helena  
Prof. Felipe Sprrenberger  
Profª Judite H. Bertoncinni  
Prof. Marcello Dala Bernardina Dalla  
Profª Tatiana Furlan Jorge

### **ACADÊMICOS:**

Danielle de Lara  
Luciane Stupp  
Contato:  
Prof. Romualdo Izol Heil  
Rua Antônio da Veiga, 140 - Victor Konder  
Blumenau - SC  
89010-971  
Fone: (47) 321.0503  
Entidade Conveniada: Secretaria de Saúde do Município de Gaspar; Comunidade do Bairro Bela Vista