

DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v93i3p94-100>

Educação médica apoiada em comunidade: projetos de intervenção coletiva como forma de aprendizado sobre criação de redes e intersectorialidade

Community-oriented medical education: collective interventions in the learning process about nets and intersectorial health practices

Marina Mattos Rebeis¹, Mauricio Ricardo Moreira da Silva Filho¹, Mauro Xavier Neto¹, Paula Malvezzi Messias¹, Pedro França Pinto Marotti¹, Priscila Cardoso Morales¹, Priscila Galvão Póvoa¹, Priscila Toda¹, Rachel de Assis¹, Rafael Faria Pisciolaro¹, Raif Restivo Simão¹, Raphael Vianna¹, Renata Mendonça¹

Rebeis MM, Silva Filho MRM, Xavier Neto M, Messias PM, Marotti PFP, Morales PC, Póvoa PG, Toda P, Assis R, Pisciolaro RF, Simão RR, Vianna R, Mendonça R. Educação médica apoiada em comunidade: projetos de intervenção coletiva como forma de aprendizado sobre criação de redes e intersectorialidade / *Community-oriented medical education: collective interventions in the learning process about nets and intersectorial health practices*. Rev Med (São Paulo). 2014 jul.-set.;93(3):94-100.

RESUMO: INTRODUÇÃO: Considerando-se que os cuidados e a atenção à saúde transpassam as barreiras físicas do consultório médico e podem se efetivar em diversos âmbitos e por diferentes profissionais, buscou-se, por meio de dois projetos de intervenção, contribuir para a articulação entre os equipamentos sociais, a população e os funcionários de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tal atividade faz parte da formação de estudantes do curso de Medicina da Universidade de São Paulo e teve como foco enfatizar o aspecto da intersectorialidade na prática médica e sua relação com a promoção da saúde. OBJETIVOS: Primariamente, descreve-se a construção de materiais informativos de fácil acesso (folder e cartilha) sobre os equipamentos sociais existentes na região e sua divulgação para funcionários e usuários da UBS. Secundariamente, espera-se refletir sobre os efeitos da condução desses projetos na educação médica. METODOLOGIA: São descritos os percursos de dois projetos de intervenção, bem como sua avaliação por parte dos profissionais de saúde, usuários dos serviços envolvidos e também como parte do processo de educação médica. Um quadro síntese aponta as semelhanças e as diferenças dos projetos. RESULTADOS: Notou-se que grande parte dos funcionários conhecia e, de certa forma, utilizava parte dos equipamentos existentes no território. O desconhecimento de outros equipamentos foi diretamente relacionado à maior distância desses em relação a UBS. A construção de material informativo na forma de cartilha e folder foi avaliado de forma positiva pelos serviços e pela comunidade envolvidos. CONCLUSÃO: Foi possível concluir que a confecção desses materiais atendeu a uma das demandas de saúde dessas comunidades e, apesar de simples, eles contribuirão para a estruturação de redes de cuidado. Ademais, a aproximação

com o SUS e o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes ao longo da prática possibilitaram um aprendizado significativo.

DESCRIPTORIOS: Ação intersectorial; Promoção da saúde/provisão e distribuição; Promoção da saúde/recursos humanos; Promoção da saúde/utilização; Atenção primária à saúde/utilização; Educação médica/recursos humanos; Materiais educativos e de divulgação.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Considering that health care runs through the physical barriers of the medical office and can be accomplished in different scopes and by different professionals, we sought, through two intervention projects, contribute to the articulation between the social equipments, population and employees of two Primary Care Units (PCUs). This activity is part of the formation of medical students at the University of São Paulo and focused on emphasizing the aspect of intersectoriality in medical practice and its relation to health promotion. OBJECTIVES: Primarily, we describe the construction of easily accessible informational materials (folder and booklet) about the social equipments available in the region and its disclosure to staff and users of the PCU. Secondly, it is expected to reflect on the effects of these projects on the medical education. METHODOLOGY: We describe the courses of two intervention projects as well as its assessment by health professionals, service users involved and also as part of the process of medical education. A summary table shows the similarities

1. Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Paula Malvezzi Messias. FMUSP. Av. Dr. Arnaldo, 455, sala 2221. São Paulo, SP. CEP: 01246-903. E-mail: paula.messias@usp.br

and differences between the projects. RESULTS: It was noted that most of the staff knew and, to some extent, used part of the equipments in the territory. The unfamiliarity of other equipments was directly related to the greater distance of these in relation to the PCU. The construction of informational material in the form of booklet and folder was evaluated positively by the services and the community involved. CONCLUSION: It was concluded that the production of these materials met the health demands of

these communities and, although simple, will contribute to the structuring of care networks. Furthermore, the approximation with the SUS and the development of knowledge, skills and attitudes over the practice enabled a significant learning.

KEYWORDS: Intersectorial action; Health promotion/supply & distribution; Health promotion/manpower; Health promotion/utilization; Primary health care/utilization; Education, medical/manpower; Educational and promotional materials.

INTRODUÇÃO

Há 12 anos, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina defendem como perfil do egresso, o/a médico/a “com formação generalista, humanista, *crítica e reflexiva*, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com *senso de responsabilidade social* e compromisso com a cidadania, como *promotor da saúde integral do ser humano*”- grifos nossos¹.

Entretanto, atualmente a formação médica ainda prioriza aspectos tecnicistas e assistenciais em detrimento aos aspectos humanos da prática profissional e voltados a promoção da saúde. Tendo em vista a complexidade do processo saúde-doença-cuidado, estudos internacionais apontam para a necessidade de formação que assegure o desenvolvimento de competências nos diferentes serviços de saúde². O ensino/aprendizado voltado, baseado e/ou orientado na comunidade (tradução livre dos termos em língua inglesa: “Community-Oriented Education” ou “Community-Based Learning” ou ainda “Community-based teaching”) foi definido em 1987 como “a educação focada em grupos populacionais ou indivíduos de uma determinada comunidade, que considera as necessidades de saúde relacionadas àquela comunidade”³.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) destaca, entre seus princípios e diretrizes, conceitos como intersetorialidade, equidade, integralidade, universalidade e participação social. Em razão da temática do presente artigo, cabe detalhar a definição do termo intersetorialidade. Para tanto, utiliza-se parte da explicação proposta no dicionário do SUS⁴:

A intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores

como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações.

Tais premissas são fortalecidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada na atenção primária^{5,6}. Ponto comum e necessário para concretização de tais premissas é um entendimento mais amplo da definição ampliada e positiva de saúde em contraponto a simples ausência de doença.

Para fomentar as DCN, em 2005 é lançado o Pró-Saúde, iniciativa interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Busca estimular a reorientação da formação apoiada na integração das Instituições de Ensino Superior (IES) ao serviço público de saúde, de forma a responder às necessidades concretas da população brasileira.⁷

Em resposta e no mesmo ano, a Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) propõe a disciplina Atenção Primária à Saúde I (APS1), voltada aos alunos do primeiro ano e desenvolvida em UBS (Unidades Básicas de Saúde) do Projeto Região Oeste (PRO). Parte de carga horária de tal disciplina envolve a formulação e aplicação de um projeto social de promoção de saúde, a partir de demandas levantadas pelos serviços de saúde.

No segundo semestre de 2012, foram realizados dois projetos que tiveram como objeto de interesse o mapeamento dos equipamentos sociais presentes no território de duas UBS, tendo como objetivo a organização das informações com o intuito de facilitar a articulação entre tais serviços, as UBS e a população local.

A elaboração desses projetos vai ao encontro de qualificações que se busca adquirir na disciplina de Atenção Primária à Saúde⁸, dentre as quais se destacam o entendimento da realidade social e de saúde, a familiarização com o trabalho do agente comunitário, a compreensão da Atenção Primária e o estabelecimento de proximidade com a comunidade local.

Mais do que relatar uma experiência, esse artigo visa demonstrar como a abordagem da intersetorialidade contribui para a atenção integral a saúde do ser humano. Permite ainda

a reflexão sobre o processo de adoecimento, em alguns casos de cura, permeados sempre pela questão do cuidado.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

São descritos a seguir, separadamente, o percurso de trabalho adotado pelos dois grupos, cada um composto por oito alunos da 100ª Turma da FMUSP. Cada projeto contou com a supervisão de um médico, docente da instituição e do Médico de Ensino e Pesquisa (MEP) da respectiva UBS. A carga horária destinada a intervenção foi de 28 horas, isto é, sete períodos de aulas.

Projeto 1

Tendo em vista que o conceito de saúde abrange aspectos físicos, mentais e sociais, são inúmeras as possibilidades de intervenção coletiva desenvolvidas por profissionais da saúde, que permitam desde a promoção, a manutenção da saúde e mesmo o processo de cura de um indivíduo. Inicialmente, a MEP e a docente responsável apresentaram a demanda de articulação da UBS com os equipamentos sociais do território.

Como primeiro passo de aproximação com o problema, os alunos optaram por reconhecer os equipamentos sociais existentes no território de abrangência. Para tanto, foram realizadas inicialmente breves entrevistas com alguns profissionais da UBS. Com essas informações, foi elaborado um questionário voltado ainda aos profissionais do serviço, a fim de avaliar tanto o conhecimento inicial que eles tinham sobre os equipamentos sociais quanto a importância atribuída para a produção de um folder de divulgação.

Em um segundo momento, cada um dos equipamentos foi visitado pelos alunos para a obtenção de informações sobre quais as atividades oferecidas, o público alvo, os horários de funcionamento e as formas de acesso e de contato.

As informações obtidas foram então organizadas em uma cartilha virtual e depois sintetizadas em um folder impresso, concebido para ser simples e autoexplicativo. Além das informações descritivas, o folder elaborado continha um mapa do território, no qual os equipamentos estavam destacados para rápida assimilação de suas localizações.

Foram impressos 1300 folders, sendo que parte deles foi distribuída para usuários do serviço e também para os profissionais de saúde em dois dias diferentes. Cabe ressaltar que os Agentes Comunitários da Saúde receberam várias exemplares para que fossem distribuídos durante suas visitas domiciliares as famílias. O restante do material impresso foi deixado no balcão de atendimento da UBS. Durante a distribuição do folder, alguns usuários consentiram em fornecer seus números de telefone para posterior contato pelos alunos.

Após uma semana da divulgação do folder, foi realizado um segundo questionário para os profissionais da UBS como forma de avaliar o efeito da intervenção desenvolvida. Houve interesse também em identificar a opinião entre os usuários, pesquisa realizada por telefone após 15 dias da distribuição na UBS.

Projeto 2

Após problematização da falta de integração entre equipamentos sociais, decidiu-se trabalhar na construção de uma rede de informações para assim alcançar-se a formação de uma rede de cuidado. Para tanto, foi feito um mapeamento dos equipamentos sociais da região atendida pela UBS, com base em informações fornecidas pelos funcionários da UBS e pelos pacientes.

O questionário de levantamento sobre os equipamentos sociais conhecidos pelos profissionais, elaborado pelos alunos, foi aplicado em reunião geral com o apoio da MEP. Responderam o formulário: ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médicos e psicólogo. Além disso, os alunos conversaram com usuários e outros funcionários, com o cuidado de enfatizar durante a conversa que não se tratava de uma pesquisa de satisfação nem de demandas.

Com tais informações, foram realizadas pesquisas de campo e na internet para detalhar endereço, público-alvo, serviços oferecidos, horário de atendimento e contato de cada equipamento social.

A diversidade dos equipamentos sociais relatados determinou a necessidade de uma categorização (Quadro 1). Para facilitar a busca de informação na cartilha, os equipamentos foram distribuídos em três grandes grupos: educação/ensino, saúde, espaços para a realização de atividades e grupos da UBS, sendo que os dois primeiros ainda foram subdivididos conforme os serviços oferecidos e o público-alvo. As categorias foram correlacionadas a símbolos e cores diferentes, a fim de tornar a consulta mais rápida e agradável.

Com esses critérios de classificação e organização, foi possível decidir a melhor forma de elaboração da Cartilha de Saúde. Em primeiro lugar, decidiu-se imprimir a cartilha em folha de papel sulfite branca A4, na orientação paisagem, com duas colunas e encaderná-la; sendo que, na maioria das páginas, cada coluna continha as informações sobre apenas um equipamento social. O layout simples e o baixo custo de confecção foram pensados para facilitar a utilização, atualização. Durante esse processo, foram realizadas duas avaliações. A primeira no início da intervenção, na qual foram listados 46 equipamentos sociais citados pelos informantes-chaves e que poderiam ser classificados como: “conheço”, “Já usei/Indiquei” ou “não conheço”. Na segunda avaliação, entregue aos funcionários que compareceram à apresentação, constavam

quatro perguntas referentes ao modo como a cartilha foi apresentada e organizada, à sua relevância prática e à sua

importância para indicação dos serviços, segundo uma escala de 0 (péssimo) a 5 (ótimo).

Quadro 1 – Organização dos equipamentos sociais presentes no território da UBS proposta pelo projeto de intervenção coletiva desenvolvido em 2012

Categoria	Subdivisão
 Educação/ensino	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino regular • Atividades extracurriculares e cursos profissionalizantes
 Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde mental / apoio psicológico • Saúde física • Dependência Química • Violência • Serviços de apoio e referencia
 UBS	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de atividades • Listagem de UBS's próximas

Relação entre os projetos

Quadro 2 – Etapas de execução das intervenções coletivas sobre equipamentos sociais, desenvolvidas em cada um dos projetos em 2012

	Projeto 1	Projeto 2
Questionário pré-intervenção e conversa com profissionais da UBS	x	x
Visita aos equipamentos sociais	x	x
Confecção de mapa	x	x
Material para disseminação das informações	Folder	Cartilha
Avaliação pós-intervenção com profissionais	x	x
Avaliação pós-intervenção com usuários da UBS	x	-
Versão digital	-	x

RESULTADOS

Projeto 1

Participaram do questionário inicial, profissionais de saúde (3 médicos, 7 enfermeiros, 6 auxiliares e técnicos de enfermagem e 22 ACS) além de um educador físico. O levantamento envolveu também 4 recepcionistas e 3 profissionais do setor administrativo da UBS. A maior parte (74%) referiu saber como orientar os usuários que desejassem chegar aos equipamentos sociais da região. Contudo, quando questionados sobre atividades específicas como dança, corrida, caminhada, artes marciais, yoga,

esportes de quadra, ginástica artística, parque infantil, teatro e piscina, 28% dos entrevistados não souberam detalhar um equipamento social.

Quatro equipamentos foram mencionados com maior frequência, dois deles do setor público e dois de iniciativa do terceiro setor. A própria UBS foi mencionada como serviço de oferta de algumas das iniciativas elencadas no questionário.

Depois da distribuição dos folders, um novo questionário foi aplicado. Vinte e cinco entrevistados (96%) consideraram o folheto completo, informativo e

suficiente para apresentar e orientar a forma de acesso aos equipamentos sociais à população.

Cabe colocar que 15% (4 profissionais) afirmaram terem sido abordados pelos usuários da UBS sobre as informações contidas no folder. Foram sinalizadas como sugestões de melhoria: informações voltadas a atenção secundária, como os projetos realizados no Centro Comunitário voltados para doenças como tuberculose e HIV.

Além do questionário com os profissionais, foi realizado, por telefone, um questionário com usuários da UBS que receberam o folder no primeiro dia da intervenção. Todos os 21 entrevistados lembravam do folheto; sendo que 17 (81%) afirmaram ter lido. Neste grupo, 13 (76%) consideraram úteis as informações apresentadas, 9 (53%) passaram a conhecer pelo menos um lugar que não conheciam antes de receber o folder, 11 (65%) se interessaram por pelo menos uma das atividades listadas, 2 (12%) pessoas já haviam entrado em contato com pelo menos um dos equipamentos e outras 7 (41%) pessoas pretendiam fazê-lo.

Apesar do pouco tempo entre a distribuição dos folhetos e a aplicação dos questionários, e apesar do número reduzido de entrevistados, foi possível perceber que a intervenção realizada pelo grupo começou a gerar resultados. De acordo com relatos posteriores informais dos ACS da UBS1, pode ser observado um aumento na procura pelas atividades oferecidas pelos equipamentos sociais.

Projeto 2

O questionário pré-intervenção mostrou que entre os 46 equipamentos identificados, 26 (56%) eram conhecidos e 11 já haviam sido indicados pela maioria dos profissionais. Neste grupo destacam-se serviços que oferecem ações voltadas a saúde diretamente (grupos, HU, Pronto Socorro) e o Centro de Convivência e Cooperativa. Por outro lado, observou-se que dois participantes mencionaram desconhecer algumas atividades de grupo desenvolvidas pela equipe da UBS. A análise geográfica dos equipamentos mostrou que os funcionários conheciam pouco os equipamentos sociais mais distantes da UBS.

Quatorze pessoas (75%) afirmaram sentirem-se confortáveis para utilizar ou indicar os serviços listados (1 pessoa respondeu que não e 4 pessoas não responderam). Além dos dados quantitativos, o espaço para respostas abertas trouxe relatos como o transcrito a seguir:

“Sim, já utilizei alguns instrumentos [referindo-se aos equipamentos sociais] antes de ser ACS, e recomendo aos usuários os que conheço. Gostaria de uma ‘apostila’ ou algum folheto que contenham informações específicas de cada um para conhecer e indicar aos usuários”.

A avaliação de reação imediata dos profissionais após o contato com a cartilha produzida foi positiva. Todos os presentes atribuíram valor máximo (5) a pergunta sobre

a contribuição da cartilha para o serviço. A relevância e a forma de organização do material também foram bem avaliadas (média 4,88). Acredita-se que a percepção positiva e a participação no processo de elaboração do material, sinalizem o engajamento dos profissionais da UBS, favorecendo a sustentabilidade da proposta (que demanda expansão e atualização constantes).

DISCUSSÃO

Mapear os territórios em que estão inseridas as UBS, conhecer o trabalho dos profissionais de saúde, interagir com os usuários do serviço de saúde, ver e entender como funcionam os equipamentos sociais e qual a sua importância em uma comunidade: todas essas atividades foram desenvolvidas pelos alunos durante a realização dos projetos de intervenção. A inevitável imersão nos territórios-alvo desses projetos foi fundamental para a compreensão do quanto complexa e necessária é a criação de redes para a promoção da saúde.

Alinhado ao conceito ampliado de saúde, há um conjunto de políticas e medidas que visam a melhorar, de um modo geral, as condições de vida da população. Ações estas que abrangem desde o saneamento básico até o acesso ao lazer e à informação, que procuram diminuir as vulnerabilidades de uma comunidade, que facilitam a promoção da saúde e a prevenção de doenças e que acontecem primordialmente no âmbito da atenção primária.

Os documentos norteadores da APS no SUS (PNAB) e da promoção da saúde⁹ apresentam a intersetorialidade e a adoção de ações multiestratégicas como características importantes. Isso significa que, idealmente, a articulação de diferentes setores – serviço social, lazer, trabalho, transporte público, entre outros – e a integração de conhecimentos de diferentes áreas devem acontecer para que sejam tomadas as melhores medidas e decisões sobre a saúde de um indivíduo, família ou comunidade.

Adotando algumas das reformas propostas em edição especial do periódico *Lancet* sobre educação de profissionais de saúde para o século XXI, publicada em 2010, a disciplina de Atenção Primária à Saúde I (APS) fomenta o desenvolvimento de competências, aqui entendidas como “o uso habitual e criterioso de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade a serem atendidos”¹⁰ ou, como defende a pedagoga Terezinha Rios, o “saber fazer bem”, em suas dimensões técnica, estética, política e ética¹¹.

Seguindo essa linha, os projetos de intervenção partiram de uma demanda apresentada pelas UBS e estimularam que os conhecimentos discutidos em sala de aula fossem trabalhados de forma prática e integrada com o serviço e a comunidade envolvidos.

Ao mapear os territórios, os grupos puderam perceber que há grande quantidade de atividades e serviços

oferecidos à população, mas que muitas vezes há uma subutilização desses recursos. Atividades de cultura, lazer, educação, saúde, assistência social, entre outras, que são fundamentais como fatores de proteção para uma comunidade, muitas vezes são pouco conhecidas e, por isso, pouco exploradas pela comunidade.

Mapear essas atividades e serviços e divulgar para a população e para os próprios profissionais de saúde teve, então, dupla função: didática, por ensinar, na prática, sobre a importância e a dificuldade para criação de redes assistenciais; e de promoção da saúde, por divulgar os equipamentos sociais, que são locais capazes de proporcionar bem estar físico, mental e/ou social à comunidade e que, portanto, contribuem para a saúde, em seu conceito mais amplo.

Conhecer os territórios, as UBS, o dia-a-dia da equipe de profissionais, as qualidades e os problemas do sistema de saúde foram tarefas presentes durante todas as etapas dos projetos. Houve uma imersão no contexto da atenção primária, que é muito mais impactante do que as aulas teóricas sobre o assunto e que, portanto, as complementam.

Tais características também se aproximam da questão da educação permanente em saúde, uma vez que “pela sua natureza relacional, a dinâmica do trabalho vivo em ato traz a possibilidade de ter o mundo da saúde em transformação e, sobretudo, a implicação dos sujeitos com a atividade produtiva”¹². Valoriza-se, assim, o trabalho não só como fonte de cuidado, mas também como fonte de aprendizado continuado para os funcionários de saúde, questionando-se novamente o modelo flexneriano, no qual há uma marcada hierarquia e verticalização na produção do conhecimento, sendo o topo da pirâmide o produtor e a base apenas efetora.

Por fim, a promoção de uma educação interprofissional (que integra várias profissões da saúde), também foi atendida. O embasamento teórico dado pela disciplina foi reforçado pelo cenário das UBS, nas quais uma série de profissionais de diferentes áreas – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, administradores, dentistas, agentes comunitários de saúde, farmacêuticos, psicólogos, educadores físicos, entre outros – trabalham em conjunto para proporcionar para as comunidades o melhor serviço de saúde possível. Cada qual exercendo sua função,

todos integram equipes que buscam práticas colaborativas entre os profissionais, reconhecendo a importância de cada um nos processos de promoção, recuperação e manutenção da saúde na população.

CONCLUSÃO

Os resultados concretos da intervenção, no Projeto 1, foram: a distribuição de folders, feita entre a população local, e, na UBS, a criação de um pequeno cadastro sobre as informações dos equipamentos sociais mais relevantes. Já o Projeto 2 resultou na distribuição de cartilhas entre os diferentes setores da UBS, além da disponibilização de sua versão digital para manuseio e posteriores atualizações. Em ambos, os funcionários passaram a dispor de mais informações sobre os diversos equipamentos da região, resultando na possibilidade de aumentar a frequência de indicação dos serviços para os usuários das unidades e, conseqüentemente, maior utilização dos mesmos. Também apresentaram outras implicações positivas, como a motivação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos outros profissionais de saúde, uma vez que muitos deles não tinham grande conhecimento sobre vários dos equipamentos sociais listados.

O projeto baseou-se na organização e na funcionalidade de informações, considerando o papel importante da intersectorialidade no tratamento de doenças e na promoção de qualidade de vida, sem perder de vista a humanização do atendimento ao paciente. Destaca-se, portanto, a importância de uma infraestrutura organizada e elaborada (no caso da intervenção, uma rede de informações estruturada), para um atendimento de qualidade e eficiente para a população, no âmbito da saúde em seu sentido mais amplo.

Por fim, é importante ressaltar que o objetivo desses dois projetos foi o de fomentar uma rede de cuidados, baseado em demandas e a partir de um instrumento - que deve ser atualizado sob a direção da UBS e de seus funcionários e também com o auxílio da comunidade local, para que essa rede possa ser ampliada. Dessa forma, mais do que buscar resultados imediatos, ambos projetos demonstraram as potencialidades dessa iniciativa tanto para a promoção da saúde quanto para o aprimoramento da educação médica.

Agradecimentos: A elaboração deste artigo é resultado de um ano de estudos na FMUSP, especificamente na disciplina de Atenção Primária à Saúde I. Os alunos agradecem o apoio da professora Ana Cláudia Camargo Gonçalves Germani. Fica também registrado o agradecimento do Projeto 1 à Dra. Leila Yuki Taquecica e do Grupo 2 à orientação da Dra. Ana Paula Amorim e do Dr. Flávio Luengo Gimenez.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Homologada em 03 de out de 2001. Parecer CES 1.133/2001, resolução CNE/CES no 4, 7 nov de 2001.
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda

- J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
3. Habbick BF, Leeder SR. Orienting medical education to community need: a review. *Med Educ*. 1996;30(3):136-71.
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
 5. Moretti-Pires RO. Complexity in family healthcare and the training of future healthcare professionals. *Interface - Comunic Saude Educ (Botucatu)*. 2009;13(30):153-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300013>
 6. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciêns Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*. 2009;14(3):783-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.
 7. 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; 2006 [citado 04 fev. 2011]. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/pro_saude1.pdf.
 8. Vieira JE, Elias PEM, Bensenor IJM, Grisi SJE. Instalação da disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(3):236-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000300006>
 9. Ayres JRCM. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL. *Clínica médica São Paulo: Manole*; 2009. v.1, p.437-55.
 10. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
 11. Rios TA. *Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade*. 8a ed. São Paulo: Cortez Editora; s.d.
 12. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(23):427-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300003>.