



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO



ÉRIKA SOARES CALDEIRA

**Inserção do estudante de medicina no serviço de saúde: a
percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família**

Montes Claros, MG
2010



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO



ÉRIKA SOARES CALDEIRA

**Inserção do estudante de medicina no serviço de saúde: a
percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, PPGCS, da Universidade Estadual de Montes Claros / UNIMONTES como parte integrante dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto
Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Maisa Tavares de Souza Leite

Montes Claros
2010

C146i Caldeira, Érika Soares.
 Inserção do estudante de medicina no serviço da saúde [manuscrito] : a
percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. / Érika
Soares Caldeira. – 2010.
 92 f.

 Bibliografia : f. 80-82.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros –
Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/ PPGCS,
2010.

 Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.
 Co-orientadora: Prof^a Dr^a Maisa Tavares de Souza Leite.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: *Prof. Paulo César Gonçalves de Almeida*

Vice-Reitor: *Prof. João dos Reis Canela*

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação: *Prof.^a Sílvia Nietsche*

Coordenadoria de Pós-Graduação: *Prof. Dr. Hercílio Martelli Júnior*

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMÁRIO

Coordenação: *Prof. Dr. Paulo Rogério Ferreti Bonan*

Subcoordenador: *Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto*

ALUNA: Érika Soares Caldeira

TÍTULO DO PROJETO: “Inserção do estudante de medicina no serviço de saúde: a percepção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família”

BANCA (TITULARES)

Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto – ORIENTADOR/PRESIDENTE

Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira - UNIMONTES

Prof. Dr. Nildo Alves Batista - UNIFESP

BANCA (SUPLENTE)

Prof. Dr. Sílvio Fernando Guimarães de Carvalho – UNIMONTES

Profa. Dra. Roseane Durães Caldeira – Faculdades Integradas Pitágoras e FUNORTE

APROVADA

REPROVADA

Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF
[HTTP://www.unimontes.br](http://www.unimontes.br) / ppgcs@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372
Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros-MG, Brasil – CEP: 39401-001

AGRADECIMENTOS

- ❖ A Deus que tudo providenciou.
- ❖ Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Montes Claros que me proporcionou a oportunidade de qualificação profissional.
- ❖ A João Felício e Maísa, por terem me orientado ao longo deste trabalho, com valorosos ensinamentos, paciência e compreensão.
- ❖ Aos professores, Antônio Prates Caldeira, Roseane Durães Caldeira, Nildo Alves Batista e Sílvio Fernando Guimarães de Carvalho, que gentilmente aceitaram participar da bancas de qualificação e defesa, contribuindo grandemente com as suas avaliações.
- ❖ À todos os professores, as secretárias Kátia e Maria do Carmo e colegas do PPGCS que colaboraram direta ou indiretamente com este estudo.
- ❖ À Secretaria de Saúde da Prefeitura de Montes Claros pelo apoio.
- ❖ Aos colegas da Estratégia Saúde da Família, estudantes e usuários do serviço que fazem parte da minha vida e são a razão deste estudo.
- ❖ A meu pai, Antônio, que nunca mediu esforços para que eu pudesse estudar.
- ❖ Ao meu irmão e melhor amigo Igor, companheiro de todas as horas, pelo exemplo de humildade e esforço.
- ❖ Às minhas madrinhas Glória e Malvina pelo carinho e cuidado, às minhas primas Daniele e Zinha pela grande ajuda, e a toda minha família e amigos pelo apoio e orações.
- ❖ Ao meu amado marido Harlen pelo companheirismo.
- ❖ À minha filha Beatriz, luz da minha vida, pelo amor que me impulsiona a seguir em frente.
- ❖ À minha mãe, exemplo de dedicação e de professora que me inspira mesmo longe.

RESUMO

Há um movimento de mudança na formação médica impulsionado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) recomendando a inserção do estudante de medicina no cenário de prática desde o primeiro período do curso, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo objetivou compreender as potencialidades e dificuldades da inserção dos estudantes de medicina em Equipes de Saúde da Família (ESFs) através das publicações dos últimos cinco anos e da percepção dos profissionais destes serviços. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros em 24/10/08, nº 1240/08. Foram selecionados artigos da base de dados *Scientific Eletronic Library* (SCIELO) do período de 2005 a 2009, além de documentos relacionados aos objetivos deste estudo. Profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Montes Claros, Norte de Minas Gerais foram ouvidos através da técnica de grupo focal. O instrumental metodológico utilizado foi a síntese narrativa dos dados quantitativos, a integração interpretativa dos resultados qualitativos dos estudos selecionados e análise do discurso dos profissionais das ESFs. Nota-se um número crescente de publicações nesta área. Algumas escolas médicas brasileiras já apresentam mudanças inovadoras em seus currículos no sentido das DCN, mas observam-se dificuldades na integração dos estudantes ao serviço e à comunidade e percebe-se que os currículos, docentes e o serviço precisam continuar se transformando para que sejam alcançados os objetivos de formação de profissionais mais humanos, capacitados para o trabalho em equipe e na APS. A partir dos três grupos focais, construíram-se as seguintes categorias: integração ensino-serviço-comunidade; funcionamento do serviço e formação médica. Os profissionais percebem a necessidade do trabalho interdisciplinar e orientado na comunidade, mas ainda têm a visão de serviço de saúde centrado no médico. Verificou-se que, através de uma maior integração dos estudantes com a equipe e com a comunidade, pode-se obter um serviço mais efetivo e de qualidade, aumento da satisfação dos profissionais e diferencial positivo na formação dos estudantes. Para que essa integração ocorra, é importante construir a imagem do médico/estudante de medicina como integrante da equipe de saúde. Neste processo, é necessária uma reversão do paradigma construída pelo diálogo entre os centros-formadores, os serviços e a comunidade para a efetivação das mudanças no ensino e na prática de saúde com a valorização do trabalho nas ESFs. A inserção do estudante neste cenário pode catalisar este processo. São necessários novos estudos abordando a visão de outros atores deste processo: gestores, professores, estudantes e usuários para melhor compreender os resultados da inserção dos estudantes de medicina nos cenários de prática da APS.

Palavras-chaves: Educação médica; Saúde da Família; Saúde Coletiva; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

There is a movement for change in medical education led by the National Curriculum Guidelines (DCN), the National Re-Training Program in Health and Incentive Changes in the Curriculum of Medicine that recommended the inclusion of medical students in the practical scenario since the first period of the course, especially in Primary Health Care (PHC). This article aimed to understand the potentialities and difficulties of integration of medical students in Family Health Teams through the publications of the last five years and the professionals' perceptions. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. The study was approved by the Ethics Committee of the Universidade Estadual de Montes Claros, 10/24/08, No. 1240/08. We selected articles on the Scientific Electronic Library (SCIELO) for the period 2005 to 2009, and documents related to the goals of this study. Professionals in the Family Health Strategy of Montes Claros, Minas Gerais were heard through the focus group technique. The methodological instruments used was narrative synthesis of quantitative data, the integration of interpretive qualitative results of selected studies and analysis of professional discourse. It is noticed a growing number of publications in this area. Some medical schools already have innovative changes in their curricula towards the DCN, but are observed difficulties in the integration of students and serving the community and realizes that curricula, teaching and service need to continue transforming itself to attaining the aims to train professionals more human, capable of teamwork and the APS. From the three focus groups, we constructed the following categories: integration service-learning-community, operation of the service and medical education. The professionals see the need for interdisciplinary work and community-oriented, but with the vision of health care focused on doctor. It was found that, through greater integration of students with the team and the community, it is possible to obtain a more effective service and quality, increased professional satisfaction, and positive difference in students' education. For this integration occurs, it is important to build the image of the doctor/medical student as a member of the healthcare team. This process requires a reversal of the paradigm constructed by the dialogue among centers, trainers, and community services for the realization of changes in education and health practice with the valuation of work in Family Health' teams. The insertion of the student in this scenario can catalyze this process. Further researches are necessary, addressing the perspectives of other actors in this process: managers, teachers, students and users to better understand the results of the integration of medical students to practical activities of PHC.

Keywords: Medical education; Health Family; Public Health; Qualitative Research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	- Aprendizagem Baseada em Problemas
ACSs	- Agentes Comunitários de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
CIS	- Comissões Interinstitucionais de Saúde
CINAEM	- Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CLSC	- Centres Locaux des Services Communautaires
DCN	- Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	- Estratégia Saúde da Família
ESFs	- Equipes de Saúde da Família
EUA	- Estados Unidos da América
Famema	- Faculdade de Medicina de Marília
IAPs	- Institutos de Aposentadorias e Pensões
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
MFC	- Medicina de Família e Comunidade
MRS	- Movimento da Reforma Sanitária
NOAS	- Norma de Operacionalização de Atenção à Saúde
NOB	- Norma de Operacionalização Básica
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	- Programa de Agentes de Saúde
PBL	- Problem-Based Learning
PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Plano Conasp	- Plano de Reorientação da Assistência à Saúde
PCTs	- Primary Care Trusts
PSF	- Programa de Saúde da Família
Programa UNI	- Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
SILOS	- Sistemas Locais de Saúde
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UNIMONTES	- Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
1.1	Reformas dos serviços de saúde do século XX.....	10
1.2	Atenção Primária à Saúde.....	16
1.3	Formação médica.....	21
1.4	Formação médica no Brasil.....	24
1.5	Interação ensino-serviço.....	38
2	OBJETIVOS.....	45
2.1	Objetivo Geral.....	45
2.2	Objetivos Específicos.....	45
3	PRODUTOS ALCANÇADOS.....	46
3.1	Artigo 1: Inserção do estudante de medicina nas Equipes de Saúde da Família	46
3.2	Artigo 2: Inserção do estudante de medicina no Serviço de Saúde: a percepção dos profissionais da APS.....	67
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	86
	ANEXOS.....	90

1 INTRODUÇÃO

As características sociais, culturais, políticas e econômicas comuns às diversas populações deveriam orientar os modos de organizar os serviços de saúde; conformar sistemas e norteiar a educação médica e o desenvolvimento de pesquisas em saúde.^(1, 2)

A revolução científica iniciada no final do século XIX e a expansão da industrialização contribuíram para modificações no processo de trabalho e as necessidades de saúde da população. Por um lado, inicialmente estas mudanças levaram a uma necessidade de reorganização das profissões, inclusive a medicina, em busca de uma maior “cientificidade” e da ideologia positivista, com aperfeiçoamento da técnica. Por outro lado, a grande urbanização decorrente da industrialização e a diminuição da mortalidade pelos avanços técnicos da medicina contribuíram para a pressão da ampliação do acesso aos serviços de saúde e adequação destes às novas características sócio-demográficas da população. Sendo assim, as instituições formadoras de profissionais, inclusive médicos, sofreram reestruturações buscando atingir as novas expectativas.^(3,4)

A fim de contemplar as necessidades de saúde da população e com a multiplicidade do saber impulsionado pela revolução científica, houve a necessidade do trabalho em equipe e intersetorial. “A atenção à saúde planejada e executada de forma a atingir o que se propõe, compreende uma série diversificada de ações para as quais se torna necessário um elenco diversificado de trabalhadores”.^(4:324) Estes precisam trabalhar de forma que suas ações individuais aglutinem-se e constitua um só movimento em direção a um objetivo comum: a saúde da população. Para isso é necessária a participação da

população para o entendimento do serviço sobre suas necessidades e para que as responsabilidades de saúde sejam mutuamente assumidas. Além disso, há uma preocupação em formar o estudante para o interprofissionalismo e, a inserção destes nos serviços é uma forma de se conseguir este objetivo.⁽⁵⁻⁷⁾

Para entender a importância da inserção dos estudantes de medicina nos serviços de saúde no mundo e no Brasil, é necessário conhecer como estes serviços foram modificados a partir do século XX até a reorientação da assistência pela Atenção Primária à Saúde (APS); e como a formação médica acompanhou estas mudanças a fim de alcançar os objetivos atuais de integração ensino-serviço-comunidade.

1.1 Reformas dos serviços de saúde do século XX

A organização da oferta de serviços de saúde é realizada a partir das necessidades político-sociais de cada povo.⁽¹⁾ Apesar de terem trajetórias distintas, países como Canadá, Inglaterra e o Brasil, dentre outros, passaram por transformações nos serviços de saúde a partir do início do século XX, até a reorientação dos mesmos para adequá-los ao paradigma da Produção Social da Saúde através da implantação e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).⁽³⁾

Com o Relatório Dawson, elaborado pelo Ministro de Saúde do Reino Unido, em 1920, a noção de atenção primária ligada à ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados começou a ser difundida.⁽³⁾ A crise econômica nos países centrais, a partir da década de

1970, e o crescimento das periferias urbanas contribuíram para a expansão de serviços de saúde cada vez mais especializados levando a incapacidade dos Estados em lidar com os problemas de saúde da população. Isto fez emergirem muitos dos conceitos esquecidos do Relatório Dawson.⁽³⁾

Neste contexto, a Assembleia Mundial de Saúde decidiu, em 1977, que os governos participantes deveriam ter como meta social principal “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitiria levar vida social e economicamente produtiva.” Esta declaração ficou conhecida como “Saúde para todos no ano 2000” e o tópico da “Atenção Primária à Saúde” foi tratado na conferência realizada em Alma Ata em 1978. Posteriormente, em maio de 1979, a Assembleia Mundial de Saúde confirmou o consenso lá alcançado.^(8:30) A atenção primária à saúde foi, nesta época, definida pela Organização Mundial de Saúde como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível do contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”.^(9:31)

A Carta de Ottawa em 1986, fruto da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, definiu promoção da saúde como “o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.”^(7:1) Este conceito representou um avanço em relação à Declaração de Alma-Ata, na medida em que define a promoção da saúde em termos de políticas e estratégias. A partir desta data, são

reconhecidos múltiplos determinantes da saúde, o que requer a ação coordenada de governos e vários setores (da saúde, sociais, econômicos, mídia, população) para se evitar riscos à saúde.⁽¹⁰⁾

Mesmo antes da Conferência de Alma Ata, em 1970/1971, Québec foi o cenário de uma reforma muito inovadora no setor da saúde. A partir do estabelecimento de princípios de cobertura universal pelo Governo Federal, foram criados os *Centres Locaux des Services Communautaires* (CLSC), como porta de entrada de uma rede de estabelecimentos hierarquizados por regiões, com atendimentos voltados para a integralidade da atenção e a dimensão familiar e comunitária dos cuidados. Estes serviços eram regidos por um Conselho de Administração majoritariamente constituído pelos usuários e mostraram-se efetivos na prestação de cuidados integrais. Apesar disso, foram progressivamente marginalizados na rede de serviços até a década de 1980 e início dos anos 1990. Nesta época, com o neoliberalismo e o fortalecimento das propostas de ajuste fiscal do Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial, houve restrições orçamentárias e ajustes macroeconômicos, com a adoção da descentralização. Para implementar esta descentralização, foram criadas agências regionais para fazer fusões de estabelecimentos, fechamento de hospitais e a ‘virada ambulatorial’, tendo as CLSC como estruturas de apoio.^(3,11)

Estas regionais foram transformadas em Agências de Desenvolvimento de Redes Locais de Serviços de Saúde e de Serviços Sociais que coordenavam todos os serviços de saúde (estatais e privados). Novamente, foi criado um serviço com porta de entrada, agora com controle do governo.⁽³⁾

Na Inglaterra, em 1997, o partido trabalhista chegou ao poder transformando o sistema de saúde. Os médicos generalistas (*General Practitioner*) foram vinculados aos *Primary Care Trusts- PCTs* (estruturas responsáveis pela gestão local) e passaram a trabalhar de maneira integrada às autoridades distritais, fortalecendo a Atenção Primária. Já os atendimentos na atenção secundária são comprados a partir das necessidades locais. Os PCTs estão em funcionamento desde 2002, levando a uma maior integração entre os serviços, responsáveis pela cobertura de uma população entre 15.000 a 300.000 habitantes.^(3,13)

Para o período de 2000 a 2010, foram previstos investimentos com o objetivo de reduzir o tempo de espera por atendimentos e há um monitoramento do acesso pelos PCTs. Essas medidas foram reiteradas junto ao parlamento inglês em janeiro de 2006.⁽³⁾

Tanto a reforma do sistema de saúde inglês como o de Quebec apresentam “[...] uma tendência de garantir e facilitar o acesso com a busca de maior integração entre os serviços, atribuindo destaque para o papel de coordenação de estruturas de atenção primária [...]”.^(3:10)

As mudanças no sistema de saúde brasileiro, após a constituição de 1988, também mostraram uma preocupação com a integração, coordenação e acesso aos serviços.^(2,3)

Estas mudanças tiveram raízes em várias iniciativas que surgiram, a partir da década de 1970, com o intuito de ampliar a cobertura dos serviços ambulatoriais de saúde para além do sistema previdenciário. Dentre elas pode-se destacar o projeto de saúde comunitária de Murialdo (da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul), experiências de medicina comunitária como a de Montes Claros (base para o Programa de Interiorização

das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS) e experiências municipais em Lages, Campinas, Londrina e Niterói, dentre outras.⁽³⁾

Estas experiências foram influenciadas pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS) que também inspirou uma proposta de reorganização do sistema de saúde a partir dos princípios da universalização, integralidade e participação social e o Plano Conasp (Plano de Reorientação da Assistência à Saúde). Este último, foi efetivado através das Ações Integradas em Saúde (AIS), primeira experiência de um sistema de saúde mais integrado e articulado, base para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e para o surgimento das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), raízes dos futuros Conselhos de Saúde.^(4,13)

Devido à necessidade de uma Assembleia Nacional Constituinte para a elaboração da nova Constituição, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 com a finalidade de discutir uma nova proposta da estrutura e da política do setor. O relatório final desta Conferência trouxe um conceito mais amplo de saúde levando à tona a discussão de princípios como universalidade, igualdade, intersetorialidade e racionalidade.⁽¹³⁾

A Constituição de 1988 trouxe alguns conceitos e propostas da 8ª Conferência e, conseqüentemente, propostas trazidas pelo Movimento Sanitário. Em 1990, foi editada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), formada pelas Leis Federais 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes⁽¹⁴⁾; e 9142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde⁽¹⁴⁾. A LOS juntamente com as Normas de Operacionalização Básicas e de Atenção à Saúde (NOBs e NOAS), criadas em seguida, formaram a base para a operacionalização do SUS. No entanto, com a progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos pela grande limitação do financiamento do SUS e a crise da atenção médica, havia necessidade de uma estratégia para a reestruturação do modelo assistencial que possibilitasse a implementação dos princípios do SUS.^(4,13)

Esta estratégia começou a configurar-se em 1991, quando o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), oriundo de um programa experimental do Nordeste; o Programa de Agentes de Saúde (PAS).⁽¹⁰⁾ A partir dos bons resultados do PACS, o médico foi agregado à equipe básica e, em 1994, após um processo de discussão iniciado em 1993, foi oficializado o PSF (Programa de Saúde da Família). A partir de 1997, através da Portaria 1886/GM/MS, O PSF deixou de ser visto como um programa e passou a ser considerado estratégia reorientadora e estruturadora do SUS. Desde então, as nomenclaturas PSF e Estratégia de Saúde da Família coexistem e descrevem o mesmo fenômeno.⁽¹⁵⁾

As Equipes de saúde da Família são responsáveis por 600 a 1000 famílias adstritas correspondendo a 2.400 a 4.500 usuários. Estas equipes são constituídas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).⁽⁴⁾ Estes representam uma nova categoria profissional com a singularidade de obrigatoriamente fazer parte do território sob a responsabilidade da equipe e tem como atribuições a vigilância à saúde e elo entre os saberes científico e popular. No entanto, Seoane e Fortes, analisaram a percepção dos usuários da ESF e

mostraram que estes tendem a relacionar o ACS apenas como facilitador de acesso ao serviço. Ainda neste estudo, foi refletido sobre a importância das visitas domiciliares pelos ACS para a formação do vínculo profissional/usuário e sobre a necessidade de respeito à privacidade e confidencialidade das informações fornecidas pelos usuários.⁽¹⁶⁾ Algumas equipes já contam com um cirurgião dentista compondo a equipe básica.⁽¹⁰⁾

A ESF encontra-se em franca expansão no Brasil contando, em 2008, com 27 mil equipes implantadas em mais de cinco mil municípios, com a meta de alcançar 40 mil equipes, através do Programa de Aceleração do Crescimento em 2011.⁽¹⁰⁾ As diretrizes operacionais das ESFs, buscando o acesso universal, a integração e coordenação das ações de saúde, estão em consonância com os serviços de Atenção Primária implantados em todo o mundo.^(3,10)

1.2 Atenção Primária à Saúde

A Conferência de Alma Ata foi um marco na mudança do conceito da saúde. A partir dela, a saúde passou a ser vista de uma maneira mais ampla, para além da perspectiva curativista, individual e isolada do contexto social, como resultado do bem estar físico, psíquico e social. Esta nova maneira de entender saúde impulsionou o crescimento e consolidação da Atenção Primária à Saúde como uma forma de reestruturar os serviços de saúde no mundo. E, apesar de singularidades e nomenclaturas locais, os serviços de Atenção Primária guardam características comuns.⁽¹⁷⁾

Segundo Starfield,⁽⁸⁾ a APS é caracterizada por ser o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde, por prestar cuidados integrais, ao longo do tempo, centralizados na família, orientados para a comunidade, com a adequação cultural dos profissionais e deve exercer a coordenação dos demais serviços da rede de saúde. Quatro atributos são essenciais para definir a APS: a acessibilidade ao serviço de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção dentro do sistema. Três outros atributos, chamados derivados, qualificam as ações em APS: a orientação familiar e a orientação comunitária, ou seja, a atenção à saúde centrada na família e na comunidade e a competência cultural dos profissionais de saúde.^(8,18)

Estes atributos descritos por Starfield, praticamente coincidem com outras conceituações de APS como a assumida pelos países da União Européia e pelo Ministério da Saúde Brasileiro. Eles possibilitam a orientação do processo de avaliação e (re)-estruturação dos serviços de atenção primária, passo importante para diferenciar a atenção primária de atenção mínima à saúde.⁽¹⁸⁾

A acessibilidade pode ser entendida como os fatores que possibilitam a entrada de cada usuário na rede de serviços, em seus diferentes setores. “Representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos”.^(18:60)

No Brasil, em busca de assegurar o primeiro contato dos usuários pela APS, a estratégia do acolhimento é uma perspectiva que propõe a organização do serviço de saúde a partir das necessidades do usuário, de forma a:

“1) Atender à todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; 2) reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; 3) qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania”.^(7:363)

A garantia do acesso aos serviços tendo o acolhimento como instrumento para esta conquista é um dos requisitos para um cuidado integral ao usuário. Mas, para se alcançar a integralidade das ações, “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Constituição Federal), é necessário também que os profissionais estejam integrados à comunidade do território de abrangência. A integração ocorre quando a comunidade reconhece estes profissionais como referência para o cuidado à sua saúde. Este vínculo é construído, ao longo do tempo, com a continuidade das ações através de um relacionamento de confiança entre equipe-usuários.⁽¹⁹⁾

Mas a continuidade das ações não é suficiente para caracterizar um serviço como de APS. Esta é usualmente caracterizada por freqüentar uma mesma unidade de saúde ou consultar com um determinado profissional por um determinado período. Isto não implica em longitudinalidade do cuidado, pois pode estar presente também nos serviços de atenção secundária ou terciária se a busca por atendimento estiver orientada apenas para o manejo dos problemas.⁽⁸⁾

Segundo Starfield, a longitudinalidade, em sua essência “é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problema de saúde ou até mesmo da presença deste, entre um paciente e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não-médicos.”^(8:248) A longitudinalidade é uma qualidade importante, por exemplo, no cuidado a pacientes portadores de doenças crônicas e contribui com a diminuição de hospitalizações. No Brasil, a adstrição da clientela na Estratégia Saúde da Família (ou

ESF) é um dos fatores fomentadores da longitudinalidade que pode ser aferida em vários indicadores, como por exemplo, preenchimento de prontuários dos usuários.^(8,20) Estudo brasileiro recente de auditoria clínica para a assistência prestada a crianças com asma em uma ESF verificou a escassez de informações em protocolos, o que dificulta o acompanhamento.⁽²¹⁾

Outro atributo importante da APS é a integralidade. Para que ela ocorra é preciso que o serviço “reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las.”^(8:314) Para isto, é necessário que haja serviços disponíveis para os problemas frequentes da população, de forma que os profissionais estejam permanentemente capacitados para enfrentá-los. Desta premissa, parte um atributo derivado da APS que é a orientação na comunidade. Os serviços prestados devem ser ajustados às necessidades de saúde da população.⁽⁸⁾

Os usuários percebem que o relacionamento entre eles e a equipe repercute em sua saúde. A atenção aos problemas biopsicossociais, a escuta ativa, as habilidades empáticas influenciam na confiança dos usuários na equipe de saúde e orientam os profissionais na organização dos serviços de forma a atender às necessidades de saúde centradas na comunidade, nas famílias, nos usuários. Isto é possível a partir do entendimento do contexto onde o usuário vive, que é obtido através do conhecimento da pessoa como um todo, de suas relações familiares e dos antecedentes culturais da comunidade onde ela vive.^(5,6,8,17)

A coordenação dos serviços a partir da APS com a continuidade do cuidado e controle das referências e contra-referências dos outros setores da rede de saúde é outro

importante atributo reconhecido por usuários, profissionais e pesquisadores.^(8,17) Para Starfield, a coordenação é um componente fundamental para a APS, e sem ela os outros atributos ficam limitados. “A essência da coordenação é a disponibilidade de informações e respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.”^(8:365)

É esperado que 80% dos problemas de saúde sejam resolvidos na APS. Para os outros 20%, os usuários precisarão de outros serviços para cuidar de sua saúde. Para que o serviço consiga exercer a coordenação não precisa, necessariamente, encaminhar o usuário a todos os lugares de que ele necessitar (ele pode também procurar livremente um serviço como um pronto-socorro, por exemplo). Mas é importante para a APS conhecer estas informações e disponibilizá-la de forma confiável aos demais setores de atenção. “A atenção compartilhada é um meio de melhorar o fluxo de informações do médico da atenção primária para outros especialistas e de volta para aquele.” Algumas ações podem melhorar a disponibilização destas informações como a devolução computadorizada de referência e contra-referência, a adição da lista de problemas aos prontuários, a presença de um acompanhante durante o atendimento.⁽⁸⁾

Entretanto, para a efetivação de todos estes atributos pelo serviço é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para assistir à população para além da visão mecanicista do ser humano, através do paradigma da produção social da saúde, visando não somente a cura e a reabilitação, mas também a promoção à saúde e a prevenção de doenças. Esta preparação de todos os profissionais, inclusive os médicos, deve começar pela re-estruturação dos currículos do cursos.⁽²²⁾

1.3 Formação médica

A revolução científica no final do século XIX, com o advento das ciências naturais, a descoberta dos micro-organismos e a emergência da bacteriologia, levou os profissionais da medicina a questionamentos, com a exigência da aplicação de um conhecimento com base científica. Nos Estados Unidos da América (EUA), o Relatório Flexner publicado em 1910 foi uma resposta a estas críticas na tentativa de melhorar a qualidade dos profissionais que não atendiam às necessidades dos serviços de saúde da época. Este documento influenciou o ensino médico e a prática médica nos EUA e no mundo até os dias de hoje, apesar de haver iniciativas buscando novas direções para os serviços de saúde.^(23,24)

“A ciência foi primordial para o desenvolvimento do profissionalismo”.^(24:478) Os avanços científicos, como o desenvolvimento da bacteriologia possibilitando o controle de doenças infecciosas e a diminuição da mortalidade pós-cirúrgica, por exemplo, estavam associados ao desenvolvimento econômico de países como os EUA e ligados ao prestígio dos profissionais. Estas conquistas contribuíram para a valorização da formação profissional científica, baseada na ideologia positivista, e para aumentar a credibilidade da profissão médica.⁽²⁴⁾

O relatório Flexner continha propostas como ampliação para quatro anos dos cursos médicos, a introdução do ensino laboratorial, o ensino clínico especialmente em hospitais, a ênfase na pesquisa biológica e na especialização entre outras.^(22,24) A abrangência e a

influência das propostas deste relatório sobre as instituições de ensino dos EUA aumentaram quando ele, em 1912, assumiu um cargo permanente no *General Education Board* apoiado pela Fundação Rockefeller.⁽²⁵⁾

Esta fundação financiava ações principalmente nos campos da educação e saúde nos EUA e no mundo, sendo a principal responsável pela imposição da cultura norte-americana no pós-guerra.⁽²⁴⁾

Na América Latina, a hegemonia do Modelo Flexneriano vem influenciando os modelos de prática e ensino das profissões da saúde desde a época em que foi publicado, até os dias de hoje.⁽²³⁾ Apesar dos inegáveis avanços para a formação médica do desenvolvimento científico e técnico, a visão positivista/mecanicista distanciou o médico do paciente, dificultando a compreensão da pessoa como um todo e impossibilitando o diagnóstico de muitos problemas passíveis de serem cuidados pelos profissionais da saúde.⁽²⁶⁾ Ainda assim, alguns países começaram a criar sistemas de serviços de saúde baseados em uma visão integrada. O Chile iniciou as reformas em 1951; depois Cuba no início dos anos 60, seguidos de vários países, todos baseados nas idéias de Atenção Primária à Saúde e de Sistemas Locais de Saúde (SILOS).⁽²³⁾

Nesse panorama de contestação ao modelo flexneriano hegemônico, a Fundação W. K. Kellogg, entidade fomentadora de mudanças no campo social, apoiou o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade) através do qual, foram desenvolvidos projetos em diferentes países latino americanos. Os projetos UNI começaram a ser implantados a partir de 1992 e seu ideário propôs uma mudança na atenção à saúde e na formação correspondente dos

profissionais, que levasse a uma (re)-humanização da atenção, através de um processo baseado na parceria e integrado entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade. Os avanços mais ousados na adoção de metodologias inovadoras de ensino ocorreram em escolas, ligadas ao Projeto UNI, que optaram pela estruturação do currículo com base na abordagem de aprendizagem baseada em problemas (ABP) ou *Problem-Based Learning* (PBL).⁽²³⁾

A adoção de metodologias ativas na educação (como a ABP), iniciou-se em Universidades do Canadá, EUA e Holanda. Estas metodologias estão em consonância com o modelo construtivista de aprendizagem. Neste modelo, a aprendizagem é vista como um processo essencialmente ativo, em que a construção do conhecimento se dá pelo diálogo entre o aprendiz e o educador. Portanto, o papel deste não é transmitir informações nem tampouco agir como apoiador, apenas motivando e estimulando o estudante, pois nestas duas concepções o processo de aprendizagem seria um monólogo. O educador, ao contrário, assume a tarefa de problematizar, reinterpretar e traduzir, possibilitando a construção permanente do conhecimento junto ao aprendiz. Este modelo embasa-se em descobertas de que o cérebro é um conjunto de sistemas complexos construídos por seleção natural e que se modificam continuamente a partir do uso/desuso e de aprendizagens anteriores. Sendo assim, cada ser humano possui diversas capacidades e limitações para aprender, o que levantam questões sobre o modelo de ensino baseado predominantemente em aulas expositivas e em grandes grupos (o empirismo que defende que todo o conhecimento do estudante virá do meio externo a partir da observação e percepção dos objetos), sem levar em conta as singularidades de cada estudante.^(27,28)

Além da recomendação do emprego de metodologias ativas na educação de um modo geral; há também uma preocupação com outros aspectos da estrutura curricular, com a forma de avaliação do estudantes, com o desenvolvimento docente e uma valorização da inserção dos estudantes da área da saúde nos cenários de prática como caminho para que eles vejam o processo saúde-doença sob outro paradigma. ^(29,30)

Segundo Franco⁽³⁰⁾, existem duas grandes dimensões no campo da educação: a da cognição e a da subjetivação. Esta última é formada a partir da produção sócio-histórica e se estrutura no desejo de que é a energia que impulsiona o agir sobre o mundo. Então, os processos educacionais só terão eficácia se operarem mudanças na cognição e na subjetividade. No campo da saúde, a subjetividade pode ser estruturada sob o ideal flexneriano, como também podem formar-se baseadas no paradigma da produção social da saúde. Mudar a subjetividade, “ou seja, criar processos de subjetivação capazes de produzir impacto no modo como cada um interpreta e atua sobre o *socius*”, ^(30:432) é possível a partir das vivências, do experimento da vida, em processos que criam a exposição das pessoas e que, ao mesmo tempo, as afetam no seu modo de pensar, ser e agir sobre a realidade.

1.4 Formação médica no Brasil

Quanto à educação médica no Brasil, as mudanças sócio-político-econômicas do século XX, repercutiram nos currículos dos cursos de medicina de forma a adequar a formação profissional às novas demandas assistenciais. ⁽²⁴⁾

Na década de 1930, houve um grande incremento da industrialização levando a um processo crescente de urbanização. Soma-se a este contexto, a intensificação do populismo da Era Vargas, levando o Estado a expandir a assistência médica e social, através da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Para a organização da atenção à saúde e atendendo pressão da classe média da população e suas aspirações à ascensão social, houve um impulso para a instalação de novas faculdades de medicina.⁽²⁴⁾

Sob a influência da Fundação Rockefeller (que financiava pesquisas e bolsas de estudos de professores) e com a incorporação tecnológica, o final dos anos 1950 foram marcados pela valorização do especialista e perda do espaço dos médicos não especialistas.⁽²⁴⁾ Para receberem o investimento da Fundação Rockefeller, as Universidades deveriam seguir as exigências da instituição de limitar o número de alunos, juntamente com o ensino individual, a disposição das disciplinas em departamentos e dedicação integral dos professores das áreas básicas. Estas orientações acabaram por influenciar mesmo as escolas médicas que não recebiam apoio direto da Fundação.⁽²⁴⁾

O hospital passou a ser visto “como o espaço privilegiado da intervenção curativa, as concepções biologistas e individualizantes acentuariam a tendência às especializações e à fragmentação profissional do trabalho médico.”^(24:474) O currículo médico incorporou disciplinas correspondentes às especialidades médicas e foram criados cursos de aperfeiçoamento para contemplar o saber das novas descobertas que se multiplicavam.⁽²⁴⁾

“Os novos valores sugeridos pela reforma Flexner e impostos pela Fundação Rockefeller modificaram, por sua vez, não só a prática clínica e a investigação diagnóstica, como também a visão do processo de adoecimento, todos estreitamente relacionados ao conhecimento científico e à pesquisa”.^(24:484)

A partir da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde em 1990 inspiradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e no Movimento da Reforma Sanitária, surgiu o SUS dentro dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, hierarquização da assistência e participação da comunidade. E, para enfrentar a necessidade de reestruturação do modelo de atenção, o PSF foi criado. No entanto, desde a sua criação até os dias de hoje, o PSF vem enfrentando vários problemas para sua implantação, inclusive a falta de profissionais, principalmente médicos, capazes de integrar as dimensões biopsicossociais do adoecer à prática clínica e de trabalhar em uma equipe interdisciplinar.⁽³¹⁾

A CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) é um colegiado, constituído em 1991, que apontou esta lacuna. Reúne 11 entidades representativas dos professores universitários, da profissão médica, e de estudantes de medicina do Brasil. Esta Comissão objetivou avaliar as escolas médicas deste país através de alternativas ao projeto neoliberal com a participação do coletivo destas escolas; a fim de identificar os problemas e aspectos favoráveis e desfavoráveis, fatores facilitadores e impeditivos para inovações nos modelos educacionais e propor estratégias para a efetivação destas mudanças. Houve a preocupação, também, de consolidação e divulgação dos resultados e conclusões obtidos.⁽³²⁾

Diante deste diagnóstico, o Conselho Nacional de Educação instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina que foi homologado pelo Ministro da Educação em 03 de outubro de 2001. Este documento recomenda, no artigo

5º, que o estudante atue “nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário”. Isto é reafirmado no artigo 12, que também recomenda a inserção do aluno desde o 1º período em atividades práticas.^(31,33) Com efeito, é na atenção primária que se espera que sejam resolvidos 80% dos problemas de saúde da população. Além de conter uma maior variedade de diagnósticos, na Atenção Primária os problemas de saúde são abordados de forma ampliada e singular de cada caso. O estudante tem, neste cenário, a possibilidade de se apropriar de competências essenciais para o exercício da profissão ao entrar em contato com esta complexidade, com a obrigação de trabalhar em equipe e de fazer um seguimento longitudinal.⁽³²⁻³⁴⁾

A inserção dos alunos dos vários cursos da área de saúde no cenário da Atenção Primária tem sido recomendada por constituir campo potencial de práticas indispensáveis à formação.⁽²⁷⁾ Atualmente, há grande discussão sobre os desafios do ensino da Atenção Primária à Saúde, mas não se questiona a importância da sua consolidação e valorização da para a estruturação e a efetivação do sistema de saúde, e a necessidade de se inserir os estudantes de medicina na prática da atenção primária logo no início do curso.⁽³⁰⁾

Em 2007, 28 escolas médicas brasileiras participaram do Projeto da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM), da Associação Brasileira de Educação (ABEM). Este projeto partiu da auto-avaliação das escolas por representantes dos docentes, discentes e técnico-administrativos e da comunidade externa local. Foram avaliados cinco eixos relevantes da educação médica subdivididos em 16 vetores: I) Mundo do Trabalho: carência de médicos e emprego; base econômica da prática médica; prestação de serviços. II) Projeto pedagógico: biomédico e epidemiológico-social; aplicação tecnológica; produção de conhecimento e pós-graduação e educação permanente. III)

Abordagem Pedagógica: estrutura curricular, orientação didática, apoio e tutoria. IV) Cenários de Prática: local de prática, participação discente e âmbito escolar. V) Desenvolvimento Docente: formação didático-pedagógica; atualização técnico-científica e capacitação gerencial.^(29,36)

Para cada vetor foi estabelecido com três diferentes situações em que os representantes da escola deveriam se encaixar: tradicional, inovadora e avançada. A primeira, corresponde a características do ensino baseado no paradigma flexneriano. A inovadora representa característica intermediárias em busca das adequações propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. A terceira situação, a avançada, esta predominantemente com as mudanças educacionais implantadas.⁽²⁹⁾

Este projeto propôs um trabalho com três momentos seqüenciais. No primeiro momento as escolas se classificaram em uma de três categorias em cada vetor e justificaram as evidências da alternativa escolhida. O relatório foi avaliado pela CAEM/ABEM que identificou a tipologia da escola (tradicional, inovadora com tendência tradicional, inovadora com tendência avançada e avançada) referindo a cada escola comentários e recomendações baseados na análise crítica. O segundo momento é a continuidade da construção do processo de auto-avaliação e desdobramentos com o detalhamento com a identificação e construção de indicadores para acompanhar a evolução das mudanças sugeridas. O terceiro momento é da sistematização das informações com a reflexão de forma crítica e permanente pelos atores envolvidos com a meta de adequar os cursos às recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais.⁽²⁹⁾

Este projeto, apresentado por Lampert após o 43º Congresso Brasileiro de Educação Médica, foi aprovado e colocado em execução a partir de março de 2006, quando 28 escolas, das 55 que aderiram espontaneamente ao projeto, foram selecionadas para participarem. No início do segundo momento da avaliação com as 28 escolas, foi aberto novo período de adesão ao projeto para as demais escolas. Esta avaliação foi importante para identificar onde as escolas estavam em relação aos princípios do Sistema Nacional de Avaliação da Educação do Ensino Superior (SINAES) e para indicar caminhos de mudança.^(29,36)

Stella et al.⁽³⁶⁾ apresentaram e analisaram os resultados desta avaliação relativo ao eixo cenário de prática. Foi identificado que nenhuma das escolas participantes está totalmente na situação tradicional, sendo que a maioria se autoavalia como avançada. Em 75% das escolas participantes se autoavaliam com avançadas no que se refere a diversificação de cenários nos três níveis de atenção (primária, secundária, terciária) com o entendimento da construção da rede do sistema de saúde e proporcionando ao discente ampla participação com orientação e supervisão docente nos cenários de prática. No vetor Âmbito Escolar, 43% das escolas se colocam como avançado, correspondendo à situação em que há oferta de práticas ao longo de todo o curso e utilizando os serviços em todos os setores de atenção de forma integral. Apesar destes resultados positivos, os autores discutem que algumas destas percepções não apresentavam justificativas condizentes com a situação avançada.

Algumas escolas médicas brasileiras já adequaram seus currículos neste sentido. Dentre as escolas médicas que já modificaram o currículo pode-se destacar: a Universidade Estadual de Londrina; a Universidade Federal Fluminense; Faculdade de Medicina da

Universidade Federal de Goiás; a Faculdade de Medicina de Marília; a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP); a Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (USP); Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás; a Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (Uniderp/Anhanguera), Faculdade de Medicina de Botucatu; a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).^(28,37-45)

Gil et al⁽³⁷⁾ descrevem a experiência do processo de inserção dos estudantes de medicina da Universidade de Londrina (UEL), desde 1992, nas Unidades Básicas de Saúde. Em 1970, houve uma inserção tímida dos estudantes no modelo de Integração Docente-Assistencial (IDA) durante o sétimo período da graduação, nas primeiras três unidades de saúde periféricas de Londrina que desenvolviam ações curativas e preventivas. Em 1992, foi criada a disciplina optativa possibilitando a interação dos estudantes de medicina com os demais estudantes da área da saúde; com capacitação de professores em novas metodologias de aprendizagem, iniciação científica e inovações na avaliação dos estudantes. Em 1997, foi aprovado novo currículo na UEL, integrando os ciclos básico e clínico, e dos conteúdos ao longo de todo o processo de formação e a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, particularmente o PBL. Também foram adicionados ao currículo, os módulos de interação ensino-serviço e comunidade (PIN); agora obrigatórios durante os quatro primeiros anos do curso. Alguns nós críticos foram encontrados: deficiências na estrutura física das UBS dificultando o acolhimento dos estudantes, pouca participação dos profissionais das UBS e falta de incentivo para os mesmos atuarem no processo de ensino e a falta de capacitação dos professores; falta de interesse dos docentes da universidade em participar do PIN.⁽³⁷⁾

A visão de gestores (do curso), professores e estudantes sobre o processo de ensino-aprendizagem da Saúde Coletiva na UEL, foi investigada por Campos em estudo qualitativo. Nos 10 anos de currículo integrado nesta escola, ainda há um caminho a percorrer para se alcançar esta integralidade. Percebe-se a participação de vanguarda dos professores de Departamento de Saúde Mental e Coletiva nos processos de mudanças da UEL. Os estudantes apontaram como fatores dificultadores para a aceitação da Saúde Coletiva a falta de problemas mais concretos voltados para a prática médica (estes poderiam estimular a escolha de Medicina de Família e Comunidade); a falta de integração da Saúde Coletiva com os outros módulos e a desvalorização da Saúde Coletiva pelos veteranos do curso em relação aos calouros contribuindo para uma visão negativa da área. Os instrutores têm papel decisivo sobre o sucesso ou fracasso da interação dos grupos multiprofissionais nos territórios das UBS. Para o desenvolvimento de uma visão favorável à Saúde Coletiva, os estudantes relataram dois processos facilitadores: os congressos de educação médica e outros eventos educacionais e, principalmente, a maior inserção dos estudantes nas ESF através do PIN. É possível analisar assim, a importância da inserção dos estudantes de medicina desde o primeiro período do curso nas ESF a fim de fomentar a empatia pela Saúde Coletiva.⁽³⁸⁾

Um estudo qualitativo⁽²⁸⁾ analisou as concepções epistemológicas dos preceptores da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado II (TCS) do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense. Nesta disciplina, implantada em 1994, ocorre a inserção dos estudantes em atividades práticas para além do Hospital Universitário, desde o primeiro ano do curso. Várias dificuldades foram percebidas para inserção dos estudantes: número reduzido de docentes interessados em participar do TCS, a deficiência na formação docente e dos profissionais dos serviços nos novos métodos de

ensino-aprendizagem e referências nos modelos da integralidade e interdisciplinaridade. Os autores encontraram um forte caráter empirista nos relatos dos professores e acreditam que “sem uma reflexão profunda sobre esta relação entre teoria e prática, corre-se o risco de limitar a prática educativa no TCS a um simples saber-fazer, desperdiçando este rico material da prática como objeto de construção do conhecimento.”^(28:73) Neste estudo, foi apontada a necessidade da educação permanente para a capacitação docente.

“As transformações no ensino somente ocorrerão se os professores ampliarem sua consciência a respeito dos contextos históricos, sociais, culturais, organizacionais de sua própria prática educativa, tanto a da sala de aula quanto num sentido mais amplo. E a mudança do perfil dos médicos depende dessa transformação.”^(28:74)

Abreu Neto *et al.*⁽³⁹⁾, abordaram quantitativa e qualitativamente a percepção dos professores sobre alguns itens relativos à nova proposta curricular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás que teve sua proposta de reformulação do Projeto Político-Pedagógico (PPP) aprovado pelo PROMED. O novo currículo foi instituído em 2003. A inserção precoce dos estudantes na rede básica de saúde e a redução de algumas disciplinas e criação de outras estão entre as alterações mais significativas. Os autores certificam que quase metade dos docentes entrevistados, não têm conhecimento das mudanças (48 %), mas 77 % afirmam que as mudanças são necessárias. Como desvantagens do novo currículo a maioria dos docentes percebem a resistência dos professores à mudança; a fase de experimentação; a diminuição da carga horária de algumas disciplinas forçando uma “superficialização do conteúdo” e o aumento da carga horária curricular. Uma minoria identifica como desvantagens a dificuldade de integração entre as disciplinas básicas e clínicas; a deficiência de disciplinas de formação humanística e mudança do regime anual para o regime semestral de ensino. Os autores perceberam que a indiferença ou a resistência dos professores e a falta de comunicação

interna (entre os departamentos) são barreiras à instituição das mudanças curriculares. Mas vantagens do novo currículo também são notadas pelos docentes: a adequação do ensino à realidade do SUS, a ampliação do internato, a maior integração interdisciplinar, introdução precoce à prática médica, melhor formação acadêmica e a possibilidade de discussão ampliada do processo ensino-aprendizagem. Os autores perceberam que os professores tentam se adaptar ao novo currículo, mas falta capacitação para que isto se concretize. ⁽³⁹⁾

Outro estudo analisou a percepção dos estudantes de medicina da primeira e segunda séries da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), sobre as ações em saúde que desenvolvem com a comunidade através da Unidade Educacional de Prática Profissional (UPP) presente desde 2003, no novo currículo implementado nesta escola médica. Os dados foram obtidos através da técnica de grupo focal e analisados pela análise do conteúdo. Os estudantes identificaram vários fatores positivos para sua formação e para a comunidade com a inserção na UPP. Para a formação profissional foram reconhecidos que os problemas reais enfrentados na prática estimulam a construção do conhecimento; a interação com a comunidade favorece o desenvolvimento de habilidades de comunicação e do entendimento e “respeito pelas características individuais, sociais e culturais da comunidade”.^(40:57) Além disso, este cenário de prática permite ao estudo construir uma concepção do processo saúde-doença pelo paradigma biopsicossocial e da integralidade com uma maior capacidade crítico-reflexiva. Por outro lado, as atividades dos estudantes na UPP também são interessantes para a comunidade, que se aproximam mais dos serviços através dos estudantes e a “troca de experiências”. Saberes com estes auxiliam na melhoria do autocuidado e da consciência sobre seus direitos e deveres sociais. “O trabalho com a comunidade desenvolvido pelos estudantes na ABS e esta

forma de se relacionar com as pessoas da comunidade onde atuam têm possibilitado a construção de vínculos entre as pessoas-estudantes-profissionais de saúde, estabelecendo uma relação mais horizontal; menos autoritária e distante. A mudança na relação possibilita aos estudantes a construção de uma “nova” imagem do profissional médico perante a comunidade.”^(40:57)

Vieira et al.⁽⁴²⁾ avaliaram a instalação e evolução – entre 2004 e 2006 – da disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da USP. Esta disciplina ocorre no 1º, 3º e 5º anos, com atividades em um período por semana, com inserção crescente dos estudantes nas ações da ESF. Foram percebidas falta de infra-estrutura para agregar o ambiente de ensino ao serviço e pouca disponibilidade de tempo dos gestores locais para interagir com os estudantes. Os estudantes ressaltaram aspectos positivos da disciplina como entender a realidade social e de saúde, conhecer o trabalho do agente comunitário e entender o Programa de Saúde da Família.

Campos e Forster ⁽³⁹⁾ estudaram a percepção dos estudantes do quinto ano do Curso de Ciências Médicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), sobre a importância do estágio em Saúde da Família na sua formação. A FMRP-USP introduziu o ensino da Atenção Primária com enfoque em medicina de família em 1997, com as disciplinas Medicina Comunitária I e Estágio Integrado, no quinto ano do curso e duração de oito semanas. A discussão e prática em saúde mental, a atuação em equipe e assistência à família foram atividades classificadas como bastante ou muito importantes para mais de 80% dos estudantes. Eles também reconheceram a importância da integração com os profissionais do serviço proporcionando uma assistência integral às famílias. Já atividades como visita domiciliar, seminários e discussão de casos de família

foram as menos valorizadas. Em relação à visita domiciliar, os estudantes não a consideram atribuição do médico ou acreditam que é pouco efetiva. Os autores concluíram que o estágio possibilita o entendimento pelos estudantes da necessidade de ações intersetoriais sobre os determinantes de saúde da população, além de permitir a vivência dos atributos da APS. “Os princípios menos vivenciados pelos alunos foram adesão do paciente e resolutibilidade, que, por serem alcançados em longo prazo, precisariam de maior tempo de vivência do aluno no estágio.”^(42:89)

Cabral et al.⁽⁴³⁾ descrevem a implantação e reestruturação do Programa Interinstitucional de Interação Ensino-Serviço-Comunidade (PINESC) da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP/Anhanguera). Este módulo de inserção dos estudantes de medicina nos primeiros quatro anos do curso na APS (a princípio em ESFs e Centros de Saúde e, logo depois apenas em ESFs) foi possível através de convênio entre prefeitura e a escola, e com gratificação a médicos das unidades de saúde que recebessem estudantes para as atividades educacionais. Estas atividades foram programadas por docentes, preceptores e estudantes. Os autores ressaltam a dificuldade da interação do trinômio ensino-serviço-comunidade.⁽⁴³⁾

“Não é simples propor esta interação, dada a resistência a este modelo. Primeiramente, há o estranhamento decorrente do confronto dos diferentes interesses postos em contato. Afinal, o docente e o estudante de medicina de uma universidade privada transitam num espaço, não raro, distante daquele dos trabalhadores em saúde. Estes, por sua vez, apesar de atuarem numa comunidade, nem sempre se identificam com as necessidades e aspirações desta. Fazer confluírem pontos convergentes destes três universos tão distintos é tarefa desafiadora, cujo roteiro de execução deve ser construído a partir de cada situação concreta, sem esquemas preconcebidos que possam prejudicar a percepção da realidade.”^(43:376)

Muitas foram as dificuldades encontradas para implantação e consolidação do programa: heterogeneidade das UBSs, a disparidade do número de estudantes lotados em cada uma delas, dificuldades no acompanhamento e avaliação de cada preceptor, equívoco na

forma de escolha dos preceptores (através da indicação da gerência da UBS que se deram por critérios afetivos ou políticos e não levaram em conta o perfil dos profissionais), sendo que os preceptores sem perfil para o trabalho na ESF desestimulavam os estudantes. Um fator facilitador para o reconhecimento pelo módulo tanto para os estudantes como para todo o corpo docente da Universidade foi a integração de diferentes componentes do curso ao módulo de interação ensino-serviço-comunidade.⁽⁴²⁾

Foram encontrados, nesta experiência, alguns problemas a serem superados: a falta de profissionais com os requisitos do perfil mínimo exigido, a hipertrofia do binômio ensino-serviço e pouca articulação com a comunidade. Este último fator pode ser explicado pela forte dinâmica demográfica da região e o passado recente de mando oligárquico.⁽⁴³⁾

“Esses fatores dificultam a identificação do *ethos* imprescindível à estruturação comunitária, para que seus membros se reconheçam como partícipes de um *corpus* orgânico, com finalidades e objetivos comuns, dotado de identidade própria, ou seja, uma comunidade efetiva, capaz de se reger com autonomia.”^(43b:81)

Os autores referem ainda vantagens da inserção dos estudantes nas ESFs tanto para a formação (como a possibilidade de capacitar os estudantes para o trabalho na APS), como para o serviço (prestação de serviços pelos estudantes).⁽⁴³⁾

Pereira e Fracoli⁽⁴¹⁾ descreveram a articulação ensino-serviço desenvolvida entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Universidade de São Paulo (através da Faculdade de Medicina, da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Saúde Pública) na percepção dos docentes envolvidos nesse processo. As autoras refletiram, a partir do discurso dos profissionais, que ocorre integração quando há supervisão do profissional do serviço de saúde. Além disso, os profissionais entrevistados percebem a melhora da qualidade do serviço e da capacitação profissional com a presença do estudante. Nota-se

também uma desarticulação ensino-serviço na implantação do modelo da Vigilância à Saúde. ⁽⁴⁴⁾

“Fica evidente a necessidade de se continuar investindo no processo de construção de novas relações ensino-serviço-comunidade, sensibilizando gestores, universidades e lideranças comunitárias no sentido de qualificá-las. Deve-se buscar ampliar as oportunidades e criar espaços efetivos de discussão e conversa entre a universidade, os serviços, as lideranças comunitárias e conselhos de saúde, provocando a discussão sobre o papel que todos esses atores têm na formação profissional e na reorganização da atenção.”^(44:172)

Um artigo relata a experiência de preparação dos estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP) para realizar visitas domiciliares junto às ESFs através da técnica do psicodrama. Estes estudantes são inseridos nestas equipes por meio de um programa não departamental, aprovado em 2006, denominado “Interação Universidade, Serviço e Comunidade” (IUSC), pelo qual os estudantes desenvolvem atividades educativas, durante os primeiros três anos do curso, em pequenos grupos supervisionados por professores tutores, profissionais de diversas áreas ligadas à saúde.⁽⁴⁵⁾

Os autores observaram vários fenômenos: 1) os estudantes entendem o papel do médico centrado no papel curativo, havendo grande medo em errar até por considerarem-se “representantes” da instituição; 2) há um grande temor de encontrarem dificuldades de comunicação com a comunidade devido a diferença de condições socioeconômicas e culturais entre eles e a população; 3) foi observada uma tendência à desvalorização de crenças e valores divergentes dos seus próprios, considerando-os como indicadores de ignorância; 4) os estudantes sentem-se impotentes diante das necessidades sociais da população, provavelmente pelo desconhecimento da possibilidade da atuação interdisciplinar e intersetorial; 5) há insegurança para a realização de visitas domiciliares gerada pelo receio da falta de supervisão; 6) os estudantes percebem-se como um invasor, não entendem seu papel como membro da equipe de saúde e não enxergam sua

atuação como um diferencial positivo; 7) os autores observaram também uma tendência dos estudantes em correlacionarem o baixo nível sócio-econômico com ignorância, sujeira, famílias numerosas e desorganizadas/conturbadas, desemprego, alcoolismo, migração, hostilidade e violência; e 8) não foram observadas expectativas quanto a uma recepção positiva pela comunidade e a possibilidade de compartilhamento de conhecimentos e experiências. ⁽⁴⁵⁾ “Ou seja, a ansiedade dos alunos impede que percebam a visita às famílias como um processo que está apenas se iniciando, mas como algo que deve ter começo, meio e fim numa primeira e única visita, que tem que ser resolutiva e sem falhas.”^(45:208)

No ano de 2002, em Montes Claros-MG, o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) implantou um novo currículo para o curso médico com a metodologia de Aprendizado Baseado em Problemas. Um dos pilares deste currículo é o módulo IAPSC (Interação, aprendizagem, serviço, pesquisa e comunidade), através do qual os acadêmicos são inseridos nas Equipes de Saúde da Família do primeiro ao sexto períodos, um turno por semana.⁽⁴⁶⁾

1.5 Interação ensino-serviço

A integração dos estudantes ao microsistema dos serviços de saúde ao invés da criação de um sistema para a educação e outro para o cuidado, é considerado fundamental para o bom desempenho da equipe de saúde (e satisfação do paciente) e para o aprendizado adequado. Para isto, é preciso que, por um lado, o estudante seja um diferencial positivo

para o serviço e, por outro; que o serviço esteja voltado para as necessidades do usuário e, conseqüentemente, da formação profissional.^(6,29)

“Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços”.^(6:357)

Na América Latina, em 1990, o Programa UNI da Fundação Kellogg foi uma iniciativa com o objetivo principal de fomentar a parceria entre a universidade, os serviços locais de saúde e a comunidade com o intuito de inovar as práticas de saúde e da formação profissional. Este programa político-pedagógico foi desenvolvido em 23 instituições de ensino superior na América Latina, sendo seis delas brasileiras. Antes disso, o que havia eram relações bilaterais entre a universidade e serviços (Integração Docente-Assistencial), universidade e comunidade (programas de extensão universitária) e entre o serviço local e a comunidade (APS).^(6,7)

As ações integradas dos profissionais da equipe e destes com os estudantes, em vez de apenas uma justaposição das ações, tendem a formar um plano comum que é desejável para a efetividade do serviço. Além disso, a discussão gerada pela presença do estudante pode auxiliar na educação permanente dos profissionais e à reflexão sobre as ações do serviço.^(6,29)

Estudo recente investigou quantitativamente a opinião dos profissionais da APS do município do Rio de Janeiro, quanto às vantagens e desvantagens de atuarem na preceptoria de estudantes da área da saúde, e encontrou dados que corroboram estas afirmações. Como pontos positivos para a formação, foram relatados possibilidade de

vivência prática (56%), aquisição de conhecimentos (32,1%) e contato com a realidade (6,7%). Para o profissional, foram citados com vantagens o desenvolvimento pessoal e profissional (64,4%) e maior colaboração com as Instituições de Ensino Superior (12,9%). Ainda foram encontrados benefícios para a unidade como a melhor formação profissional (22,6%), melhor atendimento (46,1%) e maior colaboração dos centros formadores com o serviço (21,7%). Por outro lado, foram relatadas desvantagens para os estudantes, profissionais e para a unidade. A convivência com as deficiências do serviço (49,1%) e o contato com a realidade (5,3%) foram vistos como pontos negativos para a aprendizagem do estudante. Grande parte dos profissionais referiu à sobrecarga de trabalho (43,3%) como desvantagens da preceptoria para o profissional. Também foram citadas a interferência na relação médico-paciente (15,6%) e divisão do espaço físico (11,1%); e o constrangimento do paciente (17,6%), consumo de recursos (11,8%) e alteração na rotina diária (5,9%) como desvantagens para a unidade.⁽⁴⁷⁾

O Ministério da Saúde e o MEC, a partir de 2001, têm lançado incentivos para mudanças curriculares nas Escolas Médicas visando à interação entre a academia e os serviços de Atenção Primária. Vários programas impulsionaram estas mudanças: o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED); o Projeto VER-SUS Brasil (Vivência e Estágio na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil); o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde).^(33,35,48-51)

O Promed, lançado em 2002, foi a primeira iniciativa conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação do Brasil a estimular mudanças em um curso de graduação da área da saúde com objetivos bem traçados. Estes objetivos são de reorientação da formação

médica principalmente no sentido da mudança no modelo de atenção à saúde, fortalecendo a atenção básica. ⁽⁴⁹⁾ Objetivos específicos também foram definidos:

“[...] estabelecimento de protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; a incorporação da noção integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde com ênfase na atenção básica; a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde; a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes.”^(49:606)

A fim de alcançar estes objetivos o Promed oferece cooperação técnica e/ou operacional (inclusive incentivo financeiro) para as escolas médicas que aderiram voluntariamente ao programa e foram selecionadas mediante a condição de se dispor a adotar processos de mudanças nos currículos de seus cursos, com enfoque nas necessidades de saúde da população.^(49,50)

As orientações propostas foram divididas em três eixos: mudança pedagógica, integração ciclo básico/ciclo profissional e diversificação de cenários do processo de ensino. No que se refere às mudanças pedagógicas, o Promed preconiza o emprego de metodologias ativas e centradas no estudante como ensino baseado principalmente em resolução de problemas, em pequenos grupos e com professores tutores acontecendo em ambientes diversificados e com atividades estruturadas a partir das necessidades do SUS. A avaliação preconizada é formativa, somativa e abrangente em contraposição às avaliações por meio de testes e provas. O segundo eixo para desenvolvimento de mudanças curriculares orienta a integração do ensino, sem a precedência cronológica do ciclo básico e sem estruturação em disciplinas. A diversificação de cenários do processo de ensino, terceiro eixo para o desenvolvimento de mudanças curriculares que estimula atividades práticas desde o início do curso em variados cenários com predomínio na rede SUS e na Atenção básica e inserção em atividade multiprofissionais.^(49,50)

Algumas escolas médicas brasileiras já apresentavam mudanças curriculares neste sentido por ocasião do lançamento do Promed. Dentre elas, participaram efetivamente deste programa, 19 escolas médicas das seguintes instituições: Faculdade de Medicina de Marília; Fundação Educacional Serra dos Órgãos; Fundação Universidade de Pernambuco; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul; Universidade Estadual de Campinas; Universidade Estadual de Londrina; Universidade Estadual de Montes Claros; Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho; Universidade Federal de Goiás; Universidade Federal de Juiz de Fora; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Pernambuco; Universidade Federal de Roraima; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de São Paulo; Universidade Federal do Ceará; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal Fluminense. ^(49,50)

O Projeto VER-SUS, do Ministério da Saúde de setembro de 2003, teve como público alvo os estudantes de graduação de vários cursos da área da saúde. Teve como um de seus principais objetivos reformular o processo de formação dos profissionais da saúde através da integração entre educação e trabalho. Ele se caracterizou pela “aproximação da política de saúde com a formação acadêmica”, em que estudantes foram conhecer de perto o funcionamento do SUS em todos os seus setores (gestão, organização e práticas de atenção à saúde, formação e desenvolvimento profissional, participação popular e controle social). Isto possibilitou uma familiarização com o SUS com a participação ativa dos estudantes neste processo. ^(50,51)

O Pró-Saúde, lançado em portaria interministerial em 2005, expandiu o incentivo às mudanças curriculares no sentido de se adequarem às necessidades atuais da população brasileira e à operacionalização do SUS aos cursos de graduação em enfermagem e odontologia. E em 2008, foi ampliado para os demais cursos de graduação na área da saúde.⁽⁴⁹⁾

O PET-Saúde, é uma das estratégias do Pró-Saúde e foi instituído por portaria dos Ministérios da Saúde e da Educação nº. 1.802, de 26 de agosto de 2.008. “[...] constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).”⁽⁵²⁾ Com o pressuposto de educação para o trabalho, disponibiliza bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde. Este programa fomenta e oficializa a integração ensino-serviço, na medida em que une a figura do professor ao profissional de saúde (preceptor) facilitando a organização de um ambiente de aprendizagem voltado para as necessidades de saúde da população. É uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior (SESU), do Ministério da Educação.^(49,52)

A orientação na comunidade, atributo da APS, só é possível mediante a participação popular que permite a adequação dos serviços às reivindicações da comunidade e portanto também devem nortear as discussões educacionais de formação na área da saúde. Ademais, o conhecimento construído a partir da reflexão do contato com os conflitos, dificuldades e estratégias desencadeadas no contato do serviço com a comunidade é muito rico para a educação profissional.⁽⁶⁾ Sendo assim, espera-se que a

atuação conjunta e integrada de profissionais de saúde e estudantes na equipe de um serviço de atenção primária à saúde poderia melhorar vários aspectos tanto do serviço como da formação.^(8,29,36)

Como observa Oliveira^(53:348), quatro transições simultâneas estão ocorrendo, na atualidade no Brasil, e “exigem respostas e reestruturação em vários setores da sociedade.” Uma transição é a demográfica e epidemiológica da população, na qual pode-se perceber uma diminuição da taxa de natalidade concomitante a um aumento na taxa de mortalidade e um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Outra transição é a mudança da estruturação do modelo de assistência do SUS e reorientação do processo de trabalho através da implantação da ESF. O enfoque teórico-metodológico e prático das questões de saúde na ESF também está em transição: a abordagem da saúde de forma inter e transdisciplinar através do trabalho multiprofissional em equipe e com a participação e controle social. Há ainda uma quarta mudança que ocorre na educação dos profissionais de saúde na direção do SUS. Esta é impulsionada pelas mudanças curriculares nas instituições em ensino superior da área da saúde, capacitação dos técnicos do SUS e as estratégias de ampliação da integração do ensino com o serviço e a comunidade como o Projeto UNI e a criação de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e propostas de Educação Permanente para os profissionais da saúde.⁽⁵³⁾

Pressupõe-se que a inserção de estudantes do curso médico da UNIMONTES nas Equipes de Saúde da Família (ESFs) pode melhorar a qualidade da assistência à saúde das pessoas do território onde estão inseridas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a inserção dos estudantes de medicina nestes serviços.

2.2 Objetivos Específicos

- Refletir sobre as vantagens e desvantagens, para o sistema de saúde, para a comunidade e para a formação médica, da presença dos estudantes de medicina nas ESF, descritas em estudos brasileiros, nos últimos cinco anos.
- Investigar as vantagens e desvantagens, para o sistema de saúde e para a comunidade, da presença dos estudantes de medicina nas ESF, na visão dos profissionais.
- Descrever sobre as vantagens e desvantagens da inserção dos estudantes nas ESF para a formação médica, na visão dos profissionais.

3 PRODUTOS ALCANÇADOS

3.1 ARTIGO 1

Inserção do estudante de medicina nas Equipes de Saúde da Família

Insertion of a medical student in Family Health' teams

Érika Soares Caldeira¹; Maisa Tavares de Souza Leite²; João Felício Rodrigues-Neto³.

RESUMO

Há um movimento de reconhecimento da importância da multidisciplinaridade, do cuidado centrado no usuário e da participação do médico no trabalho na equipe de saúde de acordo com o paradigma da integralidade. Para isso, são necessárias mudanças no ensino médico com a inserção dos estudantes em cenários de prática diversificados com ênfase na Atenção Primária à Saúde. Este artigo objetivou compreender as vantagens e desvantagens da inserção dos estudantes de medicina nas Equipes de Saúde da Família (ESFs) através de revisão de artigos científicos que enfocaram esta temática. Foram selecionados artigos da base de dados *Scientific Electronic Library* (SCIELO) do período de 2005 a 2009, as edições da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) de 2005, além de documentos relacionados aos objetivos. Foram analisados 34 artigos e quatro documentos. Concluiu-se que é necessária uma reversão do paradigma construída pelo diálogo entre os centros-formadores, os serviços e a comunidade para a efetivação das mudanças no ensino e na prática de saúde com a valorização do trabalho nas ESFs.

Palavras-chaves: Educação médica; Saúde da Família; Saúde Pública.

ABSTRACT

There is a movement to recognize the importance of a multidisciplinary approach, the User-centered care and participation in medical work in the health team in accordance with the paradigm of integration. For this, changes are needed in medical education with the inclusion of students in diverse practice settings with an emphasis on Primary Health Care. This article aimed to understand the advantages and disadvantages of integration of medical students in Family Health' teams through review of scientific articles that focused on this issue. We selected articles on the Scientific Electronic Library (SCIELO) for the period 2005 to 2009, and documents related to the goals. Articles were excluded prior to 2005. We analyzed 25 articles and four papers. It was concluded that requires a reversal of the paradigm constructed by the dialogue among centers, trainers, and community services for the realization of changes in education and health practice with the valuation of work in Family Health' teams.

Keywords: Medical Education; Family Health; Public Health.

¹ Médica, Professora do Departamento de Saúde Mental e Coletiva da Universidade Estadual de Montes Claros. Mestranda em Cuidado Primário à Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. erikapsf@yahoo.com.br.

² Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. mtsiv@terra.com.br

³ Médico, Professor Doutor do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. joao.felicio@unimontes.br

Autor para correspondência: João Felício Rodrigues Neto. Avenida Cula Mangabeira nº1562 – Santo Expedito Montes Claros – MG -39401-002 Telefones: (38) 3224-8383/99613522

Inserção do estudante de medicina na ESF

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 trouxe alguns conceitos e propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, conseqüentemente, propostas trazidas pelo Movimento Sanitário^(1,2). Em 1990, foi editada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), formada pelas Leis Federais 8080/90 (que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes”)⁽³⁾; e 9142/90 (que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”)⁽⁴⁾. A LOS juntamente com as Normas de Operacionalização Básicas e de Atenção à Saúde (NOBs e NOAS), criadas em seguida, formaram a base para a operacionalização do SUS. No entanto, com a progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos pela grande limitação do financiamento do SUS e a crise da atenção médica, havia necessidade de uma estratégia para a reestruturação do modelo assistencial que possibilitasse a implementação dos princípios do SUS^(1,2).

Esta estratégia começou a configurar-se em 1991, quando o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, foi oficializado o PSF (Programa de Saúde da Família) com a agregação do médico à equipe básica. A partir de 1997, através da Portaria 1886/GM/MS, O PSF deixou de ser visto como um programa e passou a ser considerado estratégia reorientadora e estruturadora da atenção básica. Desde então, as nomenclaturas PSF e Estratégia de Saúde da Família (ESF) coexistem e descrevem o mesmo fenômeno^(5,6). A ESF encontra-se em franca expansão no Brasil, com a meta de alcançar 40 mil equipes, através do Programa de Aceleração do Crescimento até 2011. As Equipes de Saúde da Família (ESFs) são constituídas por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com um cirurgião dentista compondo algumas equipes⁽⁶⁾. As diretrizes operacionais das ESFs, buscando o acesso universal, a integração e coordenação das ações de saúde, estão em consonância com os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) implantados em todo o mundo^(6,7).

No entanto, desde a sua criação até os dias de hoje, a ESF vem enfrentando vários problemas para sua implantação, inclusive a falta de profissionais, principalmente médicos, capazes de integrar as dimensões biopsicossociais do adoecer à prática clínica e de trabalhar em uma equipe interdisciplinar⁽⁸⁾.

De fato, desde a revolução científica no final do século XIX e a publicação do Relatório Flexner em 1910, a formação médica vem sendo fortemente influenciada pelo paradigma biomédico (também

chamado flexneriano). Isto contribuiu para o distanciamento na relação médico-paciente e a fragmentação do cuidado com a grande valorização da especialização e incorporação tecnológica, dificultando a compreensão da pessoa como um todo e impossibilitando o diagnóstico de muitos problemas passíveis de serem cuidados pelos profissionais da saúde^(8, Kemp,Rodrigues).

Este artigo objetivou rever os movimentos de mudança das escolas médicas a partir da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001, no sentido de se adequarem para formar profissionais capazes para a Estratégia Saúde da família (ESF).

MÉTODOS

Realizou-se revisão bibliográfica a partir da base de dados *Scientific Eletronic Library* (SCIELO), de 2005 a 2009, e de documentos do Ministério da Saúde do Brasil relacionados aos objetivos. Para a busca utilizaram-se as seguintes palavras-chaves: “Interação” e “ensino” e “serviço”; e “Educação médica”. Entre os 218 artigos selecionados, 184 foram excluídos, após a leitura dos resumos. Estes artigos não se relacionavam à interação entre estudantes da graduação de medicina e Atenção Primária à Saúde (APS) ou não se tratavam de artigos originais ou de revisão, tratando-se de resenhas ou editoriais. Como a Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) foi indexada ao SCIELO em 2006, foram pesquisados artigos nas três edições da revista publicadas em 2005. Portanto, 33 artigos foram considerados de maior interesse e analisados conforme os objetivos delineados neste estudo. (Quadro 1) A partir de dúvidas surgidas da análise destes artigos, foram buscados os seguintes documentos para esclarecimentos: o Boletim da ABEM de 2002, a Portaria 1.801, o Projeto VER-SUS e o Relatório do Seminário Internacional: “Os desafios do ensino da Atenção Básica na Graduação em Medicina de 2007”.

Para a análise dos dados, procedeu-se a síntese narrativa dos dados objetivos e quantitativos e à integração interpretativa de resultados qualitativos. Esta integração vai além “da soma das partes, uma vez que oferecem uma nova interpretação dos resultados.”^(11:774). São inferências a partir da análise conjunta de todos os artigos e documentos selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nota-se um número crescente de publicações referentes à inserção dos estudantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos dois anos desde a publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001. Foi encontrado em 2005, um artigo sobre a importância da inserção de estudantes de medicina em cenários de prática diversificados desde o início do curso. Este número aumentou em 2006 e 2007 para seis artigos, e em 2008 e 2009 para onze e nove

artigos publicados, respectivamente. Isto demonstra o aumento da atenção e preocupação com a inserção dos estudantes de medicina no cenário da APS.

Nota-se, também, que a grande maioria dos estudos são publicações da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) (87,9%), sinalizando uma falta de interesse de outras revistas em publicações com esta temática.

Movimentos de Mudança na Educação Médica no Brasil

Diante da deficiência no ensino médico para a formação de profissionais com o perfil necessário à consolidação do SUS, o Ministério da Saúde e o MEC, a partir de 2001, têm lançado incentivos para mudanças curriculares nas Escolas Médicas visando à interação entre a academia e os serviços da Atenção Primária^(12,13). Um programa internacional e cinco programas nacionais impulsionaram estas mudanças no Brasil: o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade); o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed); o Projeto VER-SUS Brasil (Vivência e Estágio na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil); o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde)⁽¹⁴⁻¹⁹⁾.

O Conselho Nacional de Educação instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que foi homologado pelo Ministro da Educação em 03 de outubro de 2001. Este documento recomenda, no artigo 5º, que o estudante atue “nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário”. Isto é reafirmado no artigo 12, que também recomenda a inserção do aluno desde o 1º período em atividades práticas^(14,15). Com efeito, é na APS que se espera que sejam resolvidos 80% dos problemas de saúde da população. Além de conter uma maior variedade de diagnósticos, neste cenário, os problemas de saúde são abordados de forma ampliada e singular de cada caso. O estudante tem, assim, a possibilidade de se apropriar de competências essenciais para o exercício da profissão ao entrar em contato com esta complexidade, com a obrigação de trabalhar em equipe e de fazer um seguimento longitudinal^(15,16).

A Fundação W. K. Kellogg, entidade fomentadora de mudanças no campo social, apoiou o Programa UNI através do qual, foram desenvolvidos projetos em diferentes países latino americanos. Os projetos UNI começaram a ser implantados a partir de 1992 e seus ideários propuseram uma mudança na atenção à saúde e na formação correspondente dos profissionais, que levasse a uma (re)-humanização da atenção, através de um processo baseado na parceria e integrado entre a universidade, os serviços de saúde e à comunidade. Este programa político-

pedagógico foi desenvolvido em 23 instituições de ensino superior na América Latina, sendo seis delas brasileiras. O Programa UNI foi um marco para o desenvolvimento da integração ensino-serviço-comunidade. Antes dele, o que havia eram relações bilaterais entre a universidade e serviços (Integração Docente-Assistencial), universidade e comunidade (programas de extensão universitária) e entre o serviço local e a comunidade (APS)^(17,19).

Os avanços mais ousados na adoção de metodologias inovadoras de ensino ocorreram em escolas ligadas ao Projeto UNI, que optaram pela estruturação do currículo com base na abordagem de aprendizagem baseada em problemas (ABP) ou *Problem-Based Learning* (PBL)⁽¹⁷⁾. Esta abordagem está de acordo com a teoria construtivista da aprendizagem proposta por Jean Piaget e reafirmada por Vygostky. Segundo o construtivismo “o papel do professor seria trabalhar e desafiar o aluno para construir o conhecimento para além das aparências, das percepções cotidianas e ações práticas”^(20:69). Estas idéias se contrapõem ao ‘apriorismo’ (“o conhecimento é algo inerente ao sujeito, que precisa ser despertado”^(20:68)) e ao o empirismo (todo o conhecimento do estudante virá do meio externo a partir da observação e percepção dos objetos).

O Promed, lançado em 2002, foi a primeira iniciativa conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação do Brasil a estimular mudanças em um curso de graduação da área da saúde com objetivos bem traçados. Estes objetivos são de reorientação da formação médica principalmente no sentido da mudança no modelo de atenção à saúde, fortalecendo a atenção básica^(21,22). Objetivos específicos também foram definidos:

“estabelecimento de protocolos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; a incorporação da noção integradora do processo saúde/doença e da promoção da saúde com ênfase na atenção básica; a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde; a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes”^(22:606).

A fim de alcançar estes objetivos o Promed ofereceu cooperação técnica e/ou operacional para as escolas médicas que aderiram voluntariamente ao programa e foram selecionadas mediante a condição de se dispor a adotar processos de mudanças nos currículos de seus cursos, com enfoque nas necessidades de saúde da população^(22,23).

As orientações propostas pelo Promed foram divididas em três eixos: mudança pedagógica, integração ciclo básico/ciclo profissional e diversificação de cenários do processo de ensino. No que se refere às mudanças pedagógicas, o Promed preconiza o emprego de metodologias ativas e centradas no estudante como ensino baseado principalmente em resolução de problemas, em pequenos grupos e com professores tutores acontecendo em ambientes diversificados e com atividades estruturadas a partir das necessidades do SUS. A avaliação preconizada é formativa, somativa e abrangente em contraposição às avaliações por meio de testes e provas. O segundo

eixo para desenvolvimento de mudanças curriculares orienta a integração do ensino, sem a precedência cronológica do ciclo básico e sem estruturação em disciplinas. A diversificação de cenários do processo de ensino, terceiro eixo para o desenvolvimento de mudanças curriculares, estimula atividades práticas desde o início do curso em variados cenários com predomínio na rede SUS e na APS e inserção em atividade multiprofissionais^(22,23).

Algumas escolas médicas brasileiras já apresentavam mudanças curriculares neste sentido por ocasião do lançamento do Promed. Este fato sinaliza que as transformações nos currículos médicos são impulsionadas também por outros fatores. Dezenove instituições participaram efetivamente do Promed: Faculdade de Medicina de Marília; Fundação Educacional Serra dos Órgãos; Fundação Universidade de Pernambuco; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul; Universidade Estadual de Campinas; Universidade Estadual de Londrina; Universidade Estadual de Montes Claros; Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho; Universidade Federal de Goiás; Universidade Federal de Juiz de Fora; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Pernambuco; Universidade Federal de Roraima; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de São Paulo; Universidade Federal do Ceará; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal Fluminense^(22,23).

O Projeto VER-SUS, do Ministério da Saúde de setembro de 2003, teve como público alvo os estudantes de graduação de vários cursos da área da saúde. Teve como um de seus principais objetivos reformular o processo de formação dos profissionais da saúde através da integração entre educação e trabalho. Ele se caracterizou pela “aproximação da política de saúde com a formação acadêmica”, em que estudantes foram conhecer de perto o funcionamento do SUS em todos os seus setores (gestão, organização e práticas de atenção à saúde, formação e desenvolvimento profissional, participação popular e controle social)^(23,24). Segundo o documento oficial do Ministério da Saúde⁽²⁴⁾, isto possibilitou uma familiarização com o SUS através da participação ativa dos estudantes neste processo. No entanto, não foram encontrados estudos corroborando esta afirmação.

Lançado em portaria interministerial em 2005, o Pró-Saúde expandiu o incentivo às mudanças curriculares no sentido de se adequarem às necessidades atuais da população brasileira e à operacionalização do SUS aos cursos de graduação em enfermagem e odontologia. E em 2008, foi ampliado para os demais cursos de graduação na área da saúde⁽²²⁾, demonstrando o entendimento do estado brasileiro da relevância da capacitação de profissionais de diversas formações para que o trabalho em equipe seja efetivo.

O PET-Saúde é uma das estratégias do Pró-Saúde e foi instituído por portaria dos Ministérios da Saúde e da Educação nº. 1.802, de 26 de agosto de 2.008; um instrumento para a capacitação em serviço dos profissionais da saúde, além da iniciação ao trabalho e estágios para os estudantes da área possibilitando que eles vivenciem no serviço as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽²⁵⁾. Com o pressuposto de educação para o trabalho, disponibiliza bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde. Este programa fomenta e oficializa a integração ensino-serviço, na medida em que une a figura do professor ao profissional de saúde (preceptor) facilitando a organização de um ambiente de aprendizagem voltado para as necessidades de saúde da população. É uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES e Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior – SESU, do Ministério da Educação^(22,24).

Processo de Avaliação das Transformações

Paralelamente ao movimento de mudanças nas escolas médicas brasileiras, há também uma preocupação com a avaliação do impacto destas ações na formação do médico no curso de graduação e no atendimento às necessidades de saúde. A Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), na década de 1990, constituiu e coordenou a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem) com o desenvolvimento de projeto que desencadeou um movimento inédito de avaliação das escolas médicas^(14,26).

Em 2004, foi aprovada a concepção e regulamentação do Sistema Nacional de Avaliação das Instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. A Abem tem como objetivos promover e acompanhar as mudanças nas escolas médicas para atender as Diretrizes Curriculares Nacionais com perspectivas à consolidação do SUS; e incentivar e apoiar a construção do processo de avaliação⁽²⁶⁾.

Em 2007, 28 escolas médicas brasileiras participaram do Projeto da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem), da Associação Brasileira de Educação (Abem). Este projeto partiu da auto-avaliação das escolas por representantes dos docentes, discentes e técnico-administrativos e da comunidade externa local. Foram avaliados cinco eixos relevantes da educação médica subdivididos em vetores, cada um com três situações: tradicional, inovadora e avançada. A primeira corresponde a características do ensino baseado no paradigma flexneriano. A inovadora representa características intermediárias em busca das adequações propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. A terceira situação, a avançada, esta predominantemente com as mudanças educacionais implantadas, em consonância com o paradigma da produção social da saúde e com as teorias de aprendizagem construtivista^(20,26,27).

Os cinco eixos e os respectivos vetores foram os seguintes: I) Mundo do Trabalho: carência de médicos e emprego, base econômica da prática médica, prestação de serviços. II) Projeto pedagógico: biomédico e epidemiológico-social, aplicação tecnológica, produção de conhecimento e pós-graduação e educação permanente. III) Abordagem Pedagógica: estrutura curricular, orientação didática, apoio e tutoria. IV) Cenários de Prática: local de prática, participação discente e âmbito escolar. V) Desenvolvimento Docente: formação didático-pedagógica, atualização técnico-científica e capacitação gerencial⁽²⁶⁾.

As escolas se classificaram em uma de três categorias em cada vetor e justificaram as evidências da alternativa escolhida. Esta avaliação foi importante para identificar onde as escolas estavam em relação aos princípios do Sistema Nacional de Avaliação da Educação do Ensino Superior (Sinaes) e para indicar caminhos de mudança⁽²⁷⁾.

Stella et al, apresentou e analisou os resultados desta avaliação relativo ao eixo cenário de prática. Foi identificado que nenhuma das escolas participantes está totalmente na situação tradicional, sendo que a maioria se auto-avalia como avançada. Em 75% das escolas participantes se auto-avaliam com avançadas no que se refere a diversificação de cenários nos três níveis de atenção (primária, secundária, terciária) com o entendimento da construção da rede do sistema de saúde e proporcionando ao discente ampla participação com orientação e supervisão docente nos cenários de prática. No vetor Âmbito Escolar, 43% das escolas se colocam como avançado, correspondendo à situação em que há oferta de práticas ao longo de todo o curso e utilizando os serviços em todos os setores de atenção de forma integral. Apesar destes resultados positivos, os autores discutem que algumas destas percepções não apresentavam justificativas condizentes com a situação avançada⁽²⁷⁾. Isto pode ser um fator limitador para o processo de transformação, uma vez que os avaliados podem não concordar com as mudanças sugeridas.

Outras avaliações de diversos aspectos da formação têm sido realizadas paralelamente a este sistema controlado por instituições ligadas ao governo Brasileiro. ⁽²⁸⁻³²⁾ Rossi e Batista⁽²⁸⁾ analisaram o processo ensino/aprendizagem da comunicação na relação médico-paciente durante o curso de graduação em medicina, na visão de egressos e coordenadores de cursos de diversas escolas médicas do Brasil. Os autores identificaram que a aprendizagem da comunicação permeia o currículo oculto e que este processo de aprendizagem ocorre principalmente com a observação dos profissionais no treinamento em serviço, sobretudo no internato. Esta constatação é preocupante por dois motivos: primeiro, a comunicação médico-paciente é uma habilidade reconhecida como fundamental para a formação médica e não está explícita nos currículos oficiais avaliados; em segundo lugar, como a observação de modelos foi reconhecida como uma boa oportunidade para o processo de aprendizagem das habilidades de comunicação. É importante

estar atento à educação permanente dos profissionais dos serviços, a fim de que eles possam ser modelos adequados para os estudantes.

Dois outros estudos investigaram atividades extracurriculares (Currículo Paralelo) de estudantes do curso médico da Universidade Federal de Alagoas e Universidade Federal de Minas Gerais.^(30,31) Foi observado que a maioria dos estudantes (82,5% a 98,41%) adotam atividades extracurriculares tendo como principais motivações a aquisição de prática clínica. Apesar de não ter sido diretamente relatado nestes estudos, estes achados sugerem que os estudantes também percebem a importância da diversificação dos cenários de prática para uma boa formação profissional. Pode-se perceber a necessidade de reestruturação dos currículos e estreitar a integração ensino-serviço-comunidade para que a formação profissional esteja de acordo com as necessidades de saúde da população e que os egressos estejam preparados para atuar nos cenários reais.

Almeida et al,⁽³²⁾ descreveram as características da formação dos profissionais médicos no estado do Paraná, com a análise das iniciativas de mudanças na direção das diretrizes curriculares nacionais. Os aspectos analisados foram: 1. Perfil do formando; 2. Competência e habilidades gerais; 3. Competências e habilidades específicas; 4. Formação para o SUS; 5. Conteúdos essenciais; 6. Estágio curricular supervisionado; 7. Projeto Político-Pedagógico e processo de ensino. Cada um destes aspectos foram classificados em três estágios de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais. O primeiro estágio corresponde ao curso tradicional de acordo com o paradigma flexneriano; o terceiro estágio muito próximo das DCN e o segundo estágio com inovações parciais. Duas das cinco instituições avaliadas foram classificadas no estágio três; duas no estágio dois, mas, uma instituição encontra-se ainda no estágio mais tradicional. Em relação a atividades no cenários da Estratégia de Saúde da Família foram relatadas por quatro das instituições avaliadas. Destas, apenas em uma delas há internato neste cenário, sendo que outras duas relataram atividades nos primeiros anos do curso e uma não especificou a época. Os autores ressaltam que o estudo avaliou apenas os documentos oficiais disponibilizados pelas instituições, sendo que o curriculum prescrito possa diferir do que é realmente aplicado. Pode-se refletir, a partir dos resultados deste estudo, que a despeito de vários anos de movimentos de mudança para os cursos da saúde, ainda há um caminho a ser percorrido e resistências a serem derrubadas para que os profissionais formados estejam preparados para atuar nas ESFs.

Algumas Experiências Brasileiras

Nos artigos pesquisados, nota-se que a busca pela adequação nos currículos no que se refere à diversificação de cenários com ênfase na APS, tem ocorrido de maneira heterogênia desde a inserção tímida de estudantes durante um período do curso como disciplinas optativas em

Unidades Básicas de Saúde até a inserção dos estudantes em ESFs, desde o primeiro período, através de módulos transversais e integrados ao currículo.

Gil et al.⁽³³⁾ descrevem uma das primeiras experiências do processo de inserção dos estudantes de medicina nas Unidades Básicas de Saúde. Os autores relatam o caso da Universidade de Londrina (UEL). Em 1970, houve uma inserção tímida dos estudantes, no modelo de Integração Docente-Assistencial (IDA) durante o sétimo período da graduação, nas primeiras três unidades de saúde periféricas de Londrina que desenvolviam ações curativas e preventivas. Em 1992, foi criada a disciplina optativa possibilitando a interação dos estudantes de medicina com os demais estudantes da área da saúde; com capacitação de professores com novas metodologias de aprendizagem, iniciação científica e inovações na avaliação dos estudantes. Em 1997, foi aprovado novo currículo na UEL com integração entre os ciclos básico e clínico; a integração dos conteúdos ao longo de todo o processo de formação e a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem; particularmente o PBL e a integração ao currículo dos módulos de interação ensino-serviço e comunidade (PIN) como obrigatório durante os quatro primeiros anos do curso⁽³³⁾. Mesmo com 10 anos de currículo integrado da UEL ainda há um caminho a percorrer para se alcançar esta integralidade⁽³⁴⁾, o que também pode ser observado em diversas outras escolas médicas^(20,35-40).

O curso médico da Universidade do Estado do Rio de Janeiro reestruturou a grade curricular no intuito de adequá-la às Diretrizes Curriculares Nacionais. Foram criadas três novas disciplinas obrigatórias no curso médico. Os estudantes do primeiro ano têm a disciplina de Medicina Integral I que trata de conceitos e Práticas em Medicina e Promoção e Educação em Saúde. A Disciplina de Medicina Integral II refere-se aos fundamentos da Organização da Atenção à Saúde e do SUS e é ministrada para estudantes do primeiro semestre do segundo ano. Já no segundo semestre do segundo ano, os estudantes têm a Disciplina de Medicina Integral III, com os fundamentos da Medicina de Família e Comunidade e da Medicina Ambulatorial.⁽⁴¹⁾ Percebe-se a predominância de metodologias tradicionais embora existam avanços inclusive na avaliação. Observa-se também um enfoque tradicional através da preocupação da teoria precedendo à prática.

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) introduziu o ensino da Atenção Primária com enfoque em medicina de família em 1997, com as disciplinas Medicina Comunitária I e Estágio Integrado, no quinto ano do curso e duração de oito semanas⁽³⁵⁾. Uma interação um pouco maior foi observada na disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da USP instalada em 2004. Esta disciplina ocorre no 1º, 3º e 5º anos, com atividades em um período por semana, com inserção crescente dos estudantes nas ações da ESF⁽³⁶⁾.

A Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas insere os estudantes de medicina em unidades básicas de saúde através da disciplina “Ações de Saúde Pública”, ministrada semanalmente durante o primeiro ano de graduação, com a maioria das atividades nos Centros de Saúde. Embora esta experiência não ter ocorrido na ESF, pode-se perceber que esta unidade de saúde está longe de ser um Centro de Saúde tradicional, regido pelo modelo Flexneriano. Pelo contrário, é possível perceber características de, pelo menos, dois atributos da APS: a longitudinalidade do cuidado e a preocupação com a integralidade nos relatos de ações preventivas e de promoção à saúde⁽⁴²⁾.

Pereira e Almeida⁽⁴³⁾, descreveram a estrutura curricular do curso médico criado pela Escola Superior de Ciências da Saúde e pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (DF) em 2001. A metodologia é centrada no estudante e orientada à comunidade e estruturada a partir da “Aprendizagem Baseada em Problemas” (ABP). O ensino é integrado aos serviços da rede pública de saúde prestada às comunidades do Distrito Federal. Há um eixo de formação denominado “Interação Ensino Serviço e Comunidade” (IESC), onde os estudantes são inseridos no serviço de saúde do Governo do Distrito Federal e em equipes multidisciplinares, sendo o enfoque do atendimento na família. A forma de inserção dos estudantes de medicina nos serviços de saúde não foi descrita no estudo.

Outras escolas têm proporcionado aos estudantes de medicina uma inserção desde o primeiro período do curso de maneira longitudinal. Na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado II do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense, implantada em 1994, ocorre a inserção dos estudantes em atividades práticas para além do Hospital Universitário⁽²⁰⁾. Os estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-Unesp) são inseridos em ESFs através de um programa não departamental, aprovado em 2006, denominado “Interação Universidade, Serviço e Comunidade” (Iusc), pelo qual os estudantes desenvolvem atividades educativas, durante os primeiros três anos do curso, em pequenos grupos supervisionados por professores tutores e profissionais de diversas áreas ligadas à saúde⁽³⁷⁾. Já a nova proposta curricular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FAMED-UFG), aprovada pelo Promed, foi instituída em 2003. Além da inserção desde o início do curso dos estudantes na rede básica de saúde, a redução de algumas disciplinas e criação de outras foram algumas das alterações mais significativas⁽²⁸⁾. Na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), os estudantes desenvolvem ações em saúde com a comunidade através da Unidade Educacional de Prática Profissional (UPP) presente desde 2003 no novo currículo implantado nesta escola médica⁽³⁹⁾. Cabral et al.⁽⁴⁰⁾, descrevem a implantação e reestruturação do Programa Interinstitucional de Interação Ensino-Serviço-Comunidade (Pinesc) da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (Uniderp/Anhanguera). Neste módulo de inserção dos estudantes de medicina nos

primeiros quatro anos do curso na APS (a princípio em ESFs e Centros de Saúde e, logo depois apenas em ESFs).

A inserção dos estudantes em ESFs pode trazer benefícios para a formação médica, para os profissionais do serviço e da escola médica e para os usuários/comunidade. (Quadro 2) Estudos que investigaram a percepção de estudantes, docentes e profissionais da APS, notaram que este cenário de prática pode proporcionar aos estudantes o desenvolvimento de habilidades clínicas, do trabalho em equipe e de gestão para atuarem em ESFs. Esta interação também pode favorecer entendimento do processo saúde-doença através do paradigma biopsicossocial e da integralidade além da necessidade de ações intersetoriais para o cuidado à saúde^(35-40,42,44-46). Este entendimento torna-se importante na atualidade, não apenas para o trabalho na APS, mas para o trabalho na rede de saúde pública e privada como um todo.

Estes estudos também sugeriram que interação ensino-serviço-comunidade auxilia na educação permanente dos profissionais melhorando a qualidade do serviço e aumentando a quantidade de serviços prestados^(40,42,44,47). A interação pode contribuir para o entendimento e reconhecimento do trabalho na ESF e uma maior aproximação da comunidade com o serviço através da 'troca de experiências' e saberes que auxilia na melhoria do autocuidado e da consciência sobre seus direitos e deveres sociais^(36,42,46).

“O trabalho com a comunidade desenvolvido pelos estudantes na ABS e esta forma de se relacionar com as pessoas da comunidade onde atuam têm possibilitado a construção de vínculos entre as pessoas-estudantes-profissionais de saúde, estabelecendo uma relação mais horizontal, menos autoritária e distante. A mudança na relação possibilita aos estudantes a construção de uma “nova” imagem do profissional médico perante a comunidade^(39:57)”.

Através da análise destas experiências e de outros estudos de revisão ou avaliação da interação ensino-serviço-comunidade, observa-se dificuldades para implantação, consolidação e para alcançar os objetivos de formação humanizada, ética e capaz de preparar os futuros profissionais para o trabalho em equipe e cuidado integral propostos^(33,34,36-38,40,44,46,47).

Deve-se refletir sobre os fatores que impedem o desenvolvimento pleno dos estudantes em um cenário tão produtivo. (Quadro 3). Primeiramente, percebe-se que o docente/preceptor tem um papel fundamental para o desenvolvimento dos estudantes^(28,34). Estudos apontam que muitos docentes das universidades desvalorizam⁽⁴³⁾ ou não se interessam pelo ensino na APS e os profissionais instrutores (que chamaremos neste trabalho de preceptores) apontam sobrecarga de trabalho com a supervisão de estudantes e falta de incentivo para esta atividade extra^(20,33,38,40,44). Já os demais profissionais do serviço, estão pouco envolvidos nas atividades de ensino. Soma-se a isto, a falta de capacitação dos docentes e preceptores. Por parte dos docentes nota-se a grande resistência às mudanças curriculares além do que, em muitos casos, quem ‘ensina’ APS

(na escola médica ou no serviço) são médicos de outras especialidades que não Medicina de Família e Comunidade (MFC). Também foi observado que preceptores desmotivados acabam por influenciar os estudantes a não se interessarem por este campo de trabalho. Sendo assim, seria interessante monitorar os docentes/preceptores no transcurso do período letivo a fim de detectar problemas incipientes e corrigi-los sempre que possível. Mas um estudo evidenciou dificuldade para esta avaliação^(20,33,38,40,44).

Outras barreiras ao desenvolvimento das atividades de ensino nas ESFs são a deficiência na estrutura física, na implantação do modelo de Vigilância à Saúde e a grande heterogeneidade das UBSs, além a variação no número de estudantes em cada uma delas. Estes últimos fatores dificultam um planejamento homogêneo das atividades a serem desenvolvidas pelos diversos grupos de estudantes^(33,36,40,44,46). E um estudo revelou que os profissionais apontaram o consumo de recursos com uma desvantagem da presença do estudante no serviço⁽⁴⁴⁾.

Em relação aos estudantes, percebe-se que a expectativa dos mesmos na prática médica centrada no papel curativo e na posição de poder.^(37,43) Sendo assim, há uma dificuldade de entendimento por parte do estudantes do trabalho em equipe e de atividades para além do paradigma flexneriano, com a desvalorização e angústia em relação a estas ações^(34,35,37,43,45).

Por último, apesar de não ter sido encontrado nenhum estudo abordando o usuário, Trajman aponta que, na visão dos profissionais, a presença do estudante pode levar a uma interferência na relação médico-paciente e no constrangimento para este último⁽⁴⁴⁾. Cabral et al.⁽⁴⁰⁾ ressaltam a dificuldade da interação do trinômio ensino-serviço-comunidade advinda das diferenças de interesses e origens.

Apesar de todas estas dificuldades, algumas avaliações sugerem novos rumos para a efetividade desta interação. Percebe-se a importância de que a inserção dos estudantes em ESFs não siga um roteiro rígido, e que o percurso seja construído a partir da interação com a realidade^(40,42) e faz-se necessária educação permanente para a capacitação docente abrangendo o entendimento e respeito pelo contexto da prática educativa⁽²⁰⁾.

Quanto à formação profissional, pode-se refletir sobre a importância da inserção dos estudantes em um serviço responsável por uma mesma comunidade desde o início e ao longo de vários períodos do curso, a fim de que haja maior possibilidade de 'vivenciar' a longitudinalidade do cuidado. Rego resalta que a humanização do estudante não ocorrerá apenas por abordagens 'pedagógicas' apropriadas, mas também com "oportunidades para o exercício da autonomia individual e da prática dialógica"^(48:487). Mascia et al.⁴⁹, desenvolveram um estudo randomizado transversal em uma escola médica de São Paulo que investigou as atitudes dos estudantes da

graduação médica frente à situações relevantes da prática médica e comparou atitudes dos estudantes do segundo e sexto anos. Observou-se diferença estatisticamente diferente entre os grupos em relação ao manejo de situações relacionadas à morte. Para os autores estes dados indicam a necessidade de se atentar para esta área durante a formação médica e sugerem algumas estratégias para preparar os estudantes. Inserir os estudantes no cenário da Atenção Primária à Saúde, onde são freqüentes problemas como manejo de cuidados paliativos, cuidados ao paciente terminal e à sua família é uma estratégia interessante para habilitar o estudante de medicina para lidar com situações relacionadas à morte.

Para o desenvolvimento de uma visão favorável à APS é importante ter profissionais comprometidos e qualificados especificamente para atuar nas ESF com os quais os estudantes possam se espelhar e aconteça assim maior inserção dos graduandos nas ESFs e o reconhecimento visível da escola médica e da sociedade deste campo de trabalho^(34,40,46,50). Este reconhecimento poderá ser notado através de eventos educacionais⁽³⁴⁾, integração de diferentes componentes do curso aos módulos voltados para ESF^(13,40), e programas de capacitação dos profissionais e articulação com a escola médica e a comunidade como o PET-Saúde⁽⁴⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se refletir, sobre a reorientação do modelo de atenção dos serviços de saúde brasileiro, que a formação profissional é fundamental para a efetivação deste processo. É preciso articular os serviços assistenciais com pesquisa e ensino, com a coparticipação de todos os atores envolvidos neste processo com ênfase da atuação do usuário. Também é importante a prática nos cenários reais permeando todo o currículo e integrado a todas as outras disciplinas.

Parece difícil que em curto prazo, todos os fatores que dificultam a opção dos médicos pela MFC sejam revertidos e impulsionem assim a expansão qualitativa da ESF no Brasil. A valorização dos profissionais da ESF e a melhoria das condições de trabalho são muito importantes para a escolha e a permanência destes profissionais nesta estratégia. O contexto atual de preconceito com o trabalho na APS, excesso de trabalho e responsabilidade, formação insuficiente, fragilidade da rede de assistência à saúde e má remuneração dentre outros fatores, é notório em todos os estudos pesquisados.

É importante a valorização dos profissionais das ESFs através de melhores condições de trabalho (infra-estrutura, salários mais atrativos, plano de carreira) e através do avanço nos currículos cursos em saúde de forma a permitir a mudança cognitiva e subjetiva no sentido do paradigma biopsicossocial.

Para a análise dos dados, procurou-se realizar a metassíntese qualitativa⁽¹¹⁾. No entanto, a grande heterogeneidade de metodologias utilizadas nos estudos condizentes com os objetivos, limitou esta análise.

São necessários novos estudos sobre a percepção dos atores envolvidos na interação ensino-serviço-comunidade, a fim de permitir o melhor entendimento das dinâmicas desta interação e guiar o planejamento de mudanças para as gestões municipal, estadual e federal bem como nos centros formadores e nos serviços de saúde.

Érika Soares Caldeira, trabalhou na concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo.

João Felício Rodrigues-Neto e Maisa Tavares de Souza Leite, trabalharam na concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e a sua revisão crítica.

REFERÊNCIAS

1. Costa GD et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev. Bras Enfermagem*, Brasília. 2009 jan-fev; 62(1): 113-118.
2. Valentim IVL, Krueh AJ. A importância da confiança interpessoal para a construção do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(3): 777-778.
3. Brasil. Lei nº 8080/90 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*, 19 set. 1990.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 9142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 28 dez.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 – institui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, Ministério da Saúde, 2001. disponível em www.ccs.saude.gov.br/saudebateporta/mostravirtual/ingles/.../pacs01.pdf. Acessado em 18/01/2010.
6. Barbosa SP, Aguiar AC. Fatores Influentes na Permanência dos Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga – Minas Gerais – Brasil. *Rev. APS*. 2008 out/dez; 11(4):380-388.
7. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2008; 24(Sup1):7-27.
8. Bulcão LG, El-Kareh AC, Sayd JD. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950) 2007;14(2):469-487.
9. Kemp A, Edler FC. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. *Rev Bras Educ Médica*. 2004; 11(3):569-85.
10. Rodriguez CA, Neto PP, Behrens MA. Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. *Rev Bras Educ Méd*. 2004; 28 (3): 234-241.
11. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão Sistemática de Literatura e Metassíntese Qualitativa: Considerações sobre sua aplicação na Pesquisa em Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis. 2008; 17(4): 771-778.

12. Blank, Danilo. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Rev Bras Educ Méd.* 2006; 30 (1): 27-31.
13. Batista, Sylvia Helena da Silva. A Interdisciplinaridade no Ensino Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2006; 30 (1): 39-46.
14. Nogueira MI. Mudanças na Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2009; 33(2):262-270.
15. Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes. Documento preliminar. Rio de Janeiro; 2005.
16. Corrêa E, Campos J, Ros M, Rovere M. Relatório do Seminário Internacional: Os desafios do ensino da Atenção Básica na Graduação em Medicina. Brasília: 2007.
17. Albuquerque VS et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Rev Bras Educ Médica.* 2008; 32 (3): 356-362.
18. Oliveira LML, Tunin AS, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na Atenção em saúde. *Rev. APS.* 2008 out/dez; 11(4): 362-373.
19. Oliveira MC. Os Modelos de Cuidados como Eixo de Estruturação de Atividades Interdisciplinares e Multiprofissionais em Saúde. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32 (3): 347-355.
20. Pontes AL, Rego S, Silva Junior AG. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. *Rev. bras. educ. med.* 2006; 30(2):66-75.
21. ABEM. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED. Boletim da ABEM Vol. XXX, Nº 6 Nov/Dez de 2002. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pdf/artigo_promed.pdf.
22. Goulart LMHF et al. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33 (4):606-614.
23. Oliveira NA de et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32 (3): 333-346.
24. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde. Projeto VER-SUS: Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília, Setembro de 2003.
25. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. PORTARIA Nº 1.802, DE 26 DE AGOSTO DE 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Diário Oficial da União. 2008. Disponível em: <http://www.prosaude.org/leg/20Repassa Fundo a Fundo prosaude II.pdf>
26. Lampert JB et al. Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras. *Rev. bras. educ. méd;* 2009; 33(supl.1):5-18.
27. Stella RCR et al. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33 (1 Supl.1): 63-69.
28. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em Medicina – uma abordagem. *Interface – comunicação, Saúde, Educação (Botucatu).* 2006; 9 (16): 93-102.
29. Perim GL et al. A avaliação institucional no curso de Medicina da Universidade de Londrina: uma experiência inovadora. *Rev Brás Educ Méd.* 2008; 32 (2): 217-229.
30. Tavares CHF et al. O Currículo Paralelo dos Estudantes da Terceira Série do Curso Médico da Universidade Federal de Alagoas. *Rev Brás Educ Méd.* 2007; 31 (3): 245-253.
31. Tavares AP et al. O “Currículo Paralelo” dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev Brás Educ Méd.* 2007; 31 (3): 254-265.
32. Almeida JM et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. *Rev Brás Educ Méd.* 2007; 31(2): 156-165.
33. Gil CRR et al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32(2): 230-239.
34. Campos JJB, Elias PEM. A Saúde Coletiva no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32 (2): 149-159.
35. Campos MAF, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32(1): 83-89.

36. Vieira JE. Instalação da Disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). *Rev Bras Educ Méd.* 2007; 31 (3): 236-244.
37. Ramos-Cerqueira ATA et al. Um Estranho à Minha Porta: Preparando Estudantes de Medicina para Visitas Domiciliares. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33 (2): 276-281.
38. Abreu Neto IP et al. Percepção dos professores sobre o novo currículo de graduação da Faculdade de Medicina da UFG implantado em 2003. *Rev Bras Educ Méd.* 2006; 30(3):154-160.
39. Ferreira RC, Silva RF, Aguera CB. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Méd.* 2007; 31(1):52-59.
40. Cabral PE et al. Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de medicina da Uniderp. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32 (3): 374–382.
41. Itikawa FA et al. Implantação de uma nova disciplina à luz das diretrizes curriculares no curso de graduação em medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32 (3): 324-332.
42. 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 – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu).* 2006; 10 (20): 457-472.
43. Pereira OP, Almeida TMC. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu).* 2005; 9 (16): 69-79. 2005.
44. Trajman A et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33 (1): 24-32.
45. Tesser, Charles Dalcante. Contribuições das Epistemologias de Kuhn e Fleck para a Reforma do Ensino Médico. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32 (1): 98-104.
46. Pereira JG, Fracolli LA. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. *Revista Latino-am Enfermagem.* 2009 Março-abril; 17 (2): 167-173.
47. Costa NMS. Docência no Ensino Médico: por que É Tão Difícil Mudar? *Rev Bras Educ Méd.* 2007; 31 (1): 21-30.
48. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e Humanização como Temas Transversais na Formação Médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32 (4): 482-491.
49. Mascia AR et al. Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33 (1): 40-48.
50. Gonçalves RJ et al. Ser medico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33 (3): 382-403.

QUADRO 1: ARTIGOS SELECIONADOS

TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	AUTOR	Períod.	Ano Public
A formação médica segundo uma pedagogia de resistência.	Pereira e Almeida ⁽⁴³⁾	Interface	2005
O ensino da comunicação na graduação em Medicina – uma abordagem.	Rossi e Batista ⁽²⁸⁾	Interface	2006
A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação.	Blank ⁽¹²⁾	RBEM	2006
O ensino da Saúde Coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. 2006.	Carvalho, Garcia e Rocha ⁽⁴²⁾	Interface	2006
A Interdisciplinaridade no Ensino Médico.	Batista ⁽¹³⁾	RBEM	2006
Saber e prática docente na transformação do ensino médico. Revista Brasileira de Educação Médica.	Pontes et al. ⁽²⁰⁾	RBEM	2006
Percepção dos professores sobre o novo currículo de graduação da Faculdade de Medicina da UFG implantado em 2003. Revista Brasileira de Educação Médica.	Abreu Neto et al. ⁽³⁸⁾	RBEM	2006
Docência no Ensino Médico: por que É tão Difícil Mudar?	Costa ⁽⁴⁷⁾	RBEM	2007
Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde.	Ferreira et al. ⁽³⁹⁾	RBEM	2007
Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná.	Almeida et al. ⁽³²⁾	RBEM	2007
Instalação da Disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006).	Vieira et al. ⁽³⁶⁾	RBEM	2007
O Currículo Paralelo dos Estudantes da Terceira Série do Curso Médico da Universidade Federal de Alagoas.	Tavares et al. ⁽³⁰⁾	RBEM	2007
O “Currículo Paralelo” dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.	Tavares et al. ⁽³¹⁾	RBEM	2007
Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação.	Campos e Forster ⁽³⁵⁾	RBEM	2008
Contribuições das Epistemologias de Kuhn e Fleck para a Reforma do Ensino Médico.	Tesser ⁽⁴⁵⁾	RBEM	2008
A Saúde Coletiva no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais.	Campos e Elias ⁽³⁴⁾	RBEM	2008
A avaliação institucional no curso de Medicina da Universidade de Londrina: uma experiência inovadora.	Perim et al. ⁽²⁹⁾	RBEM	2008
Interação ensino, serviço e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica.	Gil et al. ⁽³³⁾	RBEM	2008
Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed.	Oliveira et al. ⁽¹⁸⁾	RBEM	2008
Os Modelos de Cuidados como Eixo de Estruturação de Atividades Interdisciplinares e Multiprofissionais em Saúde.	Oliveira ⁽¹⁹⁾	RBEM	2008
A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde.	Albuquerque et al. ⁽¹⁷⁾	RBEM	2008
Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de medicina da Uniderp.	Cabral et al. ⁽⁴⁰⁾	RBEM	2008
Implantação de uma nova disciplina à luz das diretrizes curriculares no curso de graduação em medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	Itikawa et al. ⁽⁴¹⁾	RBEM	2008
Bioética e Humanização como Temas Transversais na Formação Médica.	Rego et al. ⁽⁴⁸⁾	RBEM	2008
A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes.	Pereira e Fracolli ⁽⁴⁶⁾	RLAE	2009

Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras.	Lampert et al. ⁽²⁶⁾	RBEM	2009
A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde.	Trajman et al. ⁽⁴⁴⁾	RBEM	2009
Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos.	Mascia et al. ⁽⁴⁹⁾	RBEM	2009
Um Estranho à Minha Porta: Preparando Estudantes de Medicina para Visitas Domiciliares.	Ramos et al. ⁽³⁷⁾	RBEM	2009
Mudanças na Educação Médica Brasileira.	Nogueira ⁽¹⁴⁾	RBEM	2009
Ser medico no PSF: formação academia, perspectivas e trabalho cotidiano.	Gonçalves et al. ⁽⁵⁰⁾	RBEM	2009
Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED.	Goulart et al. ⁽²²⁾	RBEM	2009
Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde.	Stella et al. ⁽²⁷⁾	RBEM	2009

Quadro 2: Vantagens da inserção dos estudantes em ESFs

Vantagens para a formação do estudante	Vantagens para o profissional do serviço/docente	Vantagens para o usuário/comunidade
Adequação da aprendizagem às necessidades do SUS ^(38,40,44)	Construção de uma nova imagem do profissional médico perante a sociedade ⁽³⁹⁾	Aproximação maior da comunidade com o serviço ⁽³⁹⁾
Problemas reais estimulam a construção do conhecimento ^(39,44)	Desenvolvimento do profissional ^(42,44,46)	Facilidade nas atividades educativas ⁽³⁹⁾
Desenvolvimento de habilidades de comunicação ⁽³⁹⁾	Conhecimento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde ⁽³⁶⁾	Prestação de serviços pelos estudantes ⁽⁴⁰⁾
Possibilidade de desenvolver o entendimento do processo saúde doença através do paradigma biopsicossocial e da integralidade ^(35,36,39,42)	Maior colaboração com dos centros formadores com o serviço ⁽⁴⁴⁾	Melhora na qualidade do serviço ^(42,44,46)
Maior desenvolvimento de capacidade crítico-reflexiva ⁽³⁹⁾	Criação de vínculo entre estudantes e profissionais ⁽⁴²⁾	
Entender o trabalho na ESF ⁽³⁶⁾		
Cenário propício para a discussão e prática de problemas relacionados à saúde mental ⁽³⁵⁾		
Possibilidade do entendimento da necessidade de ações intersetoriais no cuidado à saúde ⁽³⁵⁾		

Quadro 3: Hipóteses para as barreiras à integração ensino-serviço-comunidade

HIPÓTESES	Autores
Falta de docentes/preceptores capacitados/interessando para/na a supervisão de estudantes na APS	Pontes et al. ⁽²⁰⁾ ; Abreu Neto et al. ⁽³⁸⁾ . Gil et al. ⁽³³⁾ ; Cabral et al. ⁽⁴⁰⁾ ; Costa ⁽⁴⁷⁾
Resistência dos professores às mudanças	Abreu Neto et al. ⁽³⁸⁾ ; Costa ⁽⁴⁷⁾ ; Pereira e Almeida ⁽⁴³⁾
Preceptores desmotivados desmotivam estudantes	Cabral et al. ⁽⁴⁰⁾
Dificuldade na avaliação e monitoramento dos docentes/preceptores	Cabral et al. ⁽⁴⁰⁾
Deficiência na estrutura física das UBSs	Vieira et al. ⁽³⁶⁾ ; Gil et al. ⁽³³⁾ ; Trajman ⁽⁴⁴⁾
Heterogeneidade nas UBSs	Cabral et al. ⁽⁴⁰⁾
Desvalorização/angústia em relação às atividades não biomédicas desenvolvidas nas ESFs pelos estudantes	Campos e Forster ⁽³⁵⁾ ; Ramos et al. ⁽³⁷⁾
Dificuldade de entendimento do estudante do trabalho em equipe	Ramos et al. ⁽³⁷⁾
Desvalorização das atividades nas ESFs pelos veteranos	Campos e Elias ⁽³⁴⁾
Expectativa de posição de poder por parte dos estudantes	Pereira e Almeida ⁽⁴⁵⁾
Pouca participação dos profissionais do serviço nas atividades de ensino	Gil et al. ⁽³³⁾
Falta de incentivo à participação dos profissionais do serviço nas atividades de ensino	Gil et al. ⁽³³⁾
Sobrecarga de trabalho para os preceptores	Trajman et al. ⁽⁴⁴⁾
Consumo de recursos	Trajman et al. ⁽⁴⁴⁾
Variação no número de estudantes em cada UBSs	Cabral et al. ⁽⁴⁰⁾
Deficiência na articulação do binômio ensino-serviço com a comunidade	Cabral et al. ⁽⁴⁰⁾
Deficiência do serviço	Trajman et al. ⁽⁴⁴⁾ ; Pereira e Fracoli ⁽⁴⁶⁾
Interferência na relação médico-paciente	Trajman et al. ⁽⁴⁴⁾
Constrangimento para o paciente	Trajman et al. ⁽⁴⁴⁾

3.1 ARTIGO 2

Estudantes de medicina nos Serviços de Atenção Primária: percepção dos profissionais

Medical students in Primary Health Service: perception of professionals

Érika Soares Caldeira¹; Maisa Tavares de Souza Leite²; João Felício Rodrigues-Neto³.

RESUMO

Este artigo objetivou compreender a percepção dos profissionais de Equipes de Saúde da Família (ESFs) sobre a inserção do estudante de medicina neste cenário. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (24/10/08, nº 1240/08). Participaram profissionais da ESF de Montes Claros, Norte de Minas Gerais. Para a coleta dos dados foram realizados três grupos focais. O instrumental metodológico utilizado foi análise do discurso. Foram construídas três categorias: integração ensino-serviço-comunidade; funcionamento do serviço e formação médica. Os profissionais percebem a necessidade do trabalho interdisciplinar e orientado na comunidade, mas com a visão de serviço de saúde centrado no médico. Verificou-se que através de uma maior integração dos estudantes com a equipe e com a comunidade pode-se obter um serviço mais efetivo e de qualidade, aumento da satisfação dos profissionais e diferencial positivo na formação dos estudantes. Para que esta integração ocorra é importante construir a imagem do médico/estudante de medicina como integrante da equipe de saúde. A inserção dos estudantes no serviço pode facilitar este processo.

Palavras-chaves: Educação médica; Saúde da Família; Saúde Pública; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This article aimed at understanding the perception of the professional teams of Family Health on the insertion of a medical student in this scenario. This is a qualitative, descriptive and exploratory research, approved by the Ethics Committee of the Universidade Estadual de Montes Claros (10/24/08, No. 1240/08). The professionals involved were health team of Primary Care in Montes Claros, Minas Gerais State. To gather the data were three focus groups. The methodological instrument used was discourse analysis. Three categories were built: integration service-learning-community, operation of the service and medical education. The professionals see the need for interdisciplinary work and community-oriented, but with the vision of health care focused on doctor. It was found that, through greater integration of students with the team and the community, it is possible to obtain a more effective service and quality, increased professional satisfaction, and positive difference in students' education. For this integration occurs, it is important to build the image of the doctor/medical student as a member of the healthcare team. The inclusion of students in service can facilitate this process.

Keywords: Medical Education; Family Health; Public Health; Qualitative Research.

¹ Médica, Professora do Departamento de Saúde Mental e Coletiva da Universidade Estadual de Montes Claros. Mestranda em Cuidado Primário à Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. erikapsf@yahoo.com.br.

² Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. mtsiv@terra.com.br

³ Médico, Professor Doutor do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. joao.felicio@unimontes.br

Autor para correspondência: João Felício Rodrigues Neto. Avenida Cula Mangabeira nº1562 – Santo Expedito Montes Claros – MG -39401-002 Telefones: (38) 3224-8383/99613522

Estudante em ESF: percepção dos profissionais

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde bem como a educação médica e o desenvolvimento de pesquisas em saúde, parecem acompanhar as transformações da sociedade e as necessidades de saúde da população⁽¹⁾. A revolução científica, a industrialização e a expansão das populações urbanas no final do século XIX, contribuíram para a insatisfação com a atenção médica. O Relatório Flexner, publicado em 1910, nos Estados Unidos (EUA), foi uma tentativa de ajustar a formação médica às necessidades dos serviços de saúde da época. Este documento influenciou o ensino e a prática médica, nos EUA e no mundo até os dias de hoje^(2,3).

Apesar dos inegáveis avanços para a formação médica do desenvolvimento científico e técnico, a visão positivista/mecanicista distanciou o médico do paciente, dificultando a compreensão da pessoa como um todo e impossibilitando o diagnóstico de muitos problemas passíveis de serem cuidados pelos profissionais da saúde⁽¹⁾. Há uma necessidade de se deslocar o enfoque hospitalar para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e uma valorização da prevenção de doenças; promoção à saúde e do trabalho interdisciplinar. Concomitantemente, estas necessidades levaram as escolas médicas a fazerem as adequações do projeto pedagógico neste sentido^(4,5).

A APS, no Brasil, está organizada como Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que a coloca como cenário da APS na formação médica^(6,7). O Projeto Cinaem, da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), diagnosticou problemas no processo de formação médica na década de 1990. Para resolver estes e outros problemas foram incorporadas novas metodologias de ensino, destacando-se dentre elas, a Problem Based Learning (PBL) ou Aprendizagem Baseada em Problemas, que começou a ser implantada no Brasil em 1997. Mais recentemente, as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) impulsionaram mudanças no ensino médico brasileiro^(8,9).

Algumas escolas médicas brasileiras já apresentam mudanças curriculares no sentido de promover o desenvolvimento de profissionais capazes de atuar integralmente na vigilância à saúde e mais familiarizados com os principais problemas de saúde. Estas mudanças referem-se ao emprego de metodologias ativas, centradas no estudante, e baseado nas necessidades de saúde da população, com a inserção dos estudantes desde o início do curso e por um maior período em Equipes de Saúde da Família (ESFs). Dentre as escolas médicas que já modificaram

o currículo pode-se destacar a Universidade Estadual de Londrina, desde 1992; a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), desde 2002 e a Faculdade de Medicina de Marília (Famema), desde 2003⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Pressupõe-se que a inserção de estudantes do curso médico nas Equipes de Saúde da Família (ESFs) possa melhorar a qualidade da assistência à saúde das pessoas do território onde estão inseridas, principalmente com a atuação conjunta e integrada de profissionais de saúde e estudantes na equipe^(5,13).

Diante das necessidades da população, das diretrizes curriculares nacionais e de movimentos de mudança na formação médica como o Promed, o Pró-Saúde e o PET-Saúde para reorganização curricular com inserção dos estudantes no cenário da APS e as mudanças já ocorridas em cursos médicos brasileiros, torna-se importante avaliar a influência dos estudantes nos serviços da APS na ótica dos atores envolvidos. Neste sentido, optou-se por verificar a percepção dos profissionais de ESFs sobre a inserção dos estudantes de medicina nestes serviços em Montes Claros, identificando vantagens e desvantagens da presença destes estudantes no cenário da APS para a população, para o serviço de saúde e para a formação médica.

MÉTODOS

Optou-se pela abordagem qualitativa, sendo aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes dos atos; as relações e as estruturas sociais, preocupando-se com a realidade que não pode ser quantificada, trabalhando um universo de significados, aspirações, sentimentos, crenças e valores⁽¹⁴⁾. Este delineamento visou captar a percepção dos atores sociais que vivenciam o contexto dos estudantes de medicina.

A pesquisa foi realizada segundo as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIMONTES, em 24/10/08, nº 1240/08.

Após a aplicação do teste piloto realizados com profissionais pertencentes a três diferentes ESFs, também de Montes Claros, os dados foram coletados.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, cirurgião dentista, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde – ACS) que trabalham em ESF de Montes Claros, MG, no ano de 2008, há seis meses, no mínimo. Foram selecionadas duas ESFs para a realização de dois grupos focais, que atuam em uma mesma Unidade de Saúde. Estas foram selecionadas porque são pólo da Residência de Medicina de Família e Comunidade

(MFC)/Residência Multiprofissional em Saúde da Família e receberam estudantes de medicina do primeiro ao último período, desde sua implantação (quatro anos). No primeiro e no segundo grupo, realizado com as ESFs selecionadas, os dados apresentaram-se semelhantes, demonstrando a saturação dos dados⁽¹⁴⁾. Optou-se então, pela realização de um terceiro grupo, apenas com médicos que atuam na região que engloba as ESFs acima citadas, em um dia de reunião educacional, para ampliar a compreensão do fenômeno observado. Os grupos aconteceram em dezembro de 2008.

As entrevistas foram realizadas mediante a técnica do grupo focal utilizando as seguintes perguntas norteadoras: a) Como é a sua rotina de trabalho?; b) Você notou diferença nesta rotina com a presença de estudantes de medicina?, Quais são estas diferenças?; c) Como você percebe a qualidade dos serviços de Atenção Primária com a inserção de estudantes de medicina?; d) Você acha que os profissionais de saúde comportam-se de maneira diferente nos locais onde há estudantes?, Como?; e) Como você acha que deve ser a formação dos estudantes de medicina?, Onde eles devem ser treinados?. As discussões foram gravadas e posteriormente foram transcritas na íntegra.

O instrumental metodológico utilizado foi a análise do discurso segundo Orlandi⁽¹⁵⁾. Análise do discurso é “uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas” através da reflexão sobre a linguagem, o contexto de produção e a ideologia^(14:319).

Foram identificados os temas recorrentes, organizados em blocos de significados a partir do estudo das palavras do texto; da análise da construção das frases; do estabelecimento de relações entre o social e a gramática; e da análise do sentido do texto pela interlocução da ideologia, história e linguagem dos sujeitos do estudo⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizados três grupos focais. O primeiro grupo foi composto por uma médica (especialista em MFC; mestre em Cuidado Primário em Saúde e professora do curso médico da UNIMONTES); uma enfermeira e um cirurgião dentista (residentes de Saúde da Família); uma técnica em enfermagem e seis ACS. O segundo grupo foi composto por uma enfermeira (residente de Saúde da Família); uma técnica em enfermagem e cinco ACS. A idade dos profissionais variou entre 22 e 58 anos (mediana = 32,3 anos). Os técnicos em enfermagem e ACS completaram o ensino médio e um ACS realiza o curso superior de História. O terceiro grupo foi composto por seis médicos inseridos em diferentes ESFs de Montes Claros, com idade entre 28 e 48 anos (mediana = 31,3 anos), com residência em MFC concluída ou em andamento, sendo que uma das médicas possui especialidade em otorrinolaringologia além de MFC.

Foram construídas três categorias empíricas, com suas respectivas subcategorias descritas abaixo:

1) O processo de integração ensino-serviço-comunidade

Os profissionais entrevistados falaram sobre o trabalho em equipe, a interação da equipe com os estudantes e a ligação destes atores com a comunidade. Percebe-se, pelos relatos colhidos, que há necessidade de aprimoramento das relações entre os profissionais da equipe de saúde e destes com os estudantes. Nota-se que a participação da comunidade é importante tanto para a melhoria do serviço como para a formação profissional. Algumas experiências relatadas evidenciam caminhos para melhorar essa interação. Quando os objetivos educacionais e o serviço estão integrados às necessidades da comunidade, todos são beneficiados.

1.1 Trabalho em equipe

A presença do estudante começa a criar um ambiente de intercâmbio de saberes e práticas entre os profissionais da equipe. E o reconhecimento e respeito dos estudantes (que representam a escola médica) mostraram-se muito importantes para a auto-estima dos profissionais e aumentaram a satisfação com o trabalho.

“[...] (os estudantes) fizeram essa pesquisa e reuniram os agentes (ACS) para mostrarem o que foi feito; então foi um retorno pra gente, o trabalho deles.” Grupo Focal 3 (GF 3)

“Eu expliquei tudo na minha micro-área [...] eles ficaram interessados porque acho que eles tinham isso [...] lá na escola.” Grupo Focal 2 (GF 2)

É interessante notar como os ACS sentem-se valorizados pela possibilidade de contribuírem com a aprendizagem dos estudantes. Este papel adicional pode colaborar para a percepção de prestígio social frente aos demais membros da comunidade⁽¹⁷⁾ e fortalecer a atuação do ACS através da legitimação de sua bagagem cultural⁽¹⁸⁾. A participação/contribuição de todos os profissionais da equipe para a formação relaciona-se à valorização destes profissionais por aumentar a confiança neles mesmos (de acordo com os princípios da democracia)⁽¹⁹⁾ e por dar visibilidade também para os profissionais não médicos.

O discurso dos trabalhadores revela que, embora eles reconheçam a necessidade do trabalho interdisciplinar, suas atuações ocorrem no âmbito individual e a falta de integração com os estudantes é apenas outra face da fragmentação do cuidado. De fato, os entrevistados quase não mencionam os outros profissionais quando relatam sobre sua rotina de trabalho. A falta de

integração também é visível em relatos nos quais se percebe que a presença do estudante inibe a comunicação entre os membros da equipe. Como este:

“Eu acho que a gente fica mais tímida, quando reúne todo mundo (estudantes com preceptor), pra gente entrar e conversar.” Grupo Focal 1 (GF 1)

Estas questões discutidas pelos profissionais como relevantes para o trabalho em equipe encontram subsídios em vários estudos⁽²⁰⁻²⁶⁾. Como nenhum profissional detém todas as ferramentas para atender aos problemas de saúde é importante um efetivo trabalho em equipe de forma interdisciplinar. Esta pode ser entendida como ações integradas e com um objetivo comum entre profissionais com formações de diferentes áreas que se torna possível pelo reconhecimento das especificidades de cada área profissional, atingido com diálogo contínuo, buscando a superação da fragmentação do conhecimento e, conseqüentemente, dos serviços^(20,21). A cogestão e coresponsabilização do trabalho por todos responde melhor às necessidades dos usuários com maior resolubilidade do serviço e satisfação dos profissionais^(22,23). Castanheira et al.⁽²⁴⁾, verificaram que a maior parte dos médicos não participa das reuniões de planejamento das equipes. Sendo assim, o distanciamento entre os estudantes e a equipe poderia também ser um reflexo da falta de integração do próprio médico.

Como foi observado neste estudo, existem barreiras para a interdisciplinaridade⁽²³⁾. Dentre elas, já foram descritas: a formação profissional tecnicista e biologicista voltada para o trabalho individual; práticas individualistas; desconhecimento do trabalho dos outros profissionais; falta de auto-percepção de grupo; diferenças entre as expectativas, valores e linguagem dos profissionais e da população⁽²⁵⁾; disputa de mercado pelos profissionais e *‘centralidade na produção de procedimentos em vez da produção de cuidados reforçando a organização do trabalho em etapas, em que cada profissional faz a “sua parte”, gerando alienação da finalidade do trabalho*^(26:216).

O grande número de estudantes e a alta rotatividade fazem com que eles sejam percebidos como passageiros pelos profissionais e dificultam a comunicação e o estabelecimento de relações de confiança entre eles. Suas atividades no serviço, muitas vezes, não estão articuladas com a programação da equipe. Isso é percebido nos exemplos abaixo e denota a falta de entendimento dos professores/escola médica sobre a importância da interação ensino-serviço e do trabalho em equipe.

“O fluxo é muito grande dos estudantes [...]” GF 1

“Quando os estudantes pedem para nós, [...] formulário, prontuário dos pacientes, nós nos sentimos inseguros porque eles não têm nenhuma identificação [...]” GF 1

“O professor poderia apresentá-los para todo mundo, marcar os dias que eles virão [...]” GF 1.

Para que a interdisciplinaridade se concretize é fundamental que haja confiança. De fato, observa-se neste estudo, que a integração começa a ocorrer apenas quando a insegurança em relação aos estudantes é dissipada. E sabe-se que a confiança é estabelecida por uma dimensão cognitiva e pela dimensão emocional. Através da cognição, faz-se o julgamento racional, com base nas informações disponíveis sobre os indivíduos que incluem experiências anteriores, informações a respeito do observado, identificação de valores e a percepção por parte do profissional de que as demais pessoas também consideram o observado confiável. E as emoções e os sentimentos também influem diretamente na construção da confiança, contribuindo para a base da dimensão cognitiva⁽²⁷⁾.

Os estudantes não são preparados, na escola médica, para trabalhar em equipe, e não conseguem se integrar a ela. Embora o currículo objetive a formação de um profissional capaz de agir de acordo com o modelo biopsicossocial, o estudante não está cognitivamente preparado para entender o seu papel na ESF. Atitudes de desrespeito por parte dos estudantes para com os trabalhadores da equipe e pacientes acabam por segregar o ambiente de serviço e do ensino. Estas atitudes parecem refletir uma ideologia vigente de supremacia da profissão médica ainda presente nos sujeitos responsáveis pela formação e percebida pelos demais profissionais de saúde.

“[...] eles vêm muito viciados [...] eles não sabem realmente o nome dos profissionais que trabalham aqui e eles não querem saber, eles querem atender.” GF 1

Os estudantes espelham-se nos seus professores, tanto durante o curso como após o período de formação⁽²⁸⁾. O ponto preocupante é que grande parte dos docentes não foram formados para ensinar. Isto os leva a uma prática educativa proveniente do empirismo e da formação recebida durante o período em que eram estudantes, quando o modelo biomédico ditava a fragmentação do cuidado. Os estudantes podem ser influenciados pelo exemplo de seus professores e reproduzir o modelo hierarquizado e individualista disseminado pelo paradigma flexneriano, perpetuando desta forma a falta de integração com a equipe^(8,28).

1.2 Integração dos estudantes com a comunidade

A presença do estudante pode contribuir ou dificultar a interação da comunidade com o serviço. Como fatores que facilitam a integração, os profissionais percebem uma grande dedicação dos

estudantes ao serviço. A qualidade do atendimento dos estudantes fortalece esta integração e é evidenciada pela satisfação dos usuários.

[...] o pessoal gosta muito de alguns acadêmicos, [...] eles adoraram, gostaram mesmo do atendimento.” GF 1.

“Quando a pessoa está aprendendo ela tem mais [...] empenho em realizar as coisas [...]” GF 2.

“[...] iam ver se o paciente melhorou, iam atrás para fazer as visitas sozinhas.” GF 1

O atendimento de qualidade dos estudantes, avaliados pela satisfação dos usuários, possibilita o retorno destes ao serviço e melhora a integração⁽¹⁸⁾. E, as visitas domiciliares, presente na rotina dos estudantes relatadas pelos profissionais, são também uma oportunidade para a aproximação da equipe de saúde e a comunidade^(25,29).

Mas dificuldades para integrar a comunidade ao sistema ensino-serviço também são percebidas. Os profissionais observam uma resistência por uma parte dos usuários em ser atendida por estudantes quando a supervisão do médico não acontece ou não é clara. A insegurança aparece mais quando se trata de algum procedimento incômodo ou possivelmente constrangedor. Na percepção do profissional, o paciente torna-se apenas um objeto de estudo, o que revela o entendimento do ensino médico centrado nas doenças e baseado no ensino laboratorial. A credibilidade dos estudantes e profissionais foi também relacionada a uma postura madura e aparência de maior experiência. O estudante não reporta ao médico especializado e capaz de acordo com o paradigma flexneriano. Isto transparece a valorização da especialização arraigada no subconsciente coletivo.

[...] os pacientes, às vezes, ‘e quem é esse?’ ‘Quem é que vai me atender?’ ‘Cadê a médica?’ [...] Eles ficam assim com receio.” GF 1.

“[...] eles acham que não melhoraram porque não foram atendidos pelo médico, sendo que a conduta foi do médico, não é? [...] eu acho que eles querem experiência [...]” GF 3.

Trajman et al.⁽³⁰⁾ observou que, na opinião dos profissionais, um ponto negativo da inserção dos estudantes no serviço é o constrangimento do usuário. Pode-se analisar nestes textos que, como confirma Castanheira⁽²⁴⁾, a capacidade de comunicação do profissional com o usuário relaciona-se com a sensação de segurança destes no serviço e, a empatia com os profissionais foi reconhecida como um dos fatores importantes para a acessibilidade⁽³¹⁾.

Ao abordar problemas de saúde mais amplos os estudantes pressionam a mudança do serviço ainda na transição de paradigmas, levando os profissionais a refletirem como pode ser visto a seguir:

“[...] quando o acadêmico faz o estudo da família ele propõe que tal intervenção possa ajudar na família. Nós tivemos um exemplo aqui em que a paciente pedia que alguém fizesse com que o marido dela viesse aqui para nós intervirmos [...]. Ela achou [...] que falar sobre seus problemas pessoais, íntimos que ela nunca falou para ninguém e ela teve a oportunidade de falar para os acadêmicos que estavam estudando toda a trama familiar dela. Então, isso gerou um desconforto na paciente e até em nós também [...]” GF 1.

A formação dos profissionais de saúde fragmentada, tecnicista e centrada na doença não tem atendido à população brasileira e é um empecilho para a consolidação do SUS. Para a adequação dos trabalhadores é preciso enxergar saúde como um produto social e não como a ausência de doenças⁽¹⁰⁾. Apesar desta realidade, observa-se também que as atividades desenvolvidas pelos estudantes que estão norteadas pelo modelo biopsicossocial modificam a atuação profissional. Como foi descrito por Franco^(32:237), a “ação produtiva é duplamente transformadora, onde ao mesmo tempo em que o trabalhador produz os atos de cuidado, mudando a realidade, produz a si mesmo como sujeito.”

2) Funcionamento do serviço

A partir das produções linguísticas dos entrevistados, é possível refletir que o funcionamento do serviço melhora em qualidade, na medida em que a presença do estudante pressiona os profissionais à prática reflexiva, reorientando o serviço e aumenta a acessibilidade com a diversificação das atividades e horários de atendimento. Estas questões podem ser percebidas nos seguintes depoimentos:

“[...] acabamos tendo que ver o porquê que você fez aquilo e não aquela coisa automática [...]” GF 3.

“[...] atendimento fora do horário, [...] tem uma opção a mais de horário de atendimento para a população.” GF 3

A presença do estudante de medicina pode ser um fator propulsor para a prática reflexiva dos profissionais (entendida como a habilidade de refletir criticamente sobre seu próprio raciocínio e decisões), pois motiva o profissional a ‘executar’ bem suas atividades e suscita dúvidas fazendo com que ele reveja seus conhecimentos, estude e ‘pense alto’. Estas ações diminuem o

automatismo da prática, impulsionam o raciocínio analítico e a capacitação permanente. Consequentemente há diminuição dos erros de origem cognitiva (como solicitação desnecessária de exames complementares, prescrição abusiva de medicamentos, falha em diagnosticar doenças graves em pacientes com transtornos ansiosos etc.)^(33, 34) e melhoria do cuidado prestado.

Para Starfield⁽³⁵⁾, um serviço é acessível quando diversos fatores contribuem para a entrada dos usuários em sua rede. A acessibilidade está relacionada às características de oferta de consultas – como foi observado pelos sujeitos deste estudo – e também a outras questões; como os meios físicos de chegada ao local de atendimento, tempo de espera e vínculo com os profissionais.

Os profissionais observam dificuldades no desenvolvimento de seu trabalho com a presença dos acadêmicos. A resolubilidade diminui quando não há continuidade das ações. Estas dificuldades podem ser dizimadas, segundo os profissionais, se houver organização e coordenação. Isto demonstra o entendimento da importância da longitudinalidade no serviço pelo profissional.

“[...] eles vão lá [...] não resolvem nada, só fazem o que eles tinham que fazer para o estágio, vão embora e a família fica do mesmo jeito.” GF 1

“[...] coisas repetitivas demais e que acabam afastando o usuário [...] tem que organizar” GF 2

Em algumas experiências internacionais observou-se que o ensino no cenário ambulatorial diminui, realmente, a produtividade do preceptor^(36,37). Há um aumento do trabalho dos profissionais tanto na quantidade como qualitativamente, uma vez que a supervisão ou orientação de estudantes demanda maior atenção⁽³⁸⁾. Estudos brasileiros^(10,30) mostraram falta de tempo para os profissionais darem atenção aos estudantes. Por outro lado, outras experiências mostraram que, com a organização do serviço e preparo prévio dos estudantes para desempenhar tarefas; além de contribuírem para a formação, agregam valor à equipe de saúde, não há prejuízos para a produtividade do serviço^(13,39).

A orientação na comunidade é um atributo da APS fundamental para a produção efetiva do cuidado, o que significa que o serviço deve estar sempre voltado para as necessidades dos usuários. Assim sendo, as atividades desenvolvidas na APS também estarão voltadas para as necessidades da formação profissional^(2,13,35).

A produtividade parece ser o ponto central na visão dos profissionais, como pode ser notado nos dois exemplos abaixo, onde a aparente contradição deixa transparecer a preferência dos profissionais pelo atendimento do médico, que reporta a experiência e traz segurança em relação ao atendimento do estudante.

“[...] diminui a produção [...]” (do preceptor) GF 1.

“O que eu pude perceber é [...] que está nos ajudando: está dando conta da demanda, aumentando a quantidade de consultas.” GF 1.

De acordo com Oliveira et. al., na lógica de produção dos serviços os procedimentos são fragmentados, baseados fundamentalmente na cura; os atos em saúde são mecanizados com a tecnificação da assistência. Este é o modelo centrado no médico que não pode resolver grande parte das demandas da população cuja complexidade não permite muitas vezes a cura, mas sim o cuidado⁽²⁵⁾. Mas, apesar do PSF ser uma estratégia para alcançar o cuidado integral dos usuários, associando ações de prevenção e promoção, é atribuída muita importância ao trabalho clínico dos médicos⁽¹⁷⁾, como visto nos resultados deste estudo.

3) Formação médica

A partir dos discursos abaixo, pode-se analisar que os profissionais entendem a importância da diversificação de cenários com ênfase na APS para a formação médica integral e para a conversão do modelo de atenção à saúde. Os profissionais notam o desenvolvimento de habilidades clínicas, habilidades empáticas e habilidades para o trabalho em equipe nos estudantes.

“... (Na APS) o acadêmico de medicina [...] vê vários tipos de problemas [...] porque aqui engloba muitas coisas [...] patologias, várias situações de risco [...] aprendendo de uma forma mais geral [...] quando ele chegar naquela coisa mais específica de um atendimento mais especializado, eu acho que ele vai ter mais facilidade...” GF 2.

“... já levei uma vez um estudante que ficou com o olho cheio d’água, ele diz que não imaginava que em Montes Claros havia uma casa desse jeito [...] hoje é o que trata melhor, ele chega aqui [...] cumprimenta todo o mundo e eu acho que ele era o que tinha o nariz mais assim ‘impezim’ (sic) [...] eu vejo que ele mudou muito na hora que caiu a ficha dele, na hora que eu levei na casa de X, que ele viu a realidade bem próxima dele.” GF 2

Segundo as Diretrizes Curriculares Brasileiras para o ensino médico, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde devem nortear a formação dos profissionais médicos⁽⁶⁾. A APS é um cenário rico para o desenvolvimento de diversas habilidades clínicas, pois é porta de entrada para o serviço de saúde sendo, portanto, o local onde os estudantes poderão entrar em contato com os mais variados e freqüentes problemas de saúde da população^(30, 40).

Através da experiência em uma equipe multiprofissional, os profissionais podem ser capacitados para a mudança do modelo assistencial. As práticas profissionais estabelecidas pelo modelo flexneriano demonstram a falta de compreensão e ação sobre os determinantes do processo saúde-doença. O efetivo trabalho em equipe com a união dos saberes possibilita este entendimento global⁽²⁰⁾.

Os estudantes de medicina podem beneficiar-se do treinamento de longo tempo com o intuito consciente de desenvolver habilidades empáticas. E a APS é o cenário ideal para o desenvolvimento destas habilidades uma vez que os estudantes podem acompanhar os mesmos pacientes e suas famílias ao longo do curso e recuperarem o nível teórico e prático da empatia que ficam, muitas vezes, perdidos nos cenários de atenção secundária e terciária^(41,42). Além disso, a interação com a comunidade possibilita ampliação da compreensão do processo saúde-doença e o desenvolvimento das relações interpessoais favorecendo a humanização da atenção⁽⁴³⁾.

Pode-se sintetizar que os profissionais acreditam que o conhecimento da realidade do Médico de Família e Comunidade, e o reconhecimento da complexidade deste campo de trabalho possibilitam ao estudante a se interessar por esta especialização necessária à consolidação do SUS.

“... tem uns que nem sabem, eles nem pensam, pensam em ser médicos de hospital e talvez possam entrar de início na Saúde da Família” GF 1

“[...] eles irem lá e vê a realidade, porque todo mundo fala que ser Médico da Família é muito fácil [...]” GF 3

De fato, em recente artigo de revisão⁽⁴⁴⁾, foi encontrado como hipóteses para o desinteresse pela especialização em MFC a pouca vivência em APS durante a graduação, pouco prestígio e a ideia equivocada de que a especialidade é fácil demais, dentre outros fatores. Gonçalves et al.⁽⁴⁵⁾, reforça o pressuposto de que a carência de contato com a APS e a visão distorcida da MFC adquiridas ao longo da formação pela impregnação do paradigma flexneriano correlaciona-se com a falta de interesse por esta especialidade. A inserção do estudante nas ESFs desde o início do curso, poderia favorecer a reversão deste quadro.

Ainda assim, os entrevistados percebem limitações destes desfechos positivos. A prática da equipe de saúde não está totalmente de acordo com o paradigma da produção social da saúde. E os problemas complexos com os quais o estudante se depara na APS ficam, por vezes, sem

solução. Isto leva a uma desmotivação do estudante, que acaba por valorizar mais as ações curativas e de reabilitação, presentes também nos outros cenários de prática.

“[...] tem uns acadêmicos aqui que não dão para ser médicos não.” GF 1.

“Então assim os estudantes de medicina eles tem uma resistência muito grande a fazer grupos, a fazer visita [...] eles querem estudar o caso clínico.” GF 1

Os profissionais das ESFs precisam, além da capacidade técnica, de trabalhar com criatividade e iniciativa. Por isso, os centros formadores precisam contemplar estas especificidades para que os médicos estejam preparados para atuar neste cenário⁽¹⁷⁾. No entanto, apesar das mudanças curriculares já estabelecidas, percebe-se que os estudantes têm dificuldade em entender o SUS e o seu papel neste sistema^(46,47).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se compreender benefícios e dificuldades da inserção dos estudantes nas ESFs, e como esta inserção contribui para a formação médica; e conseqüentemente, para a consolidação dos serviços de saúde. Apesar de estudantes de outras áreas da saúde estarem presentes nas ESFs desta pesquisa, observa-se que os trabalhadores conseguem distinguir de qual curso cada um faz parte.

Considerando-se que o estudo foi realizado com profissionais com o perfil almejado para o trabalho nas ESFs, a dificuldade de integração entre os membros da equipe entre si, com os estudantes e com a comunidade permite refletir sobre a necessidade de aprimoramento da formação dos profissionais de saúde. E é desejável que a adequação dos cursos perpassa pela *desconstrução* da ideologia mecanicista vigente, com vistas à transformação da subjetividade dos profissionais e estudantes, para que a prática seja verdadeiramente modificada⁽³²⁾.

Torna-se necessária a legítima interdisciplinaridade nas ESFs para que a integração ensino-serviço-comunidade seja mais efetiva^(20,22). Para isso, é importante que os profissionais sejam formados a partir do modelo biopsicossocial e participem de um processo de educação permanente, a fim de enfrentar os desafios do cuidado à saúde de acordo com os atributos da Atenção Primária⁽⁸⁾.

Além dessa capacitação, é importante que os preceptores esclareçam para os profissionais os objetivos educacionais dos estudantes das diversas áreas de saúde inseridos nas equipes. Assim, os receios nesta interação poderão diminuir consideravelmente, como foi observado em algumas experiências relatadas⁽²⁷⁾, inclusive neste estudo.

Mesmo com limitações para a formação médica com a inserção dos estudantes em ESFs, deve-se considerar que a consolidação da APS é um processo em transição^(8,10,17,20). E esta interação mostra-se como um catalisador para a transformação profissional e dos serviços de saúde.

Atualmente, fala-se muito sobre a necessidade de reversão do modelo de atenção, paradigma da Produção Social da Saúde e humanização, portanto, espera-se a partir destes resultados, que os profissionais de saúde e a escola médica possam refletir sobre a sua forma de enxergar, agir e avaliar o trabalho na APS.

Érika Soares Caldeira trabalhou na concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo.

João Felício Rodrigues-Neto e Maisa Tavares Souza Leite trabalharam na concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e a sua revisão crítica.

REFERÊNCIAS

1. Rodriguez CA, Neto PP, Behrens MA. Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. Rev Bras Educ Méd. 2004; 28 (3): 234-241.
2. Albuquerque VS et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32 (3): 356-362.
3. Bulcão LG, El-Kareh AC, Sayd JD. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2007; 14(2): 469-487.
4. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(Sup1):7-27.
5. IRBY, DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. Acad. Med. 1995; 70: 898-931.
6. Roquete AM. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação. 2001.
7. Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes. Documento preliminar. Rio de Janeiro. 2005.
8. Costa NMS. Docência no Ensino Médico: por que É Tão Difícil Mudar? Rev Bras Educ Méd. 2007; 31 (1): 21-30.
9. Goulart LMHF et al. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. Rev Bras Educ Méd. 2009; 33 (4): 606-614.
10. Gil CRR et al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. Rev Bras Educ Méd. 2008, 32(2): 230-239.
11. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. Montes Claros: UNIMONTES, 2006.

12. Silva RHA. Avaliação do Processo de Gestão na Implantação de Processos Inovadores na Faculdade de Medicina de Marília: Aspectos da Resiliência docente e discente. Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP. 2009; 14 (2): 267-290.
13. Smith MR, Yong WW, Keller AM. An Efficient and Effective Teaching Model for Ambulatory Education. Academic Medicine. 2002; 77 (7): 593-599.
14. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
15. Orlandi, Eni P. Análise de Discurso: princípios e procedimentos. 7ª ed. Campinas, SP: Pontes; 2007.
16. Aquino RCC; Mutti R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. Texto contexto enferm. 2006; 15 (4): 679-684.
17. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13 (1): 23-34.
18. Duraes-Pereira MBBB. "Laços do saber": experiência singular na docência da capacitação técnica do Agente Comunitário de Saúde (ACS), na periferia do município de São Paulo, Subprefeitura Capela do Socorro - Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro. Saúde Soc. 2009; 18(supl.2): 96-99.
19. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10 (2): 323-331.
20. Loch-Neckel G et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14 (Supl. 1): 1463-1472, 2009.
21. Cruz DB et al. Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva a partir da Equipe de Saúde Bucal. Rev APS. 2009 abr./jun; 12, (2): 168-175.
22. Cavalcante Filho JB. Coletivos organizados para a produção do cuidado integral: um desafio para a regulamentação profissional. Rev APS. 2009 abr./jun; 12 (2): 214-220.
23. Barbosa SP, Aguiar AC. Fatores Influentes na Permanência dos Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga – Minas Gerais – Brasil. Rev APS. 2008 out/dez; 11 (4): 380-388.
24. Castanheira ERL, et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. Saúde e Sociedade. 2009; 18 (Supl.2): 84-88.
25. Oliveira LML, Tunin AS, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na Atenção em saúde. Rev APS. 2008 out/dez; 11 (4): 362-373.
26. Filho JBC. Coletivos organizados para a produção do cuidado integral: um desafio para a regulamentação profissional. Rev APS. 2009 abr./jun; 12 (2): 214-220.
27. Valentim IVL, Krueel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12 (3): 777-788.
28. Almeida A, et al. Conhecimento e Interesse em Ética Médica e Bioética na Graduação Médica. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32 (4): 437-444.
29. Nogueira MI. Mudanças na Educação Médica. Rev Bras Educ Méd. 2009; 33 (2): 262-270.
30. Trajman, Anete et al. A preceptoría na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. Rev Bras Educ Méd. 2009; 33 (1): 24-32.
31. Almeida, Cristiane Andréa Locatelli de; Tanaka, Oswaldo Yoshimi. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Revista Saúde Pública. 2009; 43 (1): 98-104.
32. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface (Botucatu). 2007; 11 (23): 427-438.
33. Mamede S, Schimidt HG, Penaforte JC. Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses. Medical Education. 2008; 42: 468-475.
34. Graber Mark, Gordon Ruthanna, Franklin Nancy. Reducing Diagnostic Errors in Medicine: What's the Goal? Academic Medicine. 2002; 77 (10): 981-992.
35. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.
36. Garg ML, et al. Primary care teaching physician' losses of productivity and revenue at three ambulatory care centers. Acad Med. 1991; 66: 348-353.

37. Keal GW, Mainous AG III. Physicians' productivity and teaching responsibilities. *Acad Méd.* 1993; 68:166-167.
38. Baddeley A. Working Memory: Looking back and Looking Forward. *Nature Reviews. Neuroscience.* 2003; 4: 829-837.
39. Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine: Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ.* 2003 march; 326: 591-594.
40. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005; 10 (3): 585-597.
41. Benbassat J, Baumal R. What Is Empathy, and How Can It Be Promoted during Clinical Clerkships? *Academic Medicine.* 2004 Septemper; 79 (9): 832-839.
42. Larson EB. Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *American Medical Association. JAMA.* 2005 march; 293 (9): 1100-1106.
43. Ferreira RC, Silva, RF da, Aguera, CB. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Méd.* 2007; 31 (1): 52 – 59.
44. Neto PGC, Lira GV, Miranda AS de. Interesse dos Estudantes pela Medicina de Família: Estado da Questão e Agenda de Pesquisa. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33 (2) : 198–204.
45. Gonçalves RJ et al. Ser medico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33 (3): 382 – 403.
46. Erdmann AL et al. O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. *Acta paul. enferm.* 2009; 22(3): 288-294.
47. Oliveira NA de et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32 (3): 333-346.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atual conjuntura, com a demanda pela atuação 'interprofissional' a fim de prestar cuidado integral aos usuários, torna-se necessário a adequação dos centros formadores neste sentido.

A diversificação dos cenários de prática do ensino médico, com ênfase na APS é uma transformação importante para viabilizar a formação de médicos mais humanos e capazes de atuar em equipe multidisciplinar.

A inserção dos estudantes de medicina nas Equipes de Saúde da Família (ESFs) favorece a mudança de paradigma nos estudantes, pois a vivência das necessidades de saúde da população e da realidade do serviço contribui para o entendimento cognitivo e é a única forma de modificar a subjetividade dos mesmos. Assim, esta interação possibilita o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, além de permitir que a especialidade Medicina de Família e Comunidade seja vislumbrada para o futuro.

Em relação aos profissionais do serviço, a presença discente favorece a criação de vínculo entre estudantes/escola médica e profissionais, possibilitando o entendimento mútuo das potencialidades, deveres e anseios de cada lado. Isto auxilia na identificação de interesses comuns e na relação de respeito e confiança entre estes atores. Esta aproximação também pode catalisar o processo de

mudança nos serviços possibilitando o cuidado integral aos usuários de acordo com suas necessidades de saúde.

Por outro lado, são perceptíveis dificuldades nesta interação. Deficiências na estruturação do serviço (física e paradigmática), na formação dos profissionais/tutores do serviço e docentes limitam e confundem o desenvolvimento dos estudantes. Os docentes/escola médica também precisam evoluir no sentido das Diretrizes Curriculares Nacionais e do paradigma biopsicossocial, embasando o currículo nas necessidades de saúde da população e, conseqüentemente, nas atividades dos serviços. Além disso, a sobrecarga de trabalho, a falta de incentivo à preceptoria, e a percepção pelos profissionais de que o estudante dificulta a comunicação e constrange os pacientes são barreiras para a agregação dos acadêmicos ao serviço.

É recomendável estreitar a relação da escola médica, serviço e comunidade, com a troca de saberes e práticas de todos os sujeitos deste trinômio. A partir deste entendimento, deve-se proceder à organização das atividades do serviço (e dos estudantes nele inseridos), com o discernimento da necessidade de permanente (re)-avaliação e reconstrução deste 'itinerário' diante das peculiaridades de cada local de prática e dos imprevistos (que são a regra) da realidade.

O entendimento de toda a complexidade desta interação passa pela compreensão da percepção dos atores envolvidos. Este estudo verificou o que tem sido pesquisado nos últimos cinco anos no Brasil e a percepção dos profissionais sobre a ESF como local de prática dos estudantes de medicina. Faz-se necessário ouvir os

estudantes, professores, gestores e usuários, a fim de se obter um diagnóstico global da situação e agir de maneira a potencializar as vantagens deste processo e minimizar as desvantagens.

REFERÊNCIAS

1. Takeda S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, et al. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
2. Amoretti
3. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2008; 24(Sup1):7-27.
4. Costa GD et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev. Bras Enfermagem, Brasília. 2009 jan-fev; 62(1): 113-118.
5. Crevelim MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Cienc Saúde Coletiva 2005 abril-junho; 10(2):323-331.
6. Albuquerque VS et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. Rev Bras Educ Médica. 2008; 32 (3): 356-362.
7. Oliveira LML, Tunin AS, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na Atenção em saúde. Rev. APS. 2008 out/dez; 11(4):362-373.
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.
9. World Health Organization - WHO. Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978. In: Starfield, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.
10. Barbosa SP, Aguiar AC. Fatores Influentes na Permanência dos Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga – Minas Gerais – Brasil. Rev. APS. 2008 out/dez; 11(4):380-388.
11. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2006; 22 (6): 1171-1181.
12. Bottle A et al. Association Between Quality of Primary Care and Hospitalization for Coronary Heart Disease in England: National Cross-sectional Study. J Gen Intern Med. 2008; 23(2): 135-141.
13. Valentim IVL, Krueel AJ. A importância da confiança interpessoal para a construção do Programa de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(3): 777-778.
14. Brasil. Lei nº 8080/90 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, 19 set. 1990.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 – institui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, Ministério da Saúde, 2001. disponível em

www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/.../pacs01.pdf.

Acessado em 18/01/2010.

16. Seoane AF, Fortes PAC. A Percepção do Usuário do Programa Saúde da Família sobre a Privacidade e a Confidencialidade de suas Informações. *Saúde Soc. São Paulo* 2009; 18(1):42-49.
17. Rozani TM, Silva CM. O Programa de Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (3): 777-778.
18. Camargo Junior KR et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2008; 24(Sup1):58-68.
19. Ribera EP et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gac Sanit*. 2006; 20 (3): 209-219.
20. Harzheim, Erno et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2006 ago; 22(8):1649-1659.
21. Stephan MAS, Costa JSD da, Hoefel AL. Auditoria Médica: Atendimento de crianças com asma em uma Unidade de Saúde da Família, Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2009; 12 (2): 172- 179.
22. Pessoa EP. A propósito da educação médica. *Ver. Brás. Saúde Matern. Infant., Recife*. 2004 jan./mar; 4 (1): 9-13.
23. Almeida M, Feuerwerker L, Lianos CM. A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: Teoria e Prática de um movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC. p.47-83; 1999.
24. Bulcão LG, El-Kareh AC, Sayd JD. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950) 2007; 14(2):469-487.
25. Kemp A, Edler FC. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. *Rev Bras Educ Médica*. 2004; 11(3):569-85.
26. Rodriguez CA, Neto PP, Behrens MA. Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. *Rev Bras Educ Méd*. 2004; 28 (3): 234-241.
27. Arruda MP et al. Educação Permanente: Uma Estratégia Metodológica para os Professores da Saúde. *Rev Bras Educ Médica*. 2008; 32 (4):518-524.
28. Pontes AL, Rego S, Silva Junior AG. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. *Rev. bras. educ. med*. 2006; 30(2):66-75.
29. Lampert JB, Aguilar-da-Silva RH, Perim GL, Stella RCR, Abdalla IG, Costa NMSC. Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras. *Rev. bras. educ. méd*. 2009; 33(supl.1):5-18.
30. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11 (23): 427-438.
31. Nogueira MI. Mudanças na Educação Médica. *Rev Bras Educ Médica*. 2009; 33(2): 262-270.
32. Roquete AM. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Conselho Nacional de Educação; 2001.
33. Wagner GSC. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes. Documento preliminar. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2005.
34. Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes. Documento preliminar. Rio de Janeiro; 2005.

35. Machado José Lúcio Martins. A participação da ANDES-SN na Cinaem: o processo de transformação das escolas médicas brasileiras. *Interface (Botucatu)* [serial on the Internet]. 1999 Aug [cited 2010 Mar 16] ; 3(5): 177-180.
36. STELLA RCR, ABDALLA IG, LAMPERT JBL, PERIM GL, Aguilar-da-Silva RH, COSTA NMSC. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33 (1 Supl.1): 63-69.
37. Gil CRR et al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Rev Bras Educ Méd*. 2008; 32(2): 230-239.
38. Campos JJB, Elias PEM. A Saúde Coletiva no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais. *Rev Bras Educ Méd*. 2008; 32 (2): 149-159.
39. Abreu Neto IP et al. Percepção dos professores sobre o novo currículo de graduação da Faculdade de Medicina da UFG implantado em 2003. *Rev Bras Educ Méd*. 2006; 30(3):154-160.
40. Ferreira RC, Silva RF, Aguera CB. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Méd*. 2007; 31(1):52-59.
41. Vieira JE. Instalação da Disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). *Rev Bras Educ Méd*. 2007; 31 (3): 236-244.
42. Campos MAF, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Rev Bras Educ Méd*. 2008; 32(1): 83-89.
43. Cabral PE et al. Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de medicina da Uniderp. *Rev Bras Educ Méd*. 2008; 32 (3): 374-382.
44. Pereira JG, Fracoli LA. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. *Revista Latino-am Enfermagem*. 2009 Março-abril; 17 (2): 167-173.
45. Ramos-Cerqueira ATA et al. Um Estranho à Minha Porta: Preparando Estudantes de Medicina para Visitas Domiciliares. *Rev Bras Educ Méd*. 2009; 33 (2): 276-281.
46. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. Montes Claros: UNIMONTES, 2006.
47. Trajman A et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. *Rev Bras Educ Méd*. 2009; 33 (1): 24-32.
48. ABEM. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED. Boletim da ABEM Vol. XXX, N° 6 Nov/Dez de 2002. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pdf/artigo_promed.pdf.
49. Goulart LMHF et al. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. *Rev Bras Educ Médica*. 2009; 33 (4).606-614.
50. Oliveira NA de et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev Bras Educ Médica*. 2008; 32 (3): 333-346.
51. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde. Projeto VER-SUS:

- Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília, Setembro de 2003.
52. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. PORTARIA Nº 1.802, DE 26 DE AGOSTO DE 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Diário Oficial da União. 2008. Disponível em: http://www.prosaude.org/leg/20Repassa_Fundo_a_Fundo_prosaude_II.pdf
 53. Oliveira MC. Os Modelos de Cuidados como Eixo de Estruturação de Atividades Interdisciplinares e Multiprofissionais em Saúde. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32 (3): 347-355.
 54. Smith MR, Yong WW, Keller AM. An Efficient and Effective Teaching Model for Ambulatory Education. Academic Medicine. Vol. 77. No. 7/July 2002.
 55. Duraes-Pereira MBBB. "Laços do saber": experiência singular na docência da capacitação técnica do Agente Comunitário de Saúde (ACS), na periferia do município de São Paulo, Subprefeitura Capela do Socorro - Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro. Saúde soc. São Paulo, 2009.
 56. Arruda MP et al. Educação Permanente: Uma Estratégia Metodológica para os Professores da Saúde. Rev Bras Educ Médica. 2008; 32 (4):518-524.
 57. Cruz DB et al. Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva a partir da Equipe de Saúde Bucal. Rev. APS. 2009 abr./jun; 12 (2): 168-175.
 58. Orlandi, Eni P. Análise de Discurso: princípios e procedimentos. 7ª ed. Campinas, SP: Pontes, 2007.

ANEXOS

Anexo A

Título da pesquisa: “Inserção do estudante de medicina no serviço de saúde da cidade de Montes Claros, MG: a visão dos profissionais das Equipes de Saúde da Família”

Instituição promotora: Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde

Patrocinador: Não se aplica

Pesquisadores: Danilo Fernando Macedo Narciso e Érika Soares Caldeira

Orientador Responsável: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

- 1- Objetivo:** Verificar a visão dos professores e estudantes de medicina, dos gestores e profissionais da saúde e dos usuários da Atenção Primária à Saúde sobre a inserção/participação dos estudantes de medicina nos serviços de saúde de Montes Claros.
- 2- Metodologia/procedimentos:** Trata-se de uma pesquisa que irá descrever a opinião dos entrevistados. A coleta de dados será realizada individualmente e em grupos.
- 3- Justificativa:** O serviço de saúde pode melhorar com a interação junto à Universidade, somando-se ao efetivo acesso para os usuários e maior perspectiva de resolver seus problemas de saúde. É importante verificar estes benefícios da inserção dos estudantes de medicina no serviço da Atenção Primária à Saúde; na visão dos usuários, gestores, profissionais, estudantes e professores, devido a necessidade de melhoria contínua.

- 4- Benefícios:** Os resultados desta pesquisa poderão ser implementados no serviço de Saúde da Família, melhorando a qualidade da assistência.
- 5- Desconfortos e riscos:** Não há desconforto ou riscos.
- 6- Danos:** Não há danos.
- 7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Organização e participação ativa da comunidade.
- 8- Confidencialidade das informações:** Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto dos entrevistados e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.
- 9- Compensação/indenização:** A participação é voluntária; não haverá nenhuma remuneração pela participação.
- 10-Outras informações pertinentes:** Será garantida a você a liberdade de recusar ou retirar seu consentimento sem penalização em qualquer etapa da pesquisa.

11-Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Montes Claros, MG, ____/____/____

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome da testemunha

Assinatura da testemunha

Nome da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

Nome do orientador da pesquisa

Assinatura do orientador

Endereço da pesquisadora: Rua Irmã Beata 829/502 Melo, Montes Claros - MG
CEP: 39400-110 Telefone: (38) 3222-6715

Endereço do Orientador: Av. Cula Mangabeira 1562, Santo Expedito, Montes
Claros – MG CEP: 39.401-002, Telefones: (38) 3224-8383