

Interação Comunitária e Planejamento Participativo no Ensino Médico

Participatory Planning and Community Interaction in Medical Education

Fabírcia Vieira de Matos¹
Antônio Prates Caldeira¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Planejamento em Saúde;
- Participação Comunitária;
- Atividades Educacionais.

KEYWORDS:

- Health Planning;
- Community Participation;
- Educational Activities.

RESUMO

A promoção de saúde demanda uma ação coordenada entre população, poder público e setor saúde, visando à melhoria das condições de saúde. A formação médica deve propiciar ao estudante o contato comunitário e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde no contexto em que vive a comunidade. Este artigo descreve a experiência de realização do planejamento participativo e interação comunitária conduzida por estudantes do curso médico em uma área atendida por equipe de Saúde da Família em Montes Claros (MG), ocorrida entre agosto de 2009 e março de 2010. A Estimativa Rápida Participativa e o Método Altadir de Planificação Popular foram os métodos norteadores das atividades, possibilitando o enfrentamento de um problema vivenciado pela população e a intervenção direta e positiva da comunidade nos determinantes do seu processo saúde-doença com apoio dos estudantes de Medicina, que consolidaram os conceitos de promoção da saúde e de prática educativa transformadora.

ABSTRACT

Health promotion demands coordinated action between the public, government and the health sector in order to improve health conditions. Medical training should provide the student with opportunities to have contact with the community and develop health promotion actions in the context of that community. This report describes the experience of participatory planning and community interaction conducted by medical students in an area served by the Family Health Team in Montes Claros — MG, between August 2009 and March 2010. Participatory Flash Estimate and the “Altadir” Method of Popular Planning were employed as guiding methods for the activities. This enabled the tackling of an issue experienced by the public and direct and positive community intervention in determinant factors of the health-disease process, with the support of medical students, consolidating the concepts of Health Promotion and transformative educational practice.

Recebido em: 28/11/2011

Reencaminhado em: 02/02/2013

Aprovado em: 20/05/2013

INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, definiu que a saúde constitui o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e que através das ações de promoção as condições e recursos fundamentais para a saúde se tornam acessíveis. Assim, “promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”¹.

A promoção de saúde está associada à qualidade de vida, à saúde, à solidariedade, à equidade, à democracia, à cidadania, ao desenvolvimento, à participação e à parceria intersetorial. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais². As ações de promoção de saúde implicam uma ação coordenada entre população, poder público e setor saúde. Os atores sociais trabalham com ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e em sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais e instituições que prestam serviços de saúde e governos¹.

O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades — a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado¹. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) reforça que o nível de saúde de uma população pode ser expresso pela organização social e econômica desta e tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais³.

Entende-se que o setor saúde, articulado com outros setores, pode estimular a capacitação comunitária, reforçando-a para enfrentar seus problemas, com o enfoque da promoção de saúde. O planejamento envolve, necessariamente, um exercício de ação consciente e orientada (da pessoa ou do grupo)

sobre a realidade, com o objetivo de transformar uma dada situação. Assim, planejar implica adotar processos sistemáticos e criativos que visem à modificação da realidade. O fundamental não é o consumo de decisões simplesmente, mas o empoderamento a partir da aprendizagem e da conscientização que o planejamento possibilita⁴. Apesar das várias correntes de planejamento em saúde, no Brasil, todas preconizam o processo dialógico e valorizam a aprendizagem propiciada⁵, destacando-se o Pensamento Estratégico em Saúde, de Mário Testa, e o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus.

O Pensamento Estratégico em Saúde, na proposta de Mário Testa, discute e formula a “tipologia de poder em saúde”, evidenciando-se o poder político, o técnico e o administrativo. O poder político representa a defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos; o poder administrativo são as atividades e os processos que implicam o manejo de recursos; e o poder técnico se define pelo uso de conhecimentos e tecnologias em qualquer dos níveis de funcionamento no setor saúde⁶.

O Planejamento Estratégico Situacional, formulado por Carlos Matus, compreende um espaço de relações de produção social onde os atores estão em uma mesma realidade, combinando ações estratégicas e comunicativas entre si, a fim de construir acordos sobre os problemas a serem enfrentados, a meta a ser obtida e a ação a ser desenvolvida⁶.

A participação social é um modo de vida baseado na conquista de direitos geradores de um compromisso comunitário no qual a população e o governo constroem uma situação de negociação mútua para constituir uma trama bem urdida e sólida de organizações, construindo a democracia como algo cotidiano e normal. Ela se constitui sob os ideais democráticos baseados na igualdade, na pluralidade e na deliberação política, impregnados pelo sentido solidário da comunidade em processar um interesse comum⁷.

Embora o envolvimento dos profissionais e estudantes da área da saúde seja desejável nesse processo de fortalecimento das ações comunitárias na promoção da saúde, não se trata de uma tarefa facilmente assimilada por eles. Particularmente em relação aos cursos médicos, as Diretrizes Curriculares Nacionais destacam que um dos objetivos na formação do médico é dotar o profissional dos conhecimentos para o exercício da atenção à saúde, devendo esses profissionais estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, em nível tanto individual quanto coletivo. Essas mesmas Diretrizes orientam que nos conteúdos essenciais de um curso de graduação em Medicina devem estar relacionados o “processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade, epidemiológica e pro-

fissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina"; bem como "a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença"; e "a abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção"⁸.

Foi nesse contexto que algumas universidades construíram propostas para a integração comunitária, inserindo os estudantes em situações reais que favorecem a articulação da teoria com a prática em cenários de aprendizagem que estão fora da sala de aula. Isto porque a diversificação dos cenários de aprendizagem pode ser uma estratégia para aproximar os estudantes da vida cotidiana das pessoas e desenvolver nos acadêmicos um olhar crítico voltado para os problemas reais da população⁹. É nesse cenário que a aprendizagem baseada na comunidade acontece. Nela, o estudante é inserido em um processo dinâmico de práticas integradas à comunidade, construindo seu conhecimento e prestando serviço de saúde à população¹⁰.

Frente a esse desafio, a Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) reformulou o currículo do curso médico em 2002 e implantou o currículo integrado com uso da metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas e inserção do módulo Interação, Aprendizagem, Pesquisa, Serviço e Comunidade (IAPSC). Este módulo é ministrado nos primeiros seis períodos do curso médico junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Montes Claros (MG) e à população atendida por esta, sempre sob a supervisão de um professor da instituição. Seu objetivo é introduzir o estudante de Medicina na realidade social e na prática sanitária desde o início do curso, de forma a lhe proporcionar a aprendizagem imprescindível à sua formação. Permite ao acadêmico inserir-se, conhecer e apropriar-se do território por meio da interação com a comunidade e a equipe de saúde.

Dentre os objetivos propostos para o segundo e terceiro períodos do curso médico nas atividades de IAPSC, estão o desenvolvimento da capacitação pedagógica, o planejamento participativo e a prática baseada em evidências. O planejamento constitui um instrumento para o trabalho comunitário, que utiliza discussões e exercícios que auxiliam a ampla compreensão dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da comunidade assistida. Esses fatores, aqui denominados "problemas", são analisados e discutidos, sendo eleito um "problema" central para enfrentamento. Experiências de realização do planejamento participativo já foram relatadas em trabalhos realizados com estudantes do curso médico em área de atuação de equipes da ESF, tendo com métodos a Estimati-

va Rápida Participativa (ERP) e passos do Método Altadir de Planificação Popular (Mapp)^{11,12}.

De modo geral, a ERP apoia o planejamento participativo local, contribuindo na identificação das necessidades de saúde e facilitando a tomada de decisão em conjunto com a própria comunidade que recebe e avalia o serviço. E o Mapp é um método para planejamento em nível local, principalmente nos que não compõem uma rede complexa. Sendo coerente com os princípios do SUS, ele objetiva facilitar a planificação a partir de uma base popular, que favorece o comprometimento da comunidade e de suas lideranças com a análise e enfrentamento de seus problemas¹³.

O presente trabalho apresenta e descreve a experiência de realização do planejamento participativo para capacitação comunitária, conduzida por estudantes do curso médico da Unimontes junto à comunidade atendida por uma equipe da ESF.

MATERIAL E MÉTODOS

A experiência aqui descrita transcorreu de agosto de 2009 a março de 2010, tendo sido realizadas oficinas de trabalho com a metodologia da ERP e do Mapp. Participaram das oficinas os funcionários de uma equipe de Saúde Família Santa Lúcia I, de Montes Claros (MG), membros e lideranças da comunidade atendida por essa equipe, monitores da Secretaria de Saúde, estudantes e tutor da Unimontes.

A primeira etapa foi a realização da ERP, que utilizou três fontes de dados: registros escritos (Relatório do Diagnóstico Local da área de abrangência da ESF Santa Lúcia I); entrevistas com informantes-chave (Agentes Comunitários de Saúde, moradores da área de abrangência da equipe de Saúde Santa Lúcia I); e observação direta do campo (visualização do território de abrangência da Equipe de Saúde da Família).

A ERP possibilitou conhecer os fatores determinantes e condicionantes que influenciavam o nível de saúde da população atendida pela equipe de Saúde Santa Lúcia I, permitindo a construção prévia de um diagnóstico situacional da área de abrangência dessa equipe e a definição da região a ser trabalhada. Então, definiu-se que o Mapp seria realizado com os moradores de dois bairros locais (Veneza Park e Vila Fênix), devido a essa região ser mais periférica em relação às demais e também por ser uma área de habitação recente com desorganização social.

Para tanto, foi necessário identificar informantes-chave, residentes dos bairros Veneza Park e Vila Fênix capazes de representar o ponto de vista da coletividade dos moradores dessas áreas. Assim, esses informantes foram identificados e contatados a fim de que lhes fossem explicados os objetivos

do trabalho e solicitado apoio para mobilizar a população e identificar um local na comunidade para realizar as oficinas.

O Mapp foi efetivado por meio dos seguintes passos: seleção do problema; descrição do problema; explicação do problema; desenho da situação-objetivo; seleção dos nós críticos; desenho das operações e demandas de operações; definição das responsabilidades pelas operações; definição de responsáveis pelas demandas de operação; avaliação e cálculo dos recursos necessários para desenvolver as operações; identificação dos atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano; recursos críticos para desenvolver as operações; identificação dos atores que controlam os recursos; seleção de trajetórias; análise de vulnerabilidade do plano; e desenho de sistema de prestação de contas, em consonância com a metodologia proposta¹³.

Para a execução da primeira oficina, os estudantes de Medicina visitaram as residências dos informantes-chave e os convidaram pessoalmente. Nessas visitas, foi identificada a residência de uma informante-chave para a realização da primeira oficina. Para as demais oficinas, cada participante ficou responsável por convidar mais pessoas. Em cada oficina era estabelecida a data, o local e o horário da próxima.

Cada oficina foi coordenada por um moderador (acadêmico) e um facilitador (tutor). Todas as oficinas foram registradas em ata, que depois era lida e, se aprovada, era assinada pelos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As oficinas de trabalho em grupo foram conduzidas em residências de moradores do bairro Veneza Park com a participação de estudantes do curso médico e uma tutora do módulo IAPSC. A realização das oficinas em locais mais próximos dos moradores foi um aspecto positivo para assegurar a participação e o prosseguimento das atividades. Embora a localização não tivesse sido definida a priori como estratégia de adesão às atividades, os relatos dos participantes definiram a necessidade de manter os pontos de encontro em áreas mais próximas de suas residências, recusando a possibilidade de encontros na unidade de saúde.

Seleção do problema

A primeira oficina teve por objetivos mostrar aos participantes o resultado da ERP, apresentando aos moradores os problemas relacionados às condições e aos recursos fundamentais à saúde levantados pelos estudantes do IAPSC, e eleger, juntamente com os participantes, os problemas que eles percebiam como mais prevalentes nos bairros Veneza Park e Vila Fênix.

Para elencar os problemas, foi utilizada a técnica de brainstorming ou “tempestade cerebral”, a fim de “gerar/criar diversas ideias no menor espaço de tempo possível”¹⁴. Para tanto, foi solicitado que todos os participantes descrevessem individualmente, em uma folha de papel, problemas que percebiam nos bairros onde moravam. Após essa etapa, todas as ideias foram registradas em um cartaz, onde podiam ser vistas por todos, e nenhuma ideia foi criticada ou rejeitada.

Com essa técnica foi possível elencar os problemas e classificá-los de acordo com o número de vezes que os participantes os escolheram. Os problemas mencionados foram: falta de uma linha de transporte público (nove votos); falta de telefone público (sete votos); falta de área de lazer nas praças (sete votos); falta de limpeza nos lotes vagos (cinco votos); falta de pontos comerciais (cinco votos); falta de limpeza pública nas ruas (quatro votos); falta de asfalto no bairro Vila Fênix (três votos); falta de proteção na Lagoa dos Portugueses (dois votos).

Na segunda reunião, os participantes elegeram um problema prioritário utilizando a matriz de prioridade, seguindo a recomendação de seleção de um “problema ou causa prioritária diante de condições próprias, customizadas e da especificidade do processo”¹⁴. Para a construção dessa matriz, os participantes analisaram os três problemas mais votados segundo os critérios de abrangência, urgência e capacidade de enfrentamento. Cada um desses quesitos foi avaliado também quanto à intensidade, e para isso foi definida uma escala de pesos (1, 2 e 3) na avaliação dos critérios.

Para explicar os quesitos foram dados exemplos. Para urgência, “é o que você precisa fazer mais rápido”, “quando uma casa está pegando fogo e há uma criança lá dentro, o que é preciso fazer mais rápido: apagar o fogo ou salvar a criança?”. Para capacidade de enfrentamento, buscou-se descrever uma situação real. Logo após, fez-se a pergunta: “se o muro da casa de dois homens, um pedreiro e outro que não é pedreiro, cair, qual deles irá erguer o muro com mais facilidade sem a ajuda de outra pessoa?”; então, capacidade de enfrentamento “é quando você ou a comunidade é capaz de fazer alguma coisa sem ajuda de outra pessoa ou sem a ajuda de alguém que não está na comunidade”. Abrangência foi definida desta forma: “quando fazemos algo que consegue beneficiar um número grande de pessoas, podemos dizer que nossa ação é abrangente, e, se não consegue, podemos dizer que tem pouca abrangência”, “se há dinheiro para realizar uma benfeitoria e eu faço o asfaltamento de rua em vez de construir uma casa, estou atendendo mais pessoas, então o asfaltamento da rua é de alta abrangência”.

Após a análise desses critérios, cada participante pontuou os três critérios para cada problema selecionado anteriormente, construindo-se, assim, uma matriz de prioridades. A Tabela 1 apresenta os resultados da seleção que destacou a falta de transporte coletivo nos bairros como o principal problema a enfrentar.

TABELA 1

Matriz de prioridades definida pelos moradores dos bairros Veneza Park e Vila Fênix no desenvolvimento do planejamento participativo; Montes Claros, 2009

Problemas	Critérios			Total
	Urgência	Abrangência	Capacidade de enfrentamento	
Falta de uma linha de transporte público	30	26	18	74
Falta de telefone público	19	22	17	58
Falta de área de lazer	20	21	16	57

O transporte é um determinante social de qualidade de vida coletiva, pois esta resulta das condições ambientais e estruturais que se desenvolvem na sociedade. Esse problema foi entendido como um problema social e, assim sendo, definido como uma situação que implica nível insatisfatório de qualidade de vida da coletividade. Sua solução foge do âmbito da ação individual e de seu ambiente imediato, mas pode ser alcançada mediante atuação da sociedade como um todo¹⁵.

Descrição do problema

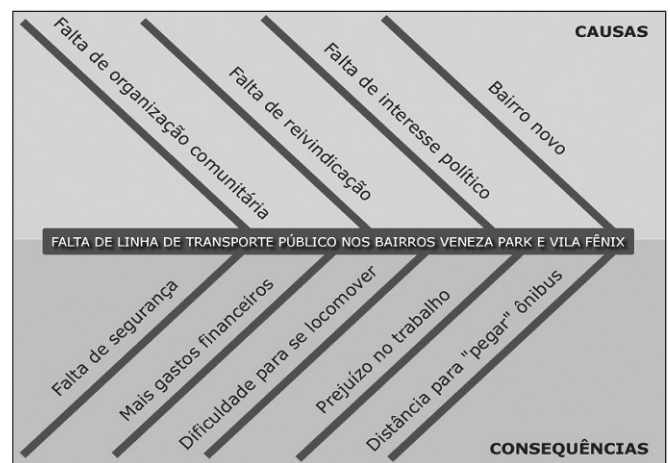
A descrição do problema foi expressa por meio do sintoma apresentado, mostrada por meio de um descritor objetivo e mensurável, permitindo criar um indicador capaz de medir os resultados alcançados¹³. Para essa etapa foi necessário fazer um levantamento das linhas de transporte público que passavam mais próximo dos bairros Veneza Park e Vila Fênix, bem como dos horários e itinerários dessas linhas. O descritor escolhido foi “ausência de linha de transporte público nos bairros Veneza Park e Vila Fênix”.

Explicação do problema

Para a explicação do problema foi realizado o levantamento de causas e consequências mediante a elaboração do diagrama de causa e efeito, também chamado diagrama do tipo “espinha de peixe”, “que é um diagrama que visa estabelecer a relação entre o efeito e todas as causas de um processo. Cada efeito possui várias categorias de causas, que, por sua vez, podem ser compostas por outras causas”¹⁴.

Assim, o problema — “falta de linha de transporte público nos bairros Veneza Park e Vila Fênix” — foi escrito no centro da “espinha de peixe”, e as causas e consequências foram anotadas em linhas diagonais, respectivamente, na parte superior e inferior do diagrama (Figura 1). O moderador foi anotando as opiniões à medida que os participantes expressavam suas percepções quanto às causas e consequências do problema. Todos os participantes puderam visualizar e compreender o que estava sendo feito.

FIGURA 1
Diagrama “Espinha de Peixe” Construído nas Oficinas com os Informantes-chave dos Bairros Veneza Park e Vila Fênix



A “espinha de peixe” com causas e consequências apontou dois nós críticos: “falta de reivindicação” e “falta de organização comunitária”. Os critérios para a seleção dos nós críticos foram “alto impacto sobre o descritor do problema” e “ser um centro prático de ação”, ou seja, alguns dos participantes deveriam ter governabilidade sobre essa causa e “ser um centro oportuno de ação política”, ou seja, ter viabilidade política durante o período do plano.

Desenho da situação-objetivo

O desenho da situação-objetivo foi realizado construindo-se um mapa da região dos bairros Veneza Park, Vila Fênix e adjacências, constando o itinerário atual, o que se desejava alcançar e uma planilha de horários dessas linhas de ônibus.

Plano de ação e demais etapas do processo

Após a esquematização do diagrama “espinha de peixe” e o desenho da situação-objetivo, passou-se à estruturação de um pla-

no de ação para enfrentar o problema. Nessa etapa foi imprescindível a construção da “espinha de peixe” com a identificação dos nós críticos, pois, para enfrentar o problema, seria preciso programar operações capazes de alterar a descrição de cada nó crítico. O próximo passo foi a elaboração do desenho de operações e demandas de operações, ou seja, o levantamento das possíveis ações para o enfrentamento do problema. Essa atividade foi realizada em uma quarta reunião. Partiu-se, inicialmente, para uma discussão das soluções para os três nós críticos identificados.

Chegou-se à conclusão de que os nós críticos “falta de reivindicação” e “falta de organização comunitária” seriam os pontos a serem trabalhados para o enfrentamento do problema. Essa decisão foi embasada na possibilidade de os problemas mais simples, para aquele grupo de pessoas, serem inicialmente enfrentados.

Dessa maneira, para a “falta de reivindicação” propôs-se buscar apoio da Associação de Moradores do bairro mais próximo para solicitar, por meio de ofício à prefeitura de Montes Claros e órgãos competentes, uma linha de transporte público que percorresse os bairros Veneza Park e Vila Fênix. Para isso, os estudantes se responsabilizaram por contatar os representantes da Associação de Moradores do bairro Delfino Magalhães e elaborar o documento. Alguns moradores ficaram encarregados de elaborar um abaixo-assinado e buscar assinaturas de moradores dos bairros. Esse abaixo-assinado, o ofício e os mapas anteriormente confeccionados comporiam um relatório a ser encaminhado à prefeitura de Montes Claros.

Para a “falta de organização comunitária” foi proposta a composição de uma chapa para eleger uma Associação Comunitária. Com o apoio e orientação de um representante da Associação de Moradores do bairro Delfino Magalhães, promoveu-se uma reunião com moradores dos bairros Veneza Park e Vila Fênix, iniciando-se, assim, o processo de implantação da Associação de Moradores desses bairros.

Foram desenvolvidos ao longo das oficinas, como parte importante do processo, os seguintes passos: definição das responsabilidades pelas operações; definição de responsáveis pelas demandas de operação; avaliação e cálculo dos recursos necessários para desenvolver as operações; orçamento; identificação de atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano; identificação de recursos críticos para desenvolver as operações; identificação dos atores que controlam os recursos; seleção de trajetórias; análise de vulnerabilidade do plano; desenho de sistema de prestação de contas.

As atividades realizadas culminaram no início do atendimento dos bairros Veneza Park e Vila Fênix pela linha de transporte público e na eleição e posse de uma Associação de Moradores para representar esses bairros no dia 28 de fevereiro de 2010.

A inserção de estudantes de Medicina em atividades comunitárias é uma iniciativa de interação ensino-serviço-comunidade apoiada pelos ministérios da Saúde e da Educação, segundo a proposta de estimular práticas formativas de profissionais da saúde mais envolvidos com o SUS¹⁶. Nos últimos anos, a parceria entre os dois ministérios estimulou a realização de atividades tutoriais similares à experiência descrita neste artigo, por meio do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), promovendo a integração entre diferentes categorias profissionais e a inserção dos estudantes da saúde na realidade de comunidades periféricas¹⁶⁻¹⁸.

Experiências que integram o estudante de Medicina com a comunidade tendem a promover a formação de um profissional diferenciado, pois agregam, além da qualificação técnica, o desenvolvimento do espírito crítico e de responsabilidade social. Para Pizzinato e colaboradores, a vivência do estudante com a gestão e com o planejamento em saúde, privilegiando o trabalho em equipe, visa à formação integral do profissional de saúde¹⁸. Essa integralidade incorpora também a compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas¹⁹.

CONCLUSÃO

Com a aplicação do Mapp foi possível atuar sobre um problema identificado pelos moradores dos bairros Veneza Park e Vila Fênix. Essa atuação se deu mediante participação efetiva dos estudantes do curso médico da Unimontes, bem como dos integrantes das oficinas realizadas, sendo que os estudantes foram facilitadores do processo de planejamento participativo, capacitando a comunidade para o enfrentamento de seus problemas.

Essa capacitação possibilitou a intervenção direta e positiva da comunidade nos determinantes do processo saúde-doença e o desenvolvimento do que determina o conceito de promoção da saúde. Possibilitou também a consolidação da intersetorialidade e a construção de parcerias.

Nesse contexto, observou-se que os atores envolvidos nesse processo entenderam a extensão do conceito de saúde e suas inexoráveis repercussões para o seu pleno e satisfatório bem-estar. Tal fato foi de fundamental importância, pois facilitou o bom rendimento dos acadêmicos em seus trabalhos e o sólido cumprimento dos objetivos traçados.

A participação dos estudantes do curso médico ensejou a incorporação do conceito de promoção da saúde, a percepção de determinantes do processo saúde-doença além do âmbito biológico e a necessidade de atuação intersetorial na construção de melhor qualidade de vida. O módulo IAPSC, na Unimontes, no período relatado, constituiu um cenário de prática educativa transformadora no que se refere à interação comu-

nitária por meio do planejamento participativo. A experiência relatada é facilmente reproduzida e tem o potencial de gerar para os estudantes de Medicina maiores conhecimentos no campo da saúde coletiva e da integração comunitária.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção à Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: MS; 1996.
2. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2000 [acesso em 15 ago 2010];5(1):163-77. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>
3. Brasil. Lei Federal no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento com enfoque estratégico: uma contribuição para o SUS. Brasília: MS, Fundação Nacional de Saúde. 1999.
5. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 2 out. 2010]; 15(5):2265-74. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a02.pdf>
6. Teixeira CF, (org.). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010.
7. Demo P. Participação é conquista. 3ª. ed. São Paulo: Cortez; 1996.
8. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União, Brasília*, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38-39.
9. Ferreira RC, Silva RF, Aguer CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(1):52-9.
10. Silva RF. Prática educativa transformadora: a trajetória da unidade educacional. São Paulo; 2000. Mestrado [Dissertação] – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
11. Aguiar GN, Fagundes GC, Leão KMB, Almeida PHO, Souza MS. Planejamento Participativo realizado em área de abrangência do Programa Saúde da Família. *Revista APS*. 2006;9(1):45-9.
12. Antunes LA, Oliveira Filho IT, Colares M, Guimarães PDG, Peixoto LM, Lemos JRM, et al. Planejamento participativo: ferramenta de sucesso na parceria entre PSF, comunidade e prefeitura. *RUC*. 2007;9(1):111-8
13. Tancredi FB, Barrios RL, Ferreira JHG. Planejamento em Saúde. v.2. São Paulo: USP; 1998. v.2. [acesso em 1 jan. 2013]. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/index.html.
14. Rodrigues MVC. Ações para a qualidade: gestão estratégica e integrada para a melhoria dos processos na busca da qualidade e competitividade. 3ª ed. atual. ampl. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2010.
15. Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2004.
16. Ferreira VS, Barreto RLM, Oliveira EK, Ferreira PRF, Santos LPS, Marques VEA et al. PET-Saúde: uma Experiência Prática de Integração Ensino-serviço-comunidade. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36 (1 Supl.2):147-51.
17. Rodrigues AAAO, Juliano IA, Melo MLC, Beck CLC, Prestes FC. Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1 Supl. 2):184-92.
18. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen EV. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1 Supl. 2):170-7.
19. Lopes RE, Malfitano APS, Palma AM, Furlan PG, Brito EM. Educação e Saúde: Territórios de Responsabilidade, Comunidade e Demandas Sociais. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36(1 Supl.1): 18-26.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Fabrícia Vieira de Matos foi responsável por analisar e interpretar os dados, revisão de literatura, elaboração da versão do artigo e pela concepção e orientação das atividades desenvolvidas. Antônio Prates Caldeira foi responsável por analisar e interpretar os dados, revisão de literatura e elaboração da versão do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fabrícia Vieira de Matos
Rua João Pinheiro, 128 — apto 101
Centro — Montes Claros
CEP 39400-093 — MG
E-mail: matosfabricia@yahoo.com.br