

O Internato Rural na formação do profissional farmacêutico para a atuação no Sistema Único de Saúde

Rural Internship in the professional training of pharmacists to serve in the Brazilian Unified Health System

Luciana Tarbes Mattana Saturnino¹

Zélia Profeta Luz¹

Edson Perini²

Celina Maria Modena¹

Abstract *In order to comply with Brazilian Syllabus requirements, some schools of Pharmacy included Rural Internships (RI) in the curriculum as a way of familiarizing students with the Unified Health System (SUS), thereby permitting the interaction of the students with pharmaceutical practices. This work assesses the knowledge about SUS and pharmaceutical activities of students who have taken the RI subject at the schools of Pharmacy of the UFMG. The information gathered was acquired by means of Focus Groups (FG), one before and another immediately after the field experience. Eight students participated in the FG at both stages. The questionnaire of the FG included: concept of the SUS, the activities of the professional in public health and the expectation of the students about the RI. The processing of the information was done by content analysis. It was revealed at both stages the students were unaware of the concepts and principles of SUS. However, after returning from the RI, the students used words like "access," "universal right" and "health promotion." Students were unaware of the activities of the pharmacist in the service and the pharmaceutical care was not mentioned. The data analysis revealed the low level of knowledge of the students about SUS. Nevertheless, they considered RI a motivational curriculum subject for future performance in SUS.*

Key words *Pharmacist, Pharmacy education, SUS, Rural Internship*

Resumo *Para contemplar o exposto nas Diretrizes Curriculares, algumas faculdades de Farmácia têm implantado a disciplina de Internato Rural (IR) como forma de inserção do ensino para o Sistema Único de Saúde (SUS) e de viabilizar a interação do aluno com a prática farmacêutica. Este trabalho analisa o conhecimento dos alunos do IR do Curso de Farmácia da UFMG sobre o SUS e sobre a atividade farmacêutica. A coleta das informações foi feita por meio de Grupos Focais (GF), um antes e outro imediatamente após a experiência de campo. Oito alunos participaram dos dois momentos. O roteiro do GF contemplou: concepção do SUS, as atividades do profissional no sistema público de saúde e a expectativa com o IR. O processamento das informações foi feito pela análise de conteúdo. Observou-se que em ambos os momentos os alunos desconheciam os conceitos e princípios do SUS. Entretanto, após o retorno do município foram observadas palavras como acesso, direito universal e promoção da saúde. Os alunos desconheciam as atividades do farmacêutico no Serviço, e o termo assistência farmacêutica não foi mencionado em nenhum momento. As análises apontaram para o baixo conhecimento dos alunos sobre o SUS e sobre o papel do profissional. No entanto, eles consideraram o IR uma disciplina motivadora para a atuação nele.*

Palavras-chave *Farmacêutico, Ensino de Farmácia, SUS, Internato Rural*

¹ Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto. 30190-002 Belo Horizonte MG. luciana.tarbes@gmail.com

² Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, iniciado em meados da década de 1970, representou um importante período de transformações na organização e na concepção da saúde de modo geral. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu uma nova compreensão no processo saúde-doença e redefiniu o vínculo entre os serviços e os usuários, numa combinação que envolve promoção da saúde, prevenção de enfermidades e atenção curativa. O profissional farmacêutico, que por diversas razões históricas esteve afastado da equipe de saúde, teve uma participação pequena nessa reforma¹. A aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998, a definição do medicamento genérico em 1999 e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004 contribuíram significativamente para o fortalecimento de sua inserção no SUS.

Apesar desses avanços, a prestação de serviços farmacêuticos aos usuários, seja do sistema público seja do privado de saúde, ainda é bastante deficitária no Brasil. No SUS, um dos fatores que dificultam a criação e o desenvolvimento desses serviços é a escassez de profissional com formação acadêmica adequada ao seu processo de trabalho, sobretudo nas Unidades Básicas de Saúde². Soma-se a isso o fato de o nosso país apresentar um grande descompasso entre os modelos de ensino vigentes e as reais necessidades do sistema público de saúde, havendo um consenso entre os observadores da Reforma Sanitária de que a formação de recursos humanos para o setor é um dos atuais problemas do SUS³. O despreparo dos profissionais recém-formados para atuarem na complexidade inerente ao sistema público de saúde é uma constatação frequente, assim como a dificuldade encontrada por eles em compreender a gestão e o controle da sociedade sobre o setor⁴.

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde reiteram a importância de a formação superior propiciar competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional, para atuar de forma a garantir a integralidade das ações em todos os níveis de atenção⁵. Como uma das alternativas para superar essa defasagem e preparar o farmacêutico com esse novo perfil, algumas faculdades de Farmácia do país vêm adotando a implantação dos Internatos Rurais (IR) na grade curricular, esperando com isso promover a integração docente-assistencial e oferecer uma oportunidade ímpar de crescimento pessoal e profissional, mostrando ao estudante que o Sistema Público de Saúde pode ser um local privilegiado de trabalho⁶.

Este artigo tem por objetivo analisar o conhecimento sobre o SUS, a atividade do farma-

cêutico no Sistema Público de Saúde e a influência do IR na formação dos graduandos matriculados na disciplina de Internato Rural do curso de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Material e métodos

A atividade de IR da Faculdade de Farmácia da UFMG (Fafar/UFMG) originou-se em julho de 1995, por meio de um convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto São Francisco (MG). Seu objetivo unia a necessidade de formação dos alunos e a organização da Assistência Farmacêutica (AF) no SUS dos municípios da região consorciada. Posteriormente o IR foi expandido, e até março de 2004 foram desenvolvidas atividades em 187 municípios do estado de Minas Gerais. Atualmente, o IR é uma disciplina optativa com 210 horas, divididas em 50 horas de aulas teóricas e 160 de atividades práticas. Estas são realizadas no período de férias, sob supervisão do coordenador da disciplina que, além de ser o responsável pelas atividades pedagógico-administrativas, como preparação das aulas teóricas, faz os contatos com as prefeituras. O internato rural da Faculdade de Farmácia da UFMG não estabeleceu como pré-requisito a presença de um farmacêutico preceptor no município para receber os alunos. A supervisão do IR fica sob responsabilidade do coordenador da disciplina. Nos municípios onde o serviço contava com o profissional farmacêutico, ele se tornava colaborador da atividade, mantendo contato direto com o coordenador da disciplina.

Podem se matricular no internato alunos da Fafar a partir do sexto período. O conteúdo teórico abrange: conceito e ciclo da AF, política nacional de medicamentos, preenchimento de fichas de estoque, armazenamento, dispensação, atividades de divulgação da informação em saúde para escolas de ensino fundamental e médio, cuidados no manuseio dos medicamentos e elaboração de relatórios. As atividades de campo constam de levantamento situacional da AF municipal, organização do armazenamento e da dispensação e capacitação do pessoal da Farmácia para as atividades básicas da assistência. Como contrapartida, o município oferece aos alunos hospedagem, alimentação e locomoção⁷. O total de alunos por município varia de acordo com o número de habitantes, sendo de dois a três para populações de 15.000 a 30.000 habitantes, de quatro a cinco para 30.000 a 50.000 habitantes e seis alunos para aqueles municípios com 50.000 habitantes ou mais. No final da disciplina, os alunos devem apresentar um relatório final das atividades desenvolvidas⁸.

Pelo currículo atual do Curso de Farmácia da UFMG, todas as disciplinas obrigatórias relacio-

nadas ao SUS são oferecidas a partir do sétimo período. Essa situação encontra-se em fase de mudança devido à implantação do novo currículo, generalista, a partir de 2008.

Foi realizado um estudo qualitativo com alunos da Faculdade de Farmácia da UFMG matriculados na disciplina Internato Rural. A abordagem qualitativa, aqui entendida como prática interpretativa que produz explicações contextuais com ênfase no significado do fenômeno, mais que na frequência, foi empregada por se tratar de um referencial metodológico que permite abordar temas sobre a visão de mundo do sujeito da investigação, e apreender o olhar desses indivíduos ante a realidade social⁹.

Tal população foi selecionada por representar um grupo adequado para se descrever o conhecimento de graduandos em farmácia em um estágio avançado de sua formação, em uma das faculdades de Farmácia reconhecidas entre as maiores do país.

A coleta de informações foi realizada pela técnica de grupo focal (GF)¹⁰, efetuada em dois momentos: antes de o aluno iniciar as atividades do IR nos municípios e imediatamente após o seu retorno. Foi elaborado um roteiro utilizado nos dois momentos com os seguintes temas norteadores: concepção do SUS, atividades destinadas aos farmacêuticos dentro deste sistema, e motivação e expectativa pelo Internato Rural. Cada GF contou com a participação dos alunos, de um coordenador e de um observador. Para evitar constrangimentos aos alunos, os autores pertencentes ao quadro docente da Fafar não participaram das reuniões, que foram gravadas e transcritas na íntegra. Para participar, o aluno deveria estar matriculado na disciplina de IR e ter assistido à apresentação do projeto de pesquisa feita por um dos autores, e concordar em fazer parte do estudo. Após a exposição do trabalho para um universo de 32 alunos, oito aceitaram e participaram dos dois momentos – cinco mulheres e três homens. Todos cursavam o sexto período, e a idade média foi de 23 anos, variando de 21 a 30 anos. Tomando como base a profissão dos pais, esses alunos poderiam ser de classe média a média baixa. Os estudantes não possuíam experiência anterior de estágio ou outra atividade de trabalho no Sistema Público de Saúde e relataram não ser usuários do SUS. A homogeneidade etária, de experiências de vida e de formação dos alunos pode explicar essa saturação com um grupo pequeno.

Para a análise do grupo focal, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo⁹, adotando os seguintes passos: (1) leitura compreensiva, visando à impregnação do material; (2) análise do conjunto e das particularidades do material transcrito, (3) identificação e recorte temático dos discursos relativos às categorias de análise estabelecidas

– concepção do SUS, princípios éticos, princípios organizacionais, atividade farmacêutica e Internato Rural; (4) interpretação e fundamentação dos dados empíricos com a literatura científica.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou, da Fundação Oswaldo Cruz. Para garantir o sigilo das informações, os alunos foram identificados pela letra “A” seguida por números.

Resultados e discussão

A experiência do aluno com o SUS

Público x privado

Quanto à concepção dos princípios éticos e organizacionais do SUS, observa-se que, antes da atividade nos municípios, os alunos desconheciam seu histórico, seus princípios e suas diretrizes. O discurso predominante entre os alunos foi o do SUS como um sistema de atenção à saúde pública para os pobres, ineficaz e de qualidade inferior ao sistema de atenção privada à saúde.

Essa coisa de que o SUS é para todo mundo... O SUS é para as pessoas mais pobres e de periferia. (A5)

Não sou usuária, então conheço pouco e todos falam que não funciona! (A7)

O SUS não funciona por ser público. [...] privatize o SUS que resolve. Quem recebe tem que pagar pra receber, e na realidade, é isso que faz que os planos de saúde funcionem e sejam melhores que o SUS. (A1)

Ainda que o SUS tenha sido concebido como uma política para toda a população, independentemente da condição socioeconômica, a existência de grandes desigualdades sociais e a presença do sistema privado de saúde geram a expectativa de uma política pública dirigida preferencialmente para as parcelas da população não coberta pelo sistema privado¹¹. Embora seja uma realidade socialmente legítima e coerente, se analisada do prisma do princípio da equidade, dado que a atenção pública à saúde é uma atividade que gera distribuição indireta de riqueza, ela não é assim compreendida pelos estudantes, talvez pela dificuldade que apresentam em percebê-la na sua dimensão histórica.

Esta representação social, que para Moscovici¹² é “um produto da interação e comunicação” que se estrutura “a qualquer momento, como consequência do equilíbrio específico desses processos de influências sociais”, pode ser atribuída às experiências individuais e à inserção social desses alunos, baseada nas mais diferentes fontes de informações e julgamentos valorativos dos diferentes grupos sociais em que estão inseridos¹².

Moscovici¹² ressalta que para entender as representações deve-se estudar tanto a cultura como a mente do indivíduo, pois elas emergem não apenas como um modo de compreender um objeto particular, mas também como forma em que o sujeito (indivíduo ou grupo) adquire uma capacidade de definição e uma função de identidade.

O perfil sociodemográfico dos discentes da UFMG no período de 2003/2004 mostrou que, em geral, eles são de classe média, cursaram o ensino médio diurno e não profissional em escola privada, não trabalhavam e prestaram vestibular pouco tempo após a conclusão do segundo grau¹³. Nos GF, os estudantes relataram não serem usuários do SUS e não possuírem experiência anterior de estágio ou outra atividade de trabalho no sistema público de saúde.

O discurso de que os serviços públicos de saúde são piores que os privados é também construído e fortalecido pela mídia:

A gente, assim, tinha uma noção [do SUS] porque o que aparece no jornal é sempre que não funciona, que nunca ninguém consegue nada, diferente dos outros planos, que nem passa nada, e agora eu sei que não é assim! (A3)

A mídia não cria preconceitos, julgamentos ou verdades absolutas, mas “absorve” o imaginário social, revestindo-o de uma roupagem especial, tecnicamente sofisticada e específica para agradar aos mais diferentes segmentos sociais e aos mais variados gostos¹⁴. A imagem veiculada pela mídia de que o serviço privado de saúde, ao contrário do público, é de acesso fácil e alta qualidade não faz jus ao que realmente os usuários desses sistemas percebem em seu cotidiano. Uma pesquisa realizada em São Paulo mostrou que os planos privados não foram identificados com as ideias de total eficiência, facilidade de acesso e absoluta segurança, e o sistema público não se identificou com o caos, mostrando que a realidade vista da perspectiva concreta das experiências dos sujeitos é muito mais matizada do que supõe o senso comum¹⁵.

Apesar de os estudantes não se considerarem usuários do SUS, o Ministério da Saúde mostra que cerca de 90% da população do país é em algum momento usuária do SUS, e que 62% utilizam os serviços assistenciais do sistema único complementado com algum plano de saúde ou atendimento particular¹⁶. Deve-se ressaltar ainda que os adultos jovens, faixa etária do grupo aqui estudado, têm menor necessidade de procurar pelos serviços de saúde, público ou privado¹¹.

A percepção do grupo que participou deste estudo não se diferenciou do senso comum, permanecendo atrelada às imagens baseadas em suas experiências pessoais ou de seu grupo social, ou mesmo àquelas veiculadas pela percepção jornalística nem sempre fundada em realidades antropológicas e sociais mais profundas.

A prática do IR, por sua vez, permitiu aos alunos perceber o sistema público como um local de promoção da saúde e incorporar aos seus discursos palavras como acesso, direito universal, promoção da saúde e até mesmo uma percepção de sua efetividade:

Eu entendo que o principal mesmo do SUS é que ele é universal e que a saúde é um direito de todos. (A4)

[...] ***mesmo a população da zona rural tinha acesso aos serviços.*** (A6)

Eu achei que ia ser uma droga, pela fama que o SUS tem, mas lá eu achei que funciona muito bem... (A2)

A prática de campo, mesmo que limitada, permitiu uma aprendizagem do sistema público de saúde vivenciando-o como sujeito participante, possibilitando que os discentes se reconhecessem como potenciais trabalhadores ou usuários do SUS. Os discursos indicam um aprofundamento na compreensão do que é o SUS. A prática trouxe à tona conceitos fundamentais do compromisso e da qualificação para atuar como sujeito nesse cenário. Com essa vivência, foi possível um olhar mais abrangente do estudante sobre os seus vários aspectos, contribuindo para mostrar a complexidade que envolve o cuidado com a saúde¹⁷.

Entretanto, ressalta-se a permanência de dificuldades em definir corretamente o SUS:

O SUS é um programa que emprega a assistência à saúde da população, tanto em nível municipal quanto estadual. (A1)

A redução do SUS à ideia de um programa é certamente uma expressão da superficialidade conceitual que permanece no grupo, que parece desconhecer sua complexidade como um sistema que engloba vários programas para resolver demandas específicas.

Multidisciplinaridade

A atividade de campo permitiu um contato com o Programa de Saúde da Família, e essa experiência trouxe noções como trabalho em equipe e multidisciplinaridade, as quais começaram a aparecer nos discursos:

Com todos os profissionais, a partir do momento da conscientização de uma equipe de saúde, que trabalha em conjunto, como agora no PSF, [...] se cada profissional se empenhar, não só o farmacêutico... Tem que ser uma equipe multidisciplinar, que está ali, atuando junto pro sistema funcionar. (A6)

As oportunidades surgidas no cotidiano das unidades de saúde, como por exemplo as interações com os diferentes profissionais do sistema público, contribuíram para que os alunos comesçassem a perceber os processos de trabalho na perspectiva dos diferentes fazeres e saberes envolvidos na ação sobre o processo saúde-doen-

ça. Os discursos dos alunos tangenciaram o conceito da atenção integral, implicando a necessidade de se estabelecer uma relação de poder bem definida de cada profissional dentro da equipe de saúde e, não menos importante, entre o profissional e o usuário. Essa compreensão significa o reconhecimento da limitação da ação isolada e a necessidade da ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha¹⁸.

Integralidade e hierarquização

O princípio da integralidade na atenção à saúde é entendido como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema único¹⁹. Talvez esse princípio seja o aspecto mais importante de se trabalhar e incorporar nos currículos de graduação na área da saúde, embora sistematicamente difícil. Essa dificuldade está em romper com o paradigma do sistema médico-centralizado e combater a hegemonia da perspectiva biologicista, presente ainda no sistema público de saúde e no ensino¹⁸. Com relação ao profissional farmacêutico, essa dificuldade pode ser potencializada devido a sua histórica perda de identidade como profissional de saúde e sua consequente formação tecnicista até os dias atuais¹.

Entretanto, observamos que, após a experiência do internato, as falas sinalizaram para uma noção da integralidade na perspectiva do trabalho em equipe e da importância do trabalho interdisciplinar:

Ele [SUS] consegue oferecer serviços de saúde tanto médico, dentista, assistência farmacêutica de forma geral. (A1)

Camargo Jr.²⁰ propõe que a integralidade seja tomada como um ideal regulador, colocando o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental para formar profissionais competentes para o atendimento de toda e qualquer necessidade dos usuários.

Antes e após a experiência de campo, os alunos desconheciam a estrutura organizacional do SUS e também não compreendiam sua hierarquização:

A Prefeitura, às vezes, prefere comprar um monte de Kombi velha pra poder transportar o pessoal pras outras cidades do que implementar o Sistema Único de Saúde dentro das pequenas cidades. (A5)

Para a sua operacionalização, o SUS descentralizou as atividades, o que implicou redistribuição do poder, redefinição de papéis e estabelecimentos de novas relações entre as três esferas do governo: federal, estadual e municipal. Com isso, houve a necessidade de se estabelecerem alguns pilares de sustentação, assim definidos: regionalização, hierarquização e participação popular através dos Conselhos de Saúde¹⁹. Foi ne-

cessário ainda limitar, pela categoria na qual o município se habilita no Ministério da Saúde, as atividades, os procedimentos clínicos e o nível de complexidade que ele deve atender para o repasse adequado dos recursos e para a adequada logística dos serviços²¹. Essa implementação e essa estruturação do serviço dependem da delegação de poderes aos gestores e demais políticos e, conseqüentemente, das suas respectivas capacidades e habilidades para desenvolver tais tarefas. O que se tem observado na prática é o contrário do ideal planejado e, com isso, um atraso no desenvolvimento do SUS^{21,22}.

Os problemas são das autoridades. Se as autoridades quiserem fazer um trabalho sério, tem como funcionar [...] falta de competência do pessoal que tá no poder; pessoal que tem poder de fazer as coisas. (A8)

O maior problema são esses entraves mesmo políticos que tem! (A2)

A formação e a capacidade dos gestores para administrar e gerir de forma adequada toda a complexidade do SUS têm sido bastante discutidas e questionadas, por diferentes autores^{4,18,22}. De acordo com o trabalho de Ceccim e Feuerwerker²², as iniciativas de mudanças no processo de formação de coordenadores, gestores municipais e estaduais e docentes universitários têm sido muito tímidas na sua capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema público de saúde. Limitadas a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado, acabaram mantendo a lógica pragmática das ações e não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de transformação e problematização de suas próprias práticas.

Atividades do profissional farmacêutico no SUS

Os alunos apresentaram muita dificuldade para falar sobre as atividades que o farmacêutico está apto a desenvolver no SUS. O termo “assistência farmacêutica” não foi mencionado. Entretanto, este tem sido amplamente discutido nos meios profissionais brasileiros e reconhecido em documentos legais como um conjunto sistêmico de atividades envolvendo a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população²³. Mesmo após a experiência de campo, os alunos continuaram apresentando uma visão fragmentada das possibilidades de atuação do profissional.

A assistência farmacêutica seria realmente o contato com o paciente. (A3)

Poucos postos de trabalho no SUS, a falta de reconhecimento do farmacêutico como profissional da saúde e o desinteresse, não só da categoria como também dos alunos, por essa área de atuação foram os pontos que dificultaram a inserção do profissional no SUS. Nesse aspecto, os estudantes são enfáticos em afirmar que foram atraídos pelo IR pelo desejo da experiência profissional, do contato com o paciente e de aprender não só sobre as atividades farmacêuticas, mas mormente sobre o SUS:

Eu procurei fazer o Internato Rural porque eu acho que é uma experiência pra gente que tá fazendo Farmácia, pra gente ter um contato maior com o SUS, ter um contato maior da real situação da Farmácia no SUS. Sair do academicismo, pôr em prática um pouco do que a gente estuda e poder contribuir de alguma forma com o que a gente aprende. (A5)

Teoria e prática

A forma com que os discentes aprendem a realizar tarefas profissionais na faculdade, geralmente idealizada, *versus* a realidade do mercado de trabalho que exige do profissional um ritmo mais acelerado demonstra muitas vezes a distância entre o ensino e os setores de prestação de serviços de saúde, em que o estudante se sente despreparado e inseguro para atuar²⁴.

Se não fosse o Internato Rural, que fosse uma outra coisa. [...] no SUS daqui de Belo Horizonte com alguém supervisionando. Mas alguma coisa que desse para pegar essa parte prática. (A4)

A disciplina do IR é historicamente reconhecida como uma atividade na qual o aluno deve ficar “interno”, por um período de tempo determinado, em um local fora do âmbito da universidade. O internato se caracteriza, preferencialmente, por ser efetivado em municípios do interior. Na época da criação da disciplina, não só na Faculdade de Farmácia como também na Medicina e na Odontologia, era comum nos municípios do interior um sistema público de saúde mais precário, inclusive devido à falta de profissionais. Geralmente esses municípios apresentavam forte característica rural na distribuição de sua população, razão da definição do nome da atividade e que permanece até os dias atuais. Se a proposta fosse implantada em regiões metropolitanas, entendemos que esta seria uma experiência rica por atender aos objetivos da disciplina, que é oferecer outro cenário ao estudante, diferente do vivenciado na universidade. Além disso, em relação ao ensino de Farmácia, a experiência que o internato traz pode ser ainda mais rica, considerando que são incipientes nos serviços a assistência e a atenção farmacêutica.

O destaque para a importância dessa articulação entre a teoria e a prática – e a pobreza dessa articulação no ensino – ficou patente em todas

as falas. Para os alunos, é fundamental o enriquecimento mútuo da abordagem teórica e da experiência prática em sua formação, reforçando o valor da dúvida como elemento que instiga ao estudo e ao entendimento para a solução de problemas:

A dificuldade do internato também fez a gente procurar, correr atrás. E não adianta, a gente pode ter mil aulas da coisa, a gente chega achando que sabe tudo e não era. (A2)

Eu não sei, porque quando a gente olha pra matéria [...] com a experiência do Internato, a dúvida que a gente teve sendo respondida, aí a gente: “Ah, agora entendi! É bom também!” (A7)

Essa necessidade de aquisição de habilidades e competências práticas tem sido apoiada pelas diretrizes curriculares, talvez por influência dos diversos debates sobre a formação de profissionais para o SUS. Rossoni e Lampert²⁵ apontam que a vivência de alunos e professores nos diferentes níveis de atenção do SUS deve estar articulada em todas as etapas de formação. A proposta político-pedagógica do curso deve romper a lógica das disciplinas isoladas e do ensino fragmentado.

Os estudantes relataram o envolvimento excessivo da faculdade com as atividades de pesquisa em detrimento das atividades voltadas para o SUS e afirmaram que se formam muito teóricos, direcionados para as atividades acadêmicas, como mestrado e doutorado, e não pelos setores prestadores de serviços de saúde:

Eu acho que essas coisas da gente ser voltado para as pesquisas, a gente como aluno da UFMG, a gente só tem oportunidades, mas dentro da faculdade, assim, onde a gente vai buscar espaço? Se a gente for buscar fora daqui, não dá tempo! Então acaba que o povo busca aqui dentro da faculdade, e o que que a gente vai encontrar aqui dentro da faculdade? É iniciação científica, monitoria, esses tipos de coisas. Não vai encontrar nada de lidar com as pessoas, de paciente, de farmacêutico-paciente da atenção farmacêutica. (A2)

Uma pesquisa na Universidade Federal do Rio Grande de Sul, que explorou a experiência de transição universidade-mercado de trabalho entre jovens universitários dos cursos de Farmácia e Odontologia, também demonstrou que o envolvimento exclusivo com a pesquisa e a iniciação científica é fator de afastamento de outras experiências de formação, mais diretamente ligadas à realidade profissional aplicada²⁴.

As falas dos alunos apontam para a falta de apoio e incentivo da faculdade, o que contribui para o desinteresse dos alunos para as atividades relativas ao SUS, interesse esse relacionado por eles ao grau de politização do aluno. Segundo eles, os colegas que atuam no Diretório Acadêmico (DA) apresentam maior interesse pelas políticas públicas, com maior conhecimento e capacidade de discussão:

Eu acho que o curso não prepara o farmacêutico para isso. A base nós temos, mas parece que o curso não chama a atenção da gente pro SUS, [...] num leva a gente a olhar pro SUS. (A8)

Os meninos do DA [...] eles têm mais conhecimentos, eles discutem mais, eles são mais politizados. (A3)

Geralmente, o pessoal que vai pro PAM [Posto de Atendimento Médico] é o pessoal mais engajado do DA, esse pessoal que quer ir para o PAM, o resto não quer ir. (A4)

A eficácia do Internato Rural

Não obstante o reduzido tempo da atividade de campo, os alunos afirmaram que as expectativas de aprendizado e de crescimento, tanto profissional quanto pessoal, foram atingidas após a experiência vivida:

Minha expectativa não só foi atingida como ultrapassou o que estava esperando. É impressionante o tanto de coisa que você conhece e aprende. (A4)

O tempo foi bastante corrido, e eu acho que deveria ser mais tempo! (A2)

Nesse sentido, as diretrizes enfatizam a responsabilidade das instituições de ensino em criar condições para que o aluno entre em contato com a realidade o mais cedo possível e que desenvolva uma visão coletiva e solidária de seu trabalho. Isso possibilita um confronto crítico entre a teoria e a prática, o que pode garantir uma sólida formação básica multidisciplinar, trazendo uma reflexão sobre o seu papel na sociedade como profissional de saúde⁵.

No final das discussões, apenas um dos alunos afirmou que não trabalharia no SUS depois de formado. Os demais ficaram motivados pelo possível tipo de trabalho envolvendo a população e pelo contato com os usuários:

Eu trabalharia porque achei superinteressante essa parte de ter contato com o paciente [...] antes eu não tinha noção do que era. Eu acho que é um trabalho engrandecedor, um trabalho gostoso, é gratificante, você tá podendo ajudar mesmo as pessoas. (A6)

Considerações finais

De modo geral, o perfil dos alunos que participaram do trabalho foi o de alunos que tinham interesse pelo Sistema Único de Saúde e que buscavam experiências para além dos laboratórios da faculdade.

Durante o caminho percorrido no desenvolvimento do estudo, notou-se que os alunos desconheciam a história de construção do SUS, bem como os seus princípios éticos e organizacionais. O internato permitiu uma aproximação com as atividades do serviço de saúde e favoreceu uma vivência que contribuiu para desfazer alguns (pre)conceitos sobre o SUS, mas não supriu as deficiências conceituais dos alunos.

Há um descompasso entre as aulas teóricas sobre o sistema público de saúde oferecidas no sétimo período e o IR no sexto período do curso, o que provavelmente contribuiu para as falas, especialmente antes da experiência de campo, com conteúdo de senso comum. Ficou patente nos GF a necessidade de discussões, após o internato, que de alguma forma contemplem as atividades que foram desenvolvidas pelos alunos. Dessa forma, a experiência de campo poderia sedimentar o conhecimento, além de contribuir para a elaboração de propostas de trabalho a serem apresentadas e discutidas nos municípios.

Revela-se a necessidade de uma reforma na educação que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação estudante-científica, ética e humanística para o desempenho técnico profissional que possa trazer uma verdadeira relevância social, caso contrário não conseguiremos formar profissionais competentes e adequados para transformar e inserir os serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde²².

Entretanto, os resultados descritos no presente artigo devem ser relativizados e as conclusões restritas ao grupo estudado. Nossa intenção não foi a de esgotar o tema, e sim de trazer elementos para abordagens futuras mais aprofundadas.

Colaboradores

LTM Saturnino trabalhou na elaboração do projeto, na realização do trabalho de campo, na análise dos dados e na redação do artigo; ZP Luz e CM Modena, na organização da pesquisa, análise dos dados, redação e revisão crítica do artigo; E Perini, na organização da pesquisa e na revisão crítica.

Referências

1. Santos MRC. *Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino*. Ribeirão Preto: Holos; 1999.
2. Borges FP, Nascimento-Júnior JM. Assistência farmacêutica na Atenção Primária à Saúde – APS. In: Cordeiro BC, Leite SN, organizadores. *O farmacêutico na Atenção à Saúde*. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005.
3. Rodrigues MM, Reis SMAS. *O ensino superior e a formação de recursos humanos em áreas da saúde: os desafios e tendências atuais da integração e da interdisciplinaridade*. Uberlândia: Programa de Pós-Graduação em Magistério Superior do Centro Universitário do Triângulo (Unit); 2002. (mimeo).
4. Ceccim R, Bilibio LFS. Articulação com o movimento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: Ferla AA, Fagundes SMS, organizadores. *Tempo de inovações: a experiência da gestão da saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa; 2002. p. 163-174.
5. Brasil. Resolução nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação (CNE). Câmara de Ensino Superior (CES). *Diário Oficial da União* 2002; 19 fev.
6. Cury GC, Melo EM, Polignano MV, Leite AA, Barbosa HF. Avaliação do processo didático-pedagógico do Internato Rural – IR: construção de um modelo para avaliação de experiências de integração universidade-serviço de saúde. In: Pereira AB, organizador. *(Re)conhecer diferenças, construir resultados*. Brasília: Unesco; 2004. p. 19-28.
7. Pereira AB. Internato Rural de farmácia da Faculdade de Farmácia. In: Pereira AB. *(Re)conhecer diferenças, construir resultados*. Brasília: Unesco; 2004. p. 440-447.
8. Pereira AB. *Apostila para o curso teórico do Internato Rural de Farmácia da Faculdade de Farmácia*. Belo Horizonte: UFMG; 2007.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
10. Debus M. *Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales*. University of Pennsylvania. Filadelfia: Porter, Novelli; 1988.
11. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida M, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):1011-1022.
12. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes; 2003.
13. Braga MM. Um portal chamado universidade. *Revista da UFMG* 2005; 3(7). [acessado 2009 jan]. Disponível em: <http://www.ufmg.br/diversa/7/inclusao.htm>
14. Njaine K, Minayo MCS. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade. *Cien Saude Colet* 2002; 7(2):285-297.
15. Thibes MZ, Augusto MHO. *As representações dos usuários do SUS: em busca de novas realidades* [relatório final]. São Paulo: FFLCH/USP; 2004.
16. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A saúde na opinião dos brasileiros: Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: Conass; 2003.
17. Carvalho SR, Garcia RA, Rocha DC. O ensino da Saúde Coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. *Interface – Comun Saude Educ* 2006; 10(20): 457-472.
18. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1400-1410.
19. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
20. Camargo Jr. KR. Um ensaio sobre a (in)definição da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 35-44.
21. Marin N. O Sistema Único de Saúde. In: Marin N, Luiza VL, Osorio de Castro CGS, Machado dos Santos S, organizadores. *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Brasília: Opas/OMS; 2003. p. 13-34.
22. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Rev Saude Coletiva* 2004; 14(1):41-65.
23. Brasil. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União* 2004; 6 maio.
24. Teixeira MAP, Gomes WB. Estou me formando... e agora? Reflexões e perspectivas de jovens formandos universitários. *Rev Bras Orientação Profissional* 2004; 5(1):47-62.
25. Rossoni E, Lampert J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. *Boletim da Saúde* 2004; 18(1):87-98.

Artigo apresentado em 08/05/2008

Aprovado em 15/12/2008

Versão final apresentada em 10/01/2009