



Programa de Pós-Graduação em  
**Saúde Coletiva**  
Mestrado e Doutorado Acadêmico



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Formação Médica na Atenção Primária à Saúde em uma  
Universidade Pública do Semiárido Baiano: conhecimentos e  
práticas no processo ensino-aprendizagem**

**Marcelo Torres Peixoto**

FEIRA DE SANTANA  
Setembro - 2019

**Marcelo Torres Peixoto**

**Formação Médica na Atenção Primária à Saúde em uma  
Universidade Pública do Semiárido Baiano: conhecimentos e  
práticas no processo ensino-aprendizagem**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, na Linha de Pesquisa Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistema, Serviços e Programas de Saúde, para fins de obtenção do título de Doutor.

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Maria Araújo Assis**

FEIRA DE SANTANA  
Setembro – 2019

**Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS**

P431f Peixoto, Marcelo Torres  
Formação médica na Atenção Primária à Saúde em uma universidade pública do semiárido baiano : conhecimento e práticas no processo ensino-aprendizagem / Marcelo Torres Peixoto. - 2019.  
233 f.: il.

Orientadora: Marluce Maria Araújo Assis.  
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

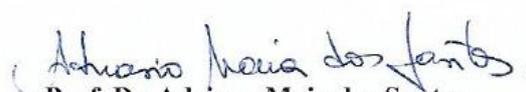
1. Médico - Formação. 2. Atenção Primária a Saúde (APS). 3. Unidade de Saúde da Família (USF)- Semiárido (BA). I. Assis, Marluce Maria Araújo, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

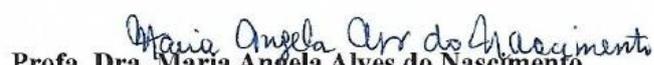
CDU: 614.23:371.13

**BANCA EXAMINADORA**

  
**Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus**  
(Universidade Federal da Bahia)

  
**Profa. Dra. Lorene Louise Silva Pinto**  
(Universidade Federal da Bahia)

  
**Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos**  
(Universidade Federal da Bahia)

  
**Profa. Dra. Maria Angela Alves do Nascimento**  
(Universidade Estadual de Feira de Santana)

  
**Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis**  
(Universidade Estadual de Feira de Santana)  
**Orientadora e Presidente da Banca**

**Feira de Santana – BA**

**2019**

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) garantiu a população brasileira o acesso universal e gratuito à saúde, definindo a Atenção Primária à Saúde (APS) como o modelo de atenção à saúde no país, adotando a Saúde da Família como espaço social para implementação de mudanças, com ênfase na integralidade das ações e na participação social da comunidade. Esta nova conjuntura exige mudanças na formação do médico no Brasil, tendo o Ministério da Educação estabelecido novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no ano de 2001, que foram revistas e ampliadas em 2014. Esta Tese de Doutorado em Saúde Coletiva tem como objetivo central avaliar o processo de Formação Médica na APS em um curso do Semiárido baiano, a partir da interação entre academia, profissionais de saúde e usuários, no ambiente da Unidade de Saúde da Família (USF). Configura-se como um estudo de caso, de natureza qualitativa utilizando os fundamentos metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. Os grupos de interesse escolhidos foram os estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários do SUS envolvidos no processo de ensino do eixo curricular Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC). Durante a coleta de dados realizou-se a observação participante; entrevistas semiestruturadas, com a aplicação do Círculo Hermenêutico Dialético; análise documental; e o momento de negociação. Os resultados são apresentados em forma de artigos científicos. O primeiro artigo, discute a construção do processo ensino-aprendizado das PIESC, estabelecendo como referência um Mapa Conceitual, articulando a construção do conhecimento neste eixo curricular, com as deliberações presentes nas DCN. O segundo artigo, avalia as vivências entre academia, profissionais de saúde e usuários, no cotidiano das USF durante a *práxis* das PIESC, tomando como referência a APS e a Formação Interprofissional na busca pelo trabalho colaborativo. O terceiro artigo, correlaciona os componentes curriculares que participam da construção do conhecimento sobre a atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, no contexto da APS, tendo como base as DCN e os documentos de referência do Ministério da Saúde. Os resultados demonstram que as PIESC constroem conhecimentos de Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade, com práticas nos territórios das USF envolvendo diversos sujeitos sociais; os participantes demonstraram compreender a atenção primária, bem como, o perfil do médico para atuar na APS; existe a necessidade de ampliar o vínculo das PIESC com a Secretaria Municipal de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e médicos das USF para fortalecer a formação interprofissional e o trabalho colaborativo; os documentos analisados revelaram uma fragmentação do curso, onde as PIESC juntamente com o Internato de Saúde Coletiva/Mental priorizam suas atividades na APS, buscando a integralidade do cuidado, enquanto Habilidades Clínicas e atitudes, Tutorial e o Internato de Saúde do Adulto/Clínica Médica organizam o processo ensino-aprendizado baseado nas especialidades médicas. Dessa forma, o curso precisa ampliar e articular os espaços de formação em APS em todos os eixos curriculares, buscando a interdisciplinaridade e a formação interprofissional, participando assim, do processo de mudança da formação médica, conforme preconiza as DCN.

Palavras-Chave: Educação Médica, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Avaliação de Quarta Geração.

## **ABSTRACT**

The Brazilian National Health System (SUS) guaranteed the Brazilian population universal and free access to health, defining Primary Health Care (PHC) as the model of health care in the country, adopting Family Health as a social space for the implementation of health care. changes, with emphasis on the integrality of the actions and the social participation of the community. This new conjuncture requires changes in the formation of physicians in Brazil, and the Ministry of Education established new National Curriculum Guidelines (DCN) in 2001, which were revised and expanded in 2014. The main objective of this Doctoral Thesis in Collective Health to evaluate the process of medical education in PHC in a semiarid course in Bahia, based on the interaction between academia, health professionals and users, in the environment of the Family Health Unit (USF). It is a qualitative case study using the methodological foundations of the Fourth Generation Assessment. The interest groups chosen were the students, teachers, health professionals and SUS users involved in the teaching process of the Teaching, Service and Community Integration Practices (PIESC) curriculum axis. During data collection, participant observation was performed; semi-structured interviews, with the application of the Dialectic Hermeneutic Circle; document analysis; and the moment of negotiation. The results are presented in the form of scientific articles. The first article discusses the construction of the PIESC teaching-learning process, establishing as a reference a Concept Map, articulating the construction of knowledge in this curricular axis, with the deliberations present in the DCN. The second article analyzes the experiences among academics, health professionals and users, in the daily life of the USF during the PIESC praxis, taking as reference the PHC and the Interprofessional Training in the search for collaborative work. The last article correlates the curriculum components that participate in the construction of knowledge about the attention to Hypertension and Diabetes Mellitus, in the context of PHC, based on the DCN and the reference documents of the Ministry of Health. The results show that the PIESC build knowledge of Public Health and Family and Community Medicine, with practices in the USF territories involving various social subjects; Participants demonstrated to understand primary care, as well as the profile of the physician to work in PHC; There is a need to broaden the relationship between PIESC and the Municipal Health Secretariat, Family Health Support (NASF) and USF doctors to strengthen interprofessional training and collaborative work; the analyzed documents revealed a fragmentation of the course, where the PIESC along with the Collective/Mental Health Internship prioritize their activities in PHC, seeking integrality of care, while Clinical Skills and Attitudes, Tutorial and the Adult Health/Clinical Internship organize the teaching-learning process based on medical specialties. Thus, the course needs to expand and articulate the spaces of PHC training in all curriculum axes, seeking interdisciplinarity and interprofessional training, thus participating in the process of change in medical education, as advocated by the DCN.

**Keywords:** Medical Education, Primary Health Care, Family Health, Fourth Generation Evaluation

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ABEM:** Associação Brasileira de Educação Médica  
**ABS:** Atenção Básica à Saúde  
**ACS:** Agente Comunitário de Saúde  
**AMB:** Associação Médica Brasileira  
**ANDES:** Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior  
**ANMR:** Associação Nacional de Médicos Residentes  
**APB:** Aprendizagem Baseada em Problemas  
**APS:** Atenção Primária à Saúde  
**AQG:** Avaliação de Quarta Geração  
**CAB:** Cadernos de Atenção Básica  
**CAEM/ABEM:** Comissão de Avaliação das Escolas Médica da Associação Brasileira de Educação Médica  
**CAPS:** Centro de Apoio Psicossocial  
**CF:** Construções Finais  
**CFM:** Conselho Federal de Medicina  
**CHD:** Círculo Hermenêutico Dialético  
**CINAEM:** Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico  
**CLT:** Consolidação das Leis Trabalhistas  
**COAPES:** Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde  
**CONASS:** Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
**CRUB:** Conselho dos Reitores das Universidades Brasileiras  
**CUCA:** Centro Universitário de Cultura e Arte  
**DAB:** Diretoria de Atenção Básica  
**DCN:** Diretrizes Curriculares Nacionais  
**DENEM:** Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina  
**DM:** Diabetes Mellitus  
**DSAU:** Departamento de Saúde  
**EBMSP:** Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública  
**EqSF:** Equipe de Saúde da Família  
**ESF:** Estratégia Saúde da Família  
**EURACT:** Academia Europeia de Professores de Medicina Geral e Familiar  
**FENAM:** Federação Nacional dos Médicos  
**FEPAFEM:** Associações de Faculdades de Medicina  
**FOUFBA:** Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia  
**GCSA:** Consenso Global em Responsabilidade Social das Escolas Médicas  
**GI:** Grupos de Interesse  
**HAS:** Hipertensão Arterial Sistêmica  
**ICS:** Instituto de Ciências da Saúde  
**IDA:** Programa de Integração Docente Assistencial  
**IES:** Instituições de Ensino Superior  
**INEP:** Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira  
**IRaMuTeQ:** Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires  
**I-SC/SM:** Internato de Saúde Coletiva/Saúde Mental  
**MAIS:** Modelo Atenção Integral à Saúde  
**MC:** Mapa Conceitual  
**MEC:** Ministério da Educação  
**MFC:** Medicina de Família e Comunidade

**MRSB:** Movimento de Reforma Sanitária Brasileira  
**MS:** Ministério da Saúde  
**NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
**NECAAB:** Núcleo de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica  
**NHB:** Abordagem das Necessidades Humanas Básicas  
**NHS:** National Health Service  
**NOEI:** Ordem Econômica Internacional  
**NSBC:** Núcleo de Saúde Bucal Coletiva  
**NUPISC:** Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva  
**NUSC:** Núcleo de Saúde Coletiva  
**OMS:** Organização Mundial da Saúde  
**ONU:** Organização das Nações Unidas  
**OPAS:** Organização Panamericana de Saúde  
**PBL:** Problem Based Learning  
**PCATool:** Primary Care Assessment Tool  
**PDE:** Plano de Desenvolvimento da Educação  
**PET-Saúde:** Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
**PIESC:** Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade  
**PMM:** Programa Mais Médicos  
**PNAB:** Política Nacional de Atenção Básica  
**PNEPS:** Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde  
**PNH:** Política Nacional de Humanização  
**PPGSC:** Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva  
**PPLS:** Planejamento e Programação Local em Saúde  
**PPP:** Projeto Político Pedagógico  
**PROMED:** Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina  
**Pró-Saúde:** Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
**PROVAB:** Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica  
**PSF:** Programa Saúde da Família  
**PTF:** Projeto Terapêutico Familiar  
**RBEM:** Revista Brasileira de Educação Médica  
**RAS:** Rede de atenção à Saúde  
**SBC:** Sociedade Brasileira de Cardiologia  
**SBD:** Sociedade Brasileira de Diabetes  
**SBMFC:** Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade  
**SC:** Saúde Coletiva  
**SGTES:** Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde  
**SIFEM:** Société internationale francophone d'éducation médicale  
**SILOS:** Sistemas Locais em Saúde  
**SINAES:** Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior  
**SUS:** Sistema Único de Saúde  
**TBL:** Aprendizagem Baseada em Equipes ou *Team Based Learning*  
**UBS:** Unidade Básica de Saúde  
**UEFS:** Universidade Estadual de Feira de Santana  
**UFBA:** Universidade Federal da Bahia  
**UNI:** Uma Nova Iniciativa na educação dos profissionais de saúde  
**USF:** Unidade de Saúde da Família  
**TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
**WFME:** World Federation for Medical Education  
**WONCA:** World Organization of Family Medicine Doctors

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Elementos conceituais básicos da educação inovada pela proposta Network.	35
<b>Figura 2:</b> Educação baseada em competências.	37
<b>Figura 3:</b> Arco de Maguerez.	43
<b>Figura 4:</b> Educação Interprofissional e a prática colaborativa em saúde.	46
<b>Figura 5:</b> Árvore WONCA mostrando a inter-relação entre os 06 núcleos de competência e as 12 características, mais os 3 recursos adicionais do Médico de Família.	84
<b>Figura 6:</b> Círculo Hermenêutico Dialético.	96
<b>Figura 7:</b> Modelo lógico construído para avaliar as atividades do componente curricular Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) do curso de medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), 2018.	98
<b>Figura 8:</b> Fluxograma Analisador.	110
<b>Figura 9:</b> Fluxograma Analisador Adaptado.	111
<b>Figura 10:</b> Mapa Conceitual da construção do conhecimento nas Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) do curso de medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil, ano letivo 2019.	185
<b>ARTIGO 1:</b>	
<b>Figura 1:</b> Conceitual da construção do conhecimento nas Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade do curso de medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.	124
<b>ARTIGO 2:</b>	
<b>Figura 1:</b> Fluxograma Analisador Adaptado.	139
<b>Figura 2:</b> Quadro Analítico Geral.	140
<b>Figura 3:</b> Fluxograma Descritor da categoria Atenção Primária à Saúde e o Perfil Profissional do Médico.	141
<b>Figura 4:</b> Fluxograma descritor da categoria Articulação Ensino, Serviço e Comunidade no processo de Formação Médica na UEFS.	143

**Figura 5:** Fluxograma descritor da categoria Dilemas e Contradições do curso de Medicina da UEFS. 147

### **ARTIGO 3:**

**Figura 1:** Linha do Tempo dos Documentos de Referência do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. 161

**Figura 2:** Árvore de Similitude dos Componentes Curriculares que trabalham os conhecimentos da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes no curso de Medicina da UEFS, Feira de Santana-BA, 2018. 165

**Figura 3:** Nuvens de Palavras dos Componentes Curriculares que trabalham os conhecimentos da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes no curso de Medicina da UEFS, Feira de Santana-BA, 2018. 166

**Figura 4:** Tipo de Referências Científicas utilizadas pelos componentes curriculares que trabalham os conhecimentos sobre HAS e DM do curso de Medicina da UEFS, Feira de Santana, 2018. 170

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Projetos e Políticas implementados para a melhoria da formação dos Profissionais de Saúde e Profissionais Médicos no Brasil (1981-2017).	49
<b>Quadro 2:</b> Modelo explicativo da organização das DCN de Medicina 2014.	59
<b>Quadro 3:</b> Sumário das Diretrizes para o ensino da Atenção Primária a Saúde na graduação em Medicina, ABEM/SBMFC, 2011.	85

## AGRADECIMENTOS

À Adriana, minha Dri, minha linda companheira de todos os momentos, pelo seu amor e compreensão e pela colaboração no terceiro artigo.

À Minha família, Dri, Mainha, Lore, Lú, Marcio, Marisa, Victor, Alice, Belinha, Dudu, Ailson, D. Ivete, Béu, minha base, meu refúgio nos momentos difíceis.

À Sis, Tia Lu, Tia Ezi, Tia Anete, Simona, Anderson, Deise, Jefinho, Veronica, Thaiz, Marlus, Marina, Júlia, Júnior e Rosa sempre presentes nos meus momentos em Feira e na UEFS.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Assis, que me acolheu, me orientou e construiu comigo o sonho de melhorar a formação médica na UEFS, na Bahia e no Brasil.

Aos estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários do SUS que participaram deste estudo, vocês construíram esta tese comigo.

À Lore, minha irmã caçula, pelo suporte gráfico à tese.

À Márcio, meu irmão, pelo apoio com a língua portuguesa.

À Lu, minha irmã do meio, pelo apoio logístico para a defesa.

À Rose, minha querida amiga-irmã, pelo incentivo, apoio e colaboração em todos os momentos, em especial no primeiro artigo desta tese, na qualificação e defesa.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ângela Nascimento, pelo carinho, incentivo e contribuições com esta tese.

Ao Prof. Dr. Adriano Maia, por sua colaboração na qualificação e na defesa, sempre indicando caminhos a seguir.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Luiza Vilasboas, pelo convívio durante sua passagem pelas PIESC e pelas contribuições com a tese.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lorene Pinto, por compartilhar os seus conhecimentos sobre a educação médica na qualificação e defesa.

Ao Prof. Dr. Washington Abreu, meu querido amigo, pelo incentivo e colaboração no primeiro artigo desta tese e na defesa.

À Aline, Andrei, Camila, Edla, Gabriella, Inalva, Ionara, Iracema, Luciane, Marla, Marcos, Maricélia, Michelle e Pedro, meus companheiros da primeira turma do Doutorado em Saúde Coletiva da UEFS, pois ninguém soltou a mão de ninguém.

À Luciane, pelo apoio em diversos momentos.

À Marcos, pela ajuda com o software IRaMuTec.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, pelo incentivo constante e por me proporcionar grandes aprendizados.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvone Santa Bárbara, pelo incentivo para a utilização da Avaliação de Quarta Geração.

À Goreth e Jorge, pelo apoio e disponibilidade com as minhas demandas administrativas na secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS.

Aos professores Adenilda Martins, André Uzeda, Andréa Alencar, Andréia Beatriz, Carlos Lima, Célia Carneiro, Clara Prada, Conceição Costa, Dalva Monteiro, Elisangela Mascarenhas, Jamilly Musse, Juliana Laranjeira, Mácia Rosa, Nilma Lázara, Paloma Ribeiro, Rita Nascimento, Suelem Pinheiro, Técia Cordeiro, Thereza Coelho, Zé Luiz Moreno, companheiros de PIESC e do Internato de Saúde Coletiva/Mental, pelo carinho, incentivo e apoio.

À Carlos e Jamilly, pela colaboração e apoio para que eu pudesse cursar o doutorado.

À Ana Beatriz, Marcelo Cruz e Wanessa Damas, monitores do PIESC, pela colaboração na coleta de dados.

À Prof<sup>a</sup>. Cleuma Suto, por sua colaboração na utilização do software IraMuTec.

Ao NUPISC, seus pesquisadores, bolsistas e voluntários, que produzem ciência diariamente, construindo novos conhecimentos.

À Nadilla Santiago, bolsista de iniciação científica, pela colaboração na coleta dos dados e no terceiro artigo.

À Dudu e Cássio, pelo apoio na captação de áudio da negociação.

À Isabelita (Isa), pelo apoio com a língua inglesa.

À Arturo Mairena, pela colaboração com a língua espanhola.

Ao Curso de Medicina da UEFS, por disponibilizar todo o seu acervo digital e impresso para a realização deste estudo.

À Teresinha, Denise, Ieda, Sueli e Lise, corpo técnico do Colegiado e do Laboratório de Habilidades, por toda colaboração na coleta dos documentos do curso.

À Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, por colaborar com a realização deste estudo.

À Universidade Estadual de Feira de Santana, por sua luta e resistência pela educação pública e de qualidade.

Ao Departamento de Saúde da UEFS, pela incansável busca por formar profissionais com competência e responsabilidade social.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo apoio institucional na concessão de bolsa de iniciação científica.

O presente trabalho foi realizado com o apoio Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Educação da UEFS pela oportunidade de cursar a disciplina Teorias da Educação.

Às professoras Maria Helena Besnosik e Rita de Cássia Brêda pelo acolhimento na disciplina Teorias da Educação.

Ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS pela oportunidade de cursar as disciplinas: Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde; e, Atenção Básica e Redes de Cuidado em Saúde: sujeitos, práticas e gestão.

À todos estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários do SUS que, em algum momento nestes últimos 13 anos, construíram as PIESC.

À BR-324, pois foi no caminho entre Feira de Santana e Salvador que a grande maioria das ideias presentes neste trabalho surgiram.

À Painho e Vovó Maria, que mesmo no céu, tenho certeza, estão sempre torcendo por mim.

À Deus, que sempre caminhou ao meu lado durante esta jornada.

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	15
<b>1.1</b> Minha Inserção no processo de formação profissional em saúde: construindo compromissos e parcerias coletivas.	15
<b>1.2</b> Formação Médica na Atenção Primária à Saúde: o recorte de uma realidade no Semiárido baiano.	19
<b>2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS</b>	26
<b>3. OBJETIVOS</b>	27
<b>3.1</b> Objetivo Central.	27
<b>3.2</b> Objetivos Complementares.	27
<b>4. BASES TEÓRICAS</b>	28
<b>4.1</b> Formação Médica e o modelo da Atenção Primária à Saúde na edificação do Sistema Único de Saúde.	29
<b>4.1.1</b> O processo de Formação Médica: do modelo tradicional a educação problematizadora e interprofissional.	29
<b>4.1.2</b> Formação Médica no Brasil: uma construção histórica.	47
<b>4.1.3</b> Atenção Primária à Saúde como orientadora da Formação Médica no SUS: das políticas à gestão cuidado nos cenários de aprendizagem.	66
<b>5. PERCURSO METODOLÓGICO</b>	92
<b>5.1</b> Tipo e natureza do Estudo.	92
<b>5.1.1</b> Avaliação de Quarta Geração.	93
<b>5.2</b> Modelo Teórico da Avaliação.	97
<b>5.3</b> Campo de Estudo.	98
<b>5.4</b> Participantes do Estudo.	102
<b>5.5</b> Técnicas e instrumentos de Coleta de Dados.	104
<b>5.6</b> Explicação e análise da realidade empírica.	107
<b>6 ANÁLISE DA REALIDADE EMPÍRICA</b>	114
<b>6.1</b> Artigo 1: Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade.	115
<b>6.2</b> Artigo 2: Formação Médica na Atenção Primária à Saúde: avaliação de quarta geração em um curso de medicina do semiárido baiano.	132
<b>6.3</b> Artigo 3: Formação Médica na Atenção Primária à Saúde: interrelação entre componentes curriculares que abordam os conhecimentos e práticas do cuidado à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melittus.	155
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS: o início de mudanças....</b>	178
<b>REFERÊNCIAS</b>	188

<b>APÊNDICES</b>	208
Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido: estudantes, professores e profissionais de saúde.	208
Apêndice B: Termo de consentimento livre e esclarecido: Usuários.	210
Apêndice C: Roteiro da Entrevista: estudante.	212
Apêndice D: Roteiro da Entrevista: professores.	213
Apêndice E: Roteiro da Entrevista: profissionais de saúde.	214
Apêndice F: Roteiro da Entrevista: usuários.	215
Apêndice G: Roteiro da Observação.	216
Apêndice H: Quadro Síntese da Negociação	217
Apêndice I: Planilha Síntese da Construção	218
Apêndice J: Construções elaboradas.	219
<b>ANEXOS</b>	223
Anexo A: Fluxograma do Curso de Medicina da UEFS.	223
Anexo B: Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UEFS.	224
Anexo C: Normas de publicação da Revista Interface.	225
Anexo D: Normas de publicação da Revista Trabalho, Educação e Saúde.	231

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Minha Inserção<sup>1</sup> no processo de formação profissional em saúde: construindo compromissos e parcerias coletivas

Esta Tese de Doutorado foi desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), se ancora na minha trajetória militante do Sistema Único de Saúde (SUS) e na necessidade de ampliar e consolidar minha experiência como docente e pesquisador, que atua há vinte e cinco anos no ensino da Atenção Primária a Saúde (APS) nos cursos de Odontologia e Medicina.

Essa trajetória docente se inicia como professor substituto da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA) onde atuei nos períodos de 1994/1995, 1998/2000 e 2003/2005. Durante os anos de docência na FOUFBA fui professor do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, atuando nas disciplinas: Metodologia do Trabalho Científico; Odontologia em Saúde Coletiva I, onde se discute as políticas de saúde e a promoção e educação em saúde; e, Odontologia em Saúde Coletiva II, que trabalha a epidemiologia em saúde bucal. Esta experiência me possibilitou atuar com os alunos em comunidades do município de Salvador que possuíam uma história de mobilização social como Calabar e Alto das Pombas, onde trabalhamos cidadania com a discussão do direito a saúde a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvemos ações de promoção e educação em saúde atuando em parceria com a Unidade Básica de Saúde (UBS) e escolas públicas municipais e estaduais, e, realizamos inquéritos epidemiológicos sobre as condições de saúde bucal e o acesso aos serviços de saúde, tendo a UBS como principal *locus* do trabalho. Como docente da FOUFBA participei do curso de Especialização em Metodologia do Ensino Superior em Saúde, promovido de Instituto de Ciências da Saúde (ICS), onde tive a primeira oportunidade de estudar sobre o processo ensino-aprendizagem na formação em saúde.

No período de 2000 a 2006 fui docente efetivo do curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), atuando na disciplina Saúde Bucal Coletiva III que aborda os conteúdos da epidemiologia em saúde e saúde bucal; na disciplina Saúde Bucal Coletiva IV que trabalhava as políticas de saúde, com ênfase na APS a partir da Estratégia

---

<sup>1</sup> Optei por utilizar a primeira pessoa do singular, especificamente, neste tópico, por se tratar de um relato de experiência pessoal e que subsidiou a construção do objeto de investigação.

de Saúde da Família (ESF) e desenvolvia atividades de promoção e educação em saúde junto a Unidades de Saúde da Família (USF); e por fim, na disciplina Saúde Bucal Coletiva V, onde o estudante realizava estágio supervisionado em UBS e USF. Estas atividades ampliaram o meu conhecimento sobre processo de trabalho e gestão em unidades de saúde da atenção primária.

Ainda no curso de odontologia da EBMSP exerci cargo de gestor como coordenador do Núcleo de Saúde Bucal Coletiva (NSBC) composto por nove disciplinas, no referido cargo tive a necessidade de me aprofundar no processo de formação e avaliação em saúde, principalmente, na atenção primária. Participei também, de todo o processo de reconhecimento do curso pelo Ministério da Educação (MEC), vivência muito importante, onde pude discutir a formação com base no Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso, analisar o perfil do egresso e os conteúdos/competências/habilidades necessárias para o cirurgião-dentista atuar na atenção básica, tendo como referência à saúde da família, vislumbrando como imagem objetivo do NSBC a Abordagem Multiprofissional em saúde na busca pela integralidade do cuidado na Saúde da Família.

No ano de 2006, ingresso via concurso público, no curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana como professor de Saúde Coletiva, onde desempenho atualmente os meus encargos de ensino no eixo temático Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), onde o aluno atua na atenção básica tendo como referência uma Unidade de Saúde da Família ao longo dos quatro primeiros anos do curso.

A proposta das PIESC de ensino longitudinal, durante quatro anos com o mesmo grupo de estudantes, numa mesma USF, possibilita criar vínculos com a equipe de saúde e os usuários do SUS no atendimento integral às famílias que acompanhamos, o que me encanta profundamente. As PIESC começam a sua inserção na comunidade com o reconhecimento do território e diagnóstico situacional, posteriormente define, junto com a equipe de saúde e os usuários, os problemas/agravos/riscos prioritários, realiza ações de promoção da saúde e prevenção específica em caráter individual e coletivo e, por fim, intervenções nas famílias selecionadas e acompanhadas que são balizadas por um Projeto Terapêutico Familiar (PTF), que permite aos alunos realizar atividades domiciliares e no ambiente da USF.

Com o tempo, o encantamento inicial pela proposta das PIESC, cedeu lugar à responsabilidade de construir e consolidar um eixo temático que tem como objetivo capacitar médicos para atuar na APS, em especial na Estratégia Saúde da Família. As dificuldades são imensas, começando pelos estudantes que pouco valorizam a atenção primária, pois o curso não consegue articular o ciclo básico com o internato médico. Além disso, as USF não estão

preparadas para receber estudantes e a população apresenta demandas assistencialistas, a partir de suas queixas e sintomas.

Para enfrentar esses problemas cotidianos das PIESC e dialogar com todos os sujeitos envolvidos, precisei estudar muito a Formação Médica, a APS, a interação ensino-serviço-comunidade, o processo de trabalho na saúde da família e, ainda sinto a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos, por isso, a escolha pelo Doutorado em Saúde Coletiva, tendo como recorte do estudo, a formação do médico na Atenção Primária à Saúde.

Ao longo de treze anos atuando nas PIESC, atuei nas quatro séries, coordenei em momentos distintos as quatro séries e, desde 2008 estou Coordenador Geral das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade e, como tal, membro do colegiado do Curso de Medicina, onde fui vice-coordenador no biênio 2010/2012. Como membro do colegiado participei das Comissões de Reconhecimento e Recredenciamento do curso junto ao Conselho Estadual de Educação; fui membro da Comissão de Avaliação do curso no período de 2008 a 2017; e, atualmente sou membro da Comissão Própria de Avaliação (CPA).

Ainda como docente do Curso de Medicina orientei cinco bolsistas de monitoria, dois bolsistas de iniciação científica e quatro alunos no Trabalho de Conclusão de Curso. E, na área de extensão fui coordenador do Projeto “Capacitação em Educação em Saúde do Voluntários da Pastoral da Saúde” financiado pelo edital PROEXT 01/2011.

Como pesquisador fui membro do Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) entre 2007 e 2013, este núcleo promove pesquisas na área de planejamento, gestão e avaliação de políticas, sistemas e serviços de saúde. No NUSC participei da elaboração do livro “Regionalização, articulação e regulação no SUS”, bem como, dos projetos de pesquisa “Catadores de Lixo do Conjunto habitacional Feira VI: condições sócio-econômicas e riscos à saúde” e “Equidade e Morte: o processo de identificação do quesito raça/cor no preenchimento da Declaração de Óbito por causas violentas e maldefinidas nos municípios de Feira de Santana e Salvador no ano de 2007”.

Desde o ano de 2015 sou membro do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) que promove estudos e intervenções voltados para as Políticas de Saúde, Planejamento e Organização dos Serviços, Programas e Práticas de Saúde, com ênfase no Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família. Como pesquisador do NUPISC, coordeno o projeto “Formação Médica na Atenção Primária à Saúde nos cursos de graduação em Medicina da Bahia, Brasil” e pretendo criar a Linha de Pesquisa “Formação Profissional em Saúde”, após a conclusão do doutorado.

Como pesquisador do NUPISC sou autor dos artigos: “Projeto Terapêutico Familiar: uma tecnologia de gestão do cuidado na Saúde da família” publicado Revista de Saúde Coletiva da UEFS em 2017; “Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade” publicado pela Revista Interface em 2019; e, “Perfil das Atividades Complementares dos graduandos em Medicina Pela Universidade Estadual de Feira de Santana, 2009 – 2017” aceito para publicação pela Revista Brasileira de Educação Médica em 2019. Todas essas publicações abordam a temática da Formação Médica na APS.

Na UEFS, além de atuar como docente do Curso de Medicina exerci funções em outros espaços da universidade. Entre 2009 e 2014 fui tutor do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), mantido pelo Ministério da Saúde (MS), que tem como objetivo promover o trabalho multidisciplinar na atenção básica a partir da interação ensino-serviço-comunidade. Com o PET-Saúde pude trabalhar com estudantes de todos os cursos da área de saúde e Biologia, com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF) e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) pertencentes a unidades diferentes das que as PIESC atuam.

No período de 2011 a 2014 fui vice-coordenador do Núcleo de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica (NECAAB) criado a partir do PET-Saúde com o objetivo de discutir mudanças curriculares nos cursos de graduação em saúde. Também representei o curso de medicina na discussão da implantação da Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade junto a Escola Estadual de Saúde Pública da Secretaria de Saúde da Bahia.

Acredito que todas essas atividades contribuíram para aprofundar os meus conhecimentos na área da formação em saúde com ênfase na atenção primária e da gestão acadêmica, bem como, me instigaram a ser pesquisador desta temática.

Por fim, tenho a convicção que a minha vivência durante todas as atividades de ensino e pesquisa do Doutorado em Saúde Coletiva da UEFS, contribuiu para o meu crescimento enquanto cidadão, docente e pesquisador. E, vai consubstanciar a minha *práxis* enquanto professor e coordenador das PIESC, bem como, a minha atuação como pesquisador do NUPISC.

## 1.2 Formação Médica na Atenção Primária à Saúde: o recorte de uma realidade no Semiárido baiano

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) teve o seu início na década de setenta do século passado e reuniu diversos atores com grande protagonismo dos movimentos sociais em saúde e dos cursos da área de saúde das universidades. O auge desse movimento ocorreu nos fins dos anos oitenta durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), com a discussão da Saúde como Direito e da necessidade de Reformulação do Sistema Nacional, concretizando-se com a Constituição Federal (BRASIL, 1988) que criou o SUS, regulamentado através da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990). Desde a publicação destes instrumentos legais, o setor saúde passou por diversas mudanças no Brasil.

Dentre os inúmeros avanços do setor podemos destacar a universalização da atenção, a gestão descentralizada da saúde, o controle e participação social, as mudanças nos mecanismos de financiamento, a ampliação da rede de serviços com a criação de programas de atendimento na busca pela integralidade do cuidado e a reorientação do modelo de atenção com ênfase na APS.

A Atenção Primária à Saúde tem como atributos ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, deve ser contínua com responsabilização pelo atendimento ao longo do tempo, pautada pela integralidade das ações de saúde, tem a responsabilidade de atuar como coordenadora da rede de atenção, para a garantia da continuidade do cuidado nos diversos níveis de atenção. Para tanto, deve considerar a família como sujeito do cuidado, reconhecendo suas necessidades em função do contexto físico, econômico, social e cultural da comunidade em que vivem (STARFIELD, 2002; MACINKO, ALMEIDA e SÁ, 2007; MENDES, 2015; LINS, SOARES e COELHO, 2016; HARZHEIM et al., 2018).

No Brasil, a APS é organizada conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definida como:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido [...]. A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017, p. 2).

Dessa forma, a atenção primária é compreendida como práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, fundamentadas pelo trabalho em equipe buscando a integralidade das ações, dirigidas a populações de territórios definidos, tendo as PNAB definido como

principal estratégia para capilarização da Atenção Básica à Saúde (ABS), a Saúde da Família (BRASIL, 2006a; 2011; 2017).

Em estudo de base epistemológica dos termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde, Gusso, Bensenor e Olmos (2012) concluíram a semelhança de ambos, assim como, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (BRASIL, 2006a; 2011; 2017) estabelecem que os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde são equivalentes no contexto do SUS. Neste estudo adotaremos o termo Atenção Primária à Saúde para nos referir à conceitos, concepções, informações de abrangência ou impacto internacional e o termo Atenção Básica à Saúde será utilizado ao nos referir as políticas públicas de saúde no SUS.

A partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, ocorreu uma grande expansão da atenção primária no Brasil, com o acesso de milhões de brasileiros aos serviços de saúde. Os dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a) revelam que o Estado da Bahia em 1998 apresentava apenas 10 equipes de Saúde da Família implantadas, responsável por prestar atendimento a aproximadamente 34.000 habitantes. Em março de 2019, existiam 3.598 equipes implantadas, responsáveis por atender aproximadamente 10,8 milhões de baianos com uma cobertura de 73% da população do estado (BRASIL, 2019a). Apesar da Bahia possuir uma ampla cobertura pela ESF, faz-se necessário melhorar a gestão do cuidado e o processo de trabalho das EqSF para ampliar a resolubilidade e a qualidade atenção básica no Estado, sendo fundamental a existência de profissionais de saúde com perfil e qualificação para atuar nesse nível de atenção.

Diversos estudos abordam a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde no Brasil, em especial a Formação Médica como um elemento essencial para a consolidação do SUS e da Saúde da Família. Esses trabalhos convergem ao explicitarem que a formação tradicional baseada no modelo biomédico, centrado na doença, tendo o hospital como principal local de prática com incentivo à especialização precoce e, caracterizado por metodologias de transferência do conhecimento, não acompanha os princípios e diretrizes do SUS (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; TESSER, 2008; COTERNO e LOPES, 2013; HORA et al., 2013; SILVA JUNIOR e ANDRADE, 2016; LIMA et al., 2018; MEIRELES, FERNANDES e SILVA, 2019).

Considerando o cenário apresentado, observamos que houveram tentativas de adequar a formação dos recursos humanos da saúde em consonância com as necessidades do país. O Ministério de Educação em parceria com o Ministério da Saúde, Instituições de Ensino Superior (IES) e instituições não-governamentais, vem ao longo dos anos adotando uma série de ações para melhorar a formação profissional no Brasil (LAMPERT, 2009a; COTERNO e

LOPES, 2013; DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013; FERREIRA et al. 2019; VERAS e FEITOSA, 2019).

Nos cenários de formação multiprofissional somam-se estratégias como Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) em 1981; Projeto UNI em 1990; Elaboração Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia em 2001/2002; criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003; Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2004; Programa Nacional de Reorientação da Formação profissional em Saúde (Pró-Saúde) em 2005; Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde em 2010 e o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) em 2011. Outras propostas foram voltadas especificamente para a formação médica, dentre elas, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) de 1991, Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) de 2002, Programa Mais Médicos (PMM) de 2013, atualização das DCN de Medicina em 2014 (SOUZA, ZEFERINA e ROS, 2011; DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013; BEZERRA et al., 2015; VENDRUSCOLO, PRADO e KLEBA, 2016; GRZYBOWSKI, LEVANDOWSKI e COSTA, 2017; ROCHA, 2017; FERREIRA et al., 2019).

A adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais no ano de 2001 foi uma importante ação governamental, ao redefinir o perfil do profissional a ser formado, os conteúdos, competências e habilidades essenciais para a graduação, a estrutura curricular dos cursos e as regras para o estágio curricular, privilegiando novos cenários de prática, como as unidades da atenção básica e a utilização de metodologia ativas no processo de formação do médico (BRASIL, 2001).

Em 2014, no contexto do PMM, foi elaborada novas DCN para o curso de Medicina, este novo documento estabelece que o médico deve possuir uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014a). As novas DCN reforçam a importância da integração ensino-serviço-comunidade nos espaços do SUS/APS, com valorização da formação interprofissional e de metodologias problematizadoras.

O movimento de mudança no perfil do egresso do curso de graduação em Medicina destaca a relevância da integralidade em saúde na formação dos profissionais, na qual as ciências humanas, as mudanças de estratégias de ensino, a inserção dos alunos na comunidade e a democratização da relação docente-discente podem beneficiar o processo de formação profissional (LAMPERT, 2014). Este corrolário se adéqua a necessidade do SUS, visando à formação de médicos para atuar na atenção primária a partir da saúde da família.

O desencadeamento de processos de mudança na Educação Médica não é uma exclusividade brasileira, mas sim é uma realidade mundial, sendo que diversos estudos reforçam a responsabilidade social do processo de Formação Médica que deve estar adequada às necessidades dos Sistemas Nacionais de Saúde e da população; favorecer a formação interprofissional e o trabalho colaborativo; ampliar a integração ensino-serviço-comunidade no espaço da Atenção Primária à Saúde; a construção de currículos orientados por competências; e, a utilização de metodologia ativas (WFME, 1988; FRENK et al., 2010; WHO 2010; GCSA, 2010; NORMAN, 2012; WHO, 2013a; 2013b; 2016a; 2016b).

O fortalecimento das atividades de ensino-aprendizagem nos espaços da APS também aconteceu em diversos países (SEPÚLVEDA, 2013; PUSCHEL et al., 2014; VIDAL et al., 2016; LETRILLIART et al., 2016; NEWBRONNER et al., 2017; HARI et al., 2018). Os movimentos iniciais deste processo aconteceram a partir da Declaração de Edimburgo, durante a I Conferência Mundial de Educação Médica (WFME, 1988) que propôs integrar a formação teórico-científica do médico à realidade dos problemas de saúde das comunidades e incorporar aos cursos de medicina todos os recursos de saúde disponíveis na comunidade e não apenas os hospitais.

No contexto da Formação Médica, principalmente nos territórios das unidades básicas de saúde, faz-se necessário estabelecer quem são os sujeitos envolvidos. Para Campos (2007a) o sujeito é um ser biológico, dotado de uma subjetividade complexa e envolto num conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades, além de possuir um grau relativo e variável de autonomia, utilizado nos processos de negociação e luta cotidiana, dando-lhes capacidade de reagir ao seu contexto.

Compreendemos que muitos sujeitos podem compor uma escola/curso, com diferentes possibilidades de afetação, sendo muitos e variados os encontros e provocações a serem produzidos no sentido da formação interprofissional. “Estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários podem ser protagonistas da produção de novos modos de aprender, cuidar e produzir conhecimento” (FEUERWERKER, 2014, p. 129).

Salientamos que embora tenham ocorridas mudanças positivas na Formação Médica, estas não foram uniformes e ainda são insuficientes para garantir a consolidação da mudança de modelo proposto pelo SUS com valorização da atenção primária à saúde. Dessa forma, são necessários estudos mais profundos, a nível nacional e local, para avaliar os avanços/facilidades, limites/dificuldades e desafios/perspectivas dos cursos de Medicina, a partir da adoção das DCN. Também precisamos identificar quais os sujeitos envolvidos no processo de mudança, seu papel ativo no processo, suas intencionalidades e como ocorreu o processo de interação entre esses diversos sujeitos.

A produção científica brasileira no campo da Formação Médica na Atenção Primária à Saúde se debruça sobre o relato de experiências de componentes curriculares e/projetos de extensão específicos, com pelo menos 20 artigos publicados nos últimos cinco anos; entretanto, são exíguos os trabalhos que abordam a formação em APS no contexto de todo o curso (SILVA et al., 2017; VIEIRA et. al., 2018; VARGAS et al., 2019). Carecemos de estudos que avaliem a formação, neste campo de conhecimento, bem como, que associem Formação Médica na APS às DCN de 2014 e aos documentos de referência do Ministério da Saúde (ROCHA, 2017; SIQUEIRA, 2018).

No cenário internacional, diversos estudos sinalizam a importância do desenvolvimento de atividades de ensino-aprendizagem na APS para a consolidação dos sistemas nacionais de saúde (FRENK et al, 2010; CRUZ, 2016; SARABIA, 2015; MICHELENA, GOMEZ e SOTOLONGO, 2017) e a construção da formação interprofissional e do trabalho colaborativo (WHO, 2010; REEVES et al., 2013; HAINES, KENT e KEATING, 2014; SINCAT et al., 2014), novamente prevalecendo o relato de experiências de componentes curriculares específicos.

Embora existam no Brasil algumas metodologias para avaliar a educação médica (ALMEIDA, 1999; ABEM, 2009; BRASIL, 2016a), os estudos de avaliação tomando como referência o ensino na Atenção Primária à Saúde ainda são poucos no Brasil, e, ainda não existe um instrumento específico para avaliar a formação nesse campo do saber médico.

Compreendemos que é imperativo a realização de estudos fundamentados em abordagem qualitativa no processo de avaliação da Formação Médica na APS, pois a complexidade deste nível de atenção, demanda a necessidade da participação de todos os sujeitos envolvidos no processo de construção do conhecimento.

Esta Tese busca preencher esta lacuna, ao avaliar a Formação Médica na Atenção Primária a Saúde no curso de Graduação em Medicina da UEFS, a partir da Avaliação de Quarta Geração (AQG), propostos por Guba e Lincoln no livro *Fourth generation evolution*,

publicado em 1989 (WETZEL, 2005; KANTORSKI et al., 2009; MIELKE, 2013; NOGUEIRA, 2015), posteriormente traduzido para o português em 2011, sendo a AQG caracterizada como um modelo de avaliação responsiva, baseada no paradigma construtivista (GUBA e LINCOLN, 2011). É responsiva porque os parâmetros e limites da avaliação são discutidos e selecionados a partir de um processo interativo e de negociação envolvendo os grupos de interesse e o avaliador e, é construtivista pois acredita no relativismo e nas subjetividades que envolve a realidade, em oposição ao paradigma positivista (WETZEL, 2005; KANTORSKI et al., 2009; GUBA e LINCOLN, 2011; MIELKE, 2013; PINHO e SINIAK, 2017).

A pesquisa ancorou-se, portanto, na relevância do olhar crítico sobre o processo de articulação e troca de experiências entre pesquisador, estudantes e professores do curso de graduação em Medicina da UEFS, profissionais de saúde que atuam na saúde da família e usuários do SUS.

Inicialmente discutimos o processo ensino-aprendizado, teórico e prático, das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade, utilizando como referência um Mapa Conceitual (MC), articulando a construção do conhecimento neste eixo curricular, com as deliberações presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014.

Num segundo momento, utilizando o arcabouço metodológico da Avaliação de Quarta Geração, avaliamos as vivências entre academia, profissionais de saúde e usuários, no cotidiano das Unidades de Saúde da Família durante as atividades de ensino das PIESC, tomando como referência a Atenção Primária à Saúde e a Formação Interprofissional na busca pelo trabalho colaborativo.

Por fim, correlacionamos os componentes curriculares que contribuem com o processo de construção do conhecimento dos educandos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), no contexto da APS, tendo como base as DCN de 2014 e os documentos de referência do Ministério da Saúde. A escolha por estas enfermidades ocorreu devido à diversos estudos (WHO, 2013c; SBC, 2016; BRASIL, 2018a; IDF, 2017; FLOR e CAMPOS, 2017; LOBO et al., 2017; SAIZ et al., 2018) que destacam a elevada prevalência de HAS (entre 20% a 43% da população adulta) e DM (aproximadamente 9% da população adulta), sendo reconhecidas como problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Em virtude do SUS adotar a APS como lócus privilegiado para o enfrentamento destas doenças (BRASIL, 2006b; 2006c; 2013b; 2013c), e também, serem os dois problemas priorizados pelos usuários das USF, lócus de atuação das PIESC, ao longo dos 16 anos de existência do curso de Medicina da UEFS.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para o fortalecimento da integração entre o ensino-serviço-comunidade nos espaços da Atenção Básica a Saúde/Estratégia de Saúde da Família; a construção de um processo de trabalho colaborativo nas unidades de saúde da família; e, a discussão sobre no processo de formação médica no âmbito da APS, dialogando com os diversos sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizado, buscando uma formação interprofissional, e, desta forma, poder contribuir com melhoria da atenção à saúde no SUS.

## **2 PRESSUPOSTO TEÓRICO**

O Projeto Político Pedagógico do curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana estabelece que o processo de Formação Médica é balizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do MEC e voltado às necessidades do Sistema Único de Saúde e da população local. No entanto, no cotidiano das atividades de ensino-aprendizagem da maioria dos componentes curriculares do curso, observamos a persistência de um modelo de formação voltado para o atendimento individual, clínico e especializado nos moldes flexneriano, com práticas que não valorizam a Atenção Primária à Saúde e os Determinantes Sociais no processo saúde-doença-cuidado.

### **3 OBJETIVOS:**

#### **3.1 Objetivo Central:**

Avaliar o processo de Formação Médica na Atenção Primária à Saúde em um Curso de Medicina de Instituição Pública do Semiárido baiano, a partir da interação entre academia, profissionais de saúde e usuários, no ambiente da Unidade de Saúde da Família.

#### **3.2 Objetivos Complementares:**

Discutir as vivências da Formação Médica por meio das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), tomando como base orientadora a Atenção Primária à Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina.

Correlacionar os componentes curriculares a partir da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) no contexto da Formação Médica na APS, tendo como base as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 e os documentos de referência do Ministério da Saúde.

## 4 BASES TEÓRICAS

Vários documentos internacionais (OPAS, 2008; 2009; FRENK et al., 2010; WHO, 2013a; 2013b; CRUZ, 2016; WHO, 2016a; 2016b; OPAS e OMS-AMÉRICAS, 2018) abordam sobre a necessidade de readequação da força de trabalho em saúde, enfatizando que a formação precisa responder às necessidades dos Sistemas Nacionais de Saúde, e, para tanto, propõe modificações curriculares no sentido de promover a formação interprofissional com o desenvolvimento do trabalho colaborativo; com orientação voltada para os determinantes sociais da saúde, a promoção e prevenção da saúde, os cuidados primários centrados nas pessoas e nas necessidades da comunidade. Esses trabalhos sinalizam que o problema do provimento e da formação da força de trabalho para atuar na APS é um problema mundial que deve ser enfrentado coletivamente.

Num contexto latinoamericano, o documento intitulado “Plano de Ação sobre Recursos Humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde 2018-2023” elaborado para implementação de ações nas Américas (OPAS e OMS-AMÉRICAS, 2018), estabelece três linhas estratégicas de ação: 1- Fortalecer e consolidar a governança e a orientação dos recursos humanos para a saúde; 2- Desenvolver condições e as capacidades dos recursos humanos para a saúde a fim de ampliar o acesso e a cobertura de saúde com equidade e qualidade; 3- Readequar com o setor educacional o atendimento das necessidades dos sistemas de saúde em transformação no sentido do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde.

Este documento, ao abordar sobre as propostas da terceira linha estratégica de ação, descreve que a formação dos recursos humanos nas Américas deve ser orientada para suprir às necessidades de um sistema de saúde em transformação rumo à saúde universal, estabelecendo os seguintes objetivos à serem alcançados pelos países membros:

Desenvolver mecanismos de articulação permanente e acordos de alto nível entre os setores de educação e saúde para alinhar a formação e o desempenho dos recursos humanos com as necessidades presentes e futuras dos sistemas de saúde;  
Disponer de sistemas de avaliação e acreditação de carreiras da saúde com padrões em que se considerem as competências técnico-científicas e sociais dos formados;  
Desenvolver mecanismos de regulação e um plano de formação para as especialidades prioritárias nos quais se contemple o número de especialistas demandados pelo sistema de saúde e um aumento da formação em saúde familiar e comunitária. (OPAS e OMS-AMÉRICAS, 2018, p. 7-8).

As bases teóricas desta tese, inicialmente contextualizará a trajetória das mudanças na Formação Médica, destacando a adoção de currículos baseados em competências e habilidades;

utilização de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem, integração ensino-serviço-comunidade no espaço da Atenção Primária à Saúde e Formação Interprofissional. Em seguida, discutiremos a construção histórica da Formação Médica no Brasil, enfatizando as Diretrizes Curriculares Nacionais implementadas em 2014. Por fim, abordaremos os elementos essenciais da Formação Médica na APS e na Saúde da Família.

## **4.1 FORMAÇÃO MÉDICA E O MODELO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA EDIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

### **4.1.1 O processo de Formação Médica: do modelo tradicional a educação problematizadora e interprofissional**

Para analisar a formação do médico é preciso compreender os interesses, as motivações e as expectativas de todos os sujeitos (estudantes, professores, gestores e trabalhadores de saúde, usuários dos serviços) e coletivos organizados (IES, MEC, MS, corporações médicas, movimentos sociais) envolvidos neste processo, que é dinâmico e contextualizado no momento histórico, político, econômico e social.

O processo de formação é essencial para o desenvolvimento e a manutenção de um sistema público de saúde. É no período de formação que o futuro profissional irá adquirir conhecimentos, competências, habilidades e valores que o acompanharão durante toda vida. Atualmente o processo de formação dos profissionais de saúde de nível superior enfrenta problemas que causam impactos diretos e indiretos nos sistemas de saúde em todo o mundo (CAMPOS, AGUIAR e BELISÁRIO, 2012).

Os primeiros registros da profissão médica são da civilização suméria que habitou a região da Mesopotâmia, hoje o Iraque, por volta de 3.000 a. C. Outras civilizações antigas também relatam o trabalho médico como os gregos, romanos, chineses e egípcios (MORAES, PEREIRA e NAGHETTINI, 2012). Na antiguidade o ensino da medicina era individual onde cada médico era o mestre e passava os seus ensinamentos para o seu discípulo. Com o surgimento das universidades na Idade Média, criou-se os primeiros cursos de Medicina, mas foi na Renascença que a Educação Médica começa a se sistematizar, a partir dos estudos de anatomia e fisiologia (LAMPERT, 2009a; MORAES, PEREIRA e NAGHETTINI, 2012).

O primeiro estudo impactante sobre Educação Médica foi o Relatório Flexner (FLEXNER, 1910) que avaliou 155 cursos de Medicina dos Estados Unidos, Canadá e Terra

Nova. Este documento desencadeou um processo de mudanças na Formação Médica norte-americana que orientou amplamente cultura médica ocidental, sendo que, até os dias de hoje o modelo flexneriano influencia o exercício da medicina, tendo como características ter ênfase nas questões biológicas em detrimento aos determinantes sociais; centrado no médico; seu *locus* principal é o hospital; ênfase no atendimento individual, especializado e nos procedimentos clínicos; busca a cura das doenças, sendo guiado pela mercantilização e medicalização da saúde (ANDERSON, DEMARZO, RODRIGUES, 2007; LAMPERT, 2009a; ABDALLA et al., 2009; ALMEIDA 2011; KLEMENC-KETIS e KERSNIK, 2012; WHO, 2013b; PEREIRA e LAGES, 2013; LIMA et. al., 2018; MEIRELES, FERNANDES e SILVA, 2019).

O modelo flexneriano e a racionalidade médica de caráter científico com bases biológicas, segundo Frenk e outros (2010), WHO (2013b; 2016a), Pereira e Lages (2013), Gomes e Rego (2014), Chiarella e outros (2015), Freitas e outros (2015), influenciou fortemente o processo de formação médica que se desenvolveu a partir de um sistema de ensino organizado em disciplinas baseadas nas especialidades médicas; centrado no saber técnico do professor, sendo o estudante um receptáculo de informações; com atividades práticas em cenários eminentemente hospitalar; marcado pela unidirecionalidade e autoridade na relação professor-estudante; ênfase na fragmentação do corpo e da saúde das pessoas; desvalorização do saber popular, das práticas alternativas do cuidado e das ciências sociais; formando profissionais que dominam os mais variados tipos de tecnologias, mas que são pouco hábeis para lidar com as dimensões subjetivas, sociais e culturais das pessoas.

O artigo intitulado “Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo” de Almeida Filho (2010), faz uma análise crítica sobre as influências do modelo flexneriano na Formação Médica no Brasil. Num primeiro momento, o autor sinaliza que segundo a vasta produção científica brasileira, o modelo flexneriano é concebido sob alguns pontos de vista: 1- bases conceituais: possui uma perspectiva exclusivamente biologicista da doença, negando a determinação social da saúde; formação laboratorial no ciclo básico e formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. 2- questões pedagógicas: considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização. 3- prática de saúde: educação elitizada, subordinação do ensino à pesquisa, fomento à mercantilização da medicina e a privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. 4- organização dos serviços de saúde: responsabilizado pela crise de recursos humanos que contribui com os crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando o funcionamento pleno de

um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime. 5- político: implantado no Brasil durante a reforma universitária de 1968, promovida pelo regime militar, este modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população.

Num segundo momento, o referido autor, faz uma releitura do Relatório Flexner, e identifica alguns mitos na produção científica brasileira a respeito dos postulados de Abraham Flexner. Para Almeida Filho (2010) alguns pontos de vista simplesmente não correspondem à letra do texto original de 1910, entre eles: o conteudismo pedagógico, o biologismo anti-humanista, a tecnologização da prática, a medicina curativa individualista e a submissão da prática médica às corporações. Finaliza o autor dizendo:

equivocam-se os que consideram Flexner como defensor de uma formação com base em conteúdos e não em métodos, que sua visão da saúde era exclusivamente biológica e reducionista, e não social e humanista, que a vertente principal do seu modelo de prática é a da medicina curativa e individual, e que Flexner apoiava a prática privada da medicina e o controle social da formação médica pelas corporações profissionais. Porém estão corretos os que acham que ele propunha uma reorganização do conhecimento com base numa abordagem disciplinar (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2247).

Neste estudo, embora respeitemos as posições de Almeida Filho (2010), adotaremos as bases teóricas amplamente difundidas na literatura científica brasileira e mundial (ANDERSON, DEMARZO, RODRIGUES, 2007; LAMPERT, 2009a; ABDALLA et al., 2009; FRENK et al., 2010a; ALMEIDA 2011; KLEMENC-KETIS e KERSNIK, 2012; PEREIRA e LAGES, 2013; LIMA et al., 2018; MACHADO, WUO e HEINZLE, 2018; MEIRELES, FERNANDES, SOUZA e SILVA, 2019), já descritos anteriormente, pois foram estes postulados que serviram de referências para as mudanças na Formação Médica brasileira a partir da implementação do SUS.

A exaustão do modelo médico tradicional foi discutido pela I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1978. O documento final deste evento afirma que a saúde é um direito humano, devendo ser garantido pelos governos através de um sistema nacional que priorize os cuidados primários e a integralidade das ações de saúde. Também aborda a importância de melhorias econômicas, sociais e educacionais para promover a saúde e o bem estar das populações (BRASIL, 2002; OPAS, 2019).

Os Sistemas Universais de Saúde com base na APS necessitam de recursos humanos com um perfil diferenciado, por isso, há necessidade de mudanças na Formação Médica (VICTÓRIA et al., 2015; SINTES e PINA, 2015; CRUZ, 2016; WHO, 2016a) sendo que, diversos autores criticam o modelo flexneriano (ANDERSON, DEMARZO,

RODRIGUES, 2007; ABDALLA et al., 2009; FRENK et al., 2010; KLEMENC-KETI e, KERSNIK, 2012; NORMAN, 2012; PEREIRA, LAGES, 2013, LIMA et al., 2018; MEIRELES, FERNANDES, SOUZA e SILVA, 2019) abordando que ele não é capaz de responder as necessidades atuais de atenção à saúde que busca a integralidade do cuidado em saúde; o trabalho em equipe multidisciplinar; a valorização da atenção primária à saúde; a pessoa como centro cuidado e valorização de ações comunitárias de prevenção e promoção da saúde.

Um marco no processo de mudança da formação médica foi a Declaração de Edimburgo, documento final da I Conferência Mundial de Educação Médica (WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION / WFME, 1988) que identificou os pontos iniciais para o processo de mudança da formação médica, dentro os quais destacamos: incorporar nos programas educacionais todos os recursos de saúde disponíveis na comunidade e não apenas os hospitais; adequar os conteúdos curriculares às prioridades nacionais de saúde; promover a educação continuada com a introdução de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem que garantam o auto-estudo e autonomia do estudante; favorecer as ações de prevenção e promoção da saúde na atenção a saúde; formar de profissionais competentes que valorizem as questões sociais; Integrar a formação teórico-científica à realidade prática dos problemas de saúde vivenciados nas comunidades. Segundo Gual e outros (2013) essa conferência iniciou um processo de encontros regionais que mobilizaram incontáveis expertes para discutir os desafios da educação médica em todo mundo, inclusive no Brasil conforme Lampert (2009a).

Em 1993 foi realizada a II Conferência Mundial de Educação Médica que ratificou os princípios norteadores de 1988 e aprovaram algumas recomendações buscado contribuir com os avanços na Educação Médica. Essas recomendações foram agrupadas por temas: 1- prática médica e política de saúde: destacando-se a aproximação e articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde; a necessidade de planejar, de acordo com cada realidade nacional, o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde. 2- resposta educacional: criação de política de apoio a expansão da formação médica, estímulo à capacitação docente, incentivo à participação do estudante em todo processo de formação, adoção de novas metodologias de ensino-aprendizagem, com base na resolução de problemas. 3- educação médica continuada: incentivo à pós-graduação, estímulo para o estudante buscar uma aprendizagem auto-dirigida continuada. 4- parcerias na aprendizagem: educação multiprofissional, incentivo ao trabalho em equipe, participação em comunidades de educação médica. 5- Cenários para aprendizagem:

realizar as práticas de ensino-aprendizagem em ambientes realistas, comprometimento das universidades com a saúde da população (OPAS, 1994).

Passados mais de 25 anos da Declaração de Edimburgo é possível identificar que em todas as regiões do mundo tivemos avanços na educação médica como a incorporação de novas metodologias e tecnologias de ensino-aprendizagem, o incentivo ao protagonismo e autonomia do estudante, a ampliação do ensino em APS, a diversificação de cenário de práticas, a discussão sobre os determinantes sociais das doenças e o trabalho em equipe multiprofissional.

Alguns estudos sobre Educação Médica (ALMEIDA, 1999; LAMPERT, 2009a; ALMEIDA 2011) sinalizam sobre propostas inovadoras adotadas em diversos países, enfatizando a relevância dos seguintes modelos: projeto UNI, *Changing*, *Network* e Gestão de Qualidade. Essas propostas buscaram mudanças nas estruturas curriculares, metodologias pedagógicas, papel de professores e estudantes no processo ensino-aprendizagem, cenários de aprendizagem e aproximação da academia com os serviços de saúde.

O Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade), foi implementado em países da América Latina com o apoio da Fundação Kellogg, e, tinha como objetivo contribuir com o processo de mudança na formação em saúde, envolvendo diversos cursos de graduação, das universidades que aderiram à proposta. O UNI buscava articular a academia, os serviços de saúde e a comunidade, tendo como base os Sistemas Locais em Saúde (SILOS) e o trabalho em equipe multiprofissional; com ênfase no enfoque familiar para o cuidado em saúde, a inserção de novos cenários de aprendizagem no território dos SILOS, adoção de novas metodologias de ensino-aprendizagem, incentivo a participação comunitária e a formação de lideranças locais (ALMEIDA, 1999; LAMPERT, 2009a; ALMEIDA 2011).

No Brasil, algumas universidades aderiram ao projeto UNI, entre elas a Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde este pesquisador, na qualidade de estudante de Odontologia, foi bolsista do projeto no período entre 1989-1991, participando da criação do Distrito Sanitário Docente Assistencial Barra-Rio Vermelho, bem como, de ações integrais de saúde nas comunidades de Sete de Abril e Alto da Pombas. Essa experiência discente me permitiu ser um ator social do processo de construção e implantação do SUS em Salvador-BA, bem como, me aproximou de um novo modelo de formação profissional em saúde, que repercutiu na minha atuação como docente dos cursos de Odontologia e Medicina.

A Proposta *Changing Medical Education: na agenda for action* foi sugerida pela OMS em 1991 (ALMEIDA, 1999; LAMPERT, 2009a; ALMEIDA 2011) como um

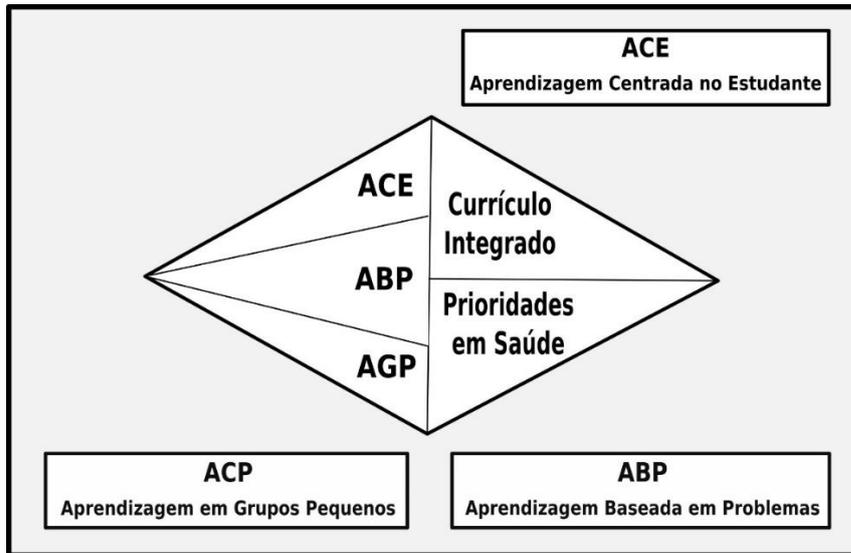
desdobramento da Declaração de Edimburgo (WFME, 1988), tendo sido implementada principalmente em países da Europa e na América do Norte e, busca aproximar a Educação Médica da prática médica e dos sistemas de saúde. Esse novo modelo de formação propunha que os futuros médicos deveriam estar aptos a participarem da construção de novos sistemas de saúde, devendo responder a cinco requisitos essenciais: 1- avaliação e melhoria da qualidade da assistência, atendendo às necessidades globais das pessoas a partir do atendimento integral à saúde; 2- uso adequado das novas tecnologias, considerando os aspectos financeiros, éticos e o benefício ao paciente; 3- Promover estilos de vida saudáveis, conscientizando sobre a importância da autoproteção e do autocuidado; 4- buscar conciliar as questões individuais e comunitárias em relação à saúde, tentando o equilíbrio entre as expectativas dos pacientes e da sociedade; 5- Saber trabalhar em equipe, tanto no ambiente da saúde, como também, intersetorialmente (ALMEIDA, 2011).

Segundo Almeida (2011) em sua vertente de desenvolvimento de estratégias de mudanças na educação médica, a proposta *Changing* sinaliza: a implantação de currículos experimentais, utilização de da tecnologia de informação e comunicação, ensino baseado em problemas, ênfase na educação médica continuada, abordagem aos problemas prioritários de saúde pública nos currículos, focalização no interesse do paciente, iniciativa universitária, obtenção de consenso nacional e otimização dos recursos humanos disponíveis para a saúde.

Em 1979 foi criada a *Network of community oriented educational institutions for health sciences* numa iniciativa da OMS/OPAS, que buscava a formação de recursos humanos para a saúde tomando como base os documentos “Saúde para todos no ano 2000” (WHO, 1977) e a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978; BRASIL, 2002), e, em experiência inovadoras na formação médica. A proposta *Network*, foi implementada inicialmente em países da Europa e América do Norte e posteriormente na América Latina, tendo como base a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Educação Baseada na Comunidade (ALMEIDA, 1999; 2011; LAMPERT, 2009a).

A proposta *Network* estabeleceu como objetivos: 1- melhorar a cooperação entre os serviços de saúde e o desenvolvimento da força de trabalho em saúde; 2- fortalecer a APS e melhorar as condições de saúde nas áreas onde as instituições formadoras atuam; 3- expandir o ensino orientado à comunidade e a aprendizagem baseada em problemas; 4- formar professores e líderes capacitados para atuar conforme a abordagem preconizada pela proposta; 5- expandir o número de instituições de ensino que utilizem a abordagem preconizada pela proposta (ALMEIDA, 2011). Na figura 1 encontramos os elementos conceituais preconizados pela proposta *Network*.

Figura 1: Elementos conceituais básicos da educação inovada pela proposta Network



Fonte: Almeida (2011, p. 130)

Percebemos na proposta *Network* elementos presentes na proposta pedagógica do curso de Medicina da UEFS, como a aprendizagem em pequenos grupos, a partir da resolução de problemas e com protagonismo do estudante no processo ensino-aprendizagem.

A proposta de Gestão da Qualidade na Educação Médica foi uma iniciativa da Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1994) que buscava construir na América Latina um novo paradigma tanto no plano do cuidado médico como na formação de recursos humanos. Preconiza que as aspirações e necessidades das comunidades/pessoas assumam um papel relevante no processo de cuidado e formação, numa clara oposição ao modelo flexneriano e, para isso acontecer, as escolas médicas deveriam atuar orientadas pelos seguintes princípios: 1- compromisso institucional efetivo com a sociedade, operacionado através da integração com os serviços de saúde; 2- Participação de professores e alunos na prestação dos serviços buscando a satisfação das necessidades definidas; 3- criar condições técnicas administrativas que permitam a permanente atualização científica tecnológica dos na formação profissional (ALMEIDA, 1999; 2011).

No ano de 2010 um grupo de delegados de organismos de acreditação e de educação médica de todo o mundo se encontraram com o apoio da OMS, da *Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale* (SIFEM) e da WFME, entre outras, e, finalizaram o Consenso Global em Responsabilidade Social das Escolas Médicas/*Global Consensus on Social Accountability of Medical Schools* (GCSA, 2010).

Segundo o Consenso Global, o século XXI apresenta às escolas médicas novos desafios, tais como a melhoria da qualidade, equidade, relevância e eficácia na prestação de cuidados de saúde; buscar reduzir o descompasso com as prioridades da sociedade; redefinir papéis dos profissionais de saúde; e fornecer evidências de impacto sobre o estado de saúde das pessoas. O Consenso consiste em dez direções estratégicas para que as escolas médicas se tornem socialmente responsáveis, destacando as melhorias necessárias para: 1- responder às necessidades atuais e futuras de saúde e desafios na sociedade; 2- reorientar suas prioridades de educação, pesquisa e serviço; 3- fortalecer a governança e parcerias com outras partes interessadas; 4- usar a avaliação e a acreditação para avaliar o desempenho e impacto (GCSA, 2010).

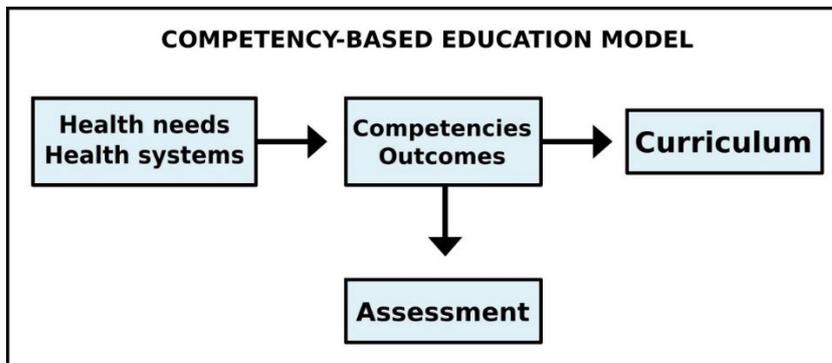
A lista de dez direções estratégicas do Consenso Global em Responsabilidade Social das Escolas Médicas refletem uma sequência lógica, iniciando pelo entendimento do contexto social, identificação dos desafios em saúde, necessidades, e a criação de relacionamentos para agir eficientemente (1- antecipando as necessidades de saúde da sociedade e 2- parceria com o sistema de saúde e outras partes interessadas). Aborda o espectro de profissionais de saúde necessários para atender às necessidades de saúde, o papel e competências previstas do médico são descritas (3- adaptando os papéis em evolução de médicos e outros profissionais de saúde) servindo como um guia para as estratégias educacionais (4- promovendo a educação baseada em resultados), que a escola médica, juntamente com pesquisa consistente e estratégias de serviços, é chamada a implementar mudanças (5- criando governança responsiva e responsável da escola médica). Seguindo o entendimento, padrões são necessários para orientar a instituição para um nível elevado de excelência (6- refinando o alcance dos padrões para educação, pesquisa e prestação de serviços e 7- apoiando a melhoria contínua da qualidade em educação, pesquisa e prestação de serviços), as quais as autoridades nacionais precisam reconhecer (8- criando mecanismos obrigatórios para acreditação). Por fim, enquanto a responsabilidade social é um valor universal (9- equilibrando princípios globais com contextos específicos), sociedades locais serão os avaliadores final das conquistas (10- definido o papel da sociedade).

Essas propostas supra citadas, possuem alguns elementos em comum, que merecem destaque neste estudo, em virtude de servirem como referência para Formação Médica no Brasil, bem como, o Projeto Político Pedagógico do curso de Medicina da UEFS e, para as atividades de ensino-aprendizagem desenvolvidas pelos componentes curriculares das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade. Destacaremos os seguintes elementos: a formação baseada em competências e habilidades; utilização de metodologias ativas no

processo de ensino-aprendizagem, integração ensino-serviço-comunidade no espaço da Atenção Primária à Saúde e Formação Interprofissional.

Diversos autores (FRENK et al., 2010; SANTOS, 2011; LIMA et al., 2014; SARABIA, 2015; MICHELENA, GOMEZ e SOTOLONGO, 2017; RIBEIRO, LIMA e PADILHA, 2018) sinalizam a importância da construção de currículos orientados por competências para a Formação Médica, onde o perfil do profissional a ser formado, deve possibilitar construir conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para a resolução dos problemas de saúde da sociedade em consonância com o Sistema Nacional de Saúde vigente. Esses elementos fundamentais foram enfatizados por Frenk e outros (2010. p. 1943) em sua representação gráfica sobre a Educação Baseada em Competências (FIGURA 2).

Figura 2: Educação baseada em competências.



Fonte: Frenk e outros (2010)

Para Santos (2011) a educação por competência pressupõe uma organização curricular que, constantemente, equilibre e alterne a construção de conhecimento com o desenvolvimento das habilidades e atitudes necessárias à prática médica, buscando articular todos esses domínios do aprendizado. Assim, prevê a integração e articulação entre metodologias de ensino-aprendizagem, práticas educacionais, contextos de aprendizagem e métodos de avaliação, numa nova perspectiva de orientação acadêmica e formação profissional.

O currículo orientado por competência deve favorecer experiências de aprendizagem por meio de atribuição clara de responsabilidades em vivências diversas e reflexivas, em cenários simulados e reais, durante todo processo de formação, movidos pela intencionalidade de promover o desenvolvimento articulado de capacidades requeridas para o desenvolvimento de ações que caracterizam e legitimam socialmente uma profissão de saúde, com graus crescentes de autonomia prática (RIBEIRO, LIMA E PADILHA, 2018).

Para Perrenould (1999) a competência permite mobilizar conhecimentos a fim de se enfrentar uma determinada situação, permitindo desenvolver respostas inéditas, criativas e

eficazes. Segundo Santos (2011) a competência profissional é definida como a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários ao desempenho eficiente e efetivo das atividades requeridas no contexto do trabalho.

Segundo Dias (2010, p. 75),

a noção de competência remete para situações nas quais é preciso tomar decisões e resolver problemas, associa-se à compreensão e avaliação de uma situação, uma mobilização de saberes, de modo a agir/reagir adequadamente. Desta forma, a tomada de decisão (expressar conflitos, oposições), a mobilização de recursos (afectivos e cognitivos) e o saber agir (saber dizer, saber fazer, saber explicar, saber compreender) são as características principais da competência.

O conceito de competência é discutido por Lima e outros (2014) e Ribeiro, Lima e Padilha (2018) a partir de uma concepção construtivista e de um modelo integrador e holístico. A concepção construtivista de competência considera a história das pessoas e das sociedades nos processos de reprodução ou de transformação do perfil que legitima uma área profissional. O modelo holístico, por sua vez, considera os elementos cognitivos, atitudinais e psicomotores como integrantes indissociáveis de uma prática competente. Nesse sentido, “[... competência é entendida como sendo a mobilização de diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, problemas da prática profissional, em diferentes contextos” (LIMA et al., 2014, p.3).

Segundo Perrenoud (1999) quando o sujeito passa a mobilizar conhecimentos e capacidades, para resolver uma situação-problema da vida real, ele está utilizando a habilidade. Configura-se como uma sequência de modos operatórios, de induções e deduções, onde são utilizados esquemas de alto nível. Portanto, a habilidade é uma série de procedimentos mentais que o indivíduo aciona para resolver uma situação real, onde ele precise tomar uma decisão (SILVA e FELICETTI, 2014).

O Plano de Desenvolvimento da Educação do MEC diz que as habilidades se referem, especificamente, ao plano objetivo e prático do saber fazer e decorrem, diretamente, das competências já adquiridas e que se transformam em habilidades (BRASIL, 2008). A adoção do ensino baseado em competências para o desenvolvimento de habilidades, pressupõe modificações no processo ensino-aprendizagem.

Abordagens pedagógicas progressivas de ensino-aprendizagem vêm sendo construídas e buscam formar profissionais para atuarem como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas; dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade (MITRE et al. 2008). Essas metodologias favorecem a construção das competências e habilidades requeridas para o profissional médico.

Diversos autores discutem sobre a utilização de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem durante a formação dos profissionais de saúde e em especial do médico (MITRE et al., 2008; BELLAND, FRENCH e ERTMER, 2009; FRENK et al., 2010; BERGMAN et al. 2013; GOMES e RÊGO, 2014; MAIA, 2014; XAVIER et al., 2014; CHIARELLA et al., 2015; FARIAS, MARTIN e CRISTO, 2015; LEON e ONÓFRIO, 2015; LIMA, 2017). Estes estudos sinalizam que a utilização destas metodologias favorecem a autonomia do estudante que assumem um papel ativo no processo de construção do conhecimento; formam profissionais mais críticos e reflexivos diante do processo saúde-doença cuidado; favorecem a aprendizagem significativa ao utilizar a resolução de problemas no processo de ensino-aprendizagem e vincular a aprendizagem à realidade; estimula a colaboração e cooperação entre os participantes; podem contribuir para a formação de profissionais comprometidos com o processo de mudança da prática médica e, no caso específico do Brasil, profissionais comprometidos com o SUS e a APS. Foram descritas diferentes metodologias que podem ser utilizadas independentes ou combinadas conforme o Projeto Político Pedagógico de cada curso de graduação.

Entre as metodologias mais utilizadas destacam-se: 1- Aprendizagem Baseada em Problemas (APB) ou *Problem Based Learning* – PBL (JONES, 2006; BELLAND, FRENCH e ERTMER, 2009; FRENK et al., 2010; BERGMAN et. al. 2013; MAIA, 2014; XAVIER et al., 2014; FARIAS, MARTIN e CRISTO, 2015; LIMA, 2017; MACHADO, WUO e HEINZLE, 2018). 2- Problematização (BERBEL, 1995; BORDENAVE e PEREIRA, 2005; MITRE et al., 2008; MAIA, 2014; XAVIER et al., 2014; FARIAS, MARTIN e CRISTO, 2015; LIMA, 2017). 3- Espiral Construtivista (LIMA, 2017). 4- Aprendizagem Baseada em Equipes ou *Team Based Learning* – TBL (FARIAS, MARTIN e CRISTO, 2015; KRUG, et al., 2016). 5- Taxionomia de Bloom (FARIAS, MARTIN e CRISTO, 2015).

Segundo Farias, Martin e Cristo (2015, p. 146) qualquer que seja a metodologia ativa utilizada, para que funcione efetivamente, deve incorporar algumas características:

- Construtivista – se basear em aprendizagem significativa;
- Colaborativo – favorecer a construção do conhecimento em grupo;
- Interdisciplinar – proporcionar atividades integradas a outras disciplinas;
- Contextualizado – permitir que o educando entenda a aplicação deste conhecimento na realidade;
- Reflexivo - fortalecer os princípios da ética e de valores morais;
- Crítico – estimular o educando a buscar aprofundamento de modo a entender as limitações das informações que chegou até ele;
- Investigativo – despertar a curiosidade e a autonomia, possibilitando ao educando a oportunidade de aprender a aprender;
- Humanista – ser preocupado e integrado ao contexto social;
- Motivador –trabalhar e valorizar a emoção;
- Desafiador – estimular o estudante a buscar soluções.

Neste estudo abordaremos as duas metodologias-ativas utilizadas pelo curso de graduação em Medicina da UEFS. Contextuaremos, sucintamente, o APB que é utilizado durante as atividades tutoriais e, nos aprofundaremos na Problematização que é utilizada pelas PIESC.

A Aprendizagem Baseada em Problemas se constitui em uma metodologia ativa muito difundida entre os cursos de graduação em medicina no Brasil (XAVIER et al., 2014; LEON e ONÓFRIO, 2015; FREITAS et al., 2015). Sua utilização na formação de médicos começou no final da década de sessenta do século passado, nas universidades de McMaster, no Canadá, e Maastricht, na Holanda (JONES, 2006; FREITAS et al., 2015; FARIAS, MARTIN e CRISTO, 2015; LEON e ONÓFRIO, 2015).

A ABP é uma estratégia não apenas de ensino-aprendizagem, mas também, um modelo de organização curricular, que foge do padrão disciplinar tradicional flexneriano, baseado nas especialidades médicas, para uma articulação entre áreas do conhecimento (MAIA, 2014). Os cursos que optam pela estrutura curricular da ABP, geralmente incluem, um eixo longitudinal de aproximação da prática, para treinamento das habilidades médicas, e, eventualmente outros eixos longitudinais podem incluídos, conforme as especificidades locais. O referido autor salienta que, embora seja desejável a integração entre os eixos, a essência na aprendizagem baseada em problemas situa-se nas sessões tutoriais, que acontecem nos quatro primeiros anos do curso médico. Esclarecemos que, o curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana adota a APB para a sua organização curricular e possui dois eixos longitudinais: 1- Habilidades Clínicas e Atitudes; 2- Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (UEFS, 2015).

Segundo Jones (2006) a metodologia PBL possui oito características-chave representado no acrônimo *PROBLEMS*:

*Problem* (Problema) - a unidade fundamental para o estudante é o problema.

*Resource* (Recursos) - a provisão adequada dos recursos permite que ocorra auto-aprendizagem (ex.: instruções, literatura, internet);

*Objectives* (Objetivos) - os objetivos de aprendizagem devem ser planejados pelos educadores;

*Behaviour* (Comportamento) - comportamento dos estudantes evolui progressivamente;

*Learning* (Aprendizagem) - aprendizagem é ativa e monitorada pelos pares e pelo facilitador;

*Examples* (Exemplos) - o facilitador favorece o uso de habilidades cognitivas de ordem superior por meio do uso de exemplo;

*Motivation* (Motivação) - a abordagem PBL deve ser concebida para estimular o interesse em determinados tópicos e na motivação da aprendizagem.

*Self-directed learning and self assessment* (Aprendizagem auto-dirigida e autoavaliação) - os estudantes possuem as ferramentas necessárias para realizar a aprendizagem e a autoavaliação.

Conforme já explicitado por Maia (2014) a atividade primordial na APB é a sessão tutorial, realizada em pequenos grupos, com a finalidade de resolver um problema previamente elaborado pelo corpo docente (FARIAS, MARTIN e CRISTO, 2015; LEON e ONÓFRIO, 2015). Esta atividade é realizada seguindo sete passos:

**Passo 1** – Identificar e esclarecer termos desconhecidos apresentados no cenário; fazer uma lista daqueles que permanecem sem explicação após a discussão;

**Passo 2** – Definir o problema ou problemas a serem discutidos. Nesta fase, os alunos podem ter diferentes pontos de vista sobre as questões, mas todos devem ser considerados. Devem-se realizar os registros da lista dos problemas acordados;

**Passo 3** – Realizar uma sessão de *brainstorming* para discutir o(s) problema(s), sugerindo possíveis explicações com base no conhecimento prévio. Os alunos devem se basear no conhecimento um do outro e identificar as áreas de conhecimento incompleto. Mais uma vez, é necessário registrar toda a discussão;

**Passo 4** – Revisar as etapas 2 e 3 e disponibilizar explicações como tentativas de solução. Registrar e organizar as explicações e reestruturá-las se necessário;

**Passo 5** – Formular objetivos de aprendizagem. O grupo chega a um consenso sobre os objetivos de aprendizagem. O tutor garante que os objetivos de aprendizagem sejam focados, realizáveis, abrangentes e apropriados ao caso;

**Passo 6** – Estudo individual (todos os alunos devem reunir informações relacionadas a cada objetivo de aprendizagem);

**Passo 7** – O grupo parte dos resultados do estudo privado (os alunos apontam seus recursos de aprendizagem e compartilham seus resultados) para uma discussão coletiva. O tutor verifica o aprendizado e pode avaliar o grupo. (FARIAS, MARTIN e CRISTO, 2015; p. 146)

Para Freire (1979) se o homem compreende sua realidade, pode propor hipóteses e buscar soluções para essa realidade. No processo de formação médica no SUS, no espaço da APS/saúde da família, a educação problematizadora permite ao estudante vivenciar a realidade concreta de comunidade/pessoas em um território vivo, onde a complexidade, a interdisciplinaridade, os diferentes saberes e práticas interagem intrinsecamente com o processo saúde-doença-cuidado. Essa experiência permite ao estudante conhecer o contexto histórico, social, econômico, ambiental, psicológico e biológico das pessoas, construindo vínculos e a responsabilização pelo cuidado conforme preconizado pelas Políticas Nacionais da Atenção Básica (BRASIL, 2006a; 2011; 2017).

Portanto, o processo educativo necessita integrar estudantes e professores numa eterna criação e recriação do conhecimento (CHIARELLA et al., 2015) e, no caso específico

da formação médica, envolver também os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS. Ressaltamos que as Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade do curso de Medicina da UEFS, comugam com essa práxis, desenvolvendo suas atividades de ensino-aprendizagem, nos cenários da APS, com a participação desses sujeitos.

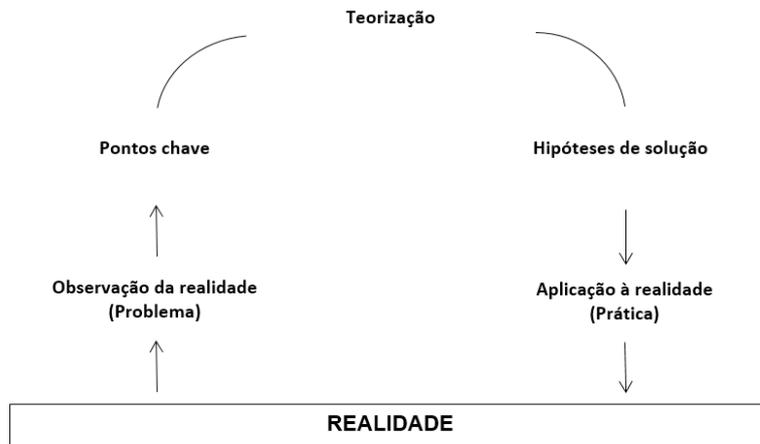
No processo de educação problematizadora idealizado por Paulo Freire a relação educador-educando é essencial. Em toda a sua obra fica explícito a necessidade de uma relação horizontal onde exista um ambiente democrático, dialógico, cooperativo e solidário com o objetivo da construção coletiva do conhecimento e aprendizagem significativa de todos sujeitos envolvidos. Conforme Freire (1996, p. 23) “Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.

A busca da autonomia na concepção de educação freireana, concebe que o professor deve atuar de forma problematizadora, questionadora, mas com postura respeitosa, desestimulando qualquer forma de discriminação e respeitando a diversidade entre os estudantes. Ensinar é uma especificidade humana e, cabe ao professor saber escutar o educando, sendo o diálogo a sua principal ferramenta de ensino (GOMES e REGO, 2014).

As metodologias problematizadoras, com bases freirianas, estão inseridas na educação médica contemporânea, onde a formação acontece nos cenários reais do SUS, a partir de problemas concretos, num processo de reflexão e ação. Busca-se formar um médico com pensamento crítico e reflexivo, com consciência social e com autonomia intelectual para a aprendizagem permanente ao longo de sua vida profissional, conforme preconiza as DCN de 2001 e 2014.

Alguns autores discutem a utilização da Metodologia da Problematização em cursos de graduação da área da saúde, argumentando que esta técnica aproxima os estudantes da realidade prática da atenção e cuidado prestados, como também da realidade social e política das pessoas/famílias/comunidades, tornando a aprendizagem muito mais significativa. Também orientam a utilização do Arco de Maguerez (FIGURA 3) para balizar as atividades didático-pedagógicas realizadas pelos componentes curriculares (BERBEL, 1995; MITRE et al., 2008; MAIA, 2014; FARIAS, MARTIN e CRISTO, 2015).

Figura 3: Arco de Maguerez.



Fonte: Bordenave e Pereira (2005)

Durante a primeira etapa do arco, o estudante precisa estar atento e observar toda a realidade, construindo suas percepções pessoais, efetuando uma leitura sincrética da realidade. Na segunda etapa, pontos-chave, deve realizar um estudo mais apurado, uma análise reflexiva da realidade, selecionar o que é relevante e elaborar os pontos essenciais para a compreensão do problema. Ao longo da terceira etapa, o estudante executa a teorização do problema, através do estudo individual. As informações pesquisadas são analisadas e associadas à resolução do problema, buscando-se a compreensão do problema em seus aspectos práticos ou situacionais e nos princípios teóricos que o sustentam (BORDENAVE e PEREIRA, 2005; MITRE et al., 2008).

Ao confrontar a realidade com sua teorização, o estudante imediatamente inicia a quarta etapa: formulação de hipóteses de solução. Neste momento de construção do conhecimento, a criatividade e originalidade devem ser estimuladas pelos professores para que, o estudante use a sua liberdade e imaginação de maneira inovadora. Deve-se, ainda, verificar se as hipóteses de solução são aplicáveis à realidade, neste momento todos envolvidos no processo podem colaborar. Na última etapa, a aplicação à realidade, executa-se as soluções propostas e busca-se internalizar e generalizar o aprendido para utilizá-lo em situações semelhantes e/ou diferentes no futuro. Pode-se assim, discernir em que circunstâncias não será possível ou conveniente aplicar a solução encontrada, estimulando o estudante a refletir criticamente, tomar decisões e aperfeiçoar o aprendizado (BORDENAVE e PEREIRA, 2005; MITRE et al., 2008).

Para Feuerwerker (2014) os estudantes, os professores, os profissionais de saúde e os usuários podem ser protagonistas na produção de novas formas de aprender, cuidar e produzir conhecimento, porém, essas transformações necessitam ser construídas no cotidiano

da prática pedagógica, em todos os cenários onde se dá a prática profissional e enfrentando os problemas que se apresentam na realidade do território.

A interação entre academia, serviços de saúde e comunidade no âmbito da APS tem apresentado resultados positivos na formação do médico, como estimular a autonomia e uma postura proativa dos estudantes na busca de soluções para problemas da comunidade; aproximar o estudante da realidade dos profissionais de saúde e usuários do sistema, promovendo a criação de vínculos; compreensão pelo educando do seu papel como transformador social por meio de ações integrais de saúde e incentivo ao empoderamento da comunidade; a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, com atuação em unidades básicas, domicílio, escolas, espaços públicos; a inserção precoce dos estudantes no Sistema Nacional de Saúde através da atenção primária; possibilita ao estudante compreender os determinantes sociais que envolve o processo saúde-doença-cuidado; favorece o desenvolvimento de habilidades voltadas à humanização do atendimento e ao cuidado centrado na pessoa; impõe ao estudante um incremento progressivo de responsabilidades no processo de cuidado; promove o desenvolvimento do trabalho em equipe e da Formação Interprofissional (GIL et al., 2008; NEUMMANN e MIRANDA, 2012; PREARO, MONTI, BARRAGAM, 2012; SOUZA et al., 2014; KENT e KEATING, 2015; VASCONCELOS, STEDEFELDT e FRUTUOSO, 2016; NEWBRONNER et al., 2017; GARÍ e IPUTO, 2017; SANTOS, SIMONETTI e CYRINO, 2018; POLES et al., 2018; ZARPELON, TERCENIO e BATISTA, 2018).

Embora seja amplamente reconhecida a importância da aproximação entre a academia, os serviços de saúde e a comunidade para a formação do futuro médico, principalmente no espaço da Atenção Primária à Saúde, alguns estudos (VASCONCELOS, STEDEFELDT e FRUTUOSO, 2016; BATISTA et al. 2018; POLES et al., 2018; ZARPELON, TERCENIO e BATISTA, 2018), sinalizam os desafios e as dificuldades dessa interação: a articulação de processos de trabalho, por vezes diferentes, exigem uma postura constante de reflexão crítica; dificuldade na continuidade das ações implementadas durante as práticas desenvolvidas pela academia; falta de infraestrutura física nas unidades; necessidade de mobilização permanente do curso e dos docentes, para ampliar a articulação com os profissionais dos serviços e os gestores, bem como, com outros cursos que têm atuação no território; compreender a complexidade dos problemas relativos à saúde, buscando construir modos de pensamento e perspectivas de trabalho multiprofissional e intersetorial articulado; promover o compartilhamento de experiências e saberes entre os docentes, estudantes e trabalhadores da atenção e da gestão; implementação de instrumentos de gestão, capazes de subsidiar a complexidade deste processo que envolve sujeitos e instituições diferentes.

Ao discutirem a percepção dos internos e recém-egressos do Curso de Medicina da PUC-SP sobre sua formação para atuar na Atenção Primária à Saúde, Poles e outros (2018) identificaram três pontos negativos: pouco atendimento médico ao longo do módulo, visitas domiciliares sem a presença dos preceptores e desvalorização da atenção primária à saúde na vida profissional.

Em um estudo, Vasconcelos, Stedefeldt e Frutuoso (2016) analisaram a integração ensino-serviço sob a ótica dos profissionais de saúde. De acordo com os participantes do estudo, a universidade realiza um trabalho distante do serviço e o profissional das unidades de saúde permanece distante das ações da parceria ensino-serviço ou sobrecarregado pela presença dos estudantes. Para os autores é preciso construir espaços permanentes de planejamento e discussão que permita mudar a forma de se relacionar e perceber os problemas dos usuários, de repensar a concepção de saúde, cuidado e trabalho em equipe, além de favorecer o estudo e o contato com novas ferramentas/formas de trabalho.

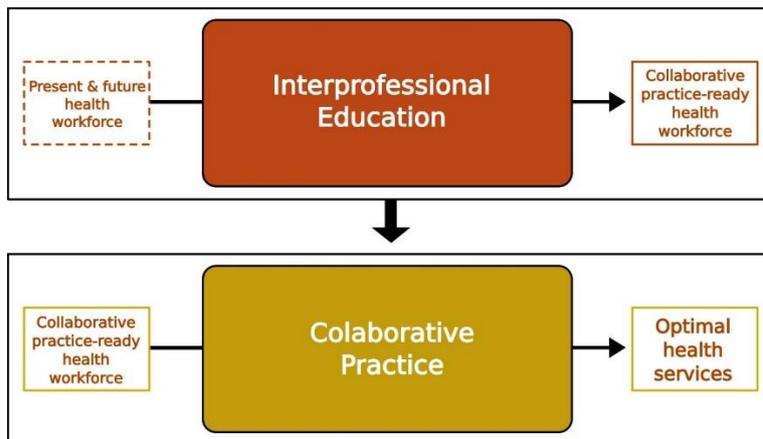
Para Campos (2007b) as necessidades pedagógicas colocadas pela relação ensino-serviço no espaço da Atenção Básica à Saúde, pressupõe que o estudante precisa de uma estrutura de estágio que permita e facilite o trânsito entre teoria e prática. Contudo, os docentes como mediadores fundamentais dessa relação, deveriam ser capacitados para atuar nesse campo do ensino. Este mesmo autor enumera alguns requisitos para operacionalizar a relação ensino-serviço: 1- contratação clara de responsabilidades entre a universidade e a rede pública de saúde (projetos de integração, contratos e convênios); 2- Investimento para assegurar infra-estrutura básica para o ensino no espaço da ABS; 3- parceria estreita com gerencia local e a equipe de saúde (reuniões, discussões, planejamento conjunto) em todos os locais onde ocorra estágio; 4- os estágios devem valorizar a horizontalidade propiciando a construção de vínculos, tanto com usuários (visando a ampliação da clínica) quanto com a equipe (favorecendo a construção de uma identidade profissional, essencial para esse tipo de trabalho); 5- elaboração de uma rede de cooperação entre hospital universitário e rede básica, respeitando-se as diretrizes de regionalização porventura existentes; 6- criação de dispositivos de desenvolvimento docente com apoio institucional, objetivando educação continuada, por meio de discussão de temas teóricos, de casos e problemas originários da própria experiência; 7- definição de um corpo docente composto por professores, profissionais contratados e tutores recrutados entre o próprio pessoal da rede básica; 8- apoiar professores e alunos para que a rede básica se constitua em um campo de investigação e produção de conhecimento.

A construção do conhecimento no espaço da Atenção Primária à Saúde mediante a interação entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e a comunidade, deve acontecer, prioritariamente, através da Formação Interprofissional.

A Organização Mundial de Saúde através do documento *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* (WHO, 2010) considera importante que a colaboração interprofissional aconteça durante o processo de educação e no desenvolvimento da prática profissional, como uma estratégia inovadora que pode desempenhar um papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde.

Segundo a WHO (2010) a educação interprofissional favorece a prática colaborativa que acontece quando vários profissionais de saúde, com diferentes experiências e vivências, trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades com o objetivo de prestar assistência da mais alta qualidade (FIGURA, 4).

Figura 4: Educação Interprofissional e a prática colaborativa em saúde.



Fonte: WHO (2010)

Vários estudos (WHO, 2010; KENT e KEATING, 2015; REEVES, 2016; BATISTA et al., 2018; SANTOS, SIMONETTI e CYRINO, 2018) sinalizam que a Educação Interprofissional estimula o trabalho colaborativo a partir de equipes multiprofissionais e das troca de saberes e experiências, respeitando a diversidade de conhecimentos e promovendo um diálogo permanente; melhora a qualidade da assistência, pois promove a integralidade do cuidado; utiliza metodologia ativas no processo ensino-aprendizagem; se adequa à complexidade dos problemas de saúde atuais, bem como, às necessidades dos sistemas nacionais de saúde.

Conforme Batista e outros (2018) a Educação Interprofissional propicia situações de aprendizagem que permitem aos sujeitos (estudantes, professores, profissionais de saúde e

usuários) conectarem-se com suas próprias trajetórias a partir da reflexão e construção de novas possibilidades de ação e produção de conhecimento. Para os autores, a educação interpessoal pode possibilitar a ressignificação das concepções de educação e de saúde, evidenciando a necessidade de romper com os paradigmas tradicionais de ensino e das práticas de atenção à saúde. Dessa forma, compreendem a educação numa perspectiva dialógica e crítica, comprometida com a construção de conhecimentos e com a transformação social, onde professores e estudantes atuam em situações interativas de ensino-aprendizagem.

Embora os estudos apontem para a importância da participação das pessoas/famílias/comunidades no processo de formação dos profissionais de saúde, o envolvimento destes sujeitos nas atividades de ensino-aprendizagem no Brasil, de forma consciente e participativa, ainda é incipiente, mas já acontece de forma sistematizada em algumas experiências no Reino Unido (DONETTO, 2015; TOWLE, 2016).

Em um estudo Towle (2016) sinaliza que aprender com os pacientes pode contribuir para o desenvolvimento do raciocínio clínico, das habilidades comunicativas, de atitudes profissionais, da empatia com o outro e da busca por uma abordagem individualizada ao paciente. Isso é possível porque a vivência da enfermidade (doença crônica ou deficiência) é um conhecimento experiencial único que os professores não possuem, aprender com os pacientes auxilia os estudantes a contextualizar sua aprendizagem acadêmica.

Neste Estudo, assumimos que as Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade, a partir da problematização dos problemas locais de saúde, tem como imagem objetivo a formação interprofissional com a construção da prática colaborativa entre alunos, professores, profissionais de saúde da EqSF/NASF e usuários do SUS nos territórios das unidades de saúde da família.

#### **4.1.2 Formação Médica no Brasil: uma construção histórica**

A Educação Médica brasileira teve suas origens e evolução baseadas no modelo flexneriano, que defende o individualismo, o especialismo, e o biologicismo fundadas na supervalorização do saber técnico (ALMEIDA FILHO, 2010), que apesar de ultrapassado, ainda hoje persiste em diversos cenários de formação, como também, em diferentes serviços de atenção à saúde, inclusive no SUS. Por isso, faz-se necessário contextualizar a trajetória da Formação Médica no país.

No Brasil os primeiros cursos de Medicina foram criados por D. João VI no ano de 1808, sendo o primeiro na Bahia, em fevereiro, e o segundo no Rio de Janeiro, em novembro, e são os dois cursos de nível superior mais antigos do Brasil (EDLER e FONSECA, 2006; AMARAL, 2007; LAMPERT, 2009a; PRATA, 2010; BATISTA, VILELA e BATISTA, 2015). Segundo Prata (2010) os cursos tinham uma duração de três anos com ênfase no ensino da anatomia e cirurgia. Batista, Vilela e Batista (2015) ao reproduzirem o decreto do Príncipe Regente, com a criação da Escola de Cirurgia do Hospital Real de Salvador em 1808, abordam sobre o ensino da cirurgia, anatomia e obstetrícia.

Durante o século XIX a Formação Médica e a regulamentação do exercício profissional eram incipientes, sendo a população eminentemente assistida por boticários e barbeiros devido à escassez de médicos formados (EDLER e FONSECA, 2006), uma vez que, até o ano de 1900, o Brasil possuía apenas três cursos de Medicina, na Bahia, Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul, esse criado em 1898 (AMARAL, 2007).

O início do século XX é marcado pelo primeiro *boom* na Formação Médica brasileira, quando, entre os anos de 1912 e 1920, sob influência do Relatório Flexner, são criados seis novos cursos nos estados de Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo (AMARAL, 2007). Batista, Vilela e Batista (2015) ressaltam que a Lei Orgânica Rivadávia Correia, criada em 1911, reorganizou o ensino superior, instituindo o vestibular e facilitando a liberdade de ensino nos Estados, incentivou a abertura de novas faculdades.

Segundo Edler e Fonseca (2006), Amaral (2007) e Batista, Vilela e Batista (2015) nos anos 50 e 60 do século passado o Brasil vivenciou uma grande expansão no número de escolas médicas. Avançamos de 26 escolas médicas em 1960, para 73 no ano de 1973, sendo que a média de formandos evoluiu de 1200 alunos em 1960, para cerca de 3000 em 1970. Esta evolução aconteceu acompanhando o processo de urbanização da população brasileira e a expansão da economia, sendo influenciada também, pelas discussões sobre a Formação Médica promovidas pela OPAS, a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades de Medicina (FEPAFEM) e as Fundações Rockefeller e Kellogg, que questionavam o conteúdo curricular e o processo de ensino médico na América Latina (EDLER e FONSECA, 2006).

O final dos anos 70 e os anos 80 do século passado, foi marcado pelas discussões em torno dos Sistemas Nacionais de Saúde fundamentados na Atenção Primária à Saúde, e, as críticas ao modelo flexneriano. Esse contexto se expressou no Brasil através do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde, por isso, nos

concentraremos na análise das mudanças da educação médica no Brasil no período eminentemente pré-SUS e após a implantação do Sistema Único de Saúde.

Autores como Lampert (2009a), Conterno e Lopes (2013) e Dias, Lima e Teixeira (2013) reafirmam a necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde e discutem algumas experiências inovadoras implementadas no Brasil, ao trabalho destes autores, acrescentamos às políticas públicas implantadas mais recentemente e, com isso, construímos a história do processo de formação em saúde no Brasil nos últimos 35 anos (QUADRO 1).

Quadro 1: Projetos e Políticas implementados para a melhoria da formação dos Profissionais de Saúde e Profissionais Médicos no Brasil (1981-2017).

Projeto/Política	Ano	Formação	Objetivos
Programa de Integração Docente Assistencial (IDA)	1981	Cursos da área de Saúde	Integração Docente assistencial
Projeto UNI	1990	Cursos da área de Saúde	Integração Ensino-Serviço-Comunidade; Trabalho em Equipe Multiprofissional; Mudança Curricular
Lei Orgânica do SUS	1990	Cursos da área de Saúde	Estabelece que o SUS deve ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde
Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM)	1991	Medicina	Diagnosticar a situação das escolas médicas; Avaliação do Ensino Médico Mudança da Formação Médica
Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)	2001	Medicina Enfermagem Odontologia	Perfil do Egresso; Competências e Habilidades; Conteúdos essenciais para a graduação; Estrutura do Curso de graduação; Estágio curricular.
Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PRÔMED)	2002	Medicina	Mudança Curricular; Formação Médica para o SUS.
Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde (SGTES)	2003	Cursos da área de Saúde  Trabalhadores da Saúde	Formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)	2004	Trabalhadores da Saúde	Contribuir para a transformação e qualificação das práticas de saúde, para a organização das ações dos serviços de saúde, com os processos formativos e com práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde I (Pró- Saúde I)	2005	Cursos: Medicina Enfermagem Odontologia	Integração Ensino-Serviço-Comunidade; Transformação do Processo de Formação; Produção acadêmica > necessidades dos serviços Atenção Integral à Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.
Comissão de Avaliação das Escolas Médica da Associação Brasileira de Educação Médica (CAEM/ABEM)	2006	Medicina	Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras Eixos temáticos: Mundo do Trabalho Projeto Pedagógico Abordagem Pedagógica Cenários de Prática Desenvolvimento Docente
Programa Nacional de Reorientação da Formação profissional em Saúde II (Pró- Saúde II)	2007	Cursos da área de Saúde	Integração Ensino-Serviço-Comunidade; Transformação do Processo de Formação; Produção acadêmica > necessidades dos serviços; Atenção Integral à Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)	2010	Cursos da área de saúde	Integração ensino-serviço-comunidade; Aprendizagem Tutorial Produção acadêmica > necessidades dos serviços; Atenção Integral à Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.
Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB)	2011	Medicina Enfermagem Odontologia	Busca consolidar a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho, por meio de processo seletivo para o provimento desses profissionais para compor equipes que atuam na Atenção Básica de municípios com carência de profissionais, prioritariamente nas regiões de saúde.
Programa Mais Médicos para o Brasil	2013	Medicina	Autorização para o funcionamento dos cursos de Medicina; Mudanças na Formação Médica; Avaliação discente e dos cursos; Mudanças na Residência Médica; Provimento de médicos para áreas desassistidas

Novas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina (DCN Medicina)	2014	Medicina	Perfil do Egresso; Atenção a Saúde; Gestão em Saúde; Educação em Saúde; Áreas de competência da prática médica; Conteúdos pedagógicos e Projeto Pedagógico
Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)	2015	Cursos da área de Saúde	Estabelece as diretrizes, objetivos, princípios e conteúdos dos Contratos a serem firmados entre as Secretarias Municipais de Saúde e as Instituições de Ensino Superior
PET-GraduaSUS	2016	Cursos da área de Saúde	Integração ensino-serviço-comunidade; Aprendizagem Tutorial Produção acadêmica > necessidades dos serviços; Atenção Integral à Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica; Discussão e Incentivo à implementação de mudanças curriculares.
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	2017	Cursos da área de Saúde	Toda UBS é um espaço de educação e formação de Recursos Humanos

Adaptado e Ampliado de Lampert (2009a) e Dias, Lima e Teixeira (2013)

Desde a década de 80 do século XX, diversos projetos/políticas foram adotados no sentido de melhorar a qualidade da formação médica brasileira e adequá-las as necessidades de saúde da população e, posteriormente, do SUS. Destaca-se, com especial importância, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico que avaliou a formação médica no Brasil no período entre 1991 e 2000 (CRUZ, 2004; SIQUEIRA, 2006; LAMPERT, 2009a); a adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina de 2001 que estabeleceu o perfil do médico a ser formado (BRASIL, 2001; CECCIN e FEURWERKER, 2004; OLIVEIRA, 2007; LAMPERT, 2009b; MASSOTE, 2011; CARÁCIO et al., 2013; SOUZA et al., 2014; BEZERRA et. al., 2015); o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina que possibilitou a mudança curricular em 19 cursos de Medicina (BRASIL, 2001; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2002; GOULART et. al., 2009; LAMPERT, 2009a; ALMEIDA, 2011; SOUZA, ZEFERINA e ROS, 2011); O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I e II) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde que incentivaram a integração ensino-serviço-comunidade, principalmente na ABS, a integralidade das ações de saúde e o trabalho multiprofissional (BRASIL, 2007; 2009; NEUMANN e MIRANDA, 2012; DIAS, LIMA E TEIXEIRA, 2013; LEITE, AGUIAR e DANTAS, 2016; KOVALESKI et al., 2016; VENDRUSCOLO, PARDO e KLEBA, 2016; GRZYBOWSKI, LEVANDOWISKI e COSTA, 2017; XAVIER et al., 2018); o Programa Mais Médicos que propõe ações de médio e longo prazos, atuando sobre as graduações e residências médicas, tanto em relação à formação quanto ao aumento de oferta de vagas (BRASIL, 2013a; SILVA JÚNIOR e ANDRADE, 2016; TRINDADE e BATISTA, 2016; ALESSIO e SOUSA, 2017; OLIVEIRA et al., 2017; OLIVEIRA e. al., 2019; VARGAS et al., 2019) e a atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina de 2014 que estabelecem novas bases para a formação na graduação e na residência médica e a abertura de cursos de Medicina no Brasil, onde uma

das medidas proposta é a obrigatoriedade de 30% da carga horária do internato do curso médico ser realizado na APS e em serviços de Urgência e Emergência do SUS, sendo que as escolas médicas tem até o ano de 2018 para se adequarem as novas diretrizes (BRASIL, 2014a; BURSZTYN, 2015; SILVA JÚNIOR e ANDRADE, 2016; ROCHA, 2017; FERREIRA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; VARGAS e. al., 2019; VERAS e FEITOSA, 2019).

A CINAEM foi uma iniciativa da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e do Conselho Federal de Medicina - CFM (CRUZ, 2004), mas que contou com a participação de 12 entidades entre as destacamos: Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior (ANDES), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Conselho dos Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), Associação Médica Brasileira (AMB).

Os trabalhos da CINAEM ocorreram no período de 1991 a 2002, com o objetivo de avaliar a formação médica no Brasil, sendo operacionalizado, efetivamente em três fases. Na primeira fase realizou-se um diagnóstico da situação geral das escolas médicas do Brasil, utilizando um instrumento com questões sobre a estrutura política e econômico-administrativa, infra-estrutura, recursos humanos, modelo pedagógico, atividades de assistência e pesquisa e número de médicos formados. Na segunda fase aprofundou-se o entendimento sobre os componentes analisados, destacando-se o papel docente nas instituições, os modelos pedagógicos adotados e os resultados alcançados em termos de ensino, pesquisa e extensão. Na terceira fase, detalhou-se os problemas identificados com a construção de instrumentos de investigação e intervenção, buscando à transformação da escola e do ensino médico (CRUZ, 2004). As discussões e propostas elaboradas durante a CINAEM foram fundamentais para a elaboração das DCN 2001 (LAMPERT, 2009a; VERAS e FEITOSA, 2019).

Criado pelos Ministérios da Saúde e Educação em 2001, o PROMED teve como objetivo fomentar o processo de mudança curricular em cursos de graduação em Medicina no Brasil, através de investimento financeiro e suporte técnico. As mudanças curriculares aconteceriam a partir de três eixos: 1- Orientação teórica: abrangendo os vetores “produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS” e “pós-graduação e educação permanente”; 2- Abordagem pedagógica: com os vetores “mudança pedagógica” e “integração ciclo básico/ciclo profissional” ; 3- Cenários de prática: envolvendo os vetores “diversificação de cenários do processo de ensino” e “ abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS” (BRASIL, 2001; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2002). Ao todo 19 cursos foram beneficiados pelo programa, com resultados significativos na mudança da

concepção pedagógica, com a utilização de metodologia ativas; na diversificação dos cenários de aprendizado, com a interação ensino-serviço na atenção básica; e, aproximação entre os ciclos básico e profissional (GOULART et al., 2009; SOUZA, ZEFERINA e ROS, 2011).

O Pró-Saúde foi uma iniciativa do MEC e MS, sendo gerido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, entre os seus objetivos destaca-se o incentivo, financeiro e técnico, à implementação das DCN de 2001, a partir da integração entre as universidades e os serviços de saúde do SUS, especialmente, no âmbito da Atenção Básica. O Pró-Saúde I foi lançado em 2005 e contemplou os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, posteriormente em 2007, foi criado o Pró-Saúde II que incluiu os demais cursos da área de saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009; DIAS, LIMA E TEIXEIRA, 2013; VENDRUSCOLO, PARDO e KLEBA, 2016). O Pró-Saúde I beneficiou 90 cursos com um investimento de 7 milhões de reais, enquanto o Pró-Saúde II contemplou 354 cursos com recursos financeiros de aproximadamente 53 milhões de reais.

Segundo Vendruscolo, Pardo e Kleba (2016) o programa favoreceu o diálogo e a parceria entre as gestões municipais de saúde e as instituições superiores de ensino; aproximou estudantes, professores e profissionais de saúde com ações efetivas de integração ensino-serviço; e, teve um efeito motivador no processo de mudança na formação do profissional de saúde no Brasil, principalmente na direção de práticas pedagógicas interdisciplinares e métodos de ensino problematizadores da realidade, nos cenários de prática do SUS.

Já o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, criado em 2010, tinha como pressuposto a articulação ensino-serviço-comunidade, incentivando a qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como, a aproximação dos estudantes com realidade de trabalho em unidades de saúde do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BRASIL, 2010b, LEITE, AGUIAR e DANTAS, 2016).

O PET-Saúde disponibiliza bolsas para tutores (professores das instituições de ensino), preceptores (profissionais do serviço) e estudantes da área de saúde, inicialmente o foco do programa foi à APS, através de ações em unidades de Saúde da Família. Posteriormente, as atividades se estenderam para outros cenários da rede de atenção à saúde, como vigilância à saúde, urgência e emergência, rede cegonha, atenção psicossocial (LEITE, AGUIAR e DANTAS, 2016; KOVALESKI et al., 2016; GRZYBOWSKI, LEVANDOWISKI e COSTA, 2017).

Alguns estudos sinalizam que o PET-Saúde contribuiu positivamente para a Formação Médica ao ampliar os conhecimentos dos estudantes sobre o SUS, além de incentivar

o desenvolvimento de ações interdisciplinares e integrais, propiciar o desenvolvimento da educação interprofissional, fortalecer a integração docente-assistencial e aproximar o estudante do cotidiano das unidades de saúde (LEITE, AGUIAR e DANTAS, 2016; KOVALESKI et al., 2016; VENDRUSCOLO, PARDO e KLEBA, 2016; GRZYBOWSKI, LEVANDOWISKI e COSTA, 2017; XAVIER et al., 2018). O PET-Saúde continua em funcionamento, apesar da diminuição dos recursos financeiros que ocasionou a redução do número de instituições participantes e dos valores da bolsa a ser pago à tutores, preceptores e estudantes.

A criação do Programa Mais Médicos, em 2013, teve a finalidade de fortalecer e ampliar a formação de médicos para o SUS, com o propósito de diminuir a carência de médicos no país, fortalecer a atenção básica em saúde, aprimorar a formação médica, ampliar a inserção do graduando nas unidades de saúde do SUS e fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço (BRASIL, 2013a).

As ações do PMM, na graduação em Medicina, foram inicialmente direcionadas para o aumento da oferta de vagas nos curso de graduação, com o estabelecimento de critérios, para a abertura de novos cursos; elaboração e implementação de novos parâmetros para as Diretrizes Curriculares Nacionais, redefinindo o perfil do médico a ser formado, fortalecendo o SUS como cenário prioritário para formação profissional, com ênfase na atenção primária à saúde e urgência/emergência; incentivo ao aumento de vagas para Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade (BRASIL, 2013a).

No estudo “Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015”, Oliveira e outros (2019) afirmam que houve uma expansão da graduação em Medicina com aumento do número de vagas em instituições públicas e privadas, interiorização da Formação Médica, expansão e regulação da residência, principalmente em Medicina de Família e Comunidade (MFC), e, melhoria da qualificação da formação médica através das DCN 2014.

Segundo Oliveira e outros (2015), Zarpelon, Terencio e Batista (2018) e Oliveira e outros (2019) outra importante colaboração do PMM com o processo de formação médica foi a instituição dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), através da Portaria Interministerial 1124/2015, que buscava o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, onde as esferas federais, estaduais e municipais deverão se articular com as IES para garantir o ambiente adequado para a integração ensino-serviço (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et. al., 2015). Os objetivos do COAPES são:

I - garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde; e

II - estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2015, p. 2)

Todos esses projetos/políticas discutidos foram realizados envolvendo as Instituições de Ensino Superior mantenedoras de cursos na área da saúde que trabalharam em parceria com o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, os serviços de saúde do SUS, as organizações não-governamentais e as entidades de classe, em momentos distintos ou conjuntos. E, contribuíram para o diagnóstico, avaliação, discussão e implementação de mudanças na formação profissional em saúde no país. Neste estudo, destacaremos as Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina de 2001 e 2014.

As DCN 2001 foi o documento que iniciou um processo efetivo de mudança na Educação Médica no Brasil, definindo os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da Formação Médica, a serem aplicadas em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Medicina. Tais diretrizes estabelecem conteúdos essenciais de abordagem do processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, que deve estar integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações. Considera também as competências e habilidades para a Formação Médica que deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe (BRASIL, 2001). Percebe-se que um dos objetivos das diretrizes é a formação de um profissional médico com *expertises* para atuar no Sistema Único de Saúde, com ênfase na Atenção Básica. Salientamos também, que foram as DCN de 2001 que embasaram a construção do Projeto Político Pedagógico do curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana.

De acordo com Xavier e outros (2014) a implementação das DCN, a partir do ano 2001, incentivou mudanças nas instituições formadoras dos cursos da área da saúde através da implementação de práticas pedagógicas que buscam se aproximar da realidade social. Ainda segundo os autores, para que ocorram mudanças efetivas nas práticas e no fazer dos trabalhadores que vão atuar no SUS, as instituições de ensino precisam rever o processo de ensino-aprendizagem e estimular a autonomia do estudante como sujeito do seu processo de aprender.

Analisando as DCN de 2001, é possível identificar avanços na formação médica no contexto da construção e consolidação do Sistema Único de Saúde. Em seu artigo 4º, o documento define que a formação do médico tem por objetivo dotar o futuro profissional de

conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais (BRASIL, 2001, p. 1-2):

I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos [ ... ];

II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas [ ... ];

III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral [ ... ];

IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz [ ... ];

V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação [ ... ];

VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática [ ... ].

Nas competências e habilidades gerais propostas, é possível identificar elementos que contemplam a formação médica para o Sistema Único de Saúde. A noção de Atenção à Saúde vista de forma integral, nos níveis individual e coletivo, sendo articulada a todas as instâncias do sistema de saúde, é uma clara menção ao SUS e a APS, se opondo ao modelo de assistência individual e especializado preconizado pelas instituições de saúde privada. A noção de Educação Continuada é outro elemento preconizado no SUS. Ao abordar a Liderança faz-se alusão ao trabalho a partir de uma equipe multidisciplinar e, no processo de liderar, deve existir o compromisso e a responsabilidade tendo como objetivo sempre o bem-estar da comunidade, conforme preconizado na atenção básica. Apesar dos avanços citados, nas competências relativas à Tomada de Decisões e Administração e Gerenciamento percebe-se ainda uma visão tradicional do processo de trabalho em saúde.

No artigo 5º das DCN de 2001 são definidas as competências e habilidades específicas do médico, dentre as quais citamos (BRASIL, 2001, p. 2-3):

I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação [ ... ];

XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte [ ... ];

XXI - atuar em equipe multiprofissional [ ... ];

**Parágrafo Único.** Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Avaliando as competências e habilidades específicas identificamos vários elementos presentes constitutivos do SUS e da APS como direito a saúde, atenção integral, rede de atenção, qualidade de vida, atendimento a indivíduos e comunidade, trabalho em equipe multiprofissional, prática médica respeitando as questões psico-sociais e ambientais. O parágrafo único faz clara menção ao SUS, dizendo que as competências para a formação do médico deverão contemplar o sistema de saúde vigente no país.

As DCN de 2001 no artigo 6º define que os conteúdos essenciais para a graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina, contemplando, entre outros, os seguintes conhecimentos (BRASIL, 2001, p. 3):

[ ... ];

II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção [ ... ];

VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Alguns conteúdos considerados essenciais pelas DCN estão intimamente ligados ao cotidiano do cuidado na atenção básica como entendimento do processo saúde-doença a partir de determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos e éticos, ocorrendo nos níveis individual e coletivo; a valorização da promoção da saúde; a atenção em toda a linha da vida, da gestação ao envelhecimento e a humanização do atendimento.

Por fim, no artigo 12º as DCN estabelecem que a estrutura do curso de graduação em medicina deve (BRASIL, 2001, p. 5):

- I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;
- II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência [...];
- IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais [...];
- VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e
- VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Várias questões sobre a estruturas dos cursos de graduação em Medicina estão intimamente relacionadas aos SUS e a APS, entre as quais podemos citar o desenvolvimento curricular associado às necessidades de saúde de indivíduos e população; a adoção de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, garantindo o protagonismo e a autonomia dos estudantes; o ensino baseado em valores éticos e humanísticos; a integração e interdisciplinaridade entre as dimensões biológica, psicológicas, sociais e ambientais; a inserção precoce dos estudantes nos serviços de saúde, em sua maioria públicos da rede SUS; a adoção de novos cenários prioritários de prática, como as unidades de saúde da família, os espaços coletivos da comunidade, unidades de referência da rede SUS como o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); o trabalho em equipe multidisciplinar, que pode ser realizado em unidades básicas de saúde tradicionais, unidades de saúde da família e em parceria com profissionais do NASF; a integração ensino-serviço-comunidade e a consequente interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde do SUS, o mais precoce possível; aprender em ambientes reais a partir de problemas de saúde reais dos indivíduos e população.

Em 2014, no bojo das ações do Programa Mais Médicos, foram implementadas novas Diretrizes Curriculares, este novo documento busca aprofundar o diálogo entre a formação médica e as necessidades do SUS, buscando aproximar a academia dos serviços de saúde, estabelecendo a necessidade de articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes em três áreas de competência: Atenção, Gestão e Educação em saúde. As DCN 2014, por ser o documento atual que legisla sobre a formação médica no Brasil, será mais detalhado neste estudo.

Na dissertação “Reformas na Educação Médica no Brasil: estudo comparativo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina de 2001 e 2014”, Rocha (2017) explicita como as DCN 2014 estão estruturadas (QUADRO 2):

O documento institui um novo perfil para o egresso dos cursos de graduação em medicina, que deverão ter uma,

formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014; p. 1-2).

Este perfil reforça que o médico precisa atuar na busca pela integralidade das ações no contexto do sistema nacional de saúde, com responsabilidade social e respeito à pessoa humana. Esse perfil encontra-se em consonância com as recomendações da declaração de Alma-Ata, bem como, as recomendações das declarações de Edimburgo e os documentos constitutivos do SUS.

O futuro médico, na Atenção à Saúde, precisa elaborar projetos terapêuticos respeitando a diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e outros aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou grupo social (BRASIL, 2014a), devendo reconhecer conforme o artigo 5º. (BRASIL, 2014a; p. 2-3):

[ ... ];

II - integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde [...];

VII - comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

VIII - promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde;

IX - cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado; e [...].

Percebe-se que as DCN 2014, na Atenção à Saúde, reconhece o SUS como um sistema universal de saúde baseado nos princípios da APS; reforça a importância do cuidado centrado na pessoa, respeitando as suas singularidades; faz referência ao trabalho

interprofissional, a adoção de projetos terapêuticos e a integralidade do cuidado; e, introduz questões intersetoriais como a preservação da biodiversidade e busca da sustentabilidade no desenvolvimento da prática médica.

QUADRO 2: Modelo explicativo da organização das DCNs de Medicina 2014.

Área de competência	Objetivos a se alcançar	Sub-áreas de competência	Ações- Chave	Desempenhos
Atenção à Saúde	10 Objetivos	I - Atenção às Necessidades Individuais de Saúde	A) Identificação de necessidades de Saúde	a) Realização da História Clínica (09 descritores)
				b) Realização do exame Físico (04 descritores)
				c) Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas (05 descritores)
				d) Promoção de Investigação Diagnóstica (05 descritores)
		B) Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos	a) Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos (09 descritores)	
			b) Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos (05 descritores)	
II - Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva	A) Identificação de Problemas de Saúde Coletiva	a) Análise das Necessidades de Saúde de Grupos de Pessoas e as Condições de Vida e de Saúde de Comunidades (03 descritores)		
	B) Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva	(06 descritores)		
Gestão em Saúde	08 Objetivos	Organização do Trabalho em Saúde		Identificação do Processo de Trabalho (03 descritores)
				Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção (04 descritores)
		Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde		Gerenciamento do Cuidado em Saúde (03 descritores)
				Monitoramento de Planos e Avaliação do Trabalho em Saúde (03 descritores)
Educação em Saúde	07 Objetivos	Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva		(02 descritores)
		Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento		(04 descritores)
		Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos		(04 descritores)

Fonte: Rocha (2017).

Na Gestão em Saúde, o futuro médico deve ser capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde; e, participar de ações de planejamento, gerenciamento

e administração. Para tanto, de acordo com o artigo 6º., precisa compreender as seguintes dimensões (BRASIL, 2014a; p. 3-4):

- I - Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos [...];
- IV - Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados [...];
- VI - Trabalho em Equipe, de modo a desenvolver parcerias e constituição de redes, estimulando e ampliando a aproximação entre instituições, serviços e outros setores envolvidos na atenção integral e promoção da saúde;
- VII - Construção participativa do sistema de saúde, de modo a compreender o papel dos cidadãos, gestores, trabalhadores e instâncias do controle social na elaboração da política de saúde brasileira; e
- VIII - Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos, éticos, sanitários e da economia na saúde.

Em relação à Gestão em Saúde, as DCN 2014 ressaltam a necessidade da gestão do cuidado, sempre com a valorização da vida, devendo o futuro médico trabalhar em equipe de forma horizontal, exercendo a liderança com diálogo e respeitando a participação de todos. O documento também, reforça a importância da articulação entre os campos de ensino e aprendizagem nas redes de atenção à saúde.

Por último, na Educação em Saúde, o futuro profissional deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço com autonomia intelectual e responsabilidade social, conforme o artigo 7º. (BRASIL, 2014a, p. 5):

- I - aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes;
- II - aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde, desde o primeiro ano do curso;
- III - aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde;
- IV - aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico [...].

As diretrizes reforçam a importância do estudante ser um sujeito ativo durante o seu processo de formação na graduação, como também, ao longo de sua vida profissional,

sempre buscando a autonomia, mas com apoio docente e dos profissionais do SUS, aprendendo interprofissionalmente, em ambientes reais ou em situações protegidas e/ou controladas.

No capítulo II as DCN 2014 estabelecem as áreas de competência da prática médica nas dimensões da Atenção à Saúde, da Gestão em Saúde e da Educação em Saúde, sempre considerando as necessidades individuais e coletivas, com ênfase no Sistema Único de Saúde. Esse novo documento traz avanços ao deixar claro para a sociedade o conceito de competência adotado:

compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2014a, p. 6) .

Em seu artigo 13º as DCN abordam sobre o papel do futuro médico na elaboração, implantação, acompanhamento e avaliação de Planos Terapêuticos, sendo responsabilidades do profissional, entre outras (BRASIL, 2014a, p. 9):

- estabelecimento, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico em contextos específicos, de planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação [...];
- promoção do diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;
- estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, promovendo a participação de outros profissionais, sempre que necessário [...];
- acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas e consideração da avaliação da pessoa sob seus cuidados ou do responsável em relação aos resultados obtidos, analisando dificuldades e valorizando conquistas;
- favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos;
- revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, sempre que necessário [...].

A ênfase que diretrizes dão processo de elaboração, implantação, acompanhamento e avaliação de Planos Terapêuticos, reforça importância de o futuro médico trabalhar buscando a integralidade das ações de saúde, a partir de um modelo de gestão do cuidado inteprofissional centrado na pessoa/família/comunidade. Em consonância com as DCN 2014, salientamos que as PIESC adotam o Projeto Terapêutico Familiar como uma tecnologia de gestão do cuidado na Saúde da Família (PEIXOTO, CARVALHO e VILASBOAS, 2017).

Ao abordar os conteúdos fundamentais do Curso de Graduação em Medicina, a DCN no artigo 23º estabelece que os mesmos devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, sendo referenciados na realidade

epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando os seguintes elementos (BRASIL, 2014a, p. 14):

[...];

II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença

[...];

V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;

VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental;

VII - abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena; [...].

As DCN 2014 enfatizam a importância do conhecimento sobre os determinantes sociais para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado e o estabelecimento de condutas terapêuticas que respeitem as singularidades das pessoas em toda a linha da vida. Também, aponta para a necessidade de abordagem de alguns temas socialmente importantes, de maneira transversal, no processo de Formação Médica.

Em seu artigo 30º as DCN 2014 estabelecem a estrutura do curso de graduação em Medicina que deve (BRASIL, 2014a, p. 16):

I - ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde;

II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão [...];

IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais [...];

VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato;

IX - vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS;

X - promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população.

Ao discorrer sobre a estrutura do curso de graduação em Medicina, o documento enfatiza que o processo de Formação Médica deve ser orientado a partir das necessidades de saúde das pessoas e da população de acordo com o sistema nacional de saúde; preconiza a utilização de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, estimulando a autonomia do estudante; destaca a importância das ciências humanas e sociais, bem como, as dimensões éticas e humanísticas; sinaliza sobre a integração e da interdisciplinaridade no desenvolvimento curricular; aborda que o processo de formação deve acontecer em diferentes cenários de aprendizagem, nos diversos níveis de atenção; e, estimula a integração ensino-serviço-comunidade o mais cedo possível, favorecendo a formação interprofissional. A estrutura proposta pelas DCN 2014, corrobora as proposições da declaração de Alma-Ata e das declarações de Edimburgo, bem como, estão em sintonia com os princípios de diretrizes do SUS.

Em um estudo comparativo Rocha (2017, p. 120-125) enumera os seguintes avanços das DCN 2014 em relação às publicadas no ano de 2001:

- a) Incorpora conceitos novos como áreas de competência, competência e domínios de competência [...];
- b) Fortalece o ensino de áreas estratégicas para o desenvolvimento do SUS, como a atenção básica, a urgência e emergência e a saúde mental, especialmente no período de Internato [...];
- c) Dá centralidade para o ensino da atenção básica organizado e coordenado pela área de conhecimento da Medicina de Família e Comunidade [...];
- d) Torna obrigatória a existência de programas de aperfeiçoamento docente no interior dos cursos de Medicina [...];
- e) Estabelece novos marcos de pactuação entre instituições formadoras e serviços de saúde, como os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) [...];
- f) Proporciona avaliações progressivas para o estudante induzindo o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES) para os cursos de graduação em medicina e ressaltando o incremento da qualidade num contexto de aumento de vagas e criação de novos cursos [...];
- g) Garante o debate sobre temas novos fundamentais para formação ética do estudante, como a Segurança do Paciente e a Interprofissionalidade, valorizando a lógica não só do trabalho em equipe, mas de um compartilhamento radical de saberes entre diversas áreas profissionais e a população para a organização da prática do cuidado [...];
- h) Contempla, no perfil de formação dos futuros médicos, a diversidade na garantia de direitos sociais, dando ênfase a pautas inclusivas dentro do contexto histórico [...];
- i) Articula as mudanças da graduação com a Residência Médica, possibilitando a atenção básica como espaço centralmente presente tanto no Internato como nos pré-requisitos de acesso aos programas de residência médica) [...];
- j) Propõe a superação da lógica de segmentação do curso em ciclo básico, ciclo clínico e ciclo profissional (Internato) [...].

Conforme Rocha (2017) as DCN 2014 promove um novo momento da discussão sobre atenção primária/atenção básica no âmbito da educação médica no Brasil, com grande destaque para a Medicina de Família e Comunidade que devem assumir a coordenação das

práticas de ensino dentro dos espaços voltados à atenção básica. Porém, este mesmo autor, salienta que, a formação médica na APS/ABS, no atual contexto histórico brasileiro, encontra-se com a área de conhecimento da Saúde Coletiva consolidada, enquanto a área de conhecimento da Medicina de Família e Comunidade encontra-se em construção, necessitando superar uma matriz discursiva eurocêntrica, baseada em experiências dos países capitalistas centrais, por uma outra, na perspectiva de lidar com um país onde existe um grande nível de desigualdade social, diversidade cultural, características sanitárias próprias de sua população e de seu sistema de saúde. A compreensão dos determinantes sociais e da conformação histórica e social do processo saúde-doença-cuidado no país, poderá ser importante na redefinição da identidade na Medicina de Família e Comunidade brasileira, possibilitando a conquista de mais espaço no âmbito do aparelho formador.

Alguns Estudos (SILVA JUNIOR e ANDRADE, 2016; TRINDADE e BATISTA, 2016; FERREIRA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; VARGAS et al., 2019; VERAS e FEITOSA, 2019) sinalizam que as DCN 2014 foram elaboradas a partir da realidade social e dos problemas de saúde do Brasil, e, reforçam que o estudante precisa ser um sujeito ativo no processo ensino-aprendizagem, buscam uma formação voltada para a integralidade, com base na Atenção Primária à saúde, valorizando a Medicina de Família e Comunidade e enfatizando os determinantes sociais no processo saúde-doença-cuidado.

Segundo Oliveira e outros (2019) as DCN 2014 mantiveram os elementos centrais do documento anterior e fortaleceram o ensino em áreas estratégicas para o desenvolvimento do SUS, como a Atenção Básica em Saúde, a urgência e emergência e a saúde mental. Também, incorporaram e/ou reforçaram alguns elementos no processo de formação médica, como o respeito à autonomia do usuário e à segurança do paciente; o respeito à diversidade humana; o cuidado às pessoas com deficiência; a atenção às questões étnicas-raciais; o fortalecimento da interprofissionalidade e do trabalho em equipe; aborda a questões socioambientais; e, reforça o papel dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Entretanto, para Bursztyn (2015) as DCN 2014 apresentam uma estrutura fragmentada, estabelecendo um paralelismo entre a clínica e a saúde coletiva. Para este autor, as competências em atenção às necessidades individuais possuem bom nível de clareza, porém, em relação à atenção às necessidades de saúde coletiva e de gestão, o documento deixa margem a interpretações variadas. Por fim, alerta para o risco de reducionismo e confusão entre saúde coletiva e atenção primária, e, sinaliza ser um desafio desenvolver caminhos para ofertar esses conteúdos, de forma atraente e que produza sentido para os estudantes.

Ao apresentar os resultados preliminares do projeto “Avaliação do desenvolvimento da dimensão Formação para os SUS no Programa Mais Médicos: Mapeamento das ações de expansão de vagas, da criação de novos cursos e da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em escolas médicas federais brasileiras” Luna (2018) relata que foram visitados 25 cursos de graduação em Medicina aprovados entre 2013-2015 e, descreve os seguintes aspectos positivos: cursos estruturados a partir de currículos integrados; inserção precoce dos alunos nos serviços da rede de saúde local; emprego de metodologias ativas de ensino-aprendizagem; forte articulação com as demandas sociais locais; presença das ciências sociais e humanas durante todo o curso; uso de estratégias de avaliação bem elaboradas, como o portfólio; desenvolvimento de competências de liderança, trabalho em grupo e atitudes; busca de formação biopsicossocial.

Mas dentre os aspectos frágeis citados no estudo observou-se: 1- necessidades formativas e de apoio ao desenvolvimento docente, por conta de inconsistências no uso e compreensão dos métodos ativos de ensino-aprendizagem; 2- existe um desafio para desenvolver a educação e o trabalho interprofissional; 3- grande rotatividade de docente e preceptores; 4- instalações físicas precárias; 5- problemas na relação entre cursos, serviços de saúde e comunidade devido à ausência de médicos generalistas ou médicos de família, fragilidades nos serviços locais de saúde, existência de questões político-partidárias locais; 6- dificuldades na relação entre as universidades e o curso de medicina (LUNA, 2018).

Em relação às DCN 2014 abordamos duas questões essenciais para a compreensão deste documento. A primeira diz respeito ao seu processo de elaboração e aceitação, pois enquanto as diretrizes de 2001 foram construídas num contexto histórico de um longo diálogo a partir da CINAEM, e, por isso, aceito e defendido por todos os sujeitos e instituições envolvidas na formação médica. As diretrizes de 2014, foram elaboradas no bojo do Programa Mais Médicos, que foi muito criticado pelas corporações médicas em todos os seus eixos (ALESSIO e SOUSA, 2017; OLIVEIRA et. al., 2017). Sendo que a ABEM e CFM se posicionaram oficialmente contra o documento alegando que o processo de diálogo foi vertical, configurando-se como uma submissão da educação médica ao poder do estado (CFM, 2014; 2015; ABEM, 2017); enquanto a DENEM apoiou o documento como essencial para o fortalecimento do SUS (DENEM, 2014).

A segunda questão diz respeito às DCN 2014 estarem em processo de implantação, sendo que, os cursos de medicina tinham até o ano de 2018 para adequarem seus currículos às novas diretrizes, por isso, ainda não possuímos estudos robustos que atestem o impacto desse documento no processo de formação médica no Brasil.

Para Gomes e Rego (2014) e Chiarella e outros (2015) as concepções pedagógicas e ideológicas propostas por Paulo Freire em obras como *Pedagogia do Oprimido*, *Medo e Ousadia*, *Educação e Mudança*, *Educação como Prática de Liberdade* e *Pedagogia da Autonomia*, se relacionam intimamente com as propostas presentes nas DCN para a graduação em Medicina (BRASIL, 2001; 2014) que preconizam a formação de um médico crítico e reflexivo, com boa formação técnica-científica, socialmente comprometido e que valorize os diversos saberes, buscando sempre a atenção integral de pessoas e comunidades. Este profissional também deve, ao longo do seu processo de formação, desenvolver a sua autonomia e *aprender a aprender*, pois estamos sempre em formação, como nos diz Freire (1996, p. 69) “aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito”.

Neste estudo compreendemos que o atual modelo de Formação Médica no Brasil está intimamente associado ao SUS, busca a integralidade das ações de saúde, respeitando as singularidades das pessoas/famílias/comunidade, fortalecendo a formação médica na Atenção Primária à Saúde com valorização da Medicina de Família e Comunidade, através da utilização de metodologia ativas e da formação interprofissional com integração ensino-serviço-comunidade.

Contudo, faz-se necessário aprofundarmos na compreensão que o SUS tem sobre a Atenção Primária à Saúde e a sua importância na organização da Rede de Atenção, bem como, quais os saberes e práticas que os educandos precisam construir para atuar com qualidade neste nível do sistema.

#### **4.1.3 Atenção Primária à Saúde como orientadora da Formação Médica no SUS: das políticas à gestão cuidado nos cenários de aprendizagem**

A declaração de Alma-Ata preconizou que os países adotassem a Atenção Primária à Saúde como elemento chave para a construção dos sistemas nacionais de saúde. No Brasil, a organização da APS reflete as conquistas políticas e ideológicas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, levando o Ministério da Saúde, a partir do processo de implantação do SUS, a adotar a Atenção Básica à Saúde como reorientadora do modelo de atenção, com base em um sistema universal, hierarquizado e integrado (FAUSTO e MATTA, 2007).

As origens do que hoje compreendemos como Atenção Primária à Saúde remontam ao Relatório Dawson, elaborado no Reino Unido em 1920, que preconizava um sistema de

atenção organizado a partir de uma base territorial, com centros primários de saúde, que ofertaria a medicina preventiva e curativa sob a responsabilidade de um médico generalista. Esse relatório estabelecia a existência de centros de saúde secundários e hospitais-escolas, responsáveis pelos atendimentos mais complexos, sendo previsto a articulação entre as unidades do sistema (STARFIELD, 2000; ANDRADE, BUENO e BEZERRA, 2007; MENDES, 2015). Este relatório detalhou as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles, representando o marco inaugural da regionalização dos sistemas de saúde organizados com base na saúde da população, e, também, é considerado a proposta seminal das Redes de Atenção à Saúde coordenadas pela APS (MENDES, 2015).

O debate em torno da APS volta a ganhar força na década de 70 do século XX, no bojo das discussões sobre os Sistemas Nacionais de Saúde. A Declaração de Alma-Ata conceitua a APS da seguinte forma:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

Para Bárbara Starfield, reconhecida pesquisadora sobre a temática no mundo, a APS é o ponto de entrada para o sistema de saúde e está inter-relacionada com toda a rede, pois permite a “[...] avaliação de um paciente ao primeiro contato e a oferta de atenção continuada para uma ampla variedade de questões de saúde, além de incluir a abordagem de problemas de saúde, prevenção e promoção de saúde; e apoio continuado, com intervenções familiar e comunitária, quando necessário” (STARFIELD, 2002, p.52).

Diversos autores discutem sobre os enfoques ou interpretações que são dados à APS, dentre eles, Vuori (1985); Andrade, Bueno e Bezerra (2007); Giovanella e Mendonça (2012) destacam quatro enfoques: 1- APS como programa seletivo ou focalizado; 2 - APS como primeiro nível de atenção do sistema; 3 - APS abrangente ou integral funcionando como organizadora do sistema de atenção; 4- APS como uma filosofia em prol do direito humano à saúde. No entanto, Mendes (2015) no livro “A Construção Social da Atenção Primária à Saúde” editado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) reconhece apenas três

interpretações: a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde.

A APS seletiva (*Selective Primary Care*) se refere à programas focalizados e seletivos compostos por um número restrito de serviços para enfrentar um limitado número de problemas de saúde, sendo muito difundido nos países em desenvolvimento. As ações normalmente são dirigidas ao grupo materno-infantil, sendo mais comum as ações de monitoramento do crescimento infantil, reidratação oral, amamentação e imunização, podendo ser acrescido de complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização de mulheres (VUORI, 1985; ANDRADE, BUENO e BEZERRA, 2007; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

A APS como primeiro nível (*Primary Care*) se constitui na porta de entrada para o sistema de saúde e ao local para atenção contínua em saúde da maioria das pessoas, correspondendo aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializado, incluindo ações preventivas e serviços clínicos. É a concepção mais comum na Europa e em alguns países industrializados. Este enfoque está diretamente relacionado com a disponibilidade de médicos generalistas ou médicos de família (VUORI, 1985; ANDRADE, BUENO e BEZERRA, 2007; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

A APS abrangente (*Comprehensive Primary Health Care*) segue as proposições da Declaração de Alma-Ata, com a integração de serviços e práticas para garantir a integralidade e a participação social. São elencados os seguintes princípios: enfrentamento dos determinantes sociais em saúde, cobertura e acessibilidade universal com base nas necessidades da população, autocuidado e participação individual e comunitária, ação intersetorial, utilização de tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos (VUORI, 1985; ANDRADE, BUENO e BEZERRA, 2007; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

A APS como uma filosofia em prol do direito humano à saúde, enfatiza a compreensão da saúde como direito e prioriza a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde, conforme a Declaração de Alma-Ata. Advoga a ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para promover a equidade em saúde (VUORI, 1985; ANDRADE, BUENO e BEZERRA, 2007; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Segundo Lavras (2011) o SUS mediante as Políticas Nacionais de Atenção Básica adotou o modelo abrangente, porém existem grandes entraves a serem superados para que possa desempenhar seu papel na dinamicidade e complexidade do cuidado. Entre os maiores entraves a autora identificou a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde, a formação dos

profissionais e a compreensão da sociedade sobre a atenção primária. A mesma autora sugere algumas iniciativas para fortalecer a APS como a necessidade de adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde, a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento dos profissionais de saúde; o aperfeiçoamento do processo gerencial nas unidades básicas de saúde; a implantação de protocolos clínicos acordados com as demais unidades componentes da rede de atenção e a incorporação permanente de dispositivos relacionados à gestão do cuidado em saúde, com vistas a favorecer a integração das práticas profissionais e a garantir a continuidade assistencial.

Alguns autores (STARFIELD, 2002; MACINKO, ALMEIDA e SÁ, 2007; MENDES, 2015; LINS, SOARES e COELHO, 2016; HARZHEIM et al., 2018) sinalizam que para cumprir o seu papel de organização do Sistema de Atenção à Saúde, a APS deve obedecer a certos atributos e desempenhar algumas funções. Em relação aos seus atributos essenciais: funcionar como o **primeiro contato** do usuário com o sistema de saúde garantindo o acesso aos serviços de saúde a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde; ofertar serviços de forma **contínua**, com responsabilização pelo atendimento ao longo do tempo, num ambiente de mútua confiança entre equipe de saúde, indivíduos e família; incorporar na prática a **integralidade** das ações de saúde, ofertando conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos; exercer a **coordenação** da atenção, para a garantia da continuidade do cuidado nos diversos níveis da rede de serviços, assumindo a função de centro de comunicação da rede de atenção à saúde. No contexto de seus atributos, a APS deve considerar a **família como sujeito** do cuidado, reconhecendo suas necessidades em função do contexto físico, econômico e social da **comunidade** em que vivem, numa relação horizontal entre os profissionais de saúde e a população, respeitando as singularidades da **cultura** local.

Esses atributos serviram como base para a elaboração de um instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde intitulado *Primary Care Assessment Tool – PCATool* (SHI, STARFIELD e XU, 2001; MACINKO, ALMEIDA e SÁ, 2007; HAUSER, et al., 2013; SILVA, BAITILO e FRANCOLLI, 2015; LINS, SOARES e COELHO, 2016; HARZHEIM et al., 2018). Este instrumento avalia os atributos da APS com base nas dimensões de estrutura, processo e resultados, propostos por Donabedian, possuindo três versões conforme o público-alvo da avaliação: usuários adulto, acompanhante de crianças e profissionais de saúde (SILVA, BAITILO e FRANCOLLI, 2015; HARZHEIM et al., 2018).

O PCATool tem como objetivo identificar a presença e dimensionar a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS. Para medir o acesso de primeiro contato, é necessário avaliar a acessibilidade (elemento estrutural) e a utilização (elemento processual); para a longitudinalidade, é preciso avaliar a definição da população eletiva (elemento estrutural) e a utilização (elemento processual); em relação a integralidade, é necessário avaliar a variedade de serviços (elemento estrutural) e o reconhecimento de problemas (elemento processual); e, por fim, para medir a coordenação do cuidado, é preciso avaliar a continuidade (elemento estrutural) e o reconhecimento de problemas (elemento processual). Os três atributos derivados também são contemplados, permitindo a avaliação da orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (SILVA, BAITELLO e FRANCOLLI, 2015; LINS, SOARES e COELHO, 2016; HARZHEIM et al., 2018).

Prates e outros (2017) numa revisão sistemática sobre a utilização do PCATool em todo o mundo, analisaram 22 estudos publicados entre os anos de 2007 e 2015, sendo que a amostra continha estudos do Brasil, Canadá, Coreia, Espanha e China. No estudo os atributos mais bem avaliados foram competência cultural, acesso de primeiro contato subitem utilização e longitudinalidade. Enquanto os piores desempenhos encontrados foram acesso de primeiro contato subitem acessibilidade, orientação familiar, orientação comunitária e integralidade.

Os estudos de Hauser e outros (2013) e Vitória e outros (2013) que avaliaram a qualidade dos serviços de APS, por meio de seus atributos, utilizando o PCATool, revelaram que o fator mais importante de qualidade dos serviços está relacionado a uma melhor formação e qualificação dos profissionais de saúde. Por isso, devem os gestores estarem atentos para admitir profissionais com formação adequada para o trabalho nesse nível de atenção e, também, elaborar uma agenda de educação continuada, haja visto a complexidade e dinamicidade dos saberes e práticas da Atenção Primária à saúde.

Além do PCATool, outras metodologias já foram utilizadas por pesquisadores para avaliar a resolutividade e a efetividade da APS, evidenciando que os países que adotaram o modelo de Atenção Primária à Saúde tem impactos positivos na resolução dos problemas de saúde das pessoas, com diminuição dos indicadores de saúde, devido à ampliação da oferta de serviços, melhoria da qualidade do cuidado, melhoria das condições sanitárias, valorização das ações de prevenção e promoção da saúde e, também, aplicação mais eficiente dos recursos (SATRFIELD, 1991; ATUN, 2004; MACINKO, STARFIELD e SHI., 2003; MACINKO, SATRFIELD e ERINOSHO, 2009; KRINGOS et al., 2010; SIMA et al. 2015; MACINKO, HARRIS, e PHIL, 2015; TRIVEDI, 2017)

Segundo a OPAS (2007) vários são os motivos para a necessidade de uma abordagem renovada na APS como o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem evolução da APS para enfrenta-los; o desenvolvimento de novas ferramentas e ou conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a ser mais eficaz; um crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade em reduzir as iniquidades na área da saúde. Todavia, a renovação da APS na América precisará dar mais atenção às necessidades estruturais e operacionais, tais como: acesso, financiamento apropriado, adequação e sustentabilidade de recursos, compromisso político e o desenvolvimento de sistemas que assegurem cuidados de alta qualidade (OPAS, 2007).

Ao discutir a APS na Europa, em especial na Espanha, Vicente (2016) faz três reflexões. Primeiro, que a APS é essencial para o sistema de saúde, porém não é muito valorizada por estudantes, especialistas e gestores, por isso, propõe mudanças na formação/graduação em saúde a partir de alterações curriculares e modificações trabalhistas que garantam o reconhecimento dos profissionais que atuam nesta área. Segundo, os indicadores de saúde mostram que a melhoria da APS ocasiona a eficiência geral do sistema porém, com a crise econômica os investimentos nessa área tem diminuído. Portanto, o desafio é aumentar a eficiência dos cuidados primários com o fortalecimento do acesso, a coordenação do cuidado e ampliação do recurso econômico. Terceiro, ainda existem poucos estudos que avaliam o real impacto das intervenções da APS, embora seja clara a melhoria dos indicadores de morbi-mortalidade de doenças cujo cuidado está sob a responsabilidade da atenção primária.

No documento “Sistemas de Saúde com base na Atenção Primária em Saúde” (OPAS, 2009) é proposto que a APS deve responder às situações estabelecidas nas seguintes áreas: cobertura e acesso universais; a atenção integral e integrada; a ênfase na promoção e prevenção; atenção apropriada; orientação familiar e comunitária; mecanismos de participação ativa; marco político, legal e institucional; organização e gestão ótimas; políticas e programas pró-equidade; primeiro contato, recursos humanos apropriados; recursos adequados e sustentáveis e ações intersetoriais. O referido documento enumera os valores, princípios e elementos da atenção primária, demonstrando a abrangência e a complexidade da APS e, como é necessário a participação e engajamento de todos os sujeitos e coletivos organizados envolvidos no processo do cuidado.

Para o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde a atenção primária a saúde na Europa enfrenta grandes expectativas para o futuro. Espera-se que a APS possa ajudar os sistemas de saúde a se tornarem mais sensíveis às mudanças para o setor, ofertando a

prestação de cuidados integrais e aumentando a eficiência geral do sistema de saúde (KRINGOS, BOERMA, HUTCHINSON e SALTMAN, 2015).

No México, Ramires-Elias (2018) faz uma reflexão de como o país deveria construir um sistema de saúde baseado no modelo de APS renovada, com uma abordagem ampla para a organização e operação dos serviços de saúde, buscando alcançar a equidade, a solidariedade, a sustentabilidade e promover justiça social.

Ao analisar os 40 anos da Declaração de Alma-Ata e as mudanças nos sistemas de saúde dos países da América Latina, Calbano e outros (2018) concluíram que esta região ainda enfrenta grandes desafios para implementar a Atenção Primária à Saúde. Este autor propõe a ampliação da formação de médicos de família e o fortalecimento desta especialidade na carreira médica, como também o compromisso político dos governos de garantir a estrutura, condições de trabalho, programas de treinamento e o financiamento do modelo de medicina familiar como um mecanismo para fortalecer a implementação da APS.

No processo atual de implantação de sistemas de saúde baseados na APS, uma questão determinante para o seu fortalecimento em qualquer país/estado/município, é o estabelecimento de Redes de Atenção à Saúde. Autores abordam que a fragmentação das ações ocasiona descontinuidade assistencial e dificulta a integralidade da atenção ofertada, comprometendo a resolutividade em países com sistemas de saúde fundamentados na APS (OPAS, 2010; MENDES, 2010; LAVRAS, 2011). A organização de redes de saúde pode ser o caminho para superar essas fragilidades.

As Redes de Serviços de Saúde ou Atenção à Saúde são definidas por Santos e Andrade (2008, p. 37) como:

a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.

Segundo a OPAS (2010, p. 33) as Redes Integradas de Serviços de Saúde podem ser definidos como:

Uma rede de organizações que fornecem, ou providenciam para fornecer, serviços de saúde que são equitativos e integrais para uma população definida, e está disposto a ser responsabilizado por seus resultados clínicos e econômicos e pelo o estado de saúde da população.

Já para Mendes (2011) as Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas que englobam um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por

objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, permitindo assim, ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, sob a coordenação da APS. Deve ser prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada, segura e com equidade, assumindo responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população.

Segundo Assis (2015) a discussão sobre as redes é complexa, envolvendo quatro dimensões de análise: a rede como parte de territórios sociais, a rede como edificadora do modelo de saúde, a rede como impulsionadora de um modelo de gestão democrático e a rede como inerente a organização de um sistema integrado, resolutivo e pleno de tecnologias, situando a APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado.

No Brasil, o Ministério da Saúde define a Rede de Atenção à Saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

Como explicitado, as mais recentes discussões sobre a atenção primária a saúde, reforçam o seu caráter de eixo organizador dos sistemas nacionais de saúde, garantindo um acesso contínuo e integral à população, contribuindo para a melhorias das condições de vida e saúde. Desta forma, a APS contribui para a redução das iniquidades e melhoria do quadro social em todo o mundo, superando o conceito equivocado de que era um modelo focalizado e voltado para pobres. Portanto, o profissional de saúde que atua SUS, precisa ter essa compreensão ampliada sobre a APS, não podendo ter uma visão reducionista sobre este modelo de atenção.

Nesse sentido, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (BRASIL, 2006a; 2011; 2017) delimitam a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da ABS. A primeira versão da PNAB, a Portaria n.º 648/2006, define os princípios gerais da ABS no Brasil, descrevendo os mecanismos de financiamento e a composição e funcionamento das equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal na ESF.

Em relação aos demais instrumentos normativos, a Portaria n.º 2488/2011 (BRASIL, 2011) sedimenta as conquistas da PNAB anterior e fortalece a ABS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. Assim como, estabelece com clareza o processo de trabalho das equipes discutindo acesso, vínculo, acolhimento e a gestão do cuidado e amplia o leque de ações com a incorporação do NASF, das EqSF ribeirinhas e unidades fluviais, consultórios na rua e o Programa Saúde na Escola.

Apesar dos avanços alcançados na implementação das PNAB, percebe-se que a atual Portaria n.º 2436/2017 (BRASIL, 2017) apresenta propostas controversas que podem gerar

retrocessos em relação às políticas anteriores como a adoção de uma relação nacional de ações e serviços essenciais e estratégicos da ABS, que pode vir a se tornar uma “cesta básica” mínima de serviços ofertados aos usuários; a diminuição no número de Agentes Comunitários de Saúde; alterações na inserção dos usuários no território e mudanças no bloco de financiamento da atenção básica. Como destaque, a nova portaria distingue a UBS como um espaço de formação de recursos humanos para o SUS e introduz a figura do gerente da unidade de saúde.

Para Almeida (2018) a nova PNAB de 2017 não enfrenta os desafios para a consolidação da APS no SUS, pelo contrário, propôs a passos largos, um caminho em direção ao passado. As especificidades sanitárias dos territórios evocadas para relativizar a cobertura populacional, a proposta de carteira mínima de serviços, a criação de equipes com dedicação parcial ao trabalho na APS, sem dúvida, dificultarão qualquer proposição de coordenação, continuidade assistencial e vínculo, atributos tão caros e incontestes em qualquer proposição abrangente de atenção primária à saúde.

No artigo intitulado “Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios” Melo e outros (2018) aborda que as mudanças da PNAB em 2017, aconteceram em uma conjuntura de crise política e econômica do País, com grandes reflexos nas políticas sociais. Constatam-se alterações significativas na dimensão organizativa e funcional, com a flexibilização da modalidade de organização, contando agora com dois modelos: Estratégia Saúde da Família e Atenção Básica tradicional. Também ocorreram mudanças na composição da equipe, no quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e nas suas atribuições singulares. Na gestão, a novidade é a criação da gerência da Unidade Básica de Saúde. Enquanto que no financiamento, preservou as responsabilidades dos três entes federados, mas com baixa perspectiva de ampliação de recursos financeiros. Os autores sinalizam para o protagonismo dado aos gestores formais e a desconsideração dos posicionamentos do controle social na tomada de decisão, e, concluem que os propósitos centrais dessa agenda são a diminuição dos ACS e mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF. Afirmam também, que o Ministério da Saúde apresenta uma agenda neoliberal, oferecendo condições para o desmonte da ESF, além de aprofundar a cisão entre os atores da política de saúde.

O recém empossado Presidente Jair Bolsonaro em oito meses de governo, vem cumprindo com o que sinalizou em seu programa de governo (SCHAFFER, BAHIA e BRAGA, 2018), uma agenda consoante com o neoliberalismo, buscando reduzir os gastos diretos e indiretos com a saúde e incentivo a terceirização da gestão de serviços, inclusive UBS. No âmbito da Atenção Básica, o enfraquecimento do PMM com o encerramento do convênio com

a OPAS/Governo Cubano, impactou negativamente na oferta de médicos para a Saúde da Família, prejudicando a qualidade dos serviços e deixando grupos populacionais descobertos da atenção. As ações iniciais do novo governo sinalizam um desmonte do SUS, uma guinada em direção ao modelo de APS seletiva.

Recentemente, em agosto/2019, o Governo Bolsonaro lançou o Programa Médicos pelo Brasil (BRASIL, 2019b), que busca criar uma carreira federal para médicos, proposta presente em seu programa de governo (SCHAFFER, BAHIA e BRAGA, 2018), com o objetivo de criar de imediato 7.000 vagas para médico da ESF. Entretanto, é preocupante o discurso do Ministro Luiz Henrique Mandetta durante o lançamento do programa, sua fala apresenta concepções simplistas sobre a Atenção Primária à Saúde:

A ampliação do acesso a esses serviços nas Unidades de Saúde da Família é prioridade do Governo Federal. Assim, vamos promover a qualidade de vida da população e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Também vai trazer para perto da comunidade serviços como consultas médicas, exames, vacinas, radiografias e pré-natal para gestantes (BRASIL, 2019, p. 1).

Neste estudo enfocamos as atividades desenvolvidas pela Atenção Básica à Saúde no ambiente das Unidades de Saúde da Família, por serem os cenários de ensino-aprendizagem das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade do curso de Medicina da UEFS; compreendendo a APS numa concepção abrangente, respeitando os seus atributos essenciais e derivados.

No arcabouço institucional da primeira versão da PNAB (BRASIL, 2006a), está previsto que a Estratégia Saúde da Família tem como características:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

A Equipe de Saúde da Família é composta pelo Médico, Enfermeiro, Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, podendo fazer parte da equipe o

agente de combate às endemias. A equipe de saúde bucal pode ser formada pelo Cirurgião-Dentista, o Técnico de Saúde Bucal e o Auxiliar de Saúde Bucal (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017, p. 18-20) estabelece atribuições comuns que devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde da equipe de saúde da família, inclusive médicos, dentre estas atribuições destacam-se:

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades [...];
- III. Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários, com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade) [...].
- V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado [...];
- IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde [...];
- XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência, abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território [...];
- XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe;
- XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada; [...].

Notamos nestas atribuições um alinhamento das ações a serem prestadas pelos profissionais de saúde com o arcabouço teórico e prático da Atenção Primária à Saúde abrangente, assim como, com as concepções de um Sistema Universal de Saúde, conforme proposto pelo SUS.

A atual PNAB (BRASIL, 2017, p. 21-22) estabelece como atribuições específicas do médico na Estratégia Saúde da Família:

[...]

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito [...];

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; [...].

Observamos que as atribuições específicas do médico estão centradas na doença e na atenção clínica individual, num nítido viés flexneriano, contrariando a essência dos documentos normativos do SUS, inclusive as PNAB (BRASIL, 2006a, 2011, 2017). Existe a necessidade de reforçar nos médicos todos saberes e práticas necessários para atuar na ABS/ESF, devendo acontecer durante a graduação e a residência médica como prevê o PMM (BRASIL, 2013a) e as DCN (BRASIL, 2014a), bem como, num processo de educação permanente em serviço (BRASIL, 2018b).

Para melhorar a atenção à saúde da população, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família numa estratégia que visa apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família, buscando a integralidade das ações. Os núcleos atuam em ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. É constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social), para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da USF. Na organização do processo de trabalho o NASF utiliza as concepções teóricas e práticas do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada e do Projeto Terapêutico.

Para a concretização da produção do cuidado interprofissional na atenção básica, envolvendo a equipe de saúde da família e a equipe do NASF, faz-se necessário o desenvolvimento da gestão do cuidado que, segundo Cecílio (2011) é o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia.

A prática da gestão do cuidado pressupõe uma nova maneira de se fazer a clínica pelos profissionais de saúde. Cunha (2004) discute a adoção de um novo modelo de atendimento a partir da clínica ampliada. Esta nova perspectiva pode possibilitar que outros aspectos dos sujeitos, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e operados pelos profissionais, que devem atuar tendo como referência o conceito ampliado de saúde e entender que a pessoa, a família e a comunidade são o centro das ações de saúde.

A operacionalização da gestão do cuidado acontece através da elaboração, discussão, pactuação e execução de projetos terapêuticos que, segundo Oliveira (2008), é um movimento de co-produção e co-gestão do processo terapêutico, devendo ser construído, reconstruído, repensado, redimensionado em relação com os usuários, familiares e a equipe de saúde. A formulação de Projetos Terapêuticos implica na possibilidade de discussões coletivas de casos e pressupõe a figura de um gestor do cuidado responsável por articular todos os envolvidos na resolução dos problemas, acompanhar o andamento das ações propostas e servir de referência para o indivíduo e para a família (OLIVEIRA, 2008).

No cotidiano das atividades das PIESC, entendemos que a pessoa/família está exposta a riscos e vulnerabilidades históricas, culturais, sociais, econômicas, psicológicas, biológicas e ambientais, capazes de gerar doenças e agravos à saúde. Diante de tal perspectiva, compreendemos que a família é protagonista no processo de cuidar dos sujeitos, e, por isso adotamos o instrumento do Projeto Terapêutico Familiar como uma tecnologia de gestão do cuidado na saúde da família (PEIXOTO, CARVALHO e VILASBOAS, 2017).

Para uma eficiente da gestão do cuidado a partir do referencial da clínica ampliada utilizando projetos terapêuticos, é necessário um profissional de saúde que entenda o conceito ampliado de saúde, e, saiba trabalhar em equipe, acolher os sujeitos e famílias, busque alcançar a integralidade das ações, estabeleça vínculos e se responsabilize por coordenar e gerir todas as ações necessárias para melhorar a qualidade de vidas dos sujeitos e famílias (CARVALHO e PEIXOTO, 2015).

Para Carácio e outros (2013) a qualificação dos trabalhadores do SUS está diretamente relacionada à reorientação da formação profissional com a adoção de práticas inovadoras, a utilização da atenção primária como cenário de prática e uma maior interação entre a academia e os serviços de saúde. Afirmam também que, o processo de mudança da formação profissional deve passar pela construção de um plano coletivo e permanente que garanta a participação de todos os sujeitos envolvidos.

No Brasil, a expansão da rede SUS a partir da Saúde da Família foi determinante para o aumento quantitativo e qualitativo da oferta de recursos humanos em saúde. Haddad

(2010) ao avaliar a Formação Médica no período de 1991 a 2008 evidenciou um aumento de 121% no número de cursos de Medicina no Brasil, com o número de vagas passando de 7.786 em 1991 para 17.504 em 2008, com uma predominância de estudantes do gênero feminino (55%), o maior número de concluintes está na região Sudeste (5.875), Sul (1.790) e Nordeste (1.708) e, desde 2006, passamos a ter um maior número de matriculas em instituições privadas.

Ao avaliar o eixo formação profissional do Programa Mais Médicos, Oliveira e outros (2019) relata que no período de 2013 à 2015 foram criadas 6.391 vagas em cursos de Medicina, sendo a maior parte instituições privadas de ensino. Atualmente existem no Brasil 336 cursos de graduação em Medicina, que ofertam 34.465 vagas em 213 municípios, sendo que, o Estado de São Paulo possui o maior número de vagas (7010) e o Amapá o menor número de vagas (60); do total de vagas, 67,6% são ofertadas por instituições privadas, 21,0% por instituições públicas federais, 7,0% por instituições públicas estaduais e 4,3% por instituições públicas municipais (CFM, 2019).

No contexto da Formação Médica brasileira, conforme Ceccin e Feuerwerker (2004) as DCN de 2001 foram importantes ao assinalar, como política, a necessidade de ocorrer mudanças no processo de formação em saúde e favorecer a construção de relações de compromisso e responsabilidade entre as Instituições de Ensino Superior e o SUS. É estratégico transformar a organização dos serviços de saúde e dos processos formativos; as práticas de saúde e as práticas pedagógicas; articular o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, por isso, existe a necessidade de construção da educação em serviço/educação permanente em saúde, com agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Numa outra perspectiva, as DCN de 2014, segundo Rocha (2017) fortalecem a formação médica na Atenção Primária, com destaque para a Medicina de Família e Comunidade e para a compreensão da importância dos determinantes sociais no processo saúde-doença-cuidado, respeitando as pessoas e à diversidade humana no processo de elaboração e discussão de projetos terapêuticos integrais a partir do trabalho interprofissional.

Vários autores sinalizam que a adoção das DCN 2001 e 2014 podem favorecer o processo de consolidação do SUS e fortalecer a Atenção Primária à Saúde a partir da Estratégia Saúde da Família (OLIVEIRA, 2007; MASSOTE, 2011; CARÁCIO et al., 2013; LAMPERT, 2014; BEZERRA et al., 2015; SILVA JUNIOR e ANDRADE, 2016; TRINDADE e BATISTA, 2016; ROCHA, 2017; FERREIRA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2019; VARGAS et al., 2019; VERAS e FEITOSA, 2019). Principalmente, a formação de profissionais capazes de realizar a atenção integral a indivíduos/família/comunidade; entendendo que o processo saúde-doença-

cuidado pode ter elementos históricos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos, biológicos e ambientais.

O processo de mudança da Educação Médica com a ampliação das atividades de ensino no âmbito da APS não é um fenômeno brasileiro, mas sim global, entretanto as mudanças na Formação Médica não são uniformes, com avanços diferenciados nos diversos países.

De acordo com Hobbs e Campbell (2015) a maioria dos sistemas de saúde desenvolvidos reconhecem o papel-chave da Atenção Primária. Os mesmos autores sinalizam que o relatório do *Primary Care Workforce Commission* do *National Health Service* (NHS) da Inglaterra faz referência sobre a necessidade crescente de mão-de-obra por conta do aumento da demanda e da complexidade da APS, sendo que o desafio futuro do NHS é a ampliação da formação de profissionais para atuar nessa área. Newbronner et. al. (2017) aborda que no Reino Unido 13% das atividades de ensino médico são realizadas em ambientes de cuidados primários. Segundo esses autores, esses espaços são ambientes de aprendizado de alta qualidade, onde os alunos podem: assumir gradualmente a responsabilidade; construir confiança; desenvolver empatia em sua abordagem ao atendimento ao paciente; e ganhar compreensão do contexto social da saúde e da doença.

Para Letriliart e outros (2016) o treinamento em atenção primária está se tornando cada vez mais essencial para estudantes de medicina franceses, especialmente para futuros *general practitioners*. No entanto, sinalizam que existem dois grandes desafios para a educação médica na APS, o primeiro seria ampliar a exposição dos estudantes à grande e apropriada diversidade de pacientes, e, o segundo melhorar a qualidade da supervisão das atividades.

Em um estudo que analisou a implantação de um estágio longitudinal na atenção primária no curso de graduação em medicina da Universidade de Berna, Suíça, Hari e outros (2018) ressaltam que esta atividade pedagógica ampliou o espectro de quadros clínicos visto por estudantes de medicina no espaço de conhecimento da APS, sendo os alunos acompanhados por um médico generalista que atuaram como preceptores.

No Chile, Sepúlveda (2013) descreve as mudanças curriculares desenvolvidas pela Faculdade de Medicina da Universidad de Chile, que considerou os seguintes princípios norteadores: formação segundo as necessidades do país; formação orientada por competências e aprendizagem significativa; formação o pensamento autônomo: crítico, analítico e ético; Formação integral e integrada; processo de formação centrado no aluno e articulação entre a graduação e a pós-graduação.

Num estudo com egressos da Faculdade de Medicina de Antioquia na Colômbia, Múnera e outros (2013) relatam que existe uma dissociação entre a formação e a realidade profissional, caracterizado pelo ensino fragmentado e centrado no hospital e sugere que a curso precisa redirecionar as suas atividades teórico/práticas para cenários de trabalho que valorizem o médico generalista e que busque a articulação do conhecimento médico.

Num trabalho sobre a formação médica em nove países, Puschel e outros (2014) sinalizam que na América Latina existe uma discrepância entre a importância dada à responsabilidade social para a formação na Atenção Primária a Saúde e as práticas implementadas por escolas médicas, destacando a necessidade de reorientar as políticas de educação médica na região.

Todavia, Cárdenas (2010) ao abordar sobre o modelo de Formação Médica em Cuba, esclarece que a graduação dura 6 anos e a atenção primária está presente em todas as etapas do curso, sendo que após a graduação os profissionais realizam pós-graduação em Medicina de Família. São descritas as seguintes estratégias para a educação médica na APS: a educação médica é na comunidade e para a comunidade; todos os serviços de saúde são docentes-assistenciais; aumento de conteúdo sobre promoção da saúde, prevenção de doenças e educação para a saúde; trabalho em equipe; utilização dos diversos cenários de aprendizagem: comunidade, áreas rurais, residência das famílias, consultório de família, policlínicas, hospitais. Vidal et. al. (2016, p. 619) relata que a graduação de medicina em Cuba é caracterizada por:

- Educação no trabalho como forma fundamental de organização do processo de ensino - carreiras educativas de educação médica Superior;
- Novo Modelo Pedagógico, cujo principal objetivo é contribuir para a aquisição de modos de ação que caracterizam a atividade profissional;
- O aluno recebe instrução enquanto participa dos cuidados de pessoas saudáveis ou doentes, o que contribui para a transformação do estado saúde do indivíduo, da família ou da comunidade, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de doenças;
- Uso do método clínico e conhecimento dos avanços tecnológicos;
- Desenvolver habilidades de comunicação, consolidar, expandir e aplicar conhecimentos adquiridos durante o desenvolvimento do processo de ensino educação e formação de valores, tais como: humanismo, honestidade, honestidade, solidariedade, diligência e responsabilidade;
- É formado sob a supervisão de quem ensina, de maneira sistemática e planejado, nos cenários de ensino das policlínicas, as clínicas de Médico de Família e as instalações das Faculdades de Medicina.

Em um estudo comparativo da formação médica na APS em quatro países emergentes, China, Índia, Brasil e África do Sul, Mash e outros (2015) sinalizam que os quatro países possuem um compromisso político de cobertura universal da saúde, com ênfase na atenção primária à saúde. Na África do Sul, os currículos só introduziram práticas sobre cuidados primários no final de 1990, quando a APS foi enfatizado na política do governo pós-

*Apartheid*; sendo que depois de formados os novos médicos realizam estágio de dois anos, onde um ano é realizado em serviços de atenção primária em comunidades carentes. Na China a atenção primária é uma disciplina relativamente nova nas escolas médicas, por isso, a exposição aos cuidados primários na graduação ainda é pouca e a disciplina tem um baixo *status*. No Brasil, a educação de base comunitária nos moldes da APS foi introduzida nos currículos nos últimos 13 anos; desde o ano de 2001 em muitas escolas médicas os alunos realizam atividades em comunidades desde o primeiro ano; no internato médico, realizado nos dois últimos anos do curso, existe uma rotação em saúde pública voltada para os cuidados primários. Na Índia, na graduação existe a obrigação de um ano de internato, sendo reservado seis meses para o estágio rural/comunidade, o treinamento é realizado por médicos especialistas e professores de saúde pública. Os autores concluem o trabalho afirmando que a formação médica e a política de saúde devem apontar para a melhoria da qualidade da APS, por isso, existe a necessidade de mudar tanto o sistema de saúde quanto o processo de formação profissional.

Ao avaliar o treinamento em cuidados primários a saúde na Ásia, mais especificamente no Japão, Singapura, Taiwan e Hong Kong, Chan e outros (2014) discutem que embora a importância da Atenção Primária seja reconhecida internacionalmente, nestes quatro países de economia avançada, existe a necessidade de ampliar os treinamentos específicos dos futuros médicos nesta área de conhecimento, sendo que as experiências desenvolvidas pela formação médica ocidental podem servir de exemplo para estes países.

Em um estudo, Klemenc-Ketiš e Kersnik (2012) ressaltam a importância da Academia Europeia de professores de Medicina Geral e Familiar (EURACT) que desde a década de 70 do século passado discute o processo de ensino da Medicina de Família nos cursos de graduação e pós-graduação na Europa. Afirmam os autores que a Medicina de Família, na concepção da Atenção Primária, é disciplina obrigatória na grade maior parte dos cursos de graduação do continente europeu. Através da Medicina de Família os alunos podem aprender importantes conceitos; habilidades em comunicação, a abordagem dos cuidados primários, trabalho em comunidade; podendo aprender a prestação de cuidados de saúde diretamente a partir da atenção primária, práticas em comunidades, visitas de enfermeiros e outros prestadores de cuidados primários.

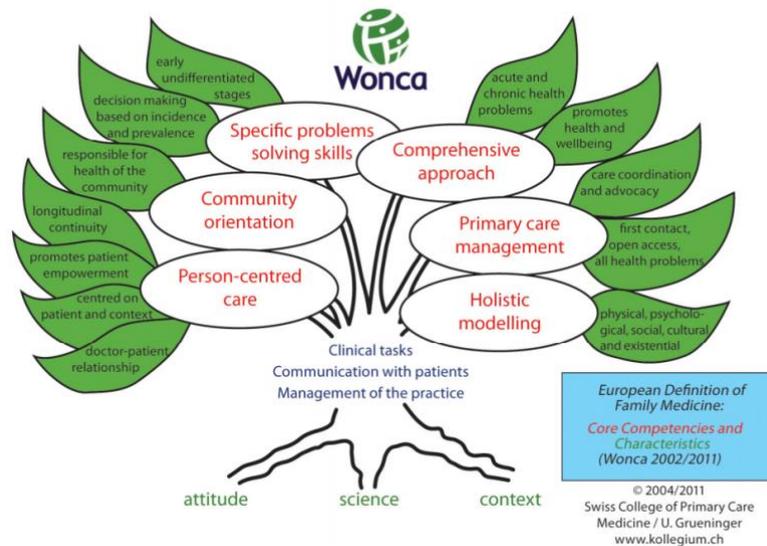
Em 2005, a EURACT, publicou o documento “Agenda Educativa EURACT” onde estabelece seis categorias independentes de competências nucleares para o ensino de Medicina de Família. Este documento procurava, também, contribuir para a harmonização dos diferentes programas de ensino médico da Europa, buscando objetivos comuns para todo o continente europeu de competência e dos resultados pedagógicos (EURACT, 2006).

Segundo essa agenda educativa, na formação do médico devemos ter os seguintes núcleos de competência: **gestão de cuidados primários**, onde o médico deve gerir o primeiro contato e coordenar o cuidado no sistema de saúde; **cuidados centrados na pessoa**, com uma abordagem a partir das necessidades e problemas no contexto e circunstâncias dos usuários do sistema; **aptidões para a resolução de problemas específicos**, com competência para tomar decisões e gerir o cuidado das pessoas; **abordagem abrangente**, capacidade de gerir e coordenar a promoção da saúde, prevenção, cura, tratamento, palição e reabilitação dos diversos problemas de saúde que acomete o indivíduo; **orientação comunitária**, conciliar as necessidades de cada pessoa e as necessidades de saúde da comunidade; e, **abordagem holística**, reconhecer as dimensões cultural e existencial (EURACT, 2006). Percebemos que estes núcleos de competência são capazes de contribuir para formar um médico capaz de atuar na APS.

No artigo intitulado *Educational training requirements for general practice/family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institutions*, Michels e outros (2018) reafirma os núcleos de competência da EURACT, bem como, a Árvore de Competências Nucleares/Características da *World Organization of Family Medicine Doctors* - WONCA (FIGURA 5) e discute que para os formandos alcançar estas competências, o treinamento deve ser centrado no aluno e no resultado, acontecer em serviços de saúde num processo interativo com os profissionais (que devem atuar como preceptores), incentivar a aprendizagem autônoma e a prática reflexiva.

Analisando a Medicina de Família no contexto da APS, em 30 países da Europa, a partir de informações de gestores durante a reunião da EURACT em Tirana-Albania no ano de 2014, Zarbailov e outros (2017) questionaram sobre a formação médica, identificando que em 14 destes países, a medicina de família é fortemente desenvolvida nos espaços acadêmicos, em 11 países o envolvimento foi classificado como médio e 05 países classificaram como baixa a realização de atividades acadêmicas em MFC.

Figura 5: Árvore WONCA mostrando a inter-relação entre os 06 núcleos de competência e a 12 características, mais os 3 recursos adicionais do Médico de Família.



Fonte: Michels et. al. (2018)

Diante da necessidade de promover reformulações no ensino médico nas Américas, a OPAS através da série *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*, publica, em 2008, o documento intitulado *La Formación em Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de salud* onde afirma que os recursos humanos são um dos elementos essenciais de um sistema de saúde com base na APS, devendo possuir os conhecimentos e habilidades adequados, observar os padrões éticos e tratar as pessoas com dignidade e respeito (OPAS, 2008). O referido documento define assim o médico para atuar na APS:

deve ser uma pessoa com sensibilidade social e comportamento ético, liderança, trabalho em equipe e auto-aprendizagem, com competências que lhe permitam a maior qualidade possível na atenção para influenciar no bem-estar das comunidades e participar na manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (OPAS, 2008, p. 38).

A OPAS estabelece as seguintes competências básicas para a formação de um médico apto a atuar na APS:

- 1- Adequar as suas práticas de acordo com o sistema de saúde de seu país e o seu processo de trabalho para prevenir e resolver problemas de saúde.
- 2- Estabelecer relações de respeito e confiança, de diálogo e negociação com os cidadãos/comunidade/equipe de saúde e outros setores da sociedade, respeitando a diversidade cultural.
- 3- Compreender o ciclo de vida.
- 4- Trabalhar em equipe e desenvolver a liderança com o resto da equipe saúde e comunidade.
- 5- Saber Gerenciar as incertezas e as mudanças.
- 6- Desenvolver sua própria auto-aprendizagem e auto-conhecimento (OPAS, 2008, p. 39).

Por fim, a OPAS descreve os principais aspectos teóricos e práticos a ser considerados em uma formação médica com enfoque na APS:

- 1- A identificação dos fatores de risco e grupos vulneráveis;
- 2- Epidemiologia (indicadores sócio-demográficos);
- 3- conhecimento para lidar com doenças prevalentes, com ênfase especial no primeiro nível de atenção;
- 4- Conhecimentos de Antropologia / sociologia (territorial, origens étnicas, o trabalho em equipe);
- 5- Questões Políticas/administrativa: legislação, gestão, organização, planejamento, avaliação, contexto dos sistemas de saúde relacionados a prática;
- 6- Comunicação (com a pessoas, famílias, comunidade e a equipe);
- 7- Trabalhar com Profissionalismo e ética (OPAS, 2008, p. 40/41).

Apesar dos esforços da OPAS, segundo Puschel e outros (2014) ao analisarem a formação médica em nove países, sinaliza que na América Latina existe uma discrepância entre a importância dada à responsabilidade social para a formação na Atenção Primária a Saúde e as práticas implementadas por escolas médicas, destacando a necessidade de reorientar as políticas de educação médica na região.

No Brasil, as propostas sobre a APS e as mudanças na formação médica brasileira, discutidas pela Associação Brasileira de Educação Médica e a Sociedade Brasileira de Medicina de família e Comunidade (SBMFC) estão publicadas nas diretrizes do Ensino na Atenção Primária à Saúde para cursos de Graduação em Medicina, documento elaborado por professores e preceptores a partir das bases estabelecidas pelas DCN de Medicina em 2001. Apresentamos a seguir os principais resultados dessas diretrizes no quadro 3.

Quadro 3: Sumário das Diretrizes para o ensino da Atenção Primária a Saúde na graduação em Medicina, ABEM/SBMFC, 2001.

Porque ensinar na APS	Contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada e contextualizada, que é centrada nas pessoas e comunidades, possibilitando a interdisciplinaridade
O que ensinar	Abordagem individual e coletiva, com orientação familiar e comunitária, como eixos estruturantes da formação médica
Quando ensinar	Deve ser uma inserção longitudinal e com continuidade ao longo do curso, em um modelo em espiral crescente de complexidade, e de preferência, com atividades na APS em todos os períodos (semestres ou anos) do curso.
Como ensinar	Com metodologias dialógicas e ativas de ensino-aprendizagem, integrando prática e teoria, problematizando e possibilitando uma reflexão sobre a prática profissional, trabalhando em pequenos grupos e com diversidade de cenários e atividades
Onde ensinar	Em unidades de Saúde da Família, ou similares, integradas à rede municipal, articuladas com a rede de atenção à saúde, com estrutura adequada para o recebimento de estudantes e para um efetivo processo de ensino-aprendizagem.
Quem deve ensinar	É fundamental a participação do médico especialista em MFC como docente e preceptor, em parceria com outros profissionais com vivência e competência em APS.

Adaptado de Demarzo et al. (2011)

As referidas diretrizes estabelecem três dimensões de conhecimento para o ensino em APS: abordagem individual, abordagem familiar e abordagem comunitária. Em relação à dimensão individual, destacamos que o futuro médico deve:

- conhecer e utilizar a abordagem clínica centrada na pessoa integral, complexa, interdisciplinar, longitudinal e resolutiva, utilizando as evidências científicas como ferramenta e suporte, porém, singularizando o processo;
- estabelecer o primeiro contato com os pacientes, lidando com problemas não-selecionados e indiferenciados, reconhecendo as incertezas no cotidiano da prática clínica da APS [...];
- reunir e interpretar seletivamente a informação recolhida na anamnese, no exame objetivo e nos exames complementares, e aplicá-la a um plano de ação adequado em colaboração com o paciente [...];
- promover a saúde e o bem-estar, aplicando adequadamente as estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença;
- conciliar as necessidades de cada paciente e as de saúde da comunidade em que ele vive, de acordo com os recursos disponíveis (DEMARZO et al., 2011, p. 144-145).

Na abordagem familiar, o educando deve conhecer e lidar com as distintas fases do ciclo de vida; conhecer e lidar com a estrutura e dinâmica familiar, utilizando os instrumentos do diagnóstico familiar, como o familiograma e o ecomapa; identificar a influência das relações intrafamiliares no processo de saúde-doença. Já a abordagem comunitária deve instrumentalizar o estudante a conhecer e lidar com instrumentos de diagnóstico de saúde da comunidade; identificar a organização da sociedade e da comunidade, os modos de produção presentes e os determinantes sociais do processo saúde-doença; identificar e respeitar a diversidade cultural; compreender o que é o território é dinâmico; reconhecer e desenvolver ações de vigilância em saúde e participar de atividades de educação popular em saúde, compreendendo a existência de diferentes concepções pedagógicas e valorizando o saber popular (DEMARZO et al., 2011).

No ano de 2013 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde realizou o Seminário de Formação Médica para Atenção Básica, com a participação de representantes do governo, das escolas médicas, dos gestores públicos e dos estudantes de Medicina (VARGAS et al., 2019). Os objetivos do evento foram: 1- realizar debates sobre os desafios de prover profissionais médicos segundo a necessidade da APS; 2- conhecer e discutir estratégias de formação deste profissional; e 3- propor estratégias para o aperfeiçoamento da formação médica. As propostas discutidas buscaram reforçar a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão; ampliar as práticas de interiorização do internato por meio de convênios com gestões municipais; valorizar a carreira de docente vinculada à APS; buscar a interação entre graduação e residência médica; e regionalizar os cursos médicos com responsabilidade de prover profissionais em quantidade e de perfil adequado às necessidades locais (VARGAS et al., 2019).

Constatamos que a grande maioria dos estudos sobre a Formação Médica para a Atenção Primária à Saúde, inclusive no Brasil, reforçam a importância dos saberes e práticas da Medicina de Família e Comunidade e o desenvolvimento da formação interprofissional em ambientes de interação ensino-serviço-comunidade. Vasconcelos e Ruiz (2015) em uma revisão integrativa sobre a formação de médicos para o Sistema Único de Saúde, identificaram duas categorias de análise. A primeira foi a “Formação profissional para o SUS” cujos elementos principais foram a diversificação dos cenários de prática, com ênfase nos territórios da Atenção Básica; a integração ensino-serviços de saúde, para o estudante compreender a realidade da atenção à saúde; e, a inserção do estudante, desde o início do curso, na Rede de Atenção à Saúde, para compreender a prática e desenvolver a integralidade das ações. A segunda categoria foi a “educação médica”, onde se valorizou as mudanças no processo ensino-aprendizagem, que precisa estar mais próxima às necessidades de saúde da população; e, a utilização da Medicina de Família e Comunidade no cotidiano do curso, fundamental para a formação de futuros médicos que tenham o cuidado como eixo central de sua prática e que desenvolvam o senso de corresponsabilidade pela saúde integral das pessoas.

A Medicina de Família e Comunidade no Brasil tem seus primeiros passos concretos na década de 70 do século passado (FALK, GUSSO e LOPES, 2012; FERREIRA et al., 2014), sendo reconhecida como a especialidade médica prioritária para implementar as ações no âmbito da Atenção Primária à saúde (SBMFC, 2005; ANDERSON, DEMARZO e RODRIGUES, 2007; FALK, GUSSO e LOPES, 2012; FERREIRA et. al., 2014).

Segundo Anderson, Demarzo e Rodrigues (2007) a Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica eminentemente clínica que desenvolve, de forma integrada e integradora, práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, dirigidas a pessoas, famílias e comunidades. Por seus atributos, torna-se uma disciplina estratégica para a ressignificação das bases estruturais da própria profissão médica, assumindo papel fundamental na constituição de novos paradigmas em saúde, com potencial transformador da prática médica, da formação de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisas, movida por bases mais humanas e comunitárias.

Em 2012 a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade editou o “Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática”, neste compêndio, Trindade e Almeida (2012, p. 377) sinalizam que a MFC é a especialidade médica que:

se ocupa da manutenção e resolução dos problemas de saúde frequentes nas pessoas, famílias ou comunidades, independentemente da idade, sexo, do órgão ou do sistema afetado. É, além disso, a especialidade que se integra em profundidade às ciências biológicas, clínicas e comportamentais, dando o enfoque característico de uma abordagem biopsicossocial e espiritual.

Para a WONCA (2010) o médico de família e comunidade é o especialista responsável por atender os problemas relacionados com o processo saúde-doença, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar. Possui uma visão holística, levando em consideração o contexto biológico, psicológico e social, reconhecendo que a enfermidade está fortemente ligada à personalidade e à experiência de vida da pessoa. Entende a doença como parte do processo vital humano, incluindo as dimensões relacionais, ambientais e espirituais e reconhece a singularidade de cada pessoa em cada contexto na qual sua vida transcorra.

Para Damarzo e outros (2011), Trindade e Almeida (2012) durante a graduação, amparado nas proposições das DCN, o ensino da Medicina de Família e Comunidade no espaço da Atenção Primária à Saúde, contribui para a formação de um médico generalista, uma vez que:

- O estudante é favorecido ao lidar com diferentes aspectos da vida e seus ciclos, na sua complexidade clínica e cultural;
- É possibilitada ao estudante a atuação em relação à pessoa e ao coletivo de forma contextualizada à realidade local;
- Constitui cenário de integração de práticas das diferentes áreas, campos e núcleos de conhecimento (ciências básicas, especialidades médicas e saúde coletiva);
- Contribui para o estudante ter uma compreensão da rede intersetorial de atenção e cuidados em saúde;
- Contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada, possibilitando a interdisciplinaridade;
- Favorece o aumento da resolubilidade clínica ao lidar com condições e problemas complexos e singulares de saúde, de forma contínua e longitudinal;
- Contribui para conceituação de saúde e adoecimento, respeitando o saber do outro e da comunidade local;
- Contribui para a concepção de conhecimento dinâmico e em construção, que articula outros conhecimentos e realidades;
- Favorece o desenvolvimento da competência cultural e dialógica na comunicação em saúde.

No documento intitulado “A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades” da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2005; ANDERSON, DAMARZO e RODRIGUES, 2007), são discutidos os conteúdos de MFC a serem trabalhados na graduação em medicina de acordo com a Sociedade Norte-Americana de Professores de Medicina de Família:

- Conceituação e reconhecimento da importância da Atenção Primária à Saúde, da Medicina Ambulatorial e da Medicina de Família e da Comunidade nos Sistemas Nacionais de Saúde;
- Compreensão e incorporação dos princípios e das atitudes envolvidas com a complementaridade e integralidade das ações médicas e de saúde [...];
- Reconhecimento do papel e da influência da família no estado de saúde de seus componentes [...];
- Conhecimento e desenvolvimento de práticas de promoção, proteção e educação em saúde da população, com desenvolvimento de ações de saúde orientadas pelas necessidades e demandas percebidas através do contato com as famílias e a comunidade;
- Estudo e reflexão sobre os problemas de saúde que mais afetam às pessoas e às populações de centros urbanos e rurais [...];
- Cuidado humanizado e efetivo aos pacientes e suas famílias para a resolução de problemas de saúde e para a promoção de saúde,
- Prática voltada ao sistema de saúde nacional, com compromisso ético e profissional com a saúde da população do próprio país, racionalizando recursos e ações e melhorando os indicadores de saúde populacionais (ANDERSON, DAMARZO e RODRIGUES, 2007, p. 160).

Em 2005, aconteceu a I Mostra Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Graduação, promovida pela SBMFC, que identificou algumas dificuldades para a inserção da MFC durante a formação médica, conforme os gestores das IES:

- 1- Docentes formados no Modelo Flexneriano;
- 2- Articulação incipiente com outras disciplinas do curso;
- 3- Dificuldade dos docentes no trabalho intersetorial;
- 4- Desconhecimento do corpo docente e discente em relação aos princípios da MFC;
- 5- Preconceito/discordância/desvalorização do corpo discente e docente em relação à inserção da MFC na graduação, principalmente na experiência de inserção precoce no currículo;
- 6- Falta de recursos humanos com qualificação na área;
- 7- Pequeno apoio logístico da Instituição de Ensino;
- 8- Dificuldade na relação ensino-serviço de saúde-Secretaria Municipal de Saúde, limitando a inserção do estudante nas Unidades de Saúde Públicas;
- 9- Estudantes apenas observadores das atividades;
- 10- Tempo curto de estágio. (SBMFC, 2005; ANDERSON, DAMARZO e RODRIGUES, 2007).

Durante as atividades da II Mostra Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Graduação, em 2006, docentes que trabalham com MFC em suas instituições de ensino, elencaram as seguintes dificuldades para a inserção desses saberes e práticas nos cursos de graduação em medicina:

- Organização inadequada da rede municipal de saúde;
- Docentes com capacitação inadequada para a especialidade MFC;
- Número insuficiente de docentes envolvidos na atividade;
- Resistência por parte do discentes e pelos docentes de outras especialidades, resultando em apoio institucional insuficiente;
- Infra-estrutura inadequada das unidades de saúde;
- Desconhecimento da especialidade de MFC – confusão entre MFC e Estratégia Saúde da Família;
- Qualificação inadequada das equipes de saúde;

- Pouco entendimento das Diretrizes Nacionais para o curso de graduação em Medicina;  
Violência nas comunidades prejudicando a segurança e o acesso dos estudantes. (ANDERSON, DAMARZO e RODRIGUES, 2007, p. 167).

Entendemos que tais dificuldades, ainda estão presentes no cotidiano das atividades de ensino-aprendizagem em MFC/APS, inclusive nas PIESC. São questões complexas que precisam ser dialogadas continuamente no ambiente interno dos cursos de medicina, na interlocução entre instituições de ensino e secretarias municipais de saúde e no micro-espço das USF envolvendo estudantes, professores, trabalhadores de saúde e usuários.

Por outro lado, a despeito dessas dificuldades, diversos estudos relatam experiências brasileiras bem-sucedidas de inserção da MFC nos cursos de graduação em Medicina (FERREIRA et al., 2014; BEZERRA et al., 2015; ALMEIDA et al. 2016; PEIXOTO, CARVALHO e VILASBOAS, 2017; SILVA et al., 2017), segundo esses autores, a inserção dos estudantes em atividades de ensino-aprendizagem que trabalham os saberes e práticas da Medicina de Família e Comunidade, favoreceu a abordagem integral à saúde das pessoas/famílias, considerando seus aspectos biopsicossociais; a utilização de metodologias problematizadoras, na busca de resolver os problemas de saúde das comunidades/famílias/pessoas; ampliou a interação ensino-serviço-comunidade, embora ainda persista grandes desafios para implementação de um processo de trabalho articulado; a construção do trabalho interprofissional, fortalecendo a gestão e a integralidade do cuidado. Dessa forma, essas experiências contribuíram para a formação de médicos generalistas capazes de desenvolverem o cuidado longitudinal e responderem às necessidades em saúde das pessoas, famílias e comunidade.

Apesar da adoção de diversos projetos/políticas com o objetivo de melhorar a formação médica no Brasil e no mundo, os estudos de Gonçalves e outros (2009), Lampert (2009a), Gomes e outros (2012), Ferreira e outros (2014), Almeida e outros (2016), Batista e outros (2018), Oliveira e outros (2019), ainda apontam para a necessidade avanços no processo de formação do médico no Brasil. Estes autores vislumbram a necessidade da adequação da formação curricular as necessidades reais do SUS e da atenção primária com ênfase na integralidade, no trabalho em equipe multiprofissional, no desenvolvimento da formação interprofissional, no fortalecimento da Medicina de Família e Comunidade, no atendimento centrado no usuário, utilização de metodologias ativas no processo ensino aprendizagem e utilização de novos cenários de prática a partir da integração entre ensino e serviço.

Por todo este corolário discutido, faz-se necessário um processo constante de avaliação da formação do profissional médico no Brasil, a partir de metodologias que garantam a participação e envolvimento de todos os sujeitos e coletivos organizados que participam das atividades de ensino-aprendizagem em todos os cenários de prática.

Reforçamos que, o fortalecimento da Formação Médica na Atenção Primária à Saúde, conforme preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais, colabora com a consolidação da Estratégia de Saúde da Família, favorecendo o desenvolvimento do trabalho interprofissional e colaborativo, ampliando assim, a resolubilidade do cuidado na APS.

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

### 5.1 Tipo e natureza do Estudo

Estudo de caso, de natureza qualitativa utilizando-se dos pressupostos teóricos e metodológicos da Avaliação de Quarta Geração (KING e APPLETON, 1999; GUBA e LINCOLN, 2001; 2011; WETZEL, 2005; KANTORSKI et al., 2009; GUBA e LINCOLN, 2011; PINHO e SINIAK, 2017), abordagem escolhida por compreender que o objeto de estudo, a formação do médico na Atenção Primária à Saúde, é complexo e tem interfaces com aspectos subjetivos associados à cultura, valores éticos e sociais, pensamento político, motivação, atitudes, e outros, que não podem ser quantificados. E também, por entender que a referida abordagem permitirá conhecer, compreender e avaliar as diversas dimensões envolvidas no processo de formação do médico na APS, e, com isso, dialogar com os diferentes sujeitos, buscando mudanças na melhoria do ensino de Graduação em Medicina.

O Estudo de Caso nos permite uma maior interação com o objeto de estudo, favorecendo a compreensão, análise e avaliação dos fenômenos encontrados com a maior amplitude possível (GOLDENBERG, 2011). Para Yin (2015) estudos desta natureza são desafiadores das ciências sociais, pois busca investigar um dado fenômeno contemporâneo em profundidade, em seu contexto real, com muitas variáveis de interesse e utilizando múltiplas fontes de evidências.

De acordo com Gil (2008) o Estudo de Caso vem sendo cada vez mais utilizado pelos pesquisadores sociais, visto ser possível explorar situações da vida real, descrever a situação do contexto em que se realiza a investigação e explicar as causas de determinado fenômeno cuja complexidade impossibilita a realização de levantamentos ou experimentos.

Os estudos de caso são utilizados há muito tempo pela ciência, sendo responsáveis por uma grande produção científica na Psicologia, Antropologia, Sociologia, História, Ciência Política, Educação, Economia, Administração, Biologia e Ciências Médicas (FLYVBJERG, 2011).

A pesquisa qualitativa concentra sua atenção nas relações humanas e nos significados das ações, para poder, assim, compreender a realidade estudada. Dessa forma, não se preocupa, prioritariamente, com a quantificação dos dados, mas sim, com a compreensão e a explicação da dinâmica das relações, que segundo Minayo (2014, p. 57):

[...] (se) aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam [...] além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

Segundo Assis e outros (2018) os estudos de abordagem qualitativa permitem ao pesquisador se aproximar das subjetividades do sujeito, possibilitando assim, desvelar os seus sentidos e significados, ao mesmo tempo em que estabelece articulações com as bases teóricas.

A pesquisa qualitativa é utilizada por várias disciplinas e busca a interpretação dos fenômenos, sendo muito utilizada nas ciências humanas, a partir da utilização de diversas abordagens como a Fenomenologia, Etnografias, Estudos Culturais, Hermenêutica, Psicanálise, Pesquisas de Opinião, entre outros (DENZIN e LINCOLN, 2011).

### **5.1.1 Avaliação de Quarta Geração**

Conforme Onocko-Campos e Furtado (2006) a pesquisa avaliativa deveria contemplar a inclusão de diferentes pontos de vista e valores dos envolvidos com os serviços; viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação; considerar o inevitável caráter político da pesquisa avaliativa e emponderar os grupos envolvidos com os serviços, oportunizando a apropriação dos conhecimentos associados ao processo avaliativo.

Apesar da existência de alguns modelos conceituais e/ou instrumentos para a avaliação da formação médica (GARCIA, 1972; ANDRADE, 1979; ALMEIDA, 1999; ABEM, 2009; BRASIL, 2016a) nenhum deles foi elaborado especificamente para avaliar o processo de construção do conhecimento na Atenção Primária a Saúde, onde o processo saúde-doença-cuidado é dinâmico e possui elementos históricos, culturais, sociais, econômicos, psicológicos, biológicos e ambientais, mediado por diversos sujeitos que possuem valores, crenças, expectativas e intencionalidades diferentes.

Por isso, para este estudo, adotamos a Avaliação de Quarta Geração, que para Furtado (2001) é um método inclusivo e participativo que envolve os diversos interessados em mudanças nos programas e serviços avaliados, tendo como elemento fundamental o processo de discussão e negociação. Dessa forma, é um método que pode responder às questões norteadoras deste estudo.

A Avaliação de Quarta Geração é uma forma de avaliação responsiva onde as reivindicações, preocupações e questões dos chamados grupos de interesse (*stakeholders*)

servem como foco organizacional, base para determinar que informação é necessária, sendo implementada através dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista (FURTADO, 2001, WETZEL, 2005; GUBA e LINCOLN, 2011; PINHO et al., 2011; MIELKE, 2013; NOGUEIRA, 2015).

O termo Grupos de Interesse (GI) identifica organizações, grupos ou indivíduos envolvidos no fenômeno estudado. São formados por indivíduos com características comuns, que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, portanto, estão envolvidos ou potencialmente afetados pelo serviço e pelas eventuais consequências do processo avaliativo. Porém existem diferentes grupos de interesse: os agentes, indivíduos envolvidos em produzir e implementar o serviço; os beneficiários, todas as pessoas que se beneficiam, de alguma forma, com o uso do serviço; as vítimas, pessoas que são afetadas negativamente pelo serviço (KANTOSKI et al., 2009).

A denominação responsiva é utilizada para designar uma forma diferente de focalizar a avaliação em relação aos seus parâmetros e limites. Nos modelos tradicionais, os parâmetros e limites são definidos a *priori* pelo avaliador. Na avaliação responsiva os parâmetros e limites são determinados mediante um processo interativo e de negociação que envolve os grupos de interesse e também o pesquisador/avaliador. O termo construtivista se refere à metodologia empregada para realizar a avaliação e tem as suas raízes em um paradigma de pesquisa que é alternativo ao paradigma científico tradicional, de caráter positivista, em que o pesquisador deve ser neutro, imparcial e distante do fenômeno avaliado (WETZEL, 2005; KANTOSKI et al., 2009; GUBA e LINCOLN, 2011; PINHO et al., 2011; MIELKE, 2013). A avaliação de quarta geração pressupõe um pesquisador/avaliador que esteja inserido no fenômeno e implicado com o processo de mudança da realidade estudada.

O paradigma construtivista é baseado em três premissas fundamentais: ontológica, epistemológica e metodológica. O pressuposto básico do construtivismo ontológico é o relativismo, que nega a existência de uma realidade objetiva, pois compreende que as realidades são construções sociais da mente das pessoas, podendo desta forma existir diversas realidades em um mesmo fenômeno. Epistemologicamente, o pressuposto básico é o subjetivismo transacional, que nega a dualidade sujeito-objeto, compreendendo que existe uma interação entre observador e observado que emerge durante a pesquisa empírica. O pressuposto básico metodológico é hermenêutico-dialético, onde a interação entre observador/observado, ou seja, entre o pesquisador/avaliador e os diversos grupos de interesse, pode construir uma nova realidade a partir dos significados e significações produzidas deste encontro (WETZEL, 2005; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006; GUBA e LINCOLN, 2011; MIELKE, 2013).

Todo o processo da avaliação é hermenêutico porque possui um caráter interpretativo e, dialético por fazer a comparação e o contraste dos diferentes pontos de vista dos sujeitos envolvidos, afim de construir a síntese analítica. A finalidade do processo é elaborar a conexão entre as diferentes construções, buscando chegar ao consenso, quando for possível e, quando não for possível, expor e clarificar os diferentes olhares para construir uma agenda de negociação (MIELKE, 2013).

Para a operacionalização da AQG utilizamos o Círculo Hermenêutico Dialético (CHD), retratado na figura 6, conforme proposto por Wetzel (2005), Guba e Lincoln (2011), Nogueira (2015), Pinho e Siniak (2017).

O CHD iniciou a partir do R1, identificado como Participante 1 (P1), escolhido em função de sua posição estratégica em relação ao fenômeno estudado. Após a entrevista de P1, recortamos os temas centrais contendo suas concepções, preocupações, reivindicações, ideias e valores, por mim analisados enquanto pesquisador/avaliador, na formulação da primeira Construção (C1). Desta forma a análise dos dados empíricos aconteceu simultaneamente à coleta. Em continuidade ao CHD, o segundo participante (P2) foi entrevistado e, após expor suas questões, foi convidado a comentar as ideias da construção C1. Como resultado, a entrevista de P2 produziu informações não apenas dele, mas também a crítica à construção de P1. O pesquisador/avaliador então, realizou a segunda análise, elaborando a construção (C2), considerada uma síntese mais sofisticada baseada nas informações de P1 e P2. Este ciclo foi repetido até o último entrevistado.

Durante a realização do CHD além das questões guias presentes no roteiro da entrevista, introduzimos outros elementos que surgiram das observações de campo e dos documentos analisados. Wetzel (2005), Guba e Lincoln (2011) e Mielke (2013) sinalizam que o círculo não se limita aos participantes e pesquisador/avaliador, podendo ser inseridos outros dados de acordo com a oportunidade e a necessidade, sempre na busca do entendimento do fenômeno estudado. Furtado (2001) afirma que o CHD permite a construção e reconstrução da realidade, favorecendo a compreensão dos fatos.

Figura 6: Círculo Hermenêutico Dialético



Fonte: Guba e Lincoln (2011)

Finalizado o círculo hermenêutico dialético realizamos o processo de negociação, momento destinado a mostrar e levar ao conhecimento dos grupos de interesse toda a gama de informações coletadas e analisadas pelo pesquisador/avaliador através do CHD (KOCH, 2000; GUBA e LINCOLN, 2011, MIELKE, 2013, NOGUEIRA, 2015). Este momento aconteceu na forma de roda de conversa (CAMPOS, 2007a), onde emergiram contradições que foram discutidas e, num processo dialético, estabelecido consensos e elaborado as construções finais (CF) em substituição às construções anteriormente desenvolvidas.

Durante o processo de negociação podem existir três caminhos a serem considerados: 1) resolução total, resolução incompleta ou parcial e não resolução. A resolução total é quando alguma demanda é totalmente resolvida e as ações a serem tomadas são definidas; 2) a resolução incompleta ou parcial pode acontecer por diversas razões, neste caso, as ações para resolver os problemas, serão adiadas até a realização de mais estudos e considerações; 3) a não resolução ocorre quando construções diferentes, provavelmente rivais, permanecem, o que implica a necessidade de continuar a trabalhar o problema (WETZEL, 2005; GUBA e LINCOLN, 2011; MIELKE, 2013).

Esclarecemos que, a avaliação de quarta geração é retratada no segundo artigo científico produzido na Tese, apresentado no capítulo de análise e discussão de resultados. Ressaltamos também, que não foi possível estabelecer consensos para todas as questões

discutidas, cabendo ao pesquisador/avaliador, delimitar as questões divergentes e competitivas, estabelecendo uma base para discussões e esforços futuros na busca pelo consenso.

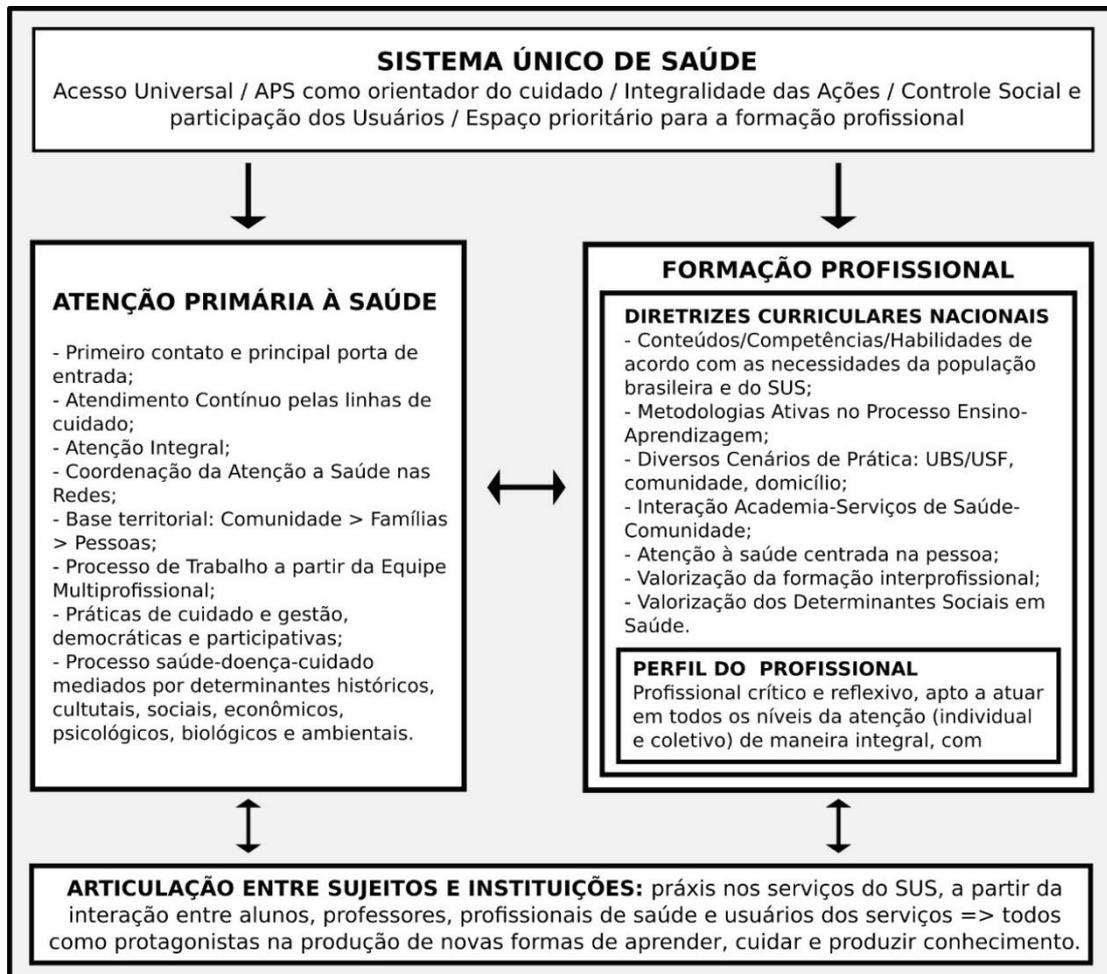
Enfim a avaliação de quarta geração é um processo participativo que busca promover o empoderamento dos diversos grupos de interesse que estão envolvidos num dado fenômeno e que procuram, a partir de um processo negociado, transformar e melhorar a realidade. A utilização desta metodologia proporcionou uma reflexão sobre a práxis das PIESC e contribuiu para o processo de mudança deste componente curricular, com vistas a se congregarem às novas determinações das DCN 2014.

## **5.2 Modelo Teórico da Avaliação**

Alguns autores (MEDINA, SILVA, AQUINO, HARTZ, 2005; FURTADO, 2006; CHAMPAGNE, BROUSSELLE, HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2011) sinalizam a necessidade de estabelecer um modelo lógico ou teórico para orientar o processo de avaliação. Sugerem a construção de um esquema visual que contemple as principais hipóteses/suposições sobre o programa e ou serviço que será avaliado, descrevendo o problema, a população-alvo, o contexto visado pela intervenção e o possível caminho que nos leva aos resultados esperados.

Na figura 7 apresentamos o modelo teórico construído para balizar as análises deste estudo a partir das bases teóricas consultadas.

Figura 7: Modelo Teórico construído para avaliar as atividades do componente curricular Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) do curso de medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), 2018.



Fonte: elaborado pelo autor.

### 5.3 Campo de Estudo

O estudo foi desenvolvido na Universidade Estadual de Feira de Santana, criada em 1976, que assumiu, durante os seus 43 anos de existência, um papel fundamental no desenvolvimento científico e cultural do semiárido baiano. Atualmente oferta à comunidade 31 cursos de graduação, 18 programas de pós-graduação Stricto Sensu e 7 cursos Latu Sensu, é uma instituição pública e gratuita que busca excelência em ensino, pesquisa e extensão para aproximadamente 8650 estudantes. No fomento à cultura, a UEFS mantém o Museu Casa do Sertão, com um acervo voltado às tradições sertanejas; o Centro Universitário de Cultura e Arte (CUCA) que oferta cursos de música, canto e teatro à comunidade feirense e o Observatório

Astronômico Antares que apresenta exposições/filmes temáticas sobre o cosmos em seu foyer e planetário (UEFS, 2019).

Assumindo um protagonismo na área da saúde, a UEFS através do Departamento de Saúde (DSAU), possui cinco cursos de graduação: Enfermagem, Odontologia, Ciências Farmacêuticas, Educação Física e Medicina. O DSAU abriga o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva que oferece o mestrado acadêmico e o doutorado; o mestrado profissional em Enfermagem; o mestrado profissional em Saúde Coletiva; e o Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas que oferta o curso de mestrado.

O Curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana foi implantado no ano de 2003 e incorporou as deliberações das Diretrizes Curriculares Nacionais publicadas na Resolução CNE/CSE Nº 4 de 07 de novembro de 2001, cuja proposta é formar um médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da atenção, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

Em seu Projeto Político Pedagógico enfatiza que o egresso, ao concluir o curso, deve estar apto a:

- **exercer a medicina, com postura ética e visão humanística, visando o bem do paciente, de sua família e da comunidade;**
- permanecer capacitado, mediante a prática da educação permanente;
- dominar as técnicas de leitura crítica, indispensáveis frente à sobrecarga de informações e à transitoriedade de conhecimentos teóricos e técnicos;
- **dominar os conhecimentos formadores do embasamento científico de natureza biopsicossocial subjacentes à prática médica;**
- realizar os procedimentos necessários à promoção da saúde e à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças de maior prevalência epidemiológica e importância social.
- utilizar procedimentos semiológicos e terapêuticos, dentro de critérios científicos de indicação e contra-indicação, limitações, riscos e confiabilidade;
- **atuar dentro do sistema único de saúde, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e equidade que o fundamentam;**
- atuar em equipe multiprofissional, assumindo, quando necessário, o papel de coordenador e relacionando-se com os demais membros em bases éticas;
- **ter uma visão social do papel do médico, engajando-se no processo de formulação das políticas de saúde;**
- **informar e educar seus pacientes, os familiares e a comunidade, em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas adequadas de comunicação;**
- conhecer as principais características do mercado de trabalho, onde deverá inserir-se, procurando atuar em termos dos padrões locais, buscando sempre o seu aperfeiçoamento. UEFS (2015, p. 47)

Nessa perspectiva, o curso de medicina da UEFS se propõe a formar médicos que compreendam o processo saúde-doença-cuidado a partir de determinantes sociais, culturais, históricos, biológicos, comportamentais, psicológicos, ecológicos e éticos; atuando nos níveis individual e coletivo; prestando atenção em toda a linha da vida; buscando sempre a integralidade da atenção à saúde com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; e compreendendo a Atenção Primária à Saúde como eixo norteador do cuidado (PEIXOTO et. al., 2017).

Conforme proposto pelas DCN de 2001, o curso adota metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, mais especificamente a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Metodologia da Problematização. Desta forma, o curso prioriza a aprendizagem centrada no estudante que tem papel ativo em seu processo de formação. O professor atua como mediador no processo de ensino-aprendizagem e os estudantes têm a oportunidade de ingressar em um curso que, desde os primeiros dias, os convoca a pensar, refletir, discutir, analisar e agir sobre as temáticas e os conteúdos pertinentes à formação médica relacionados com a realidade na qual estão inseridos (PEIXOTO et. al., 2017). Segundo Paulo Freire (1975, p.62):

[...] a educação... que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres 'vazios' a quem o mundo 'encha' de conteúdos, mas dos homens como 'corpos conscientes' e na consciência como consciência intencionada ao mundo. Transformam-se de meros receptores e reprodutores de informações pré-processadas e passam a desenvolver estratégias para um melhor aprender (aprender a aprender).

O curso é dividido em dois momentos, inicialmente temos o ciclo básico, que acontece nos quatro primeiros anos do curso, sendo orientado em três eixos: 1) atividade em grupos tutoriais, a partir da resolução de problemas, o que possibilita ao estudante a construção da fundamentação teórica e a discussão de aspectos biopsicossociais relacionados à patologia estudada; 2) habilidades e atitudes clínicas, onde os estudantes treinam as habilidades técnicas e socioafetivas e adotam atitudes éticas, responsáveis e sensíveis na atenção clínica ; 3) Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade, em que se promove a aproximação do estudante com os problemas e práticas de saúde existentes em comunidade do município, tendo uma Unidade de Saúde da Família como referência. No ciclo profissionalizante, nos dois últimos anos do curso, acontece o internato médico onde o estudante realiza atividades clínicas, na forma de estágio supervisionado, em diferentes cenários de prática. No anexo A encontra-se o fluxograma com a grade curricular do curso.

Esse estudo buscou avaliar as atividades de ensino das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade, essa escolha foi intencional, pois, embora a APS devesse ser

um tema transversal abordado em todos os componentes curriculares do curso, conforme preconiza as DCN (BRASIL, 2001; 2014a) e a ABEM/SBMFC (DEMARZO, 2011), a experiência deste pesquisador/avaliador como docente do curso de medicina da UEFS há 13 anos, membro do colegiado do curso há 9 anos e membro da comissão de avaliação do curso por 10 anos, mostra que efetivamente são nas PIESC que os educandos constroem o conhecimento sobre a Atenção Primária a Saúde.

Corroborando as orientações da Política Nacional de Atenção Básica que tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da ABS, as PIESC têm como eixo norteador os conhecimentos e saberes da Medicina de Família e Comunidade e da Saúde Coletiva, sendo desenvolvida em comunidades em situação de vulnerabilidade social e epidemiológica, tendo como referência Unidades de Saúde da Família da rede municipal de saúde de Feira de Santana-Bahia-Brasil.

As PIESC utilizam como metodologia de ensino, a educação problematizadora, onde o aprendizado é construído a partir de problemas reais e da vivência de experiências significativas. Nesta metodologia, aproveita-se a realidade de saúde das comunidades/famílias/pessoas trabalhados e a inserção crítica dos estudantes e professores nessas experiências, para construir novos saberes a cada ano letivo (PEIXOTO, CARVALHO e VILASBOAS, 2017). Constituem-se de atividades que reúnem os estudantes, os professores, os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e os membros da comunidade local em torno do objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas/famílias/comunidade, a partir do desenvolvimento de ações no âmbito da “porta de entrada” do sistema.

As atividades são desenvolvidas nos quatro primeiros anos do curso, onde nos dois primeiros anos, nas PIESC I e II, o foco central é o aprendizado sobre a dinâmica da comunidade tomando-se como referencial o campo da Saúde Coletiva, os discentes desenvolvem competências e habilidades referentes a territorialização da área de abrangência da USF, o diagnóstico situacional da comunidade, o planejamento e programação local em saúde e a execução de ações de promoção, prevenção, educação, capacitação e acompanhamento de doenças e agravos a nível coletivo e individual.

No terceiro e quarto anos, nas PIESC III e IV, o foco do aprendizado são as famílias/pessoas a partir do referencial da Medicina de Família e Comunidade, os discentes desenvolvem competências e habilidades de Gestão do Cuidado e Clínica Ampliada, com a elaboração e a execução de Projetos Terapêuticos Familiares, mediante a realização de ações integrais (individuais e coletivas) de promoção da saúde, prevenção dos agravos mais

frequêntes, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde no domicílio e na USF, de modo articulado com os serviços de referência municipal.

Para o desenvolvimento das atividades das PIEESC, a turma de 32 alunos é dividida em quatro grupos de oito alunos e, cada grupo desse, é alocado em uma Unidade de Saúde da Família, na qual permanece ao longo dos quatro anos de atividade. Dessa forma acreditamos que é possível construir vínculos e assumir responsabilidades com a EqSF, com a equipe do NASF e com as pessoas/famílias/comunidade. Cada grupo de alunos é acompanhado por um professor de saúde coletiva nos PIEESC I e II; e, por um professor de saúde coletiva e um professor da área clínica (medicina de família e comunidade, clínica médica, pediatria e ginecologia, a depender do rodízio) nos PIEESC III e IV.

Intencionalmente, trabalhamos com a turma do PIEESC IV, por estarem concluindo o ciclo de processo ensino-aprendizado na Atenção Primária à Saúde proposto pelas PIEESC e por possuírem um vínculo construído, ao longo de quatro anos, com a EqSF, NASF e as pessoas/famílias acompanhadas. No ano letivo 2018.0 o PIEESC IV atuou em quatro unidades de saúde da família: USF Campo Limpo II, USF Campo Limpo VI, USF Sobradinho I e USF Novo Horizonte.

Optamos por trabalhar com duas unidades de saúde, a primeira foi a USF Novo Horizonte situada na periferia, com áreas urbana e rural, estando inserida no curso de medicina da UEFS desde a sua implantação, já tendo concluído quatro ciclos das PIEESC. A segunda foi a USF Sobradinho I, situada dentro área urbana do anel de contorno de Feira de Santana e que estava concluindo o seu primeiro ciclo de atividades do PIEESC.

## **5.4 Participantes do Estudo**

O processo de ensino-aprendizagem desenvolvido nas PIEESC a partir da metodologia da problematização, promove o encontro de quatro grupos de interesse: estudantes, professores, profissionais de saúde das EqSF/NASF e os usuários das USF. Trabalhamos com participantes dos quatro GI, por entendermos que o processo de construção do conhecimento no campo da APS necessita da interação desses diversos sujeitos que possuem interesses, expectativas, preocupações, intencionalidades e subjetividades diferentes.

Realizamos um único Círculo Hermenêutico Dialético com participantes dos quatro grupos de interesse envolvidos nas atividades do PIEESC IV nas USF Sobradinho I e Novo Horizonte. Conforme Wetzel (2005) os círculos não necessitam ser aberto com pessoas

similares, mas também podem ser formados por pessoas diferentes umas das outras. Entendemos que a construção do conhecimento em APS acontece a partir da interação entre os diversos saberes e práticas de todos os sujeitos envolvidos, por isso a opção por formar o CHD com participantes dos quatro grupos de interesse. Esta decisão também se ampara em Furtado (2001) ao defender que a avaliação deve ser um processo sensível ao meio, compreensiva e incluyente das diferentes construções dos grupos de interesse envolvidos com o objeto a ser avaliado e, conseqüentemente, cada avaliação deve ser construída e direcionada para o contexto específico em que será utilizada.

Os participantes do estudo foram nominados da seguinte forma:

- Grupo de Interesse 1 (GI-1): alunos do curso de medicina da UEFS matriculados e frequentando regularmente o PIESC IV;
- Grupo de Interesse 2 (GI-2): professores do curso de medicina da UEFS que tenham atuado no PIESC por pelo menos um ano letivo;
- Grupo de Interesse 3 (GI-3): profissionais de saúde das EqSF ou do NASF que tenham tido a experiência de acompanhar um grupo do PIESC por pelo menos um ano letivo;
- Grupo de Interesse 4 (GI-4): usuários das USF que tenham sido acompanhados pelas PIESC por no mínimo um ano letivo

A quantidade de participantes foi definida a partir da saturação teórico empírica (MINAYO, 2017; NASCIMENTO et. al., 2018) que sinalizam o fim da coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado. Conforme Minayo (2017) uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo. Neste sentido, buscamos não apenas a intensidade do fenômeno, ficando o pesquisador mais atento com a dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas.

A expectativa inicial era realizar o Círculo Hermenêutico Dialético com 06 participantes do GI-1 (estudantes), 07 participantes do GI-2 (professores), 06 participantes do GI-3 (profissionais de saúde) e 06 participantes do GI- 4 (usuários), num total de 25

participantes. Entretanto, no desenvolvimento do CHD, ao analisarmos as construções elaboradas a partir das ideias centrais de cada participante, percebemos a repetição dos relatos sobre o fenômeno em estudo, a partir do décimo sétimo participante, por isso, decidimos finalizar o CHD com o décimo oitavo participante. Desta forma, a amostra final foi composta por: 04 estudantes, 06 professores, 05 profissionais de saúde e 03 usuários. Cabe ressaltar que a dinâmica inicial previa entrevistas alternadas com um participante de cada grupo de interesse, entretanto, durante a operacionalização do CHD, em alguns momentos houve a necessidade de substituir o participante agendado por outro, por isso, a diferença entre o número de participantes de cada GI.

Esta Tese é um recorte do projeto “Formação Médica na Atenção Primária à Saúde nos cursos de graduação em Medicina da Bahia, Brasil” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS pela CAAE nº. 70651117.1.0000.0053 (ANEXO B), e, respeitamos as Resoluções 466/12 (BRASIL, 2012) e 510/16 (BRASIL, 2016b) do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram convidados a colaborar com estudo, sendo esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios. Após as explicações todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apêndices A e B.

## **5.5 Técnicas e instrumentos de Coleta de Dados**

A Avaliação de Quarta Geração utiliza essencialmente os dados primários que, nesta pesquisa, foram coletados através da entrevista com cada participante durante a realização do CHD; da observação do processo de trabalho realizado por estudantes, professores, profissionais das EqSF/NASF e usuários, durante as atividades de ensino-aprendizagem das PIESC; da análise dos documentos do curso de medicina da UEFS, do MEC e MS; e, da negociação realizada, numa roda de conversa entre o pesquisador/avaliador e os participantes, após o término do Círculo Hermenêutico Dialético.

A entrevista permite ao pesquisador obter informações sobre o objeto de estudo, através da fala dos participantes. Para Richardson (2010) a entrevista é importante pois proporciona o estreitamento das relações entre as pessoas, facilitando o acesso à informações relevantes sobre o fenômeno em estudo. Durante a entrevista o pesquisador pode estabelecer uma comunicação através das perguntas e respostas e criar significados com base na exploração e análise das respostas do entrevistado (AGUIAR et al., 2018). Para Minayo (2014), é uma técnica em que podemos obter dados de duas naturezas: os que dizem respeito às informações

que o pesquisador poderia obter através de outras fontes, a exemplo de registros estatísticos, e, os que se referem diretamente ao informante como crenças, valores e opiniões.

Neste estudo, realizamos entrevistas semiestruturadas conforme Gil (2008), Minayo (2014), Aguiar e outros (2018), esta modalidade de entrevista permite ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador/avaliador. Com a utilização desta técnica foi possível nos aproximar das subjetividades que cercam o processo de formação médica na APS durante as atividades das PIEESC, a partir das experiências individuais vividas por cada um dos participantes.

Utilizamos um único roteiro para todos os grupos de interesse, com perguntas abertas (APÊNDICE C, D, E, F), construídas a partir de questões norteadoras do estudo com a finalidade de alcançar os objetivos propostos. Entretanto, no decorrer da execução do CHD, ao roteiro inicial foram acrescentados as construções elaboradas, bem como, elementos que surgiram durante a observação de campo, corroborando Mielke (2013), que sinaliza que, durante o desenvolvimento do Círculo Hermenêutico Dialético, no desenrolar das entrevistas, podemos introduzir questões vivenciadas durante as observações e também acrescentar informações oriundas de dados secundários (documentos e referenciais) e da construção ética do avaliador.

As entrevistas foram gravadas, mediante a autorização dos participantes, transcritas e codificadas para garantir a confidencialidade dos informantes. Posteriormente, as transcrições foram entregues aos participantes que, após ler e validar as informações, autorizaram o uso das informações. As entrevistas que compuseram o Círculo Hermenêutico Dialético aconteceram no período de maio a setembro de 2018.

Outra técnica usada foi observação que utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, não se restringindo apenas a ver e ouvir, mas também em examinar fatos e fenômenos que se desejam estudar (LAKATOS e MARCONI, 2007). Observando pessoas, ambientes, comportamentos e interações, é possível aproximar-se do que as pessoas efetivamente fazem no cotidiano, dessa forma, a observação preenche lacunas que outras técnicas não são capazes de alcançar, a exemplo da entrevista, pois ao simplesmente obter respostas, não podemos afirmar que estas condizem com a realidade (QUEIROZ, 2018).

Optamos por utilizar a técnica da Observação Participante que segundo Minayo (1999, p. 59),

[...] se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados.

Essa técnica nos permitiu interagir direto com os participantes do estudo, vivenciando uma série de situações reais que não poderiam ser captadas e compreendidas por outros meios. O conteúdo das observações foi registrado em diário de campo de modo descritivo e reflexivo. Neste instrumento, relatamos comportamentos, ações e atitudes dos participantes durante o processo de trabalho das PIESC, bem como, condições de infraestrutura e recursos das USF e da UEFS. As reflexões foram anotadas a partir da interação do pesquisador/avaliador com cada evento observado, onde foram registrados questionamentos, percepções e possibilidades de mudança. O roteiro da Observação encontra-se no apêndice G. As observações foram realizadas entre abril e setembro de 2018.

Para subsidiar a execução do CHD, procedemos a análise de documentos que regem o curso de Medicina da UEFS como o Projeto Político Pedagógico (UEFS, 2015), as ementas e manuais das PIESC, dos módulos tutoriais, de habilidades e atitudes clínicas e do internato; documentos do MEC que norteiam a graduação em Medicina com as Diretrizes Nacionais Curriculares; documentos do Ministério da Saúde que referenciam as ações da APS/ESF no contexto do SUS; e, documentos afins elaborados por instituições médicas como: Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Educação Médica, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

A análise de documentos é apresentada com mais detalhes no terceiro produto da tese, o artigo científico analisa a correlação entre os componentes curriculares que abordam os conhecimentos e práticas do cuidado à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. A escolha desses problemas de saúde ocorreu em virtude do SUS adotar a APS como locus privilegiado para o enfrentamento destas doenças (BRASIL, 2006b; 2006c; 2013b; 2013c), e também, por terem sido os dois problemas priorizados pelos usuários das USF, locus de atuação do PIESC, ao longo dos dezesseis anos de existência do curso de Medicina da UEFS.

A última etapa de apreensão dos dados primários ocorreu durante o processo de negociação entre os grupos de interesse, neste momento, o pesquisador/avaliador apresentou aos participantes do estudo os resultados do Círculo Hermenêutico Dialético, expondo as construções elaboradas que orientavam as concepções, preocupações, reivindicações, conflitos, valores e questões levantadas por todos envolvidos no processo de avaliação.

A negociação realizou-se a partir de uma roda de conversa, segundo Campos (2007a) um espaço coletivo onde é possível criar um ambiente democrático e reflexivo, onde todos os participantes tiveram a oportunidade de dialogar sobre as informações trazidas e buscar a solução para os problemas encontrados.

Para este momento, elaboramos um quadro síntese (APÊNDICE H), entregue a cada participante, que continha a pergunta-guia e a respectiva construção formulada durante CHD, bem como, questões elaboradas, a partir das ideias centrais dos participantes, para serem discutidas e resignificadas pelo grupo durante a negociação.

A negociação aconteceu no dia 12 de setembro de 2018. Esse momento foi gravado e também realizamos um registro escrito, *in loco*, por um pesquisador convidado, pretendendo assim, registrar todas as subjetividades e intencionalidades envolvidas neste processo, bem como, pactuar soluções para os problemas encontrados.

As experiências do pesquisador/avaliador como docente há vinte e cinco anos na área de Atenção Primária a Saúde, sendo treze anos no curso de medicina da UEFS, trabalhando no ensino, pesquisa, extensão e gestão, também foram utilizadas no contexto do estudo.

## **5.6 Explicação e análise da realidade empírica**

A análise da Avaliação de Quarta Geração é realizada em paralelo à apreensão dos dados empíricos e a incorporação do Círculo Hermenêutico Dialético, sendo descrito, por diversos autores, a utilização do Método Comparativo Constante (WETZEL, 2005; MIELKE, 2013; WETZEL et al., 2017). Nesse estudo a análise transcorreu simultaneamente a coleta de dados, porém o processo de explicação da realidade empírica foi fundamentado na Hermenêutica-Dialética. Segundo Alencar, Nascimento e Alencar (2012) no estudo intitulado “Hermenêutica Dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica” a análise de dados permeia todo processo de investigação, iniciando pela coleta de dados, ocorrendo de forma dinâmica, a partir da busca da compreensão e análise minuciosa dos aspectos apreendidos. Meirelles, Hypolito e Kantorski (2012) em um estudo sobre a avaliação do processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial utilizaram a Avaliação de Quarta Geração usando a Hermenêutica-Dialética como método de análise, portanto é um método que se adequa e fundamenta os pressupostos da AQG.

De acordo com Habermas (2003) a ciência compreensiva se articula à Filosofia Hermenêutica, sendo uma ciência que possibilita compreender o mundo de uma forma mais participativa, sendo assim, o pesquisador só pode conhecer o fenômeno através de sua interação e participação direta, portanto é uma ciência que busca a verdade contextualizada na realidade. Ao discutir sobre a Hermenêutica na linguagem científica, este autor afirma que:

a hermenêutica considera a linguagem, por assim dizer, em ação, a saber, da maneira como é empregada pelos participantes com objetivo de chegar à compreensão conjunta de uma coisa ou a uma maneira de ver comum. (HABERMAS, 2003, p. 41).

Para Gadamer (2007) a Hermenêutica busca compreender a realidade de um fenômeno, para tanto, deve existir o diálogo do sujeito consigo mesmo, com os outros sujeitos e com o objeto. A verdade não está no sujeito, tampouco no objeto, mas na interação, no diálogo entre sujeito e objeto, que acontece em um determinado contexto histórico. Por isso, a verdade é provisória, pois os fenômenos são analisados em sua historicidade e a partir dos preconceitos dos sujeitos que possuem história de vida diferentes e que podem mudar com o tempo.

Compreender um texto envolve não somente nossa compreensão prévia e nosso contexto cultural específico, mas também nossa própria situação concreta no momento que realizamos essa atividade (MISSAGGIA, 2012, p. 10)

Segundo Minayo (2013) a Hermenêutica procura as bases do consenso e da compreensão na tradição e linguagem, para tanto, se propõe a compreender os símbolos, significados e intencionalidades contextualizados no momento histórico.

Neste estudo, corroborando Gadamer (2007), buscamos compreender a formação médica durante as atividades de ensino das PIESC a partir da comunicação, interação, diálogo e argumentação com os participantes, na intersubjetividade das relações estabelecidas no processo de trabalho nas USF e na universidade.

Já para Zago (2013) a dialética se propõe a compreender a realidade considerando a totalidade como dinâmica e em constante construção social, se constituindo num esforço para perceber as relações reais (sociais e históricas) presentes nos fenômenos. O método dialético trabalha com a realidade concreta, sendo esta, diferenciada, relacional, dinâmica e contraditória, onde o conflito de contrários produz avanços na realidade num processo histórico de transformação progressiva e constante, que pode ser evolucionária ou revolucionária (MASSON, 2007; ALVES, 2010).

A dialética articula as ideias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social (MINAYO, 2013).

A articulação entre a hermenêutica e a dialética tem sido muito utilizada por pesquisadores qualitativos na compreensão dos fenômenos sociais, segundo Minayo (2013, p. 101):

Uma análise hermenêutica-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório. Portanto, levando em conta que os indivíduos vivendo determinada realidade pertencem a grupos, classes segmentos diferentes, são condicionados por tal momento histórico e, por isso, podem ter, simultaneamente, interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem.

O processo hermenêutico e dialético é o caminho para a realização de uma avaliação com abordagem construtivista e responsiva. Pois, a hermenêutica tem caráter interpretativo, enquanto a dialética propõe a comparação e contraste de diferentes pontos de vista. A proposta desse processo não é justificar uma determinada construção ou atacar as fragilidades de outras, mas sim, construir uma forma de conexão que leve à exploração mútua de todas as partes (KANTOSKI et. al., 2009; GUBA e LINCOLN, 2011).

Neste estudo a Hermenêutica-Dialética possibilitou a compreensão do processo de formação médica na APS durante as atividades de ensino-aprendizado das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade, apreendendo as concepções, preocupações, reivindicações, ideias e valores de cada participante e dialogando com as contradições e oposições desvendadas, para assim, iniciar um processo de mudança na práxis das PIESC.

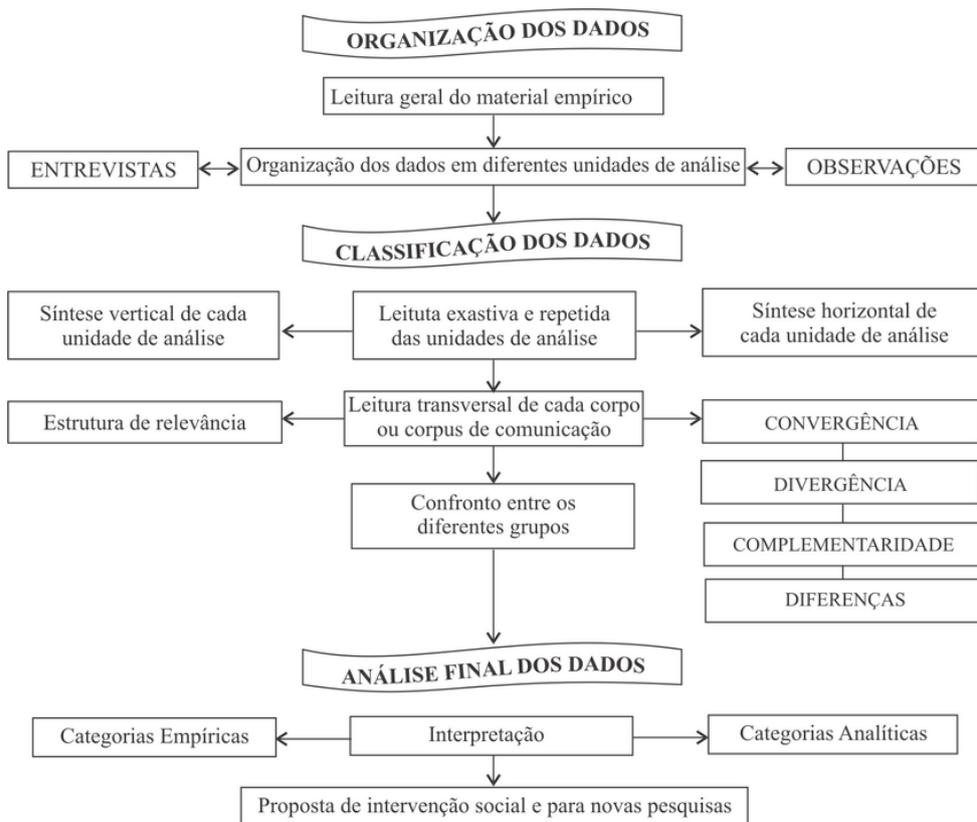
O momento da análise foi norteado pelo fluxograma analisador construído por Assis e Jorge (2010), e, utilizado por Alencar, Nascimento e Alencar (2012), Araújo e Nascimento (2016), Assis e outros (2018), que sistematizam o método de Análise Hermenêutica-Dialética em três etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final dos dados (FIGURA 8). Sendo essas etapas interdisciplinares, dinâmicas e intercomplementares.

A Organização dos dados tem como objetivo estabelecer uma identificação com o material empírico coletado, para tanto, todas as entrevistas são transcritas e, em seguida, realiza-se uma leitura preliminar do material, juntamente com os dados das observações e documentos (ASSIS e JORGE, 2010; ALENCAR, NASCIMENTO e ALENCAR, 2012; ARAÚJO e NASCIMENTO, 2016; ASSIS et al., 2018).

A classificação dos dados possibilita a construção dos dados empíricos a partir dos pressupostos teóricos e da teoria que sustenta a pesquisa. Num primeiro momento, realiza-se a leitura exaustiva e flutuante das entrevistas, documentos e observações, com a finalidade de visualizar as ideias centrais e os núcleos de sentido, criando um *corpus* ou corpo de comunicações. Realiza-se então, a síntese horizontal que possibilita identificar convergências, divergências, complementaridades e diferenças das falas de cada entrevistado, além das impressões da observação sistemática e dos documentos selecionados; e, a síntese vertical permite uma ideia geral de cada entrevistado sobre todos núcleos de sentido. Por fim, faz-se

uma leitura transversal de todo material empírico, promovendo o confronto de ideias entre as diferentes representações dos sujeitos, retomando as questões norteadoras, os objetivos, os pressupostos e a base teórica do estudo, para assim, eleger as categorias de análise (ASSIS e JORGE, 2010; ALENCAR, NASCIMENTO e ALENCAR, 2012; ARAÚJO e NASCIMENTO, 2016; ASSIS et al., 2018).

Figura 8: Fluxograma Analisador.



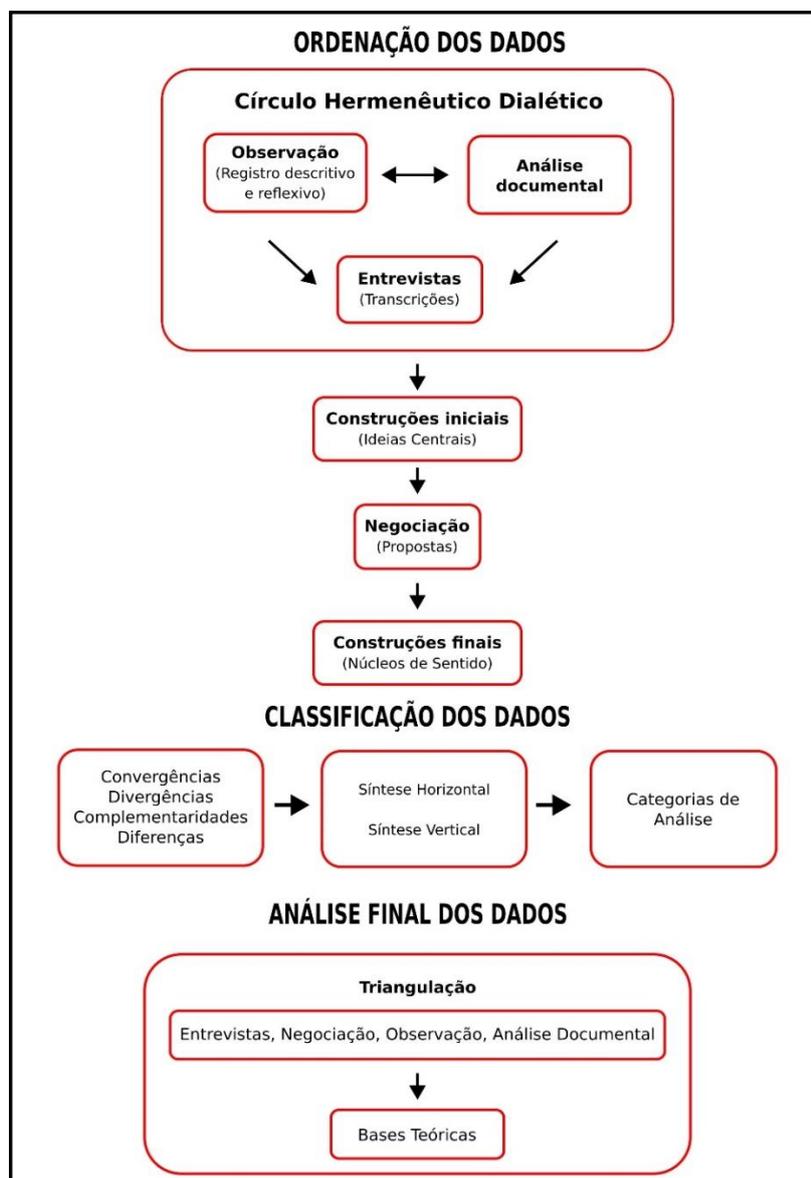
Fonte: Assis e Jorge (2010).

A etapa da análise final de dados consiste na triangulação do material empírico e das bases teóricas. A triangulação de dados é uma técnica usada em pesquisa qualitativa, onde a intersecção de diferentes olhares e falas possibilitam a verificação e validação da pesquisa. Segundo Minayo (2005) a triangulação significa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, contendo a visão de vários informantes, a partir do emprego de diversas técnicas coleta de dados durante o processo de investigação científica.

Para a aplicação do fluxograma analisador neste estudo, foram necessárias algumas adaptações (FIGURA 9) visto que para a execução do CHD se fez necessário analisar as entrevistas imediatamente após a sua realização, afim de elaborar a construção que era

apresentada ao próximo participante. Por isso, a etapa de ordenação aconteceu simultaneamente à coleta de dados.

Figura 9: Fluxograma Analisador Adaptado.



Fonte: elaborado pelo autor.

Após cada entrevista realizada no desenvolvimento do Círculo Hermenêutico Dialético, procedemos a transcrição do áudio, realizamos a leitura do conteúdo da entrevista, associamos o teor deste relato às questões verificadas durante a observação e aos elementos provenientes dos documentos consultados, em seguida, identificamos as ideias centrais do entrevistado, e, por fim, elaboramos as construções de cada participante. Com a finalidade de

orientar este momento da análise, elaboramos uma planilha síntese que se encontra no apêndice I.

As informações relativas a cada questão proveniente do CHD, foram agrupadas em quadros síntese e apresentados durante a negociação. As discussões realizadas pelo grupo nesta etapa, contemplou as ideias/soluções propostas pelos participantes para as questões que emergiram durante o estudo. Este momento nos permitiu vislumbrar os possíveis núcleos de sentido.

Após a conclusão do CHD e da negociação, iniciamos a etapa de classificação dos dados, quando procedemos uma leitura exaustiva e flutuante das transcrições das entrevistas, registro das observações, construções elaboradas, propostas da negociação e documentos utilizados, neste momento, pudemos construir a síntese horizontal de cada núcleo de sentido que contém informações de todos os participantes do CHD, o que nos permitiu realizar uma filtragem das ideias mais relevantes, relacionadas ao objeto, às questões orientadoras e as bases teóricas do estudo, buscamos então, estabelecer as convergências, divergências, complementaridades e diferenças, pertinentes à todos envolvidos no processo. Por fim, elaboramos a síntese vertical que possibilitou uma ideia geral de cada participante sobre todos os núcleos de sentido.

As sínteses horizontal e vertical, criaram um *corpus* referente à cada núcleo de sentido, que permitiu conhecer as concepções, preocupações, reivindicações, conflitos, valores e questões levantadas ao final do Círculo Hermenêutico Dialético por todos participantes.

A leitura transversal de cada *corpus* possibilitou o confronto de ideias entre as diferentes representações dos participantes. Podemos então, retornar as questões norteadoras, os objetivos, o pressuposto e as bases teóricas do estudo, afim de construirmos as nossas categorias de análise. Emergiram dos dados empíricos três categorias de análise: Atenção Primária à Saúde e o perfil profissional do médico; Articulação ensino, serviço e comunidade no processo de Formação Médica; dilemas e contradições do curso de medicina da UEFS.

Na etapa da análise final de dados realizamos a triangulação entre o material proveniente da aplicação do Círculo Hermenêutico Dialético, com informações das entrevistas, observações e documentos, e, da negociação, articulando todo material empírico. Neste momento desvendamos o “conteúdo latente” que emergiu de todo material empírico, proveniente das subjetividades, expectativas e intencionalidades de cada um dos participantes dos grupos de interesse, aflorados durante as entrevistas e observações, e, procedemos o confronto com as concepções teórico-conceituais relacionadas ao objeto de estudo e as

experiências do pesquisador. Dessa forma, podemos compreender e avaliar o processo de formação médica na Atenção Primária à Saúde, no curso de medicina da UEFS, construído a partir da interação entre alunos, professores, profissionais de saúde e usuários do SUS no cotidiano das atividades das PIESC.

## 6 ANÁLISE DA REALIDADE EMPÍRICA

A análise da Formação Médica na Atenção Primária à Saúde no Curso de Medicina da UEFS aconteceu de forma processual, vivenciando a *práxis* das PIESC e se debruçando sobre o Projeto Político Pedagógico e documentos norteadores dos quatro eixos curriculares. Para uma melhor compreensão acerca da realidade empírica, apresentaremos os resultados de modo contextualizado, sob o formato de artigos científicos.

No primeiro artigo, apresentamos a construção do processo ensino-aprendizado das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais implantadas em 2014, adotando como referência um Mapa Conceitual.

O segundo artigo, central na Tese, discute a realidade empírica vivenciada e analisada durante todo processo da Avaliação de Quarta Geração, desvelando os interesses, expectativas, preocupações, intencionalidades e subjetividades dos participantes sobre a articulação entre academia, profissionais de saúde e usuários do SUS, no cotidiano das Unidades de Saúde da Família durante as atividades de ensino das PIESC.

No terceiro artigo confrontamos os componentes curriculares que participam da construção do conhecimento dos educandos sobre o cuidado à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, no contexto da Atenção Primária à Saúde, tendo como base as DCN de 2014 e os documentos de referência do Ministério da Saúde.

## 6.1 ARTIGO 1\*

**Formação médica na Atenção Primária à Saúde:** experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade

**Medical training in Primary Health Care:** a multiple approach experience to teaching, service, and community integration practices

**Formación médica en la Atención Primaria de Salud:** experiencia con múltiples enfoques en prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidade

Marcelo Torres Peixoto<sup>(a)</sup>

Washington Luiz Abreu de Jesus<sup>(b)</sup>

Rosely Cabral de Carvalho<sup>(c)</sup>

Marluce Maria Araújo Assis<sup>(d)</sup>

<sup>(a)</sup> Graduando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado), Universidade Estadual de Feira de Santana. Avenida Transnordestina, S/N, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Novo Horizonte, Feira de Santana, Bahia, Brasil, CEP: 44036-900. marcelotpeixoto@gmail.com

<sup>(b)</sup> Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil. washingtonluiz.abreudejesus@gmail.com

<sup>(c)</sup> Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. roselycarvalho056@gmail.com

<sup>(d)</sup> Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. aassis@uefs.br

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto sistema público e universal que adota a Atenção Primária à Saúde (APS), como coordenadora do cuidado, demanda das universidades brasileiras um novo modelo de formação profissional. Este artigo busca discutir a formação médica, em uma instituição do interior da Bahia, tomando como base orientadora a APS e as Diretrizes Curriculares Nacionais, para os cursos de Medicina. A experiência das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) reúne estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários do SUS, integrando os diferentes olhares sobre o processo saúde-doença-cuidado, no contexto da Saúde da Família. As PIESC integram conhecimentos de Saúde Coletiva e Medicina Geral de Família e Comunidade abrangendo diversos territórios e sujeitos sociais, no processo de cuidado, colaborando na mudança da formação médica para o SUS.

Palavras-Chave: Atenção primária à saúde. Educação médica. Saúde da família. Sistema único de saúde.

## ABSTRACT

The Brazilian National Health System (SUS), a public and universal system that adopts Primary Health Care (PHC) as the main care coordinator, demands that Brazilian universities offer a new model of professional training. This article aims at discussing the medical training at an institution in the countryside of Bahia, a Brazilian state, taking the PHC and the National Curricular Guidelines as recommendations for the medical courses. The experience of the Teaching, Service and Community Integration Practices (PIESC) brings together students, teachers, health professionals and SUS users integrating the different perspectives on the health-disease-care process in the context of Family Health Strategy. The PIESC integrates knowledge of Public Health and Family Medicine covering different territories and social actors in the process of care which in turn collaborates to changes in the medical training for the SUS.

Key words: Primary health care. Medical education. Family health. Unified health system.

## RESUMEN

El Sistema Único de Salud (SUS), como sistema público y universal que adopta la Atención Primaria de Salud (APS) como coordinadora del cuidado, demanda de las universidades brasileñas un nuevo modelo de formación profesional. Este artículo discute la formación médica en una institución del interior de Bahía, tomando como base orientadora la APS y las Directrices Curriculares Nacionales para los cursos de Medicina. La experiencia de las Prácticas de Integración Enseñanza, Servicio y Comunidad (PIESC) reúne estudiantes, profesores, profesionales de salud y usuarios del SUS integrando las diferentes miradas sobre el proceso salud-enfermedad-cuidado en el contexto de la Salud de la Familia. Las PIESC integra conocimientos de Salud Pública y Medicina de Familia abarcando territorios y sujetos sociales en el proceso de cuidado colaborando con el cambio de la formación médica para el SUS.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Educación médica. Salud de la familia. Sistema único de salud.

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto sistema público e universal, demanda das universidades brasileiras a formação de profissionais cada vez mais comprometidos com uma perspectiva humanista e de qualidade, pautada nos princípios da integralidade e da equidade e que se coadunem com as necessidades de saúde da população e dos serviços, nos diferentes contextos e com os distintos papéis dos sujeitos que protagonizam a formação profissional neste campo<sup>1</sup> e que sigam diretrizes condizentes com as demandas atuais de regulação do trabalho e da educação em saúde, bem como para a gestão de pessoas, no âmbito público<sup>2,3</sup>.

Esse ideário, consolidado a partir da Reforma Sanitária Brasileira e seus movimentos constitutivos<sup>4,5</sup>, se conforma como um legado de discussões em torno das necessidades de formação profissional em saúde construída contraditoriamente no último século, principalmente, a partir do modelo Flexneriano, que privilegiou o cenário hospitalar e a formação especializada.

A formação médica tradicional se insere nessa perspectiva de valorização da especialidade e superespecialidade que são incorporadas pelo mercado de trabalho “em distintas modalidades, levando a uma estratificação técnica e social do trabalho médico”<sup>6:124</sup>. Assim, observam-se diferentes modalidades de trabalho médico: “assalariados, autônomos individuais, organizados em cooperativas de diferentes tipos e médicos empresários que atuam como prestadores de serviços, tanto no âmbito do SUS como no do setor privado”<sup>6:124</sup>.

O trabalho médico é expresso no cotidiano dos serviços de saúde como constituinte das relações entre os diferentes saberes e práticas, envolvendo outros profissionais de saúde e usuários, na concepção do processo saúde-doença e no modo como os serviços se organizam, para atender as demandas/necessidades da população. Além disso, “o fazer saúde estará sempre relacionado às condições de vida e a suas múltiplas dimensões: social, biológica, ético-política”<sup>7: 444</sup>.

No tocante a Atenção Primária à Saúde (APS), pode-se dizer que é um espaço privilegiado de formação para os profissionais de saúde, de acordo com os pressupostos orientadores do SUS, uma vez que se caracteriza como porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde, acolhendo os usuários e famílias, buscando estabelecer vínculos e responsabilização pela atenção, individual e coletiva<sup>8</sup>. É um nível de atenção e um modelo de gestão que visa coordenar o cuidado na rede, de modo longitudinal, abrangente e interdisciplinar, valorizando a pessoa e respeitando seu contexto sociocultural e histórico<sup>9</sup>.

A formação e a qualificação na APS se associam à busca pela garantia da universalidade e integralidade do SUS, pois compreende um território adstrito, a partir do enfoque familiar e comunitário, enquanto espaço de construção coletiva, onde os diversos sujeitos estão envolvidos na produção dos diferentes modos de proporcionar o cuidado em saúde<sup>10</sup>.

Estudos sobre experiências internacionais<sup>11,12</sup>, realizados em vários países, vêm demonstrando que o cuidado realizado na APS produz resultados positivos na atenção às necessidades das pessoas, impactando também nos processos de qualificação profissional. No Brasil, alguns estudos<sup>13,14</sup> que avaliaram a qualidade dos serviços, por meio de seus atributos e que utilizaram o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool), revelam que o fator mais importante de qualidade dos serviços está relacionado a uma melhor formação e qualificação de seus profissionais. E, nesse sentido, é de grande interesse dos gestores admitir profissionais com formação adequada para o trabalho nesse nível de atenção. Contudo, mesmo após significativas mudanças epidemiológicas e avanços nas políticas e práticas de APS no

Brasil, nos últimos anos, existem obstáculos à sua consolidação, tanto sociopolíticos e estruturais como os relacionados à organização do trabalho<sup>15,16</sup>.

Além da Medicina outras profissões também têm buscado diversificar seus campos de atuação, principalmente, no que concerne a APS. No entanto, essa discussão precisa ser aprofundada, pois além de uma demanda social, há uma necessidade real de readequação dos currículos dos cursos de graduação, na área de saúde<sup>17</sup>. Os resultados desse amplo processo acadêmico e social produziu um conjunto de proposições de mudanças nos currículos de formação médica que influenciou as premissas das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)<sup>18</sup>, instituídas em 2014 e tem orientado a implantação de novos cursos de Medicina através de mudanças nos Projetos Políticos Pedagógicos de instituições estabelecidas no cenário brasileiro.

O presente artigo busca discutir a formação médica em uma instituição do interior da Bahia, tomando como base orientadora a Atenção Primária à Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina. Contextualiza-se a experiência das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), explicitando a dinâmica das relações entre os estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários do SUS envolvidos com o processo mútuo de aprendizagem, em um mapa conceitual.

## **2.Situando o curso de medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana e os novos desafios para a formação do médico: um olhar metodológico**

Analisar um curso de Medicina no semiárido baiano, sob a forma de estudo de caso representa integrar análises críticas articuladas a extratos teóricos e práticos de uma proposta de formação médica, na linha do tempo, garantindo oportunidades significativas de aprendizagem sobre assuntos e questões de interesse<sup>19</sup>. Essa experiência está centrada na aprendizagem ativa e crítica em que o estudante de Medicina tem o papel de protagonista. Desde os primeiros dias de sua formação, é estimulado a pensar, refletir, discutir, analisar e agir sobre as temáticas e os conteúdos relacionados com a realidade socio sanitária local, na qual está inserido. Esse é o ponto de partida necessário para a construção de práticas integrais e coerentes com o SUS.

Desafios iniciais de um grupo de doze professores médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, mestres e doutores em saúde coletiva e medicina, mediadores do processo de ensino-aprendizagem, que atuava como facilitadores da aprendizagem, de maneira mútua e integrada no planejamento das atividades ensino. Dessa forma, o Curso de Medicina da

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) foi implantado em 2003 com oferta de trinta vagas, mantidas até o momento atual (2018), sendo orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais adotadas pelo Ministério da Educação (MEC), em 2001<sup>20</sup>. O curso tomou como baliza metodologias ativas no processo de educar-aprender-refletir-cuidar, mais especificamente, a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Metodologia da Problematização.

Assim, o Projeto Político Pedagógico vislumbra a formação do futuro médico, engajado nos territórios sociais, onde emergem os problemas e necessidades locais do SUS, com eixos de visão humanista e aderência às políticas de saúde, no contexto municipal, estadual e nacional. O curso é estruturado em dois momentos. O ciclo básico que é vivenciado nos quatro primeiros anos organiza-se em três eixos: 1) atividade em grupos tutoriais; 2) habilidades e atitudes clínicas; 3) Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade. No ciclo profissionalizante, nos dois últimos anos do curso, o estudante exerce sua prática no internato médico, por meio da realização de atividades clínicas, na forma de estágio supervisionado.

As práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade apresentam na base do seu aprendizado uma metodologia de ensino ativa, que influencia positivamente a compreensão e o olhar do educador e educando para o contexto social, a partir da educação problematizadora, como parte da vivência de experiências significativas que envolvam campos de conhecimento interdisciplinares. As combinações dos diferentes olhares sinalizam para uma perspectiva crítica, uma abertura para o diálogo, tendo como horizonte práticas criativas e inovadoras que buscam as conexões entre homem-mundo-sociedade-educação, entrelaçadas<sup>21</sup>.

A educação problematizadora orienta-se pelo Arco de Magueres<sup>22</sup>, na ideia de teorização/elaboração de respostas, para um olhar da realidade e dos problemas analisados, como fios condutores do processo de aprendizagem, articulando o planejamento dos temas a serem discutidos de forma participativa e dialógica, valorizando os diferentes núcleos de conhecimentos e práticas, pautado no trabalho em equipe, com reflexão contínua do papel de cada profissional, aderente a ideia de um trabalho interprofissional<sup>23</sup>.

A bússola das PIESC nasce do processo de formação de profissionais de saúde coletiva da região de Feira de Santana, que desenvolveram projetos de planejamento local, com elaboração de instrumentos de intervenção eficientes e viáveis, nos territórios sociais circunvizinhos à Universidade. Pode-se dizer que o acúmulo de experiências dos cursos de graduação de Enfermagem e Odontologia forneceram régua e compasso, para o recém-criado curso de Medicina, com a adoção da APS, como um dos eixos balizadores do processo de formação.

Em síntese, a formação no curso de Medicina da UEFS busca compreender o processo saúde-doença-cuidado, a partir de determinantes sociais, culturais, históricos, biológicos, comportamentais, psicológicos, ecológicos e éticos, atuando nos níveis individual e coletivo; prestando atenção em toda a linha da vida, da gestação ao envelhecimento; buscando sempre a integralidade da atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; e compreendendo a Atenção Primária como eixo norteador do cuidado, em sua dinâmica relacional: estudante, professor, equipe de saúde e pessoas que necessitam da atenção<sup>24</sup>.

## **Resultados e Discussão**

As PIESC são o principal componente curricular do curso de Medicina da UEFS, situadas no espaço social de intervenção da APS. As práticas operadas pelos estudantes são mediadas pelos professores e integradas com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e membros da comunidade local. Discute-se saberes, habilidades, atitudes e valores, articulando os diferentes olhares sobre os problemas/necessidades demandados/as pelos diferentes sujeitos (pessoas, famílias e comunidade) e suas relações com os profissionais que buscam atendê-los, no exercício cotidiano do cuidado, em suas diferentes facetas e complexidades.

A diferença no contexto dessa realidade pode ser denotada pela ideia de coletivo articulado, não no sentido de agrupamento de pessoas, mas em um movimento inventivo de valorização das singularidades, sem perder a ideia do todo. Um processo contínuo de desterritorialização, no qual cada pessoa, em sua complexidade e multiplicidade, busque a cogestão com produção de subjetividades<sup>25</sup>.

As PIESC se propõem a contribuir na formação médica para APS, desvelando a complexidade do processo saúde-doença-cuidado, ao longo de toda a linha da vida. Formar um médico que entenda o conceito ampliado de saúde, saiba acolher e estabelecer vínculos de responsabilização, na coordenação das ações necessárias para melhorar a qualidade de vida das pessoas/famílias/comunidades.

O ideário das PIESC sobre a formação médica na APS se alinha com as concepções da Academia Europeia de Professores de Medicina Geral e Familiar que propõem seis categorias de competências nucleares, para o ensino de Medicina de Família: gestão em

cuidados primários, cuidados centrados na pessoa, aptidões para a resolução de problemas específicos, abordagem abrangente, orientação comunitária e abordagem holística<sup>26</sup>.

No início do curso, em 2003, o planejamento das atividades de ensino-aprendizagem das PIESC teve como referência as DCN publicadas em 2001, cujos conteúdos essenciais para a formação do médico deveriam abordar o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, de forma articulada com a realidade epidemiológica e profissional, proporcionando práticas integrais. Desse modo, o curso propicia interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, possibilitando-o lidar com problemas reais e assumindo responsabilidades crescentes, como agente prestador de cuidados e atenção<sup>27</sup>.

Na trajetória de novos ciclos incorporados no desenvolvimento das PIESC, os professores adotaram uma postura de vanguarda e visão crítica dos problemas de saúde das pessoas/famílias dos territórios trabalhados, ao amadurecer as atividades de ensino-aprendizagem e formação, tendo como referência as mudanças das diretrizes, protocolos e das políticas de saúde implantadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito da atenção primária e, considerando as necessidades epidemiológicas e sociais das comunidades locais. Assim, foi possível incorporar novos conhecimentos e práticas implantados e/ou atualizados pelo SUS e, com isso, ampliar a resolutividade das ações desenvolvidas pelas PIESC na ESF, num processo contínuo e dialogado de reestruturação curricular.

As Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade são desenvolvidas em dezesseis Unidades de Saúde da Família (USF), durante os quatro primeiros anos do curso, com carga horária de 150h/ano (04h/semanais). A turma de 30 alunos é dividida em quatro grupos e cada um é alocado em uma USF. Dessa forma, é possível construir vínculos e assumir responsabilidades com a equipe de saúde da família, com os profissionais do NASF e com as pessoas/famílias/comunidade.

Nos dois primeiros anos, nas PIESC I e II, o foco central é a construção do conhecimento que tem como referência a dinâmica da comunidade, a partir das balizas teórico-conceituais da Saúde Coletiva, cuja trajetória se confunde com a própria construção do SUS, se constituindo num campo de saberes e práticas sociais, multiprofissional e interdisciplinar. Desta maneira, o objeto de intervenção é a saúde, no âmbito dos grupos e classes sociais e suas práticas voltadas para a análise de situações de saúde da população, incorporando o conhecimento produzido sobre os determinantes sociais e biológicos da saúde-doença, a formulação de políticas e a gestão de processos voltados para o controle dos problemas<sup>28</sup>.

No terceiro e quarto anos, nas PIESC III e IV, o foco do aprendizado são as pessoas/famílias, a partir do olhar da Medicina Geral de Família e Comunidade, especialidade médica que privilegia a APS, sendo considerada estratégica, na conformação dos sistemas de saúde. O médico de família deve ser responsável pelo primeiro contato, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada, da saúde de uma pessoa, considerando seu contexto familiar e comunitário<sup>29</sup>.

O processo de aprender fazendo, refletindo e ressignificando possibilitou desenhar um mapa conceitual (Figura 1), com definição de objetivos, atividades teóricas e práticas e produtos finais.

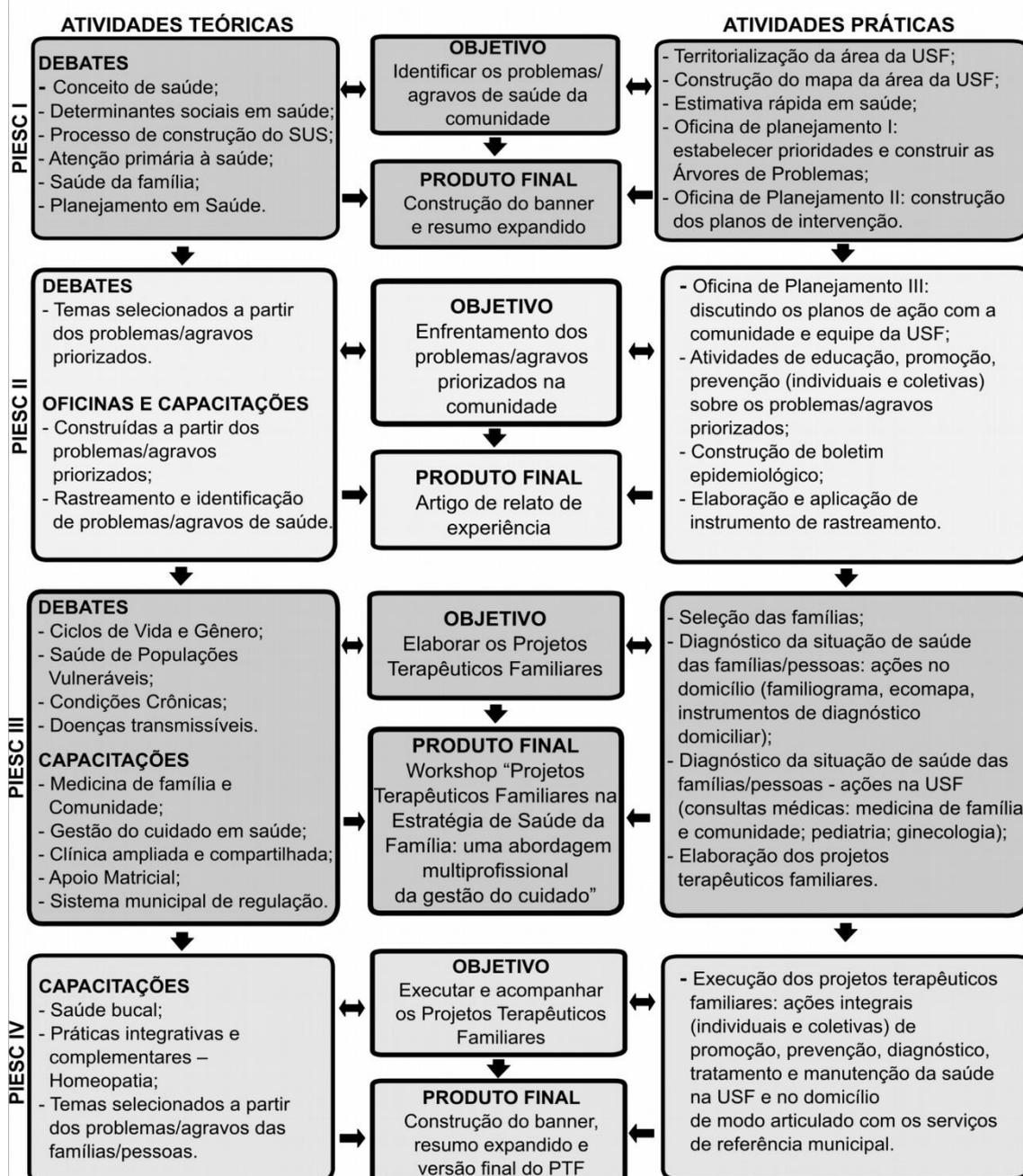
Nas atividades teóricas, os debates são problematizados a partir de uma questão guia e alinhados às políticas, protocolos e diretrizes do SUS. As capacitações e oficinas são desenvolvidas por professores com diferentes formações (medicina, odontologia, enfermagem, sociologia) e profissionais da rede SUS, com *expertises* sobre os temas geradores.

As atividades práticas são mediadas pelos professores e acompanhadas pelos profissionais da ESF e NASF, propiciando interlocução e integração com as pessoas/famílias/comunidade dos territórios. Todas as atividades, individuais ou coletivas, são discutidas e pactuadas com todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado.

Ao final de cada ano letivo, os professores revisitam os componentes do mapa conceitual e/ou as atividades realizadas, a partir das fichas de avaliação respondidas pelos estudantes, das necessidades dos serviços de saúde e dos problemas/agravos/riscos de saúde das pessoas/famílias/comunidade, tornando a ferramenta do planejamento pedagógico e da avaliação das PIESC dinâmica e contextualizada.

Dessa forma, as figuras da episteme evocadas nos diagramas apresentados no mapa conceitual têm sistemas postulados nos campos teóricos/práticos e nas racionalidades da dimensão social e política de organização da saúde, no SUS e da formação médica brasileira<sup>30</sup>. Constitui-se em um mosaico de aprendizagens, antes e durante, o processo de vivência, presente na sociedade, na promoção da saúde e no cuidado de pessoas/famílias, em territórios sociais de intercâmbios da realidade histórica, social e dialética postulado e defendido por Santos (2004)<sup>31</sup>.

**FIGURA 1: MAPA CONCEITUAL DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NAS PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA, BRASIL.**



Uma questão que merece discussão refere-se à criação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, que tem a finalidade de fortalecer e ampliar a formação de médicos para o SUS, com o propósito de: diminuir a carência de médicos no país; fortalecer a atenção básica em saúde; aprimorar a formação médica; ampliar a inserção do graduando nas unidades de saúde do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço<sup>32</sup>.

As ações do PMM, na graduação em medicina, estão direcionadas para o aumento da oferta de vagas, com o estabelecimento de critérios, para a abertura de novos cursos; e novos

parâmetros para as Diretrizes Curriculares Nacionais, redefinindo o perfil do médico a ser formado, fortalecendo o SUS, como cenário prioritário para formação profissional, com ênfase na atenção primária à saúde e urgência/emergência<sup>32</sup>.

Por conseguinte, as novas DCN de 2014 estabelecem a necessidade de articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes, em três áreas específicas: atenção, gestão e educação em saúde. O futuro médico deve considerar na atenção à saúde “as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética”<sup>18:2</sup>. A Gestão em Saúde intenciona “compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde e participar de ações de gerenciamento e administração”<sup>18:3</sup>. E, a Educação em Saúde, busca comprometer-se com a “formação inicial, continuada e em serviço, com autonomia intelectual e compromisso social”<sup>18:4</sup>.

O mapa conceitual das PIESC revela que, as atividades pedagógicas teóricas e práticas contemplam as diretrizes do MEC<sup>18,27</sup> e, também, estão em consonância com as políticas de saúde adotadas pelo Ministério da Saúde. Ao inserir o estudante, desde o primeiro ano do curso, no cotidiano de uma USF, dialogando com os profissionais de saúde, com líderes comunitários e usuários do sistema de saúde, se estabelece uma nova forma de protagonismo, no processo de aprender, cuidar e produzir conhecimento<sup>6</sup>.

No primeiro ano do curso, nas PIESC I, buscamos desenvolver competências relativas ao compromisso social do médico; formação de valores ético-humanísticos; conhecimento da realidade do território da USF, identificando os problemas/agrivos/riscos e práticas de saúde existentes; e elaboração de planos de intervenção que são discutidos e pactuados com a equipe de saúde da família e os membros da comunidade. Desta forma, converge-se com o artigo 14 das DCN, segundo o qual, a investigação de problemas de Saúde Coletiva “comporta o desempenho de análise das necessidades de saúde de grupos de pessoas e as condições de vida e de saúde de comunidades, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde”<sup>18:9</sup>.

Nas PIESC II, os alunos desenvolvem competências relativas ao planejamento local, com operacionalização de ações e instrumentos de intervenção adequados e viáveis à realidade, conjuntamente com a comunidade e a equipe da USF/NASF, tendo como estratégias reuniões/oficinas comunitárias e rodas de conversa, espaços de conflitos e consensos interprofissionais. Essas atividades contemplam o artigo 15 das DCN que aborda a participação do educando na discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, considerando sempre a autonomia e aspectos culturais, com estímulo à inserção de ações de

promoção e educação em saúde, em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção primária<sup>18</sup>.

As vivências das PIESC I e II sedimentam o conhecimento no campo da saúde coletiva, com base nas ações do planejamento estratégico, quando, a partir do diagnóstico situacional, os diversos sujeitos sociais (estudantes, professores, equipe de saúde, usuários e comunidade) constroem as várias explicações para a realidade do território social e negociam soluções viáveis de serem realizadas, monitoradas e avaliadas<sup>33</sup>.

As atividades das PIESC III e IV são voltadas para as famílias/pessoas, a partir da elaboração, discussão, pactuação e execução de Projetos Terapêuticos Familiares (PTF), com a realização de ações integrais (individuais e coletivas) de promoção da saúde, identificação de riscos e vulnerabilidades, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde na USF (consultas médicas), no domicílio (atividades educativas) e em serviços de referência (acompanhamento de procedimentos clínicos, sociais e de imagem), de modo articulado com a rede de atenção à saúde.

A utilização do PTF reforça a prática evocada no artigo 5 das DCN, “buscando o cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, ênfase no trabalho interprofissional, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado”<sup>18:3</sup>.

O PTF constitui-se como instrumento de operacionalização da gestão do cuidado, buscando o provimento e/ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida<sup>34</sup>. É um movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico de pessoas/famílias que, funciona como um dispositivo de integração e organização das equipes de saúde<sup>35</sup>. Sua utilização no cotidiano das PIESC concretiza o cuidado compartilhado entre estudantes, professores, equipe de saúde e pessoas/famílias e permite a construção de competências e habilidades essenciais para o médico atuar na APS e ESF.

Além de estar em sintonia com as DCN e as Políticas Públicas de Saúde, o Mapa Conceitual das PIESC encontra-se em consonância com as Diretrizes para o ensino da APS na graduação em Medicina propostas pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e Sociedade Brasileira de Medicina de família e Comunidade (SBMFC)<sup>29</sup>.

As referidas diretrizes estabelecem três dimensões de conhecimento para o ensino em APS. Na abordagem individual, o aluno deve “conhecer e utilizar a abordagem clínica

centrada na pessoa integral, complexa, interdisciplinar, longitudinal e resolutive, baseado em evidências científicas, mas singularizando o processo de cuidado”<sup>29:144-45</sup>. Na abordagem familiar, lidar com as distintas fases do ciclo de vida, reconhecer a estrutura e a dinâmica familiar, utilizar instrumentos do diagnóstico familiar e identificar a influência das relações intrafamiliares, no processo de saúde-doença-cuidado<sup>29</sup>. Na abordagem comunitária, conhecer e trabalhar com instrumentos de diagnóstico de saúde da comunidade, identificar a organização da sociedade/comunidade e seus determinantes sociais, no processo saúde/doença, identificar e respeitar a diversidade cultural, compreender que o território é dinâmico, desenvolver ações de vigilância em saúde e participar de atividades de educação popular em saúde<sup>29</sup>.

A experiência das PIEESC nos últimos 15 anos, consistiu em participação dialógica e articulada às necessidades das comunidades e do processo de formação médica. No entanto, as dificuldades e tensionamentos estavam presentes, principalmente na compreensão pelos alunos sobre a importância do SUS e da APS para a sua formação, na articulação do processo de trabalho entre PIEESC/ESF/NASF, na pactuação e operacionalização das atividades dos PTF agregando os diferentes olhares sobre os problemas priorizados e na adesão das pessoas/famílias a um novo processo de cuidado baseado num modelo de cogestão.

Esses entraves exigiram dos diferentes sujeitos negociações e avaliações contínuas que, só foram possíveis, por conta do trabalho longitudinal e interprofissional<sup>23</sup> das PIEESC, que propiciou a construção de vínculos, com gestão e responsabilização pelo cuidado, elementos necessários à formação médica na APS e coerentes com os preceitos do aprender-fazendo<sup>21</sup>.

### **Considerações Finais**

As Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade buscam contribuir para a formação de um médico voltado às necessidades do SUS. Compreendendo, como aponta Almeida Filho (2014)<sup>36</sup>, ser indispensável os sentidos da interdisciplinaridade da docência e dos campos teóricos e práticos, na produção do conhecimento sobre um problema concreto e complexo.

O exercício da prática médica nas PIEESC contempla a Saúde Coletiva e a Medicina Geral de Família e Comunidade, tendo como baliza o mapa conceitual (Figura 1), e, segue as proposições das Diretrizes Curriculares Nacionais (2001 e 2014) e as orientações do SUS. Constitui-se, portanto, o relato da experiência vivida, a qual aborda o desenvolvimento da formação médica e demarcam as práticas com as comunidades, famílias e pessoas, na dimensão

das vulnerabilidades e do cuidado, em parceria com a estratégia de saúde da família e as redes de atenção à saúde, no âmbito local.

A vinculação das atividades de ensino-aprendizagem à realidade de saúde e às práticas do trabalho em equipe, marcadas pela reflexão do que fazer e como fazer de forma compartilhada, apontam para a responsabilização do cuidado, importante pressuposto da formação em saúde, em particular, do médico, na APS. Nesses cenários, a articulação da universidade aos serviços de saúde frente às necessidades e aos problemas da comunidade/famílias/pessoas é um grande desafio.

O trabalho das PIESC apresenta uma agenda de novas perspectivas e potencialidades embasada no fortalecimento do vínculo com os profissionais da ESF/NASF e ampliação do trabalho interdisciplinar. Constatou-se que as demandas dos PTF necessitam de continuidade, como parte da rede dos serviços de saúde, para garantir a resolubilidade das ações pensadas, planejadas e executadas. De certo modo, o desenvolvimento de projetos terapêuticos compartilhados depende do grau de responsabilização dos sujeitos envolvidos na gestão e no ato do cuidado. Significa formar profissionais de saúde, e, em especial, médicos, que incorporem novos modos de se fazer saúde, abrindo possibilidades de encontros criativos, para problematizar e refletir continuamente os processos de produção do pensar e fazer saúde.

As Diretrizes curriculares dos Cursos de Medicina de 2014 ampliaram a discussão político-pedagógica sobre a formação médica, alcançando todo o território nacional e compelindo todos os cursos de graduação em medicina a rediscutirem suas bases curriculares. Isso sinaliza a importância da APS como coordenadora do cuidado no SUS, pois exige novos arranjos institucionais e a ampliação das estratégias que possam formar profissionais de saúde comprometidos com práticas integrais, de qualidade e resolutivas.

### **Colaboradores**

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### **Agradecimentos**

Aos estudantes, professores, profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e aos usuários do SUS, que constroem e reconstróem o PIESC no cotidiano das unidades de saúde.

## Referências

1. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba, ME. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Educ. Rev.* 2014; 30(1):215-244.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
4. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos.* 2014; 21(1):15-35.
5. Silva CC, Silva ATMC, Braga JEF. Revisitando a Formação de Recursos Humanos de Saúde no Brasil. *R. Bras. Ci. Saúde.* 2009; 13(3):23-30.
6. Feuerwerker LCM. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.* 1ª Ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2014.
7. Capozzolo AA, Casetto SJ, Imbrizi JM, Henz AO, Kinoshita RT, Queiroz MFF. Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. *Trab. educ. saúde* 2014; 2 (2):443-456.
8. Fertoni HP, Pires DER, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015; 20(6):1869-1878.
9. Mendes EV. *A construção social da atenção primária à saúde.* Brasília: Conass, 2015.
10. Organización Panamericana de la Salud - Ops. *La renovación de atención primaria de salud em las Américas.* Washington Dc: Ops, 2007.
11. Daksha T. Cochrane Review Summary: Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Primary Health Care Research & Development.* 2017; 18:109–111.
12. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. *J Ambul Care Manage.* 2009; 32(2):150–171.
13. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, Duncan BB, Harzheim E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev. Bras. Med. de Fam. Comunidade.* 2013; 8(29):244-55.
14. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev. Bras. Med. de Fam. Comunidade.* 2013; 8(29):244-55.

15. Macinko J, Harris MJ, Phil D. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015; 372:2177-2181.
16. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014; 349:g4014.
17. Ministério da Educação (BR). Resolução nº. 1.133, de 07 de agosto de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
18. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
19. Yin RK (org.). Estudo de Caso: planejamento e métodos. 5ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. p. 29-74
20. Universidade Estadual de Feira de Santana - Uefs. Projeto de Recredenciamento do Curso de Medicina. Feira de Santana: Prograd, 2015.
21. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
22. Farias PAM, Martin ALAR, Cristo CS. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percursos Histórico e Aplicações. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2015; 39(1): 143-158.
23. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):601-13.
24. Peixoto MT, Santos JLP, Rocha MRR, Carvalho RC. Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC): fundamentos da atenção básica à saúde na formação do médico. *Rev. Saúde Col. Uefs*. 2017; 7(2):1.
25. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.
26. European Academy of Teachers in General Practice - Euract. The Euract Educational Agenda of General Practice/Family Medicine. Lisboa: Adso, 2006.
27. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 4, de 07 de novembro de 2001, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
28. Vieira MLS, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? *In*: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3 -12.
29. Demarzo MMP *et. al.* Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2011; 6(19): 145-50.

30. Bordin TM. O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. *Saberes*. 2014; 1(10):225-235.
31. Santos, M. A natureza do espaço: técnica, razão e emoção. 4ª. ed. São Paulo: Edusp, 2004.
32. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, ano CL, n. 206 de 23 de outubro de 2013.
33. Teixeira CF, Vilasboas ALQ, Abreu de Jesus WL. Proposta Metodológica para o Planejamento em Saúde no SUS. In: Teixeira CF. Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: Edufba, 2010. p. 51-75.
34. Cecílio LCO. Apontamentos Teórico-Conceituais sobre Processos Avaliativos Considerando As Múltiplas Dimensões da Gestão do Cuidado em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):589-99.
35. Peixoto MT, Carvalho RC, Vilasboas ALQ. Projeto Terapêutico Familiar: uma experiência de atenção integral em uma unidade de saúde da família num município do semiárido baiano. *Rev. Saúde Col. Uefs*. 2017; 7(2):35-43.
36. Almeida Filho N. Interdisciplinaridade na Universidade Nova: Desafios para a Docência. In: Cervi G, Rausch RB (orgs.). *Docência Universitária: concepções, experiências e dinâmicas de investigação*. Blumenau: Meta Editora, 2014. p. 21-28.

## 6.2 ARTIGO 2\*

**Formação Médica na Atenção Primária à Saúde:** avaliação de quarta geração em um curso de medicina do semiárido baiano.

**Medical Training in Primary Health Care:** fourth generation evaluation in a medical course in the semi-arid of the Bahia.

Marcelo Torres Peixoto  
Marluce Maria Araújo Assis

### RESUMO:

A formação médica é um grande desafio para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste artigo é avaliar a Formação Médica na APS em um curso de Medicina do semiárido baiano, a partir da interação entre a academia, os trabalhadores de saúde e os usuários, no ambiente das Unidades de Saúde da Família (USF). Trata-se de um estudo de caso qualitativo, utilizando os pressupostos da Avaliação de Quarta Geração. Os grupos de interesse foram os alunos, professores, trabalhadores de saúde e usuários envolvidos no processo de ensino-aprendizagem das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC). Na coleta de dados realizamos a observação das atividades pedagógicas, leitura de documentos e entrevistas semiestruturadas, com a aplicação do Círculo Hermenêutico Dialético e Negociação, sendo a realidade empírica analisada a partir do referencial da hermenêutica-dialética. Os participantes demonstraram compreender a atenção primária, bem como, o perfil do médico para atuar na APS. As PIESC necessitam amadurecer os vínculos institucionais para fortalecer a formação interprofissional e o trabalho colaborativo. Existe a necessidade de ampliar e articular os espaços de formação em APS em todos os eixos curriculares do curso.

Palavras-chave: Educação Médica, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Sistema Único de Saúde

### ABSTRACT:

Medical training is a major challenge for the consolidation of Primary Health Care (PHC) in the context of the Brazilian National Health System (SUS). The objective of this article is to evaluate the Medical Training in the PHC in a course of Medicine of the Bahian semiarid, from the interaction between the academy, the health workers and the users, in the environment of the Family Health Units (FHU). It is a qualitative case study, using the assumptions of the Fourth Generation Evaluation. The interest groups were students, teachers, health workers and users involved in the teaching-learning process of the Teaching, Service and Community Integration Practices (PIESC). In the data collection we performed the observation of the pedagogical activities, reading of documents and semi-structured interviews, with the application of the Dialectic Hermeneutic Circle and Negotiation, being the empirical reality analyzed from the hermeneutic-dialectic referential. The participants demonstrated to understand the primary care as well as the profile of the doctor to work in the PHC. The PIESC need to mature institutional links to strengthen interprofessional training and collaborative work. There is a need to broaden and articulate the training spaces in PHC in all the curricular axes of the course.

\*Artigo formatado de acordo com as normas de publicação da revista Trabalho, Educação e Saúde - ISSN: 1981-7746.

**Keywords:** Medical Education, Primary Health Care, Family Health, Brazilian National Health System

## INTRODUÇÃO:

O primeiro estudo impactante sobre educação médica foi o Relatório Flexner, este documento desencadeou mudanças no modelo de formação norte-americano que balizaram a cultura médica ocidental, sendo que, até hoje o modelo flexneriano influencia o exercício da medicina e a formação médica, tendo como características o caráter científico com bases biológicas em detrimento aos determinantes sociais; baseado no saber técnico do professor, sendo o estudante um receptáculo de informações; centrado na doença e no trabalho médico; seu *locus* principal é o hospital; ênfase no atendimento individual, especializado e nos procedimentos clínicos<sup>1,2,3</sup>.

No contexto da atenção à saúde, a exaustão do modelo flexneriano foi enfatizado pela declaração de Alma-Ata<sup>4,5</sup> que estabelece a saúde como um direito humano, devendo ser garantido pelos governos através de um sistema nacional que priorize os cuidados primários e a integralidade das ações de saúde. Enquanto as bases atuais da formação médica sinalizam a importância da construção de currículos orientados por competências, onde o perfil do profissional a ser formado, deve possibilitar construir conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para a resolução dos problemas de saúde da sociedade em consonância com o Sistema Nacional de Saúde vigente<sup>1,3,6</sup>

O processo de mudança do setor saúde no Brasil teve início no final da década de setenta do século passado com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), cujo ápice aconteceu durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, que discutiu a saúde como direito e a necessidade de reformulação do sistema nacional de saúde. As deliberações deste evento foram fundamentais para a Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) instituindo a universalização da atenção e propondo a gestão municipalizada, o controle social e a reorientação do modelo de atenção com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS funciona como o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, garantindo o acesso aos serviços, ofertada de forma contínua, com responsabilização pelo atendimento ao longo do tempo, pautada pela integralidade das ações e deve exercer a coordenação da atenção, para a garantia da continuidade do cuidado nos diversos níveis da rede de serviços, considerando a família como sujeito do cuidado, reconhecendo os determinantes

sociais da comunidade em que vivem, numa relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, respeitando as singularidades da cultura local<sup>7,8</sup>.

No Brasil, a organização da APS reflete as conquistas políticas e ideológicas do MRSB, levando o Ministério da Saúde (MS), a partir do processo de implantação do SUS, a adotar a designação de Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial<sup>9,10</sup>. É compreendida como práticas de cuidado e gestão, democráticas, participativas e integrais, a partir do trabalho em equipe e dirigidas a populações em territórios definidos, com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que definiu como estratégia prioritária para capilarização da ABS, a Saúde da Família<sup>10</sup>.

A consolidação do SUS e da ABS no Brasil, passa, necessariamente, por mudanças no processo de formação profissional em saúde. Neste sentido, buscando readequar a formação médica brasileira, o Ministério da Educação (MEC) implementou novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001. Este documento redefiniu o perfil do médico a ser formado, os conteúdos, competências e habilidades essenciais para a graduação, a estrutura curricular e as regras para o estágio supervisionado, privilegiando novos cenários de prática, como as unidades da ABS<sup>11</sup>.

A criação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, teve a finalidade de fortalecer e ampliar a formação de médicos para o SUS, com o propósito de: diminuir a carência de médicos no país; fortalecer a atenção básica em saúde; aprimorar a formação médica; ampliar a inserção do graduando nas unidades de saúde do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço<sup>12</sup>.

No bojo do PMM, em 2014 as DCN foram atualizadas, estabelecendo a necessidade de articulação entre três áreas: atenção, gestão e educação em saúde. O futuro médico deve, na atenção à saúde, elaborar projetos terapêuticos respeitando a diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética. Na Gestão da saúde, deve ser capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de planejamento, gerenciamento e administração. Na educação em saúde, deve ser responsável pela própria formação inicial, continuada e em serviço<sup>13</sup>

O processo de mudança na formação médica em curso no país promoveu avanços nos Projetos Políticos Pedagógicos e readequação no perfil do egresso; a adoção metodologias que tornaram o estudante sujeito ativo no processo ensino-aprendizagem; alterações curriculares que fortaleceram o ensino na APS valorizando a atenção integral a indivíduos/família/comunidade; valorização dos determinantes sociais no o processo saúde-

doença-cuidado; inserção do estudante, o mais cedo possível, no espaço de prática da Saúde da Família; interação entre academia, serviços de saúde e comunidade; e, incentivo à educação interprofissional<sup>14,15,16,17,18</sup>.

Embora tenham ocorrido mudanças positivas na formação médica, elas não foram uniformes e ainda são insuficientes para consolidar a valorização do ensino da APS nos cursos de graduação. Dessa forma, são necessários estudos mais profundos, a nível nacional e local, para avaliar os avanços/facilidades, limites/dificuldades e desafios/perspectivas dos cursos de Medicina no processo de construção dos conhecimentos, competências e habilidades neste campo de atuação.

O objetivo deste artigo foi avaliar o processo de Formação Médica na Atenção Primária à Saúde em um curso de medicina do semiárido baiano, a partir dos processos de trabalho interativo entre a academia, os profissionais de saúde e os usuários, no ambiente da Unidade de Saúde da Família (USF).

## **PERCURSO METODOLÓGICO:**

Este artigo apresenta um estudo de caso, de natureza qualitativa utilizando-se dos pressupostos teóricos e metodológicos da Avaliação de Quarta Geração (AQG)<sup>19,20,21,22</sup>, a escolha por esta abordagem, aconteceu por compreender que o processo de formação médica na APS, é complexo e tem interfaces com aspectos subjetivos associados à cultura, valores éticos e sociais, pensamento político, motivações e atitudes que não podem ser quantificados.

A AQG é um método de avaliação responsiva onde as reivindicações, preocupações e questões dos chamados Grupos de Interesse (GI) servem como foco organizacional, base para determinar que informação é necessária, sendo implementada através dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista<sup>20,21</sup>.

Os GI são formados por indivíduos com características comuns, que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, portanto, estão envolvidos ou potencialmente afetados pelo serviço e pelas eventuais consequências do processo avaliativo<sup>20</sup>.

A avaliação de quarta geração é responsiva por denotar uma forma diferente de focalizar a avaliação em relação aos seus parâmetros e limites, delimitados mediante um processo interativo e de negociação que envolve os grupos de interesse e também o avaliador. O termo construtivista se refere a metodologia empregada para realizar a avaliação e tem as suas raízes em um paradigma de pesquisa que é alternativo ao método científico tradicional,

onde o pesquisador deve ser neutro, imparcial e distante do fenômeno avaliado<sup>20,21</sup>. A AQQ pressupõe um avaliador que esteja inserido no fenômeno e implicado com o processo de mudança da realidade estuda.

Para a operacionalização da AQQ utilizamos o Círculo Hermenêutico Dialético - CHD<sup>21,22</sup>. O CHD foi iniciado com o Participante 1 (P1), escolhido em função de sua posição estratégica em relação ao fenômeno estudado. Após a entrevista de P1, identificamos os temas centrais contendo suas concepções, preocupações, reivindicações, ideias e valores que foram então analisadas pelo pesquisador/avaliador, formulando a primeira Construção (C1), desta forma a análise dos dados empíricos aconteceu em paralelo à coleta. Em continuidade ao CHD, o segundo participante (P2) foi entrevistado e, após expor suas questões, foi convidado a comentar as ideias da construção C1. Como resultado, a entrevista de P2 produziu informações não apenas dele, mas também a crítica à construção de P1. O pesquisador/avaliador então, realizou a segunda análise, elaborando a construção (C2), considerada uma síntese baseada nas informações de P1 e P2. Este processo foi repetido até o último entrevistado, fechando assim o círculo.

Finalizado o CHD realizou-se o momento da negociação<sup>20,21,23</sup>, destinado a mostrar e levar ao conhecimento dos participantes todas as informações coletadas e analisadas pelo pesquisador/avaliador. Este momento aconteceu na forma de roda de conversa<sup>24</sup>, onde emergiram contradições e oposições que foram discutidas e, num processo dialético, estabelecido consensos e elaborado as construções finais.

O cenário deste estudo foi o curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), cujo Projeto Político Pedagógico (PPP) adota metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem e assume o compromisso de formar um profissional voltado para as necessidades do SUS<sup>25</sup>. O curso é estruturado em dois momentos, o ciclo básico acontece nos quatro primeiros anos e organiza-se em três eixos: 1) atividade em grupos tutoriais; 2) habilidades e atitudes clínicas; 3) Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC). No ciclo profissionalizante, nos dois últimos anos, o estudante desenvolve a prática médica durante o internato.

Avaliamos o processo ensino-aprendizagem das PIESC, essa escolha foi intencional, pois, embora a APS devesse ser um tema transversal abordado em todos os momentos do curso, conforme preconiza as DCN<sup>11,13</sup> e a Associação Brasileira de Educação Médico (ABEM)<sup>26</sup>, a experiência do pesquisador/avaliador como docente do curso há treze anos, mostra que, efetivamente, são nas PIESC que os estudantes constroem o conhecimento sobre essa temática.

As PIESC desenvolvem atividades que reúnem estudantes, professores, profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e/ou do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e usuários do SUS com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas/famílias/comunidade através de ações integrais no ambiente da Estratégia Saúde da Família (ESF). Suas atividades acontecem durante quatro anos, com uma carga horária total de 600h, sendo que turma de 32 estudantes é dividida em quatro grupos e cada um é alocado em uma USF, dessa forma, buscamos construir vínculos e assumir responsabilidades com todos os sujeitos envolvidos. Nas PIESC I e II, o foco central é o aprendizado sobre a dinâmica da comunidade, tomando-se como referencial a Saúde Coletiva (SC) e o planejamento em saúde. Nas PIESC III e IV, o objeto central do conhecimento é o acompanhamento de pessoas/famílias a partir do referencial da Medicina de Família e Comunidade (MFC) com a utilização do Projeto Terapêutico Familiar (PTF).

O processo de ensino-aprendizagem desenvolvido nas PIESC utiliza metodologias problematizadoras<sup>14,15</sup> e promove o encontro de quatro grupos de interesse: estudantes, professores, profissionais de saúde das EqSF/NASF e os usuários das USF. Como critérios de inclusão definiu-se que os estudantes deveriam estar matriculados e frequentando regularmente o PIESC IV; os professores precisavam ter atuado nas PIESC por pelo menos um ano letivo; os profissionais da EqSF e NASF necessitavam ter a experiência de acompanhar um grupo das PIESC por pelo menos um ano letivo; e, os usuários deveriam ter sido acompanhados pelas PIESC por no mínimo um ano letivo. O tamanho da amostra foi definido pelo critério da saturação dos dados empíricos<sup>27</sup>.

A AQG utiliza essencialmente dados primários que, neste estudo, foram obtidos a partir do desenvolvimento do Círculo Hermenêutico Dialético, com a realização de entrevistas semiestruturadas com os participantes; observação das atividades das PIESC; informações do PPP do curso de Medicina da UEFS, dos manuais das PIESC, das DCN, de documentos norteadores do MEC e MS; e, registro da negociação.

A coleta de dados transcorreu entre maio e setembro de 2018, quando realizamos aproximadamente 70h de observação das atividades das PIESC; entrevistamos 18 participantes, sendo 06 (33,4%) professores, 05 (27,7%) profissionais da EqSF/NASF, 04 (22,3%) estudantes e 03 (16,6%) usuários do SUS/ESF; apreciamos em torno de 140 documentos do curso de medicina da UEFS, MEC, MS, OMS, OPAS e de instituições médicas como ABEM e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); por fim, a etapa de negociação aconteceu num único dia e durou 3h.

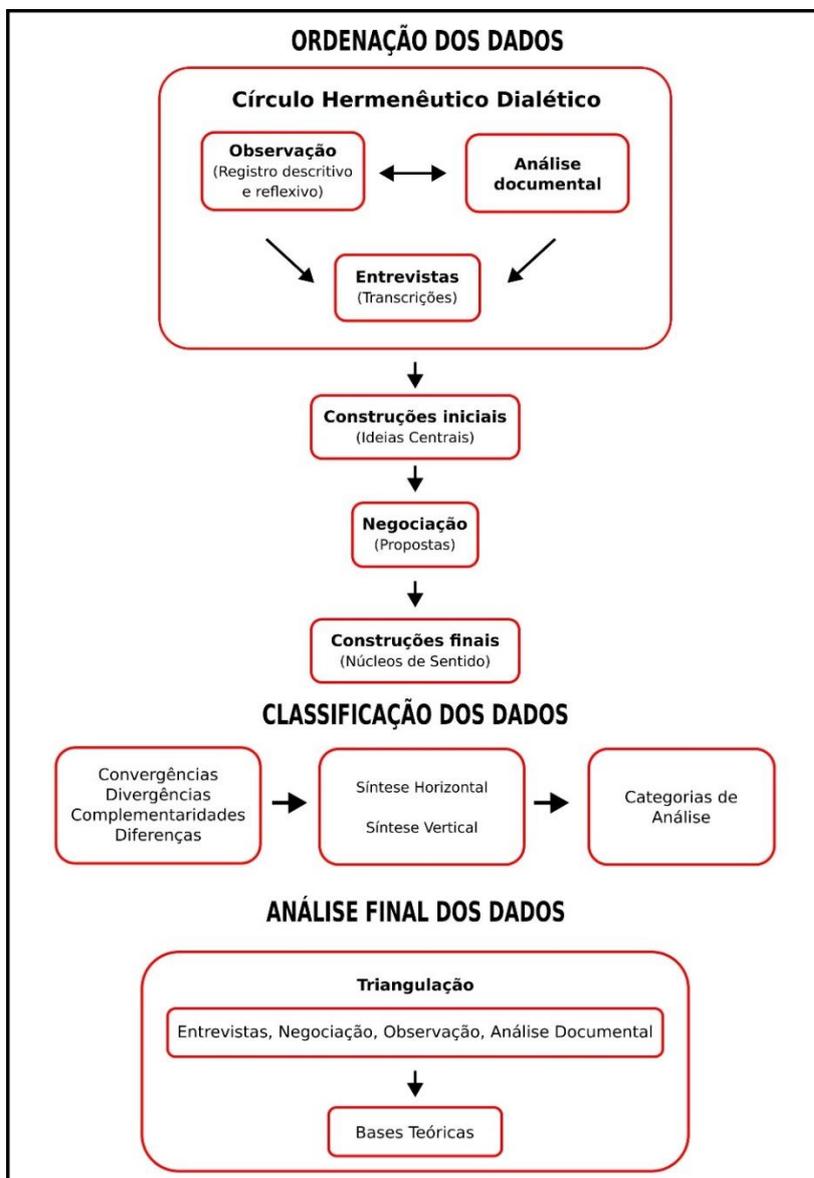
A análise dos dados aconteceu simultaneamente à coleta de dados e aplicação do CHD, e, utilizamos para explicação da realidade empírica a Hermenêutica-Dialética. Segundo Minayo (2013)<sup>28</sup> a Hermenêutica busca a compreensão dos símbolos, significados e intencionalidades, enquanto a Dialética articula as ideias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social.

A análise foi operacionalizada com a utilização do fluxograma analisador adaptado (figura 1) a partir da proposta inicial de Assis e Jorge (2010)<sup>29</sup>. Após cada entrevista, realizamos a leitura do conteúdo e associamos o teor do relato às questões verificadas durante a observação e aos documentos consultados, em seguida, identificamos as ideias centrais do entrevistado e elaboramos a construção de cada participante. Finalizado o CHD e a Negociação, procedemos uma leitura exaustiva dos dados estabelecendo as convergências, divergências, complementaridades e diferenças, construindo a síntese horizontal de cada núcleo de sentido e a síntese vertical com a uma ideia geral de cada participante sobre todos os núcleos de sentido. Neste momento, emergiram três categorias de análise: Atenção Primária à Saúde e o perfil profissional do médico; Articulação ensino, serviço e comunidade no processo de formação médica na UEFS; Dilemas e contradições do curso de medicina da UEFS.

Na análise final realizamos a triangulação de dados entre o material proveniente do CHD com informações das entrevistas, observações e documentos, e, da Negociação, articulando todas as informações com as bases teóricas. Neste momento desvendamos o “conteúdo latente” que emergiu de todo material empírico, proveniente das subjetividades, expectativas e intencionalidades de cada um dos participantes dos grupos de interesse.

Este artigo é um recorte do projeto “Formação Médica na Atenção Primária à Saúde nos cursos de graduação em Medicina da Bahia, Brasil” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS pela CAAE nº. 70651117.1.0000.0053, e, respeitamos as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

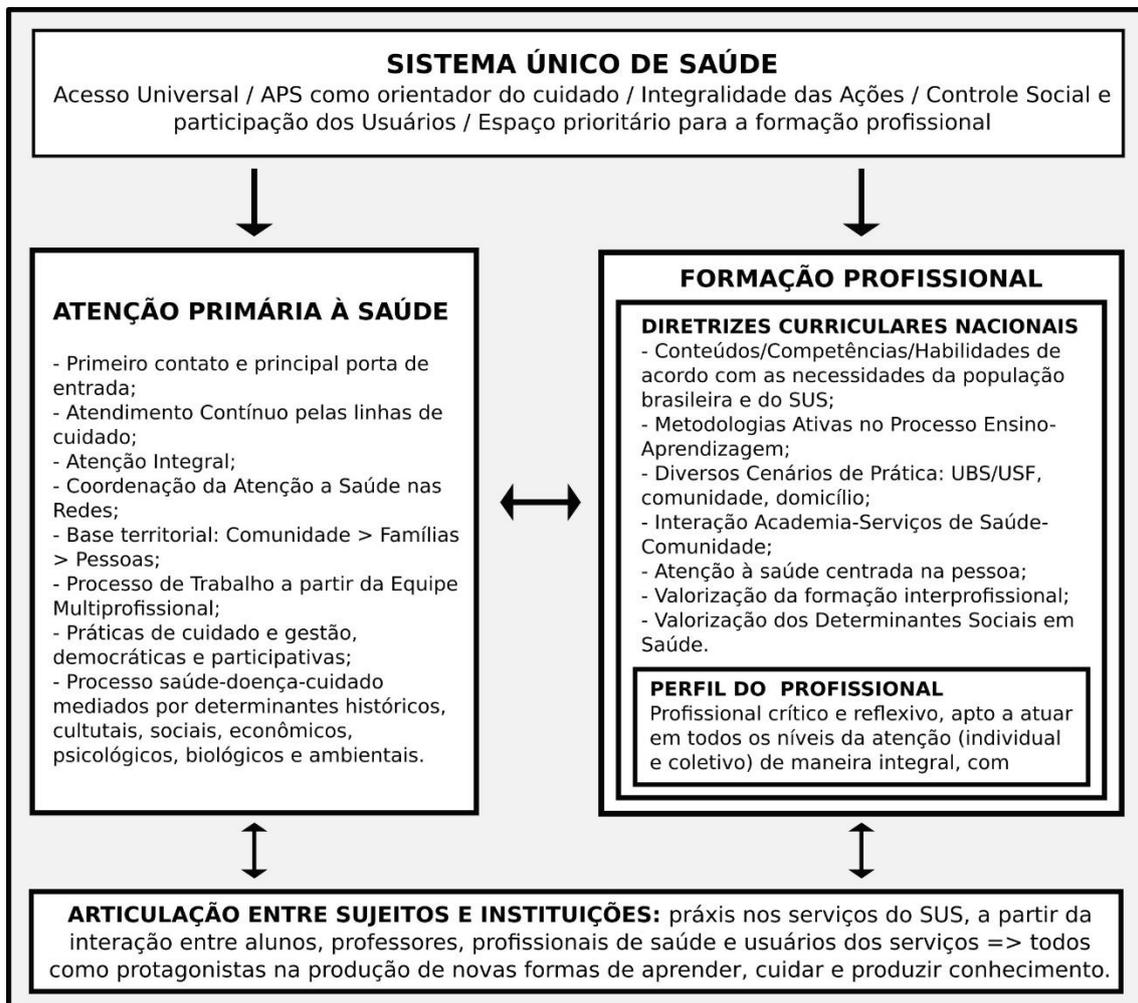
Figura 1: Fluxograma Analisador Adaptado



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todo processo de análise foi embasado considerando o Quadro Analítico Geral (figura 2), e, para orientar o processo explicação da realidade empírica foram elaborados fluxogramas descritores<sup>30</sup> para cada categoria de análise, com a finalidade de simbolizar graficamente elementos significativos que compõem os interesses, expectativas, preocupações, intencionalidades e subjetividades do processo de trabalho das PIESC.

Figura 2: Quadro Analítico Geral



### Atenção Primária à Saúde e o Perfil Profissional do Médico

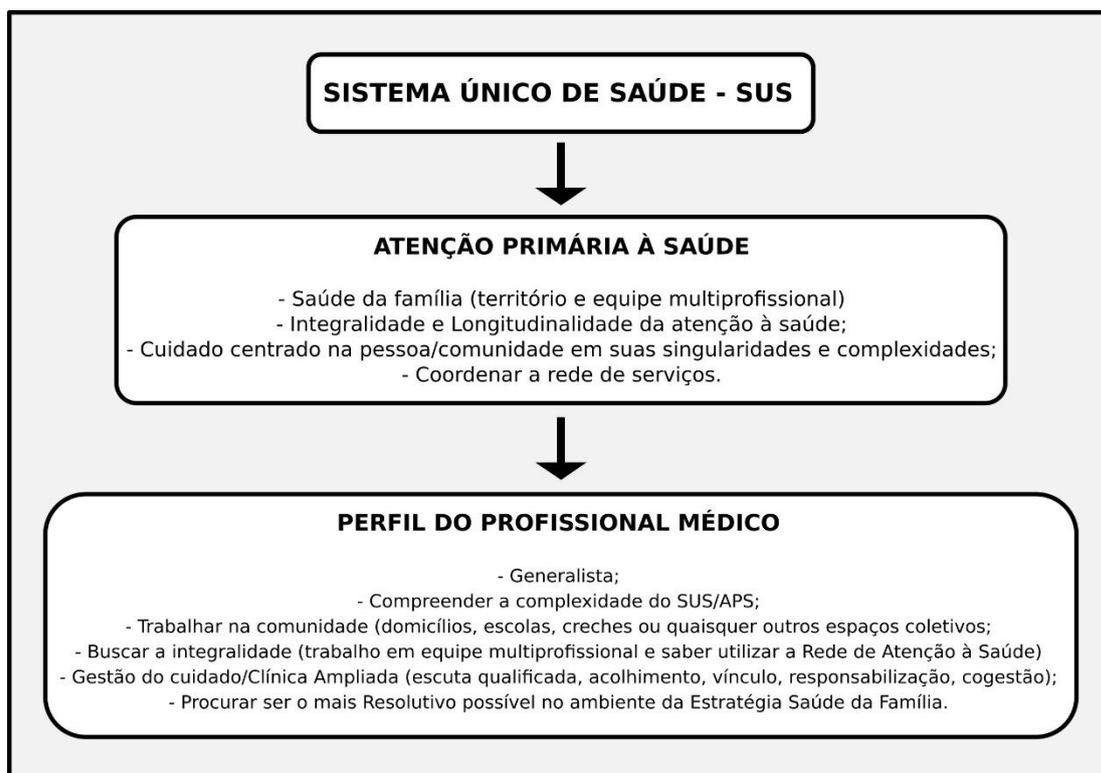
Conforme o fluxograma descritor (figura 3), os participantes do estudo construíram um consenso de que a APS acontece no contexto do SUS, respeitando seus princípios e diretrizes, funcionando como porta de entrada, procurando garantir o acesso aos serviços e resolução dos problemas de saúde no território a partir da Estratégia Saúde da Família e, busca a integralidade do cuidado através da Rede de Atenção à Saúde (RAS), este conceito elaborado, reflete um pensamento ampliado da APS<sup>7,13,31</sup>.

Porém este consenso só foi possível após a negociação, quando as divergências de opiniões foram discutidas e resignificadas, pois, após o término do CHD ficou claro que estudantes e professores possuíam uma visão ampliada sobre a APS<sup>7,31</sup>, enquanto profissionais de saúde e, principalmente, os usuários tinham uma visão focalizada<sup>7,31</sup>.

a atenção primária a saúde envolve um conjunto de ações e serviços que buscam consolidar os princípios do SUS com atendimento integral ao indivíduo [ ... ] funcionando como porta de entrada para os serviços de média e alta complexidade ajudando a reorganizar os serviços e a demanda de saúde (P10, professor)

Na APS, o programa saúde da família, todos os programas, o da tuberculose, pré-natal, preventivo, hipertensão e diabetes, atenção à saúde da criança, atenção ao idoso, todos os programas, é ... eu acho que ela deve estar atuando em todos os programas da unidade (P3, profissional de saúde)

Figura 3: Fluxograma Descritor da categoria Atenção Primária à Saúde e o Perfil Profissional do Médico



Embora tenham emergido contradições em torno do significado da atenção primária, todos os participantes associaram a APS ao SUS e a saúde da família, reforçando que um não existe sem o outro, demonstrando compreensão sobre o nosso sistema de saúde.

a atenção básica sem o SUS não funciona (P2, profissional de saúde)

a atenção primária a saúde é o fundamento, a estrutura básica para que um sistema universal de saúde funcione (P14, professor)

A longitudinalidade do cuidado na APS foi um elemento valorizado por estudantes, professores e profissionais de saúde, que entendem que essa é uma característica fundamental para a resolução dos problemas de saúde das pessoas no território, enfatizando a construção de vínculos, a responsabilização pelo cuidado e a escuta qualificada<sup>7,13,32</sup>.

É uma oportunidade de você saber como faz esse acompanhamento longitudinal, você não apenas faz consultas, mas você conhece a realidade da casa da pessoa, a realidade da rua dela, do bairro, porque são condições que com certeza influenciam na saúde (P9, estudante)

Porém, o acompanhamento longitudinal é um atributo da APS ainda pouco compreendido pelos usuários que buscam pelo atendimento clínico individual de queixa-conduta baseado num modelo medicalizado da saúde<sup>33,34</sup>. Conforme observado pelo grande absenteísmo às consultas de acompanhamento das PIESC e corroborado pelos relatos durante as entrevistas.

o problema maior ainda que eu acho é que a própria comunidade não vê a atenção básica como prevenção [...] eles querem somente a medicação ou o exame e isso a gente está tentando combater (P3, profissional de saúde)

Os participantes ressaltaram que a APS ainda não conseguiu assumir a coordenação do cuidado da RAS em Feira de Santana, por conta de diversos problemas como a oferta de serviços, a regulação e articulação da rede, necessidade de melhoria na infraestrutura e condições de trabalho das USF, o processo de trabalho das EqSF e o perfil dos profissionais de saúde que, por não compreenderem a APS, são pouco resolutivos.

A APS ainda não conseguiu assumir a coordenação do cuidado e eu acho que muito disso está relacionado ao perfil dos profissionais que estão na rede (P10, professor)

se os documentos do ministério fossem utilizados como protocolo dentro da unidade de saúde, muita coisa se resolveria sem ter a necessidade de tanto encaminhamento (P16, professor)

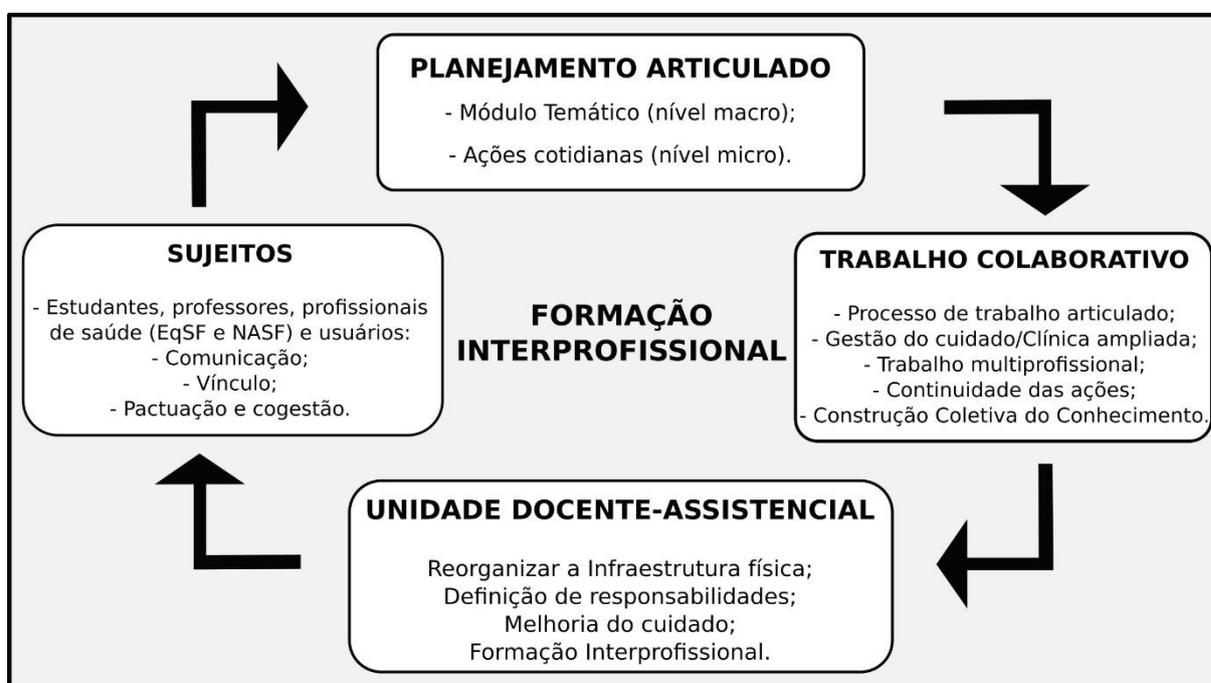
Um ponto de consenso no grupo, desde o CHD e consolidado na negociação, foi o perfil do profissional para atuar na APS, este médico deve ser um generalista com preparo técnico-científico adequado e ter uma compreensão ampla do SUS e do território no qual está inserido. Utilizar tecnologias leves<sup>35</sup> no processo de cuidado (acolhimento, vínculo, escuta qualificada, cogestão) buscando a resolubilidade dos problemas e entender que diversos sujeitos e contextos estão envolvidos no processo de cuidado na APS.

Este perfil condiz com as deliberações das DCN<sup>13</sup>, bem como, com as propostas de formação para APS da OPAS (2008)<sup>36</sup> e ABEM/SBMFC (2011)<sup>26</sup>, que sinalizam que o médico da atenção primária deve compreender o sistema nacional de saúde e, construir competências e habilidades a partir de uma abordagem individual centrada na pessoa, uma abordagem familiar considerando o ciclo da vida e uma abordagem comunitária que compreenda a cultura e os determinantes sociais.

## Articulação Ensino, Serviço e Comunidade no processo de Formação Médica

O fluxograma descritor desta categoria de análise (figura 4), sinaliza que estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários podem ser protagonistas no processo de construção do conhecimento nos territórios da APS, promovendo o trabalho colaborativo a partir de equipes multiprofissionais, estimulando a troca de saberes e experiências, respeitando a diversidade de conhecimentos e promovendo um diálogo permanente entre os sujeitos pois utiliza metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem<sup>37,38,39</sup>.

Figura 4: Fluxograma descritor da categoria Articulação Ensino, Serviço e Comunidade no processo de Formação Médica na UEFS



Segundo os participantes do estudo, que vivenciaram as atividades das PIESC nos cenários das USF, esse componente curricular almeja formar um médico generalista e desenvolve suas atividades a partir das necessidades do território, da ESF e das famílias/pessoas, articulando-se com os saberes e práticas da MFC, da SC e da EqSF/NASF, devendo também, criar estratégias que amplie os vínculos e o planejamento articulado para buscar garantir a continuidade do cuidado. Essa construção está intimamente associada aos preceitos da educação médica atual que propõe a formação interprofissional e o trabalho colaborativo<sup>1,13,37,38,39</sup>.

Nesta construção, porém, percebe-se pouca valorização dos saberes populares, reconhece-se a importância da participação das pessoas/famílias no processo de formação dos profissionais de saúde, porém, o envolvimento destes sujeitos nas atividades de ensino-aprendizagem no Brasil, de forma consciente e participativa, ainda é incipiente<sup>40</sup>. Entretanto, em algumas falas foi possível identificar a importância da participação dos usuários durante as atividades de ensino-aprendizagem das PIESC:

este processo do PIESC de territorialização, conhecer o território, elencar as principais patologias que são mais comuns naquele bairro e, com a população, de forma democrática, eleger as principais doenças e trabalhar com elas de forma interativa (P12, estudante)

Na observação do processo de trabalho das PIESC evidenciamos a valorização das tecnologias leves de cuidado<sup>35</sup>, com ênfase na escuta qualificada, durante as visitas domiciliares e consultas de MFC; no acolhimento e construção de vínculos, principalmente com as famílias e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e, na responsabilização pelo cuidado durante a elaboração, discussão e execução dos Projetos Terapêuticos Familiares, instrumento utilizado pelas PIESC para a operacionalização da cogestão do cuidado (PEIXOTO, CARVALHO e VILASBOAS, 2017)<sup>41</sup>.

Para o grupo, na interrelação ensino, serviço e comunidade, o processo de construção do vínculo entre os diversos sujeitos é contínuo, dinâmico e precisa ser ampliado principalmente com o nível central da gestão municipal, com os profissionais do NASF e com os médicos das EqSF, aproveitando as experiências passadas e incorporando as demandas e necessidades atuais, inclusive utilizando novas tecnologias de comunicação, sempre buscando o trabalho em equipe, a construção de novos conhecimentos e relações cordiais, devendo os sujeitos terem disponibilidade para desenvolver o trabalho conjunto.

Os estudantes têm vínculos mais fortes com as pessoas/famílias e os ACS, o que permite o desenvolvimento das atividades na comunidade, no domicílios e operacionalização dos PTF. Por sua vez, os professores se aproximam mais dos enfermeiros das unidades, favorecendo a organização das atividades propostas.

Um consenso foi o precário vínculo entre o médico da EqSF e as PIESC, que acontece devido a maioria dos médicos não possuir perfil para atuar na APS, como também, à dificuldade de compatibilizar as agendas, a falta de espaço físico na USF, a grande rotatividade de médicos e à falta de uma política pública que motive os médicos a trabalharem com os estudantes.

eu diria que tem um grande problema, primeiro que as vezes pela formação e pelo histórico de contratação do tipo de vínculo desses profissionais, tem médicos que não estão inseridos nem dentro da própria equipe, eles trabalham sozinhos e a equipe trabalha para um outro lado [...] esse é um grande problema para a qualidade da atenção que está se dando, então tu perde uma oportunidade de discutir, de pensar num projeto terapêutico de maneira multiprofissional porque o médico trabalha praticamente fazendo um atendimento ambulatorial (P15, professor)

Essa situação preocupa, pois, é importante que os estudantes conheçam a realidade do médico na USF e dialogue com esse profissional, afim de compreender os limites/dificuldades e desafios/perspectivas do trabalho médico na APS, na Saúde da Família, cabendo aos professores problematizar o processo de trabalho deste profissional, que, no contexto deste estudo, se mostrou distante do preconizado pela PNAB<sup>9</sup>.

As dificuldades na consolidação dos vínculos interferem no processo de planejamento das PIEESC, dificultando a realização plena do trabalho interprofissional<sup>1,37,38,39</sup>. Não existe um planejamento conjunto no nível macro para os módulos anuais, a inserção dos profissionais de saúde no planejamento é incipiente, acontecendo apenas em alguns momentos específicos, no nível micro, para viabilizar determinadas atividades propostas. Quase sempre a equipe das PIEESC chega com um cronograma pronto e discute com a EqSF/NASF a sua operacionalização. Essa postura das PIEESC dificulta o trabalho colaborativo e o desenvolvimento da formação interprofissional, conforme preconiza a PNAB<sup>9</sup> e as DCN 2014<sup>13</sup>.

Este modelo de planejamento necessita ser reavaliado, as PIEESC precisam construir de uma agenda estratégica envolvendo os diversos atores conforme prevê a proposta de Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS)<sup>42</sup>, metodologia essa, preconizada pelas PIEESC I e II para as suas atividades em comunidade, e, pelas PIEESC III e IV para a elaboração e execução dos PTF. Essa incoerência pode, em parte, ser explicada, pelas dificuldades dos profissionais das EqSF e NASF de comparecerem às reuniões de planejamento.

Apesar das limitações na inserção dos diversos sujeitos no planejamento das PIEESC, alguns professores buscam realizar um processo articulado, bem como, os profissionais de saúde elogiam a organização das PIEESC, demonstrando falta de conhecimento sobre um método de planejamento participativo<sup>42</sup>, confundindo, a discussão da operacionalização do cronograma, com o planejamento estratégico, num sinal de insuficiente capacitação técnica.

eu percebi uma organização mesmo da disciplina, mas foi muito organizado, os professores sempre me passavam todo o cronograma, já para o período inteiro, então eu tinha condições de programar com os agentes de saúde, com minha equipe, as datas onde se desenvolvem as atividades específicas (P17, profissional de saúde)

Estudantes, professores e EqSF/NASF salientaram que a implantação de unidades básicas docentes-assistenciais poderia facilitar as atividades das PIESC, pois, nestas unidades haveria a garantia de um espaço físico para as atividades de ensino e a universidade poderia participar da gestão e capacitação dos recursos humanos, bem como, haveria a possibilidade de um efetivo planejamento conjunto para a construção de um processo de trabalho articulado entre a academia e o serviço, o que, inclusive, fortaleceria a formação interprofissional e trabalho colaborativo.

espaços docentes-assistenciais e esse é o caminho, não há dúvida nenhuma de que é urgente que nós possamos definir na rede de serviços alguns espaços com essa característica docente-assistencial [ ... ] eu acho que isso muda tudo, isso caracteriza o território, isso solidifica o nosso papel dentro do serviço (P5, professor)

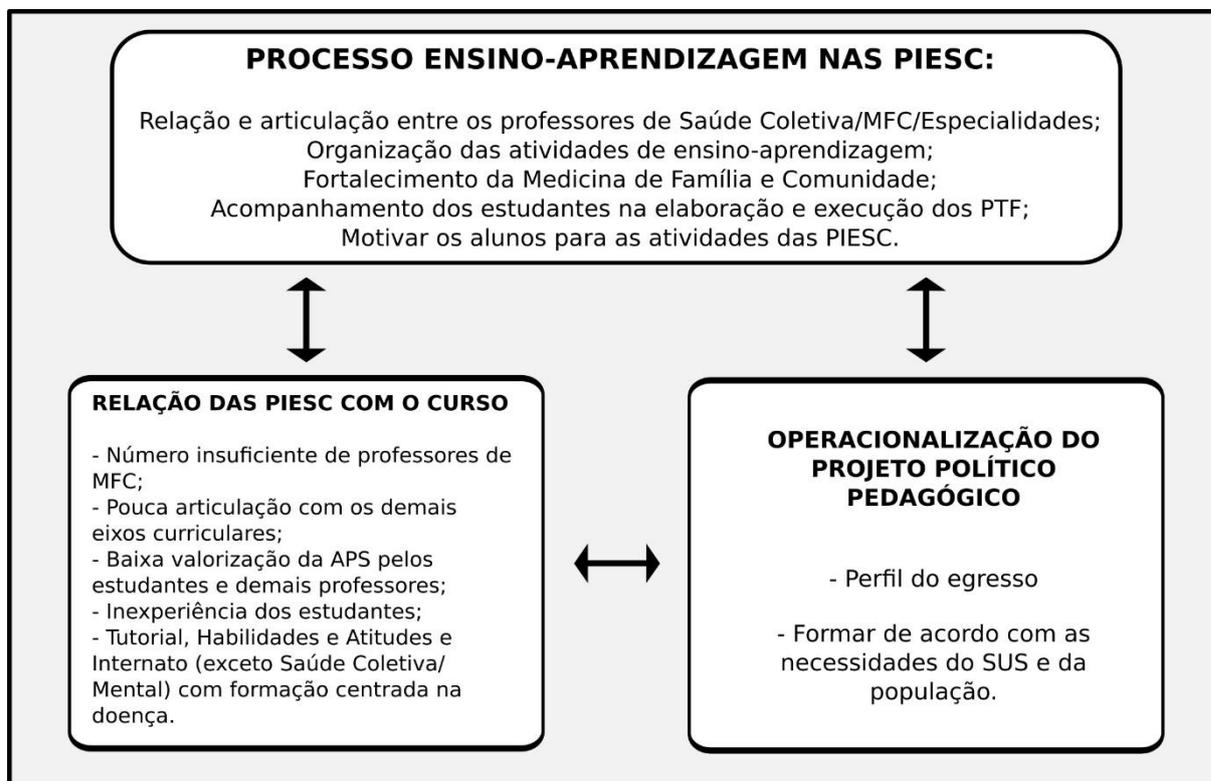
A integração ensino-serviço-comunidade diminui a distância entre a formação universitária e a realidade local do SUS<sup>43</sup>, salientamos que, conforme a atual PNAB<sup>13</sup> toda unidade básica de saúde é um espaço de educação e formação de recursos humanos, portanto, uma unidade docente-assistencial. Albiero e Freitas (2017)<sup>43</sup> ao discutirem sobre a tipologia de unidades de saúde docentes-assistenciais em dois municípios de Santa Catarina, sinalizam que existe uma relação muito forte entre a academia e o serviço quando se constrói um agenda compartilhada para a organização do processo de trabalho e a distribuição das atividades, contando com a supervisão docente contínua durante as realização das atividades.

O modelo operacionalizado pelas PIESC, ao longo de sua trajetória, trabalhando com uma agenda própria e supervisão docente, é o que constrói a relação mais fraca entre a academia e o serviço<sup>43</sup>, corroborando os relatos dos participantes e as observações deste estudo que apontam para dificuldades no planejamento articulado, no desenvolvimento da formação interprofissional e na realização do trabalho colaborativo. É imperativo que a UEFS/PIESC e a gestão municipal/EqSF/NASF se articulem para implementar o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)<sup>44</sup>, fortalecendo assim a relação entre a academia e o serviço e solidificando a formação médica na APS/ESF.

**“Existem duas medicinas: a medicina do PIESC e o restante das medicinas do curso”.**

No último fluxograma descritor (figura 5), percebemos que os dilemas e contradições estão internamente nas PIESC, assim como, nas relações entre todos os eixos curriculares, comprometendo a integralização do Projeto Político Pedagógico do curso.

Figura 5: Fluxograma descritor da categoria Dilemas e Contradições do curso de Medicina da UEFS.



O PPP do curso<sup>55</sup> foi elaborado em congruência com as DCN de 2001<sup>11</sup>, necessitando de ajustes para se adequar às novas diretrizes de 2014<sup>13</sup>, ademais, a realidade dos dados empíricos demonstra que, o curso de Medicina da UEFS apresenta algumas dificuldades para implementar integralmente o seu PPP, principalmente em relação aos saberes e práticas da APS. A pouca experiência docente com as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a falta de articulação e autonomia nos locais de prática, a carência de momentos de planejamento conjunto entre os eixos temáticos do curso e a predominância do modelo flexneriano no imaginário de grande parte dos professores e estudantes, são elementos que interferem no processo de efetivação do PPP.

como durante a formação, ainda que seja um método PBL, os alunos, ainda vem com uma formação, um referencial muito centrado na clínica, parece que existe essa disputa e parece que é menos medicina abordar um caderno de atenção básica (P15, professor)

Entretanto, essa não é uma realidade exclusiva do curso de medicina da UEFS, a formação médica no Brasil vivencia um dilema entre as exigências de um mercado de trabalho capitalista e medicalizado e as DCN<sup>13</sup> que propõem um médico crítico, reflexivo, comprometido com a sociedade e o SUS<sup>14,15,45</sup>.

Sobre as atividades das PIEESC no ambiente das USF, os participantes abordaram existir uma sobrecarga dos professores de saúde coletiva por conta de assumirem a gestão do PTF, o acompanhamento das famílias e a organização administrativa das atividades, enquanto os professores de clínica acompanham os alunos apenas durante as consultas médicas, sendo que, o professor de MFC tem um maior envolvimento com as atividades globais do PIEESC.

o professor de clínica, as vezes ele não está tão por dentro das atividades realizadas relacionada com o PIEESC, muitas vezes ele apenas sabe que naquele dia ele tem consulta, mas não está relacionado com outras atividade do PIEESC (P6, estudante)

esse professor está mais sobrecarregado porque ele na verdade está mais perto do aluno e está mais perto também da família e está mais perto da equipe do posto também, então acaba ficando para ele também a questão da organização do trabalho (P16, professor)

Essa dificuldade de articulação entre os saberes da clínica e da saúde coletiva acontece por conta das origens do curso, onde se estabeleceu um entendimento de que as PIEESC eram o campo de saber da SC e não da MFC, então o corpo docente construído foi eminentemente de professores de saúde coletiva, em sua maioria não médicos, e só posteriormente, foram incorporados ao grupo professores médicos das áreas materno-infantil e de clínica médica para acompanharem os estudantes nas consultas médicas dos PTF. Embora esses professores incorporados possuíssem uma aproximação com a SC, eles não tinham um experiência concreta na APS/ESF e não foram efetivamente capacitados para trabalhar com PTF, demonstrando um equívoco estratégico do corpo docente naquele momento histórico.

“eu acho que nós precisaríamos dar um passo adiante, um passo à frente, também na formação dos clínicos para que eles também pudessem estar nessas práticas [...] muitos deles desenvolvem com maestria os aspectos clínicos, mas deixam a desejar, muitas vezes, nos aspectos de problematização do conhecimento, de acompanhamento e nas próprias estruturações dos projetos terapêuticos familiares nas intervenções individuais, familiares e comunitárias” P1, professor

Ao longo de sua trajetória, as PIEESC passaram por (re) construções, buscando sempre avanços na formação dos estudantes para atuar na APS/ESF, por isso, a incorporação de professores de MFC em todos os anos das PIEESC tornou-se um elemento essencial para aproximar a clínica e a SC. A insuficiência de docentes dessa área contribui para que as PIEESC ainda não consigam operacionalizar integralmente a sua proposta de formar médicos que compreendam o processo saúde-doença-cuidado a partir de determinantes sociais, culturais, históricos, biológicos, psicológicos, ambientais e éticos; atuando nos níveis individual e coletivo; prestando atenção em toda a linha da vida; buscando sempre a integralidade da atenção à saúde com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; e compreendendo a Atenção Primária à Saúde como eixo norteador do cuidado.

Ampliando o olhar para todo o curso, verificamos que os saberes e práticas da APS não são discutidos com profundidade em todos os eixos pedagógicos. No ciclo básico essa temática é pouco abordada nas atividades tutoriais e de habilidades clínicas e atitudes, que ainda enfatizam o conhecimento clínico individual, centrado na doença conforme o modelo flexneriano<sup>1,2,3</sup>.

“para a gente superar este problemas, precisaríamos fazer um movimento na coordenação do curso para modificar o projeto pedagógico, para alterar cada um dos módulos tutoriais, que se esses módulos tutoriais fossem direcionados para um médico com formação generalista, humanística na atenção básica, eu não teria esse problema, porque a medicina é uma só, então o que ele estuda no tutorial, ele aproveita no PIESC, porque não estamos fazendo a medicina de Marte e da Terra” P14, professor.

No ciclo profissionalizante, apenas o internato de Saúde Coletiva/Saúde Mental (ISC-SM), incorpora a APS em parte de suas atividades de ensino, trabalhando no cenário da APS (160h, em um rodízio de dez semanas), com ações centradas na USF (consulta em MFC, capacitação da equipe, visita domiciliar, educação em saúde), porém não utilizam o instrumento do PTF, realizando, portanto, um processo de trabalho desarticulado das PIESC.

Faz-se necessário criar oportunidades para garantir a inserção de atividades ensino-aprendizagem sobre a APS, longitudinalmente, em todos os eixos pedagógicos do curso, de forma articulada e interdisciplinar, aproximando os estudantes da estratégia saúde da família, sempre buscando a integralidade das ações e a formação interprofissional conforme preconizado pelas DCN<sup>13</sup> e ABEM/SBMFC<sup>26</sup>.

Outro aspecto importante evidenciado pelas falas e observações, foi a supervalorização das atividades tutoriais durante o ciclo básico, contribuindo para que os estudantes negligenciem o estudo individual para as atividades do PIESC.

a gente tem tutorial duas vezes por semana, o tutorial normalmente tem assuntos grandes para estudar e durante, isso é, entre um tutorial e outro você tem o PIESC no meio, às vezes o PIESC acaba sendo um pouco atrapalhado em relação a isso, por causa dos tutoriais (P6, estudante)

A ênfase atribuída às atividades tutoriais, que pouco aborda os saberes e práticas da atenção primária, assim como, o restrito espaço ocupado pela APS em Habilidades e Atitudes no internato, reforçam a necessidade de construir uma agenda de discussão, em torno da operacionalização do projeto pedagógico do curso, envolvendo todos os eixos pedagógicos, buscando articular os conteúdos, competências e atitudes da APS com as diversas especialidades médicas, fortalecendo a formação de um médico generalista, crítico, reflexivo, com responsabilidade social e apto a atuar no SUS/APS/ESF.

Entretanto, as dificuldades de inserção da APS/MFC na graduação não é uma exclusividade da UEFS. A formação flexneriana dos docentes, a articulação incipiente com outras disciplinas do curso, o desconhecimento de professores e estudantes em relação aos princípios da MFC, o preconceito/discordância/desvalorização do corpo discente e docente em relação à inserção da MFC na graduação, a falta de recursos humanos com qualificação na área e as dificuldades na relação entre ensino-serviço, são alguns dos fatores que interferem no processo ensino-aprendizado destes conhecimentos e práticas<sup>46</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As construções elaboradas pelos participantes deste estudo traduzem uma compreensão atualizada sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada longitudinalmente em busca da integralidade do cuidado a partir do trabalho interprofissional e colaborativo. Por isso, o médico para atuar na APS, deve compreender a complexidade do processo saúde-doença-cuidado num sentido amplo, partindo do conhecimento sobre o território, com suas ações centradas na pessoa/família a partir de suas singularidades e contexto social.

Em sua trajetória as PIESC construíram uma interação entre ensino, serviço e comunidade, entretanto, necessitamos amadurecer a relação com a gestão municipal, o NASF e as EqSF, em especial os médicos dessas equipes, e, instituir um modelo de planejamento que fortaleça a formação interprofissional no ambiente das unidades de saúde da família. Embora os vínculos construídos com os usuários se demonstraram forte, ainda precisamos ampliar e cogestão do cuidado.

Existem dificuldades para a operacionalização integral do Projeto Político Pedagógico do curso, nas PIESC precisamos articular os conhecimentos da saúde coletiva com a medicina de família e, no curso como um todo, necessitamos discutir a formação médica na APS e envolver todos os eixos pedagógicos em atividades de ensino-aprendizagem que abordem tal temática.

Durante o processo de negociação, foi possível discutir e pactuar algumas mudanças nas atividades de ensino-aprendizagem das PIESC tais como a inserção dos estudantes nas atividades cotidianas da USF, o fortalecendo o vínculo com os profissionais de saúde; ampliar a participação da EqSF/NASF na seleção das famílias e no processo de elaboração e execução dos PTF, para melhorar a resolubilidade das ações; inserir as equipes de saúde nas atividades teóricas das PIESC, colaborando com o processo de educação continuada. Foi proposto uma aproximação da coordenação das PIESC junto ao nível central da Secretaria

Municipal de Saúde para garantir institucionalmente os espaços de prática e buscar inserir as atividades das PIESC no planejamento das EqSF/NASF, enfatizando a necessidade de fortalecimento da interação ensino, serviço e comunidade.

Salientamos que, não foi possível construir consensos para todas as questões negociadas, principalmente em relação aos dilemas e contradições do curso. Neste caso, delimitou-se as questões divergentes e competitivas, estabelecendo uma base para discussões e esforços futuros na busca pelo consenso. Esperamos que este estudo possibilite a abertura do diálogo entre os eixos pedagógicos do curso, envolvendo todos os sujeitos e instituições envolvidas nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Compreendemos também que, para uma percepção mais ampla da formação médica na APS no curso de medicina da UEFS, serão necessários outros estudos afim de preencher algumas lacunas que emergiram desta pesquisa: qual a percepção que os professores dos outros eixos pedagógicos têm sobre as PIESC e a formação médica na APS? Qual a percepção que os profissionais de saúde das EqSF/NASF e a Gestão Municipal têm sobre as PIESC e o processo de trabalho na APS? O internato realizado eminentemente em ambiente hospitalar, desconstrói o conhecimento construído pelas PIESC nos espaços de cuidado da APS? Qual prática desenvolvida pelos egressos da UEFS enquanto médicos na ESF em Feira de Santana? São perguntas que precisam ser respondidas para podermos readequar o processo de formação médica no curso em atenção às novas DCN de 2014.

## REFERÊNCIAS

1. FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. v. 376, p.1923-58, 2010.
2. MASH, R. et al. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa. **Human Resources for Health**. v.13, n.93, p. 1-9, 2015.
3. WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **Working for Health and growth: Investing in the health workforce**. WHO: Geneva-Switzerland, 2016.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Declaração de Alma-Ata**, URSS: OMS, 1978.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Astana**. Global Conference on Primary Health Care, 2018.

6. MICHELENA, N. M. R.; GOMEZ, M. P.; SOTOLONGO, M. N. Un sistema de habilidades para la carrera de Medicina, su relación con las competencias profesionales. Uma mirada actualizada. **Educación Médica Superior**. v. 31, n. 1, P. 215-38, 2017.
7. MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.
8. MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; PHIL, P. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **n engl j med**. v. 372, n.23, p. 2177-2181, 2015.
9. MENDONÇA, M. H. M. et al. **Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
11. BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 4**, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
12. BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 12.871**, institui o Programa Mais Médicos. Brasília: DOU, 2013.
13. BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3**, institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
14. GOMES, A.P.; REGO, S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. **Rev. Bras. Educ. Médica**; Brasília, v. 38, n. 3, p. 299-313, 2014.
15. CHIARELLA, T. et al. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação Médica. **Rev. Bras. Educ. Médica**; Brasília, v. 39, n. 3, p. 418-425, 2015.
16. TAROCO, A. P. R. M.; TSUJI, H.; HIGA, E. F. R. Currículo Orientado por Competência para a Compreensão da Integralidade. **Rev. Bras. Educ. Médica**; Brasília, v. 41, n. 1, p. 12-21, 2017.
17. SANTOS, L. C.; SIMONETTI, J. P.; CYRINO, A. P. Educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. **Interface**. v. 22, supl. 2, p. 1601-11, 2018.
18. MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SOUZA e SILVA, L. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. Bras. Educ. Médica**; Brasília, v. 43, n. 2, p. 67-78, 2019.

19. GUBA, E.; LINCOLN, Y. Guidelines and checklist for Constructivist (a.k.a. Fourth generation) evaluation. **Evaluation Checklists Project**, 2001. Disponível em: <https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2014/constructivisteval.pdf>, Acesso em: 01 mar 2019.
20. KANTOSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração – contribuições metodológicas para a avaliação de serviços de saúde mental. **Interface**; Botucatu; v. 13, n. 31, p. 343-355, 2009.
21. GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas: UNICAMP, 2011.
22. PINHO, L. B. e SINIAK, D. S. O papel da atenção básica no cuidado ao usuário de crack: opinião de usuários, trabalhadores e gestores do sistema. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. v. 13, n. 1, p. 30-36, 2017.
23. KOCH, T. Having a say: negotiation in fourth-generation evaluation. **Journal of Advanced Nursing**. v. 31, n. 1, p. 117-125, 2000.
24. CAMPOS. G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
25. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. **Projeto do Curso de Medicina**: atualizado em dezembro de 2015. Feira de Santana: Colegiado de Medicina/PROGRAD, 2007.
26. DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**; Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 145-150, 2011.
27. MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.
28. MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-Dialética como caminho do Pensamento Social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. 3ª. reimp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 83-107.
29. ASSIS, M. M.; JORGE, M. S. B. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (org). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Editora UEFS, 2010. p. 139-159.
30. SANTOS, A. M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2013. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca.
31. GIOVANELLA, L. e MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadorados cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
32. SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface**. v. 23, p. 1-14, 2019.

33. BEZERRA, I. C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface**; v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.
34. CLEMENTINO, F. S et al. Acolhimento na Perspectiva do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **R bras ci Saúde**; v. 2, n. 4, p. 323-332, 2017.
35. MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. 3<sup>a</sup>. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.
36. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **La Formación em Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud**. Serie: La Renovacion de la Atención Primaria de Salud em las Américas, n<sup>o</sup> 2. Washington D.C: OPS, 2008.
37. WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice**. WHO/HRH/HPN: Geneva-Switzerland, 2010.
38. KENT, F. e KEATING, J. L. Interprofessional education in primary health care for entry level students — A systematic literature review. **Nurse Educ. Today**. p. 1-11, 2015.
39. BATISTA, N. A et al. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface**. v. 22, supl. 2, p. 1705-15, 2018.
40. DONETTO, S. A participação do paciente na educação médica: reflexões sobre discursos e experiências no Reino Unido. **Saúde em Redes**. v.1, n. 3, p. 21-35, 2015.
41. PEIXOTO M.T., CARVALHO R.C., VILASBOAS A.L.Q. Projeto Terapêutico Familiar: uma experiência de atenção integral em uma unidade de saúde da família num município do semiárido baiano. **Rev. Saúde Col. Uefs**. v. 7, n. 2, p. 35-43, 2017.
42. TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q.; ABREU de JESUS; W. L. Proposta Metodológica para o Planejamento em Saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C. F. Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 51-75.
43. ALBIERO, J. F. G.; FREITAS, S. F. T. Cenários de prática na atenção básica: tipologia para unidades Docente-assistenciais. **Rev Bras Promoç Saúde**. v. 30, n. 3, p. 1-8, 2017.
44. BRASIL. **Portaria Interministerial n<sup>o</sup> 1.124**, de 4 de agosto de 2015, institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2015.
45. FERREIRA, M. J. M. et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface**. v. 23, supl. 1, p. 1-15, 2019.
46. ANDERSON, M. I. P; DEMARZO, M. M. P.; RODRIGUES, R. D. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. **Rev. Bras. Med. Fam. e Comunidade**; Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p.157-172, 2007.

## 6.3 ARTIGO 3\*

**Formação Médica na Atenção Primária à Saúde:** interrelação entre componentes curriculares que abordam os conhecimentos e práticas do cuidado à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melittus.

**Medical Training in Primary Health Care:** interrelationship between curricular components on the knowledge and practices of care for systemic arterial hypertension and Diabetes Melittus

Marcelo Torres Peixoto  
Marluce Maria Araújo Assis  
Nádilla Laís Gomes Santiago  
Adriana Cerqueira Miranda

### RESUMO:

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação em Medicina propõem a formação de um generalista com competências para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente nos espaços de cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Melittus (DM) são enfermidades muito prevalentes no Brasil, sendo que o SUS adota a APS como locus privilegiado para o enfrentamento destas doenças. Este artigo correlaciona os componentes curriculares de um curso de Medicina no semiárido baiano, a partir dos conhecimentos e práticas de cuidado construídas com o educando sobre a HAS e a DM. Esta análise documental utilizou o software IRaMuTeQ para o processamento das informações. Os documentos analisados revelaram uma fragmentação do curso, onde as Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade juntamente com o Internato de Saúde Coletiva/Mental priorizam suas atividades na APS, buscando a integralidade do cuidado; enquanto Habilidades Clínicas e atitudes, Tutorial e o Internato de Saúde do Adulto/Clínica Médica organizam o processo ensino-aprendizado baseado nas especialidades de cardiologia e endocrinologia. O curso necessita promover a integração entre os componentes curriculares que abordam a HAS e DM, buscando a interdisciplinaridade e a formação interprofissional, conforme preconiza as DCN.

**Palavras-chave:** Educação Médica, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melittus.

## ABSTRACT

The National Curriculum Guidelines (DCN) for undergraduate Medicine propose the formation of a generalist with competences to work in the Brazilian National Health System (SUS), especially in the spaces of primary health care (PHC). Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) are very prevalent diseases in Brazil, and the SUS adopts PHC as a privileged locus to cope with these diseases. This article correlates the curricular components of a medical course in Bahia's semiarid region, based on the knowledge and care practices built with the student about SAH and DM. This document analysis used IRaMuTeQ software for information processing. The analyzed documents revealed a fragmentation of the course, where the teaching, service and community integration practices together with the Collective/Mental Health Internship prioritize their activities in PHC, seeking the integrality of care; while Clinical Skills and Attitudes, Tutorial and the Adult Health Internship/Medical Clinic organize the teaching-learning process based on the cardiology and endocrinology specialties. The course needs to promote the integration between the curricular components that approach SAH and DM, seeking interdisciplinarity and interprofessional training, as recommended by the DCN.

**Keywords:** Medical Education, Primary Health Care, Systemic Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus.

## INTRODUÇÃO

Os Sistemas Universais de Saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) necessitam de recursos humanos com um perfil diferenciado, por isso, a necessidade de mudanças na Formação Médica<sup>1,2,3,4,5</sup>. O perfil do médico a ser formado deve ser orientado para responder às necessidades atuais das sociedades que buscam práticas integrais, interprofissionais e de qualidade com o trabalho em equipe, integrando saberes e práticas; a valorização da APS; a pessoa como centro cuidado e o desenvolvimento de ações comunitárias de prevenção e promoção da saúde<sup>1,6,7,8,9,10</sup>.

A adoção de modelos de formação inovadores é fundamental para o desenvolvimento e o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde. É durante a graduação que o futuro médico constrói conhecimentos, competências, habilidades, atitudes e valores que o acompanharão durante toda carreira profissional. Alguns estudos<sup>1,5,11</sup> remetem que a formação dos profissionais de saúde, em especial os médicos, encontra-se em processo de mudança que causa impactos diretos e indiretos em todo o mundo.

Em relação ao processo de mudança na Formação Médica, a *World Federation for Medical Education* (WFME) teve participação fundamental ao promover a I e II Conferência Mundial de Educação Médica, cujos documentos finais, propuseram adequar os conteúdos

curriculares às prioridades nacionais de saúde; incorporar aos programas educacionais todos os recursos de saúde disponíveis na comunidade e não apenas os hospitais; aproximação e articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde; promover a educação continuada com introdução de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem que garantam o auto-estudo e autonomia do estudante; favorecer as ações de prevenção e promoção na atenção à saúde; formar profissionais competentes que valorizem as questões sociais; promover a educação multiprofissional com incentivo ao trabalho em equipe<sup>12,13</sup>.

As discussões mais recentes no campo da educação médica convergem para a Formação Interprofissional<sup>14,15,16,17,18</sup> e para a Responsabilidade Social das Escolas Médicas<sup>11,19</sup>.

A educação interprofissional possibilita o encontro de diferentes profissões para aprender uns com os outros e sobre os outros, numa perspectiva dialógica, em que estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários atuam em situações interativas de ensino-aprendizagem<sup>17</sup>. Alguns autores<sup>14,15,16,17,18</sup> sinalizam que a educação interprofissional estimula o trabalho colaborativo entre os diversos profissionais das equipes de saúde; a troca de saberes e experiências, respeitando a diversidade de conhecimentos e promovendo um diálogo permanente; melhora a qualidade da assistência à população, promovendo a integralidade do cuidado; utiliza metodologia ativas no processo ensino-aprendizagem; se adequa à complexidade dos problemas de saúde atuais, bem como, às necessidades dos sistemas nacionais de saúde com base na APS.

O documento Consenso Global em Responsabilidade Social das Escolas Médicas/*Global Consensus on Social Accountability of Medical Schools*<sup>11</sup> discute elementos importantes sobre a Formação Médica, por meio de alguns desafios postos às escolas médicas no início do século XXI como a melhoria da qualidade, equidade, relevância e eficácia na prestação de cuidados de saúde; busca reduzir o descompasso com as prioridades de saúde da sociedade; redefine os papéis dos profissionais de saúde; e fornece evidências de impacto sobre o estado de saúde das pessoas. O Consenso propõe direções estratégicas para que as escolas médicas se tornem socialmente responsáveis, com ênfase em responder às necessidades atuais e futuras de saúde da sociedade. Nesse sentido, reorienta suas prioridades de educação, pesquisa e serviço, fortalece a governança e parcerias com outras partes interessadas, a exemplo de gestores em saúde, associações profissionais, sociedade civil; e, utiliza a avaliação e a acreditação para avaliar o desempenho e impacto das escolas médicas<sup>11</sup>.

Os primeiros movimentos de mudança na Formação Médica brasileira aconteceram na década de 80 do século XX com os trabalhos da Comissão Interinstitucional Nacional de

Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) que analisou a Formação Médica no Brasil no período entre 1991 e 2000, cujos resultados foram fundamentais para a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no ano de 2001<sup>20,21</sup>.

A implantação das DCN em 2001 pelo Ministério da Educação (MEC), desencadeou um processo concreto de mudança na Formação Médica brasileira ao definir o perfil do médico a ser formado considerando-se os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação médica, a serem aplicadas em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina. As diretrizes estabeleceram os conteúdos essenciais de abordagem do processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, que deve estar integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando práticas integradas<sup>22</sup>. Segundo Ceccin e Feuerwerker<sup>23</sup> as DCN de 2001 foram fundamentais ao estabelecer, como política, mudanças no processo de formação em saúde e favorecer a construção de relações de compromisso e responsabilidade entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a criação do SUS promoveu-se a reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, a partir dos princípios da APS ou Atenção Básica à Saúde (ABS), conforme designação do Ministério da Saúde (MS), sendo a Saúde da Família sua principal estratégia operacional<sup>24,25,26</sup>.

Segundo Carácio e outros<sup>27</sup> a qualificação dos trabalhadores do SUS está diretamente relacionada à reorientação do modelo de formação profissional, que precisa adotar práticas inovadoras de ensino-aprendizagem, utilizar a atenção primária como cenário de prática e ampliar interação entre a academia e os serviços de saúde.

Como elemento fundamental de um movimento de readequação da Formação Médica no Brasil, promovido pelos Ministérios da Saúde e Educação, a criação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, teve entre os seus objetivos fortalecer e ampliar a formação de médicos para o SUS, com o propósito de: diminuir a carência de médicos no país; fortalecer a atenção básica em saúde; aprimorar a Formação Médica; ampliar a inserção do graduando na rede SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; estimular a realização de pesquisas científicas no sistema de saúde<sup>28</sup>.

As ações iniciais do PMM, na graduação em medicina, foram direcionadas para o aumento da oferta de vagas nos cursos de graduação, com o estabelecimento de critérios para a abertura de novos cursos; propôs a implementação de novos parâmetros para as Diretrizes Curriculares Nacionais, redefinindo o perfil do médico a ser formado; e, instituição dos

Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) para o fortalecer as relações institucionais entre as IES e a gestão do SUS<sup>28</sup>.

No bojo do PMM em 2014 as DCN foram atualizadas, estabelecendo a articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes em três áreas específicas: atenção, gestão e educação em saúde. O futuro médico deve, na atenção, elaborar e executar projetos terapêuticos respeitando as diversidades humanas que singularizam cada pessoa ou cada grupo social. Na gestão, compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de planejamento, gerenciamento e administração. Na educação, deve ser responsável pela própria formação inicial, continuada e em serviço<sup>29</sup>.

Apesar das novas DCN terem sido implantadas recentemente, alguns estudos<sup>19,21,30</sup> sinalizam que o documento foi elaborado a partir da realidade social e dos problemas de saúde do país. Esses autores destacaram alguns elementos importantes: reforçam que o estudante deve ser um sujeito ativo no processo ensino-aprendizagem, valorizando o uso de metodologias ativas; busca uma formação voltada para a integralidade, com base na APS, com o fortalecimento da Medicina de Família e Comunidade, dos determinantes sociais e das questões socioambientais no processo saúde-doença-cuidado; enfatiza o respeito à autonomia da pessoa e a diversidade humana; ressalta a necessidade da inserção do estudante, desde as séries iniciais, na rede SUS, com ênfase inicial na APS e posteriormente na urgência e emergência; e, fortalece a interprofissionalidade e o trabalho em equipe.

Este artigo tem como objetivo correlacionar os componentes curriculares do curso de graduação em Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) a partir dos conhecimentos e práticas do cuidado à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) no contexto da APS, tendo como base as DCN de 2014 e os documentos de referência do Ministério da Saúde.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

O estudo é orientado pela análise documental, sendo um recorte do estudo de caso “Formação Médica na Atenção Primária à Saúde: avaliação de quarta geração em um curso de medicina do semiárido baiano”, que integra o projeto “Formação Médica na Atenção Primária à Saúde nos cursos de graduação em Medicina da Bahia, Brasil” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS pela CAAE nº. 70651117.1.0000.0053.

O estudo de caso proporciona interação com o objeto de estudo, ao investigar um dado fenômeno em profundidade, em seu contexto real, envolvendo inúmeros aspectos de

interesse e utilizando múltiplas fontes de evidências, favorecendo assim, a compreensão, análise e avaliação dos fenômenos encontrados com a maior amplitude possível<sup>31,32</sup>. Enquanto a análise documental realiza a apreensão, compreensão e análise de documentos variados (cartas, memorandos, relatórios, documentos administrativos, reportagens, filmes, fotografias) a partir das questões de interesse do estudo<sup>33</sup>.

O Curso de Medicina da UEFS foi implantado em 2003 incorporando as deliberações das DCN 2001<sup>22</sup>. Em seu Projeto Político Pedagógico (PPP) o curso se propõe a formar um médico apto para atuar no SUS, em equipe multidisciplinar, mediante o respeito aos seus princípios e diretrizes, com uma postura ética e humana, buscando realizar o atendimento integral para as doenças de maior prevalência epidemiológica e importância social<sup>34</sup>. Adota metodologias ativas em seu processo ensino-aprendizagem, por meio da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Metodologia da Problematização, sendo organizado pedagogicamente, em dois momentos.

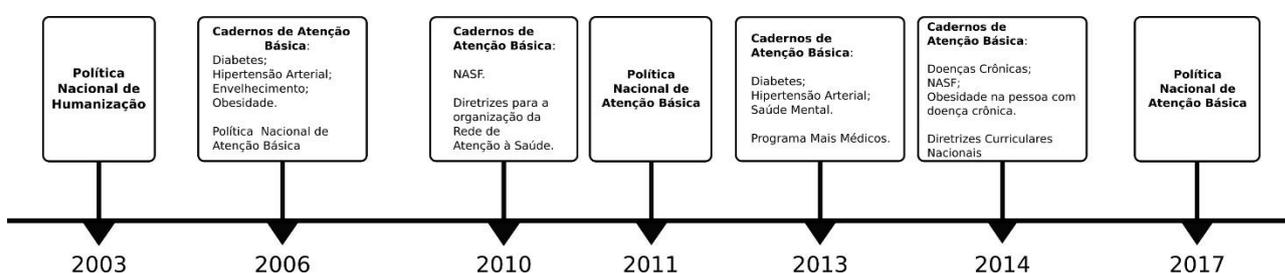
O ciclo básico que é apreendido nos quatro primeiros anos do curso, abrange três eixos de aprendizagem: 1) atividade em grupos tutoriais, a partir da resolução de problemas; 2) habilidades e atitudes clínicas, com treinamento das habilidades técnicas e socioafetivas em relação à atenção clínica; 3) Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), que promove a aproximação do estudante com a comunidade, utilizando a Unidade de Saúde da Família (USF) como referência. No ciclo profissionalizante, nos dois últimos anos do curso, o estudante vive a experiência do internato médico com a realização do estágio supervisionado, em diferentes cenários de prática<sup>34</sup>.

Neste estudo, para a coleta de dados utilizou-se os documentos referentes aos componentes curriculares que abordam, em seu processo de ensino-aprendizagem, saberes e práticas referentes a atenção à saúde realizada à pessoas com HAS e DM. A escolha destes problemas de saúde se deu em virtude do SUS adotar a APS como locus privilegiado para o enfrentamento destas doenças<sup>35,36,37,38</sup>, e também, por terem sido os dois problemas priorizados pelos usuários das USF, locus de atuação das PIESC, ao longo dos dezesseis anos de existência do curso de Medicina da UEFS.

Foram selecionados dezenove documentos, referentes aos manuais/módulos/cronogramas de atividades de Habilidades e Atitudes Clínicas (n= 04), Internato (n=06), PIESC (n=04), módulos Tutoriais (n=03), todos referentes ao ano letivo 2018.0; também utilizou-se o PPP do curso (n=01) e o regimento do Internato (n=01). A escolha deste ano letivo foi intencional, por ter sido o limite estabelecido pelo MEC para os cursos de Medicina realizarem as adequações propostas pelas novas DCN<sup>29</sup>.

Para correlacionar os documentos e realizar as análises, tomou-se como base as diretrizes/orientações/recomendações propostas pelo MS nos Cadernos de Atenção Básica (CAB), na Política Nacional de Humanização (PNH) e nas Políticas Nacionais da Atenção Básica (PNAB), e também, as determinações do eixo educação do Programa Mais Médicos e as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 (figura 1).

Figura 1: Linha do Tempo dos Documentos de Referência do Ministério da Saúde e Ministério da Educação.



No processo de explicação dos dados empíricos provenientes dos documentos, utilizou-se o software IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) na versão 0.7 alpha 2<sup>39</sup>. Trata-se de um programa gratuito que permite a análise de textos a partir de estatísticas textuais clássicas, pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente, análises de similitude e nuvem de palavras<sup>39,40</sup>.

Primeiramente elaborou-se os *corpus* com as informações textuais provenientes de cada documento, posteriormente o software gerou a nuvem de palavras, onde os termos foram agrupados graficamente em função de sua frequência, permitindo uma análise lexical simples, porém pertinente ao estudo, pois enfatiza as palavras-chaves presentes nos documentos. Em seguida, construiu-se a árvore de similitude que permitiu identificar as coocorrências, refletindo a conexão entre as palavras presentes nos *corpus*<sup>39,40</sup>.

A utilização do software possibilitou que as informações fossem agrupadas nas seguintes categorias: ementa/objetivos, metodologias/atividades teóricas, cenários/atividades práticas, tipo de referência utilizada. As correlações realizadas entre os componentes curriculares buscaram discutir a adequação às determinações das DCN de 2014 e aos documentos de referência do MS, potencialidades/fragilidades encontradas para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e os desafios futuros do curso de medicina da UEFS para formar um médico em conformidade com a legislação vigente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente discutiu-se organização do curso de medicina da UEFS, desvelando a realidade empírica através da árvore de similitude e das nuvens de palavras. Posteriormente, correlacionou-se o processo ensino-aprendizagem dos componentes curriculares que trabalham os temas HAS e DM com os educandos em formação.

### **Formação Médica na APS: interrelação dos saberes e práticas da atenção à saúde para o acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.**

As deliberações contidas no PMM<sup>28</sup> e nas DCN 2014<sup>29</sup> sobre a Formação Médica estão articuladas com a Política Nacional de Humanização, as Políticas Nacionais de Atenção Básica e as diretrizes/orientações/recomendações propostas pelos Cadernos de Atenção Básica, tais documentos do SUS preconizam que o cuidado em saúde na ABS, seja o mais resolutivo possível, com promoção de ações individuais e/ou coletivas, centradas nos problemas da pessoa/comunidade, respeitando suas diversidades e singularidades, ofertadas de maneira integral por uma equipe multiprofissional que deve se responsabilizar pela gestão do cuidado a partir da implementação de uma clínica ampliada e compartilhada, realizando o acolhimento, formando vínculos e construindo a cogestão do cuidado<sup>24,25,26,35,36,37,38</sup>. Portanto, os cursos de graduação necessitam formar médicos capazes de desenvolver esse modelo de cuidado no ambiente das unidades básicas de saúde.

A articulação entre a formação profissional e o processo de trabalho realizado nas unidades de saúde está previsto no texto constitucional<sup>41</sup>, constando como competência do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Esse modelo de Formação Médica implementado pelo MEC e MS está de acordo com documentos internacionais<sup>5,11,19,42,43,44</sup> e diversos autores<sup>1,45,46,47,48</sup> sinalizam que a Formação Médica precisa convergir com as necessidades dos sistemas nacionais de saúde e aos problemas de maior importância epidemiológica e relevância social, devendo as instituições de ensino ter compromisso social com a melhoria da atenção à saúde ofertada à população.

A abordagem sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus no curso de medicina da UEFS é apreendida pelos educandos em todos os anos do curso, através dos seguintes componentes curriculares: Habilidades Clínica e Atitudes I, II, III e IV; Internato em Saúde do Adulto – Clínica Médica I (quinto ano), Internato em Saúde Coletiva e Mental (sexto ano); PIESC I, II, III e IV; e, nos módulos tutoriais de Processo de envelhecimento (HAS–

segundo ano), Dispnéia, dor torácica, edemas e tosse (HAS – quarto ano) e Desordens nutricionais e metabólicas (DM – quarto ano). Como as doenças cárdio-respiratórias são a principal causa de morte no país<sup>49</sup>, sendo a Hipertensão Arterial descontrolada um dos principais motivos para o desenvolvimento de problemas cardíacos<sup>35,37,50</sup>; e, a Diabetes é uma das principais causa de amputação no Brasil<sup>36,38,51</sup>, a abordagem desses problemas de saúde durante todos momentos do curso é importante e está em acordo com as DCN 2014<sup>29</sup> e as recomendações nacionais e internacionais, que enfatizam, durante a Formação Médica, os problemas de maior impacto epidemiológico e social<sup>1,11,12,13</sup>.

A árvore de similitude do curso de medicina da UEFS (figura 2) mostra uma fragmentação entre os componentes curriculares em relação a construção do conhecimento sobre a HAS e DM. Na centralidade da árvore encontram-se as PIESC e o Internato de Saúde Coletiva e Mental que destacam a saúde em conexão com comunidade e a saúde da família. Na extremidade direita da figura 2, nas Habilidades e atitudes Clínicas a ênfase é o paciente associado à necessidade de ensinar aos educandos as técnicas dos procedimentos médicos. Na extremidade esquerda nos módulos Tutoriais e o Internato de Saúde do Adulto Clínica – Médica I o direcionamento é para formar um médico capaz de realizar o tratamento das doenças.

As nuvens de palavras (figura 3) evidenciam a segmentação ilustrada pela árvore de similitude, ao mostrar as palavras-chaves de cada componente curricular. As PIESC e o Internato de Saúde Coletiva e Mental são os componentes curriculares que mais se aproximam das diretrizes/orientações/recomendações do MS<sup>24,25,26,35,36,37,38</sup> e das DCN<sup>29</sup> de integralidade do cuidado no território das USF às pessoas/comunidade, com um enfoque generalista. Enquanto as Habilidades, Tutoriais e Internato de Saúde do Adulto – Clínica Médica I tem como foco o tratamento clínico centrado na doença e na relação entre médico e paciente, ou seja, apresentando um olhar voltado à especialidade, compatível historicamente com o modelo flexneriano<sup>1,17,23</sup>.

Contextualizando o Projeto Político Pedagógico do curso, reformulado em 2015, percebe-se que foi construído em consonância com as DCN 2001<sup>22</sup>, que adota metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, situando o estudante como sujeito ativo na construção de seu conhecimento. Nessa perspectiva, os educandos são inseridos precocemente em unidades de saúde do SUS em diversos cenários de práticas, buscando adequar o currículo às necessidades de saúde da população para uma formação integral. Entretanto, o curso necessita de reformulações para se ajustar as novas diretrizes implantadas pelo MEC em 2014<sup>29</sup>, algumas questões necessitam ser fortalecidas no projeto pedagógico como o protagonismo e autonomia dos estudantes; a ampliação das discussões sobre os determinantes sociais em saúde; a

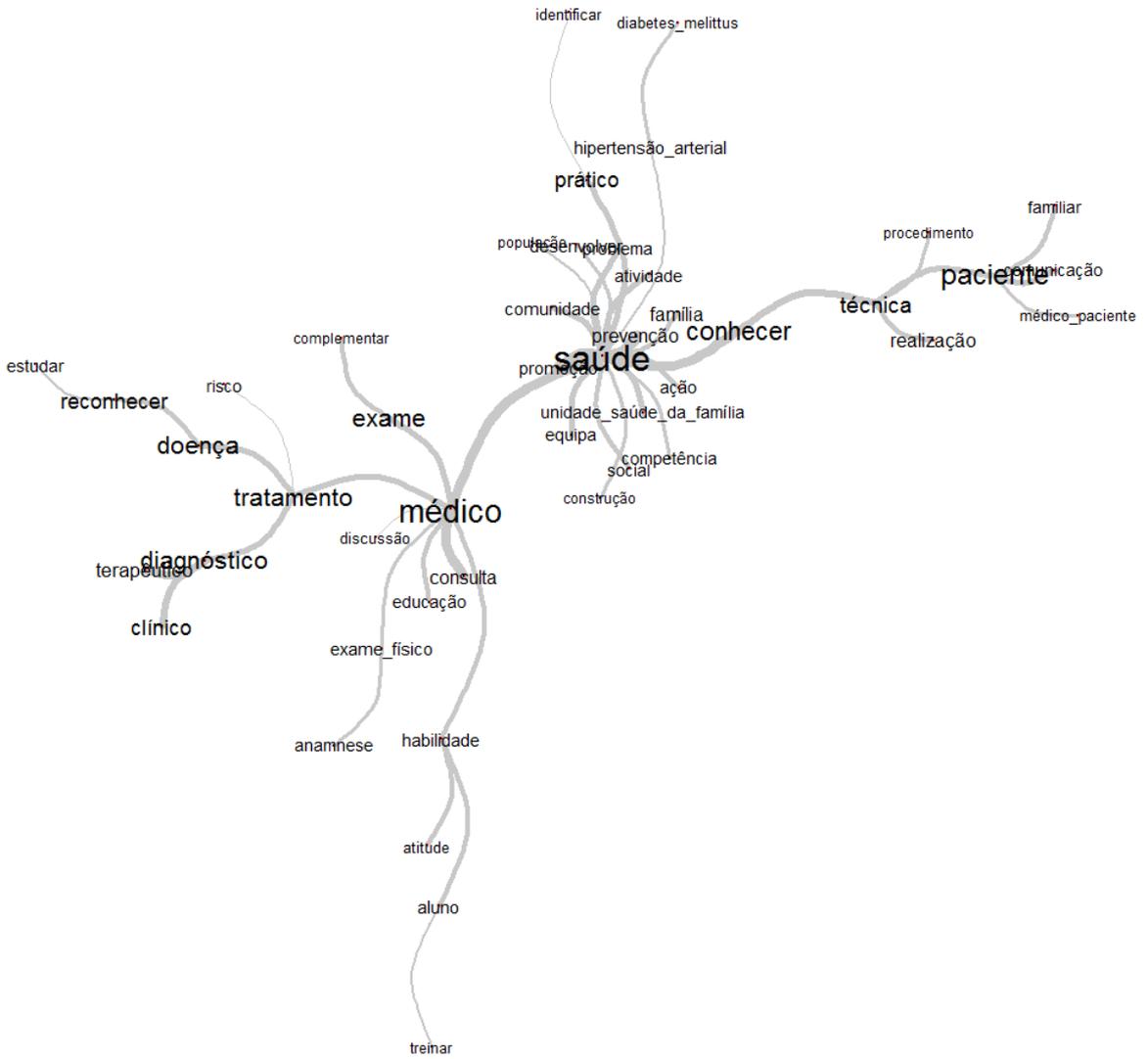
integração entre os componentes curriculares com a finalidade de promover a interdisciplinaridade e integralidade; a gestão do cuidado com práticas orientadas pela clínica ampliada e compartilhada; a formação interprofissional; e a concepção da pessoa/comunidade como centro do cuidado, respeitando suas singularidades e diversidade.

A revisão do PPP pode permitir ao curso de medicina da UEFS melhoria da qualidade e da eficácia na prestação de cuidados, por parte de seus egressos, respondendo assim, às necessidades atuais de saúde da sociedade, bem como, estabelecer bases para se adequar aos desafios futuros, num movimento de responsabilidade social<sup>11</sup> e de dinamicidade curricular, possível, pois o curso adota um currículo baseado em competências<sup>1,45,46,47,48</sup>.

Ressalta-se que as discussões e fortalecimento destas questões, exige necessariamente, capacitações pedagógicas dos docentes, pois conforme Gomes e Rego<sup>53</sup>, Chiarella et al<sup>54</sup> e Ferreira et al<sup>19</sup>, a grande maioria dos professores não foram formados e/ou não estão preparados adequadamente para atuar com o processo saúde-doença-cuidado de forma integral e, também, encontram dificuldades em trabalhar com metodologias problematizadoras.

Essencial é a inclusão dos educandos no processo de revisão do PPP, estimulando assim o protagonismo estudantil. Como também, seria importante contribuições dos profissionais que acompanham os estudantes no cotidiano das unidades do SUS, bem como, buscar mecanismos para ouvir os usuários, beneficiários finais do cuidado prestado. A inserção de estudantes, profissionais de saúde e usuários pode promover a intersecção de diferentes olhares ao processo de Formação Médica<sup>55</sup>, tendo como desafio a construção da interprofissionalidade.

Figura 2: Árvore de Similitude dos Componentes Curriculares que trabalham os conhecimentos da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes no curso de Medicina da UEFS, Feira de Santana-BA, 2018.





numa proximidade com o modelo flexneriano<sup>1,6,7,8,,9,10,44</sup>, que não se adequa ao atual modelo de Formação Médica que preconiza a formação centrada nas necessidades de saúde da população, na integração ensino-serviço-comunidade no espaço da APS e na formação interprofissional<sup>1,5,12,13,20,29</sup>.

O desenvolvimento das atividades teóricas estão intimamente associadas à ementas/objetivos, portanto os conhecimentos trabalhados também encontram-se divididos e fragmentados. Em Habilidades Clínicas e Atitudes o estudante é treinado para realizar a consulta (anamnese, exame físico, exames complementares) e procedimentos médicos através de atividades teórico-práticas, e também, trabalha-se questões de comunicação a partir de discussões e simulações, com ênfase na relação profissional-paciente. No internato de Saúde do Adulto e nos módulos tutoriais o foco do conhecimento teórico é na fisiopatologia da HAS e DM e no tratamento destas doenças com ênfase clínico-medicamentosa, sendo que nos tutoriais é utilizado o método da Aprendizagem Baseada em Problemas, conferências sobre temas específicos e a discussão de casos, enquanto o internato realiza discussões de casos clínicos, capacitações e estudo dirigido. Nas PIESC os dois problemas são trabalhados em debates e/ou seminários, capacitações sobre temas específicos com profissionais convidados e, discussão de casos família com enfoque na atenção integral (individual e coletiva) e nos determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença-cuidado da pessoa/família/comunidade, enquanto o Internato de Saúde Coletiva e Mental destaca a atuação do médico de família e comunidade na atenção ao hipertenso e diabético a partir do método clínico centrado na pessoa<sup>26,56</sup>, através de seminário e discussão de casos clínicos.

Todos os componentes curriculares utilizam metodologias que procuram envolver e motivar os educandos no processo ensino-aprendizagem, tornando-os sujeitos ativos na construção do conhecimento, conforme recomenda a educação médica contemporânea<sup>1,52,53,54,57,58,59</sup> e prevê as DCN 2014<sup>29</sup>.

Percebeu-se que a discussão de casos clínicos, presentes em grande parte dos componentes curriculares, aproxima o estudante da realidade cotidiana do SUS, principalmente no internato de Saúde do Adulto, no internato de Saúde Coletiva e Mental e nas PIESC, onde as situações vivenciadas pelos educandos no ambiente das unidades de saúde são problematizados. Porém, enquanto as PIESC e o internato de Saúde Coletiva e Mental abordam os casos em sua integralidade, no ambiente da APS seguindo as diretrizes/recomendações/orientações dos CAB; o internato de saúde do adulto focam as discussões na doença e na atenção clínica, a partir de situações vividas em ambulatórios e enfermarias de hospitais e serviços especializados. Os casos clínicos dos componentes

curriculares de Habilidades e Tutorial trabalham com situações simuladas, com ênfase no que preconiza cada especialidade médica, mais especificamente, a cardiologia e a endocrinologia. Nenhum componente curricular deixou claro a participação dos profissionais dos serviços de saúde nas discussões dos casos clínicos, situação que promoveria a formação interprofissional e o trabalho colaborativo<sup>14,15,16,17,18</sup>.

Assim como os conhecimentos teóricos, as atividades práticas também têm uma clara divisão ao longo do curso, com as PIESC e o Internato de Saúde Coletiva e Mental que realizam suas atividades na APS em unidades de saúde da família, seguindo as diretrizes/orientações/recomendações dos CAB, PNAB, PNH e DCN 2014. Enquanto o Habilidades, Tutoriais e o Internato de Saúde do adulto realizam suas práticas baseadas nas diretrizes/recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2016)<sup>50</sup> e Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2017)<sup>51</sup> documentos que apesar de abordarem a estratificação de risco, o rastreamento de pacientes, as medidas de prevenção e a importância das mudanças no estilo de vida para o sucesso do controle da HAS e DM, tem como foco o tratamento individual, centrado na doença a partir do médico especialista.

Nos módulos de Habilidades os estudantes realizam consulta/procedimentos interpares e prática com simuladores em laboratório pré-clínico antes de atividades com pacientes, conforme prevê a DCN 2014<sup>29</sup>. Posteriormente realizam as práticas de semiologia e exame físico em hospitais da rede pública e/ou conveniados ao SUS. As atividades práticas dos módulos tutoriais acontecem no laboratório pré-clínico através de simulações, demonstrações teórico práticas e atividades interpares.

No Internato de Saúde do adulto – Clínica Médica I, as práticas dos rodízios de cardiologia e endocrinologia são realizadas em hospitais públicos e conveniados ao SUS. Nesses espaços os estudantes desenvolvem práticas relacionadas a consultas clínicas ambulatoriais e acompanhamento de pacientes internados em enfermaria, e, parte do rodízio de endocrinologia é realizado no Centro de Atenção ao Diabético e Hipertenso, unidade de referência do município, onde os estudantes realizam consultas ambulatoriais. Apesar dos documentos de referência do MS indicarem a atenção básica como o local privilegiado para o cuidado aos portadores de HAS e DM, e o Internato de Saúde do Adulto trazer em sua ementa a realização do estágio nos três níveis de atenção, os estudantes não desenvolvem atividades em unidades básicas de saúde e nem realizam qualquer atividade planejada e articulada com a rede básica, em desacordo com as recomendações das DCN 2014<sup>29</sup>, que enfatizam a importância desse nível de atenção para a realização do cuidado integral centrado na pessoa.

Embora as PIESC e o Internato de Saúde Coletiva e Mental realizem suas práticas baseadas no cuidado integral aos portadores de HAS e DM, existem diferenças entre as duas atividades. Nas PIESC os estudantes permanecem quatro anos (600h) na mesma unidade, onde se trabalha com a estratégia de territorialização, diagnóstico situacional da comunidade, planejamento e execução de ações de saúde individuais e coletivas (educação, prevenção e promoção), capacitação das equipes de saúde, e, posteriormente fazem a gestão do cuidado de pessoas/famílias, que, em sua maioria são portadores de HAS e/ou DM, a partir da elaboração e pactuação de projetos terapêuticos, com a realização consultas médicas, atividades no domicílio e em serviços de referência da rede.

O internato de Saúde Coletiva e Mental é vivenciado num rodízio de dez semanas, onde os estudantes realizam atividades de rastreamento e tratamento de pessoas com doenças transmissíveis (160h), atenção às pessoas com problemas mentais (160h) e atendimento em medicina de família e comunidade - MFC (80h). Durante as práticas de MFC são priorizadas as consultas médicas em unidades de saúde da família, momento em que se atende hipertensos e diabéticos, ocorrem capacitações com a equipe de saúde, e, quando necessário, são realizadas visitas domiciliares e ações de educação em saúde com grupos populacionais específicos.

Desta forma, durante as PIESC os estudantes tem a possibilidade de experienciar com maior profundidade a dimensão individual, ao realizar consultas médicas com a abordagem clínica centrada na pessoa integral; a dimensão familiar, ao operar o familiograma e o ecomapa para o diagnóstico dos contextos familiares; e a dimensão comunitária, ao trabalhar no território a partir do planejamento em saúde, conforme preconiza as Diretrizes do Ensino na Atenção Primária à Saúde para cursos de Graduação em Medicina<sup>60</sup> e as DCN 2014<sup>29</sup>.

No internato de Saúde Coletiva e Mental por sua vez, o estudante se aprofunda no cotidiano do médico de família, com ênfase no fortalecimento da consulta médica baseada na abordagem clínica centrada na pessoa<sup>26,29,56</sup> e na vigilância em saúde. Essa opção de intervenção foi intencional, visto que, durante todo o quinto ano do internato os estudantes realizam suas atividades nos ambulatórios especializados e enfermarias hospitalares, com foco no atendimento individual centrado na doença, realizando atividades de saúde da criança, saúde da mulher e saúde do adulto. Dessa forma, grande parte dos componentes curriculares do internato não privilegia o cuidado na APS, conforme determina as DCN 2014<sup>29</sup>, situação preocupante que precisa ser revista pelo curso. Assim, o internato em Saúde Coletiva e Saúde Mental busca resgatar o cuidado integral baseado na pessoa, porém não realiza a gestão do cuidado a partir de projetos terapêuticos como preconiza as DCN 2014<sup>29</sup> e os CAB<sup>35,36,37,38</sup>.

Nas atividades práticas desses dois componentes curriculares, principalmente nas PIESC, existe a participação da equipe de saúde da família e a equipe do Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF) numa aproximação direta com a formação interprofissional<sup>14,15,16,17,18</sup>, como também existe o diálogo e a pactuação das atividades com as pessoas/famílias, operacionalizando a gestão do cuidado através da clínica ampliada, conforme sinaliza os documentos de referência do MS<sup>24,25,26,35,36,37,38</sup> e as DCN 2014<sup>29</sup>. Percebe-se que, embora realizem práticas com orientações semelhantes, não existe um processo de continuidade entre esses dois componentes curriculares, essa interrelação poderia ampliar o processo ensino-aprendizagem dos estudantes, sedimentando a formação em MFC e APS para melhorar o cuidado prestado aos usuários com a continuidade da gestão do cuidado e operacionalização dos PTF.

A correlação entre as referências recomendadas pelos componentes curriculares evidencia a segmentação do curso (tabela 1), onde as PIESC e o Internato de saúde Coletiva e Mental adotam largamente a produção técnico/científica institucional e da área de conhecimento da Saúde Coletiva/Medicina de Família e Comunidade, enquanto Habilidades, Tutoriais e o Internato de Saúde do Adulto recorre às referências clínicas/especializadas. Convém esclarecer que as referências institucionais, principalmente as do Ministério da Saúde, por trabalharem com a integralidade do cuidado, abordam as questões coletivas e individuais e, por isso, também discutem as questões referentes ao diagnóstico clínico e o tratamento medicamentoso da HAS e DM; ao passo que, as referências clínicas/especializadas focam sua atenção no atendimento clínico individual, em que se valoriza o uso de tecnologias e favorece a relação médico-paciente vertical.

Tabela 1: Tipo de Referências Científicas utilizadas pelos componentes curriculares que trabalham os conhecimentos sobre HAS e DM do curso de Medicina da UEFS, Feira de Santana, 2018.

Tipo de Referência	Habilidades (4)		Tutorial (3)		PIESC (4)		Internato Saúde Coletiva e Mental		Internato Saúde do Adulto Clínica Médica I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MS/OPAS/OMS	03	2,3	01	1,9	69	56,5	11	61,1	02	11,1
Ciências Básicas/ farmacológicas	10	7,8	07	13,2	00	0,0	00	0,0	03	16,7
Saúde Coletiva/MFC	00	0,0	02	3,8	42	34,4	07	38,9	00	0,0
Clínica/Especialidade	100	77,5	43	81,1	11	9,1	00	0,0	13	72,2
Psicologia/ comunicação	16	12,4	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100,0</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

A formação teórica e prática sobre os conhecimentos relativos a HAS e DM é valorizada no curso de medicina da UEFS, pois aborda por um lado, os elementos necessários para a formação de um médico generalista, presentes nos documentos de referência do MS para a APS, com ênfase maior nos componentes curriculares das PIEESC e no Internato de Saúde Coletiva e Mental e, por outro, os módulos de Habilidades, Tutorial e Internato de Saúde do Adulto, adotam enfoques mais próximo às especialidades de cardiologia e endocrinologia.

No entanto, essa dualidade não seria problema se os componentes curriculares, dos quatro eixos de formação, dialogassem entre si, conforme previsto nas DCN 2014<sup>29</sup>. Como esta articulação não acontece, o processo de construção do conhecimento encontra-se fragilizado, não alcançando a interdisciplinaridade.

Em seu PPP, o curso assume a educação por competência que pressupõe uma organização curricular equilibrada, alternando a construção de conhecimento com o desenvolvimento das habilidades e atitudes necessárias à prática médica, procurando articular todos os domínios do aprendizado. Porém, para lograr seus objetivos, o curso precisa integrar e articular as metodologias de ensino-aprendizagem, práticas educacionais, contextos de aprendizagem e métodos de avaliação, numa nova perspectiva de orientação acadêmica e formação profissional<sup>45</sup>.

A correlação entre os componentes curriculares, mostrou que curso de medicina da UEFS precisa ampliar os espaços para a Formação Médica na APS/MFC, pois, conforme Damarzo et al.<sup>60</sup>, Trindade e Almeida<sup>61</sup> durante a graduação o ensino destes conhecimentos e práticas favorecem a formação de um médico generalista, pois possibilita o estudante vivenciar as pessoas em seus diferentes ciclos de vida, em sua complexidade clínica, social e cultural, a partir da realidade da comunidade. Constitui-se em um cenário de integração de práticas das diferentes áreas, campos e núcleos de conhecimento que favorece o cuidado integral, ações intersetoriais e resolubilidade das ações.

No entanto, a dificuldade em inserir a APS/MFC no curso de graduação em medicina não é uma exclusividade da UEFS. Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade<sup>62</sup> e Anderson, Damarzo e Rodrigues<sup>6</sup> a formação flexneriana dos docentes, a articulação incipiente com outras disciplinas do curso, o desconhecimento de professores e estudantes em relação aos princípios da MFC, o preconceito/discordância/desvalorização do corpo discente e docente em relação à inserção da MFC na graduação, a falta de recursos humanos com qualificação na área e as dificuldades na relação entre ensino-serviço, são alguns dos aspectos que interferem no processo ensino-aprendizado destes conhecimentos e práticas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do conhecimento sobre os saberes e práticas da atenção à saúde para o acompanhamento de pessoas com HAS e DM no curso de medicina da UEFS revelou-se fragmentada, onde as PIESC e o Internato de Saúde Coletiva e Mental priorizam as atividades de ensino-aprendizagem em cenários da APS/ABS buscando a integralidade das ações a pessoas/famílias/comunidade. Enquanto os módulos de Habilidades, Tutorial e o internato de Saúde do Adulto – Clínica Médica I organizam o seu processo de ensino-aprendizado a partir das especialidades de cardiologia e endocrinologia, desenvolvendo atividades eminentemente clínicas e individuais em ambiente ambulatorial e hospitalar.

O curso precisa discutir o seu currículo, trazendo para o debate a integração entre os componentes curriculares dos quatro eixos de formação, buscando valorizar e ampliar os espaços de ensino-aprendizagem da APS/MFC, desenvolver a interdisciplinaridade e interprofissionalidade no sentido de uma formação generalista, conforme preconiza as DCN de 2014, documentos de referência do Ministério da Saúde e educação médica moderna.

O pouco protagonismo que os conhecimentos e práticas da APS/MFC tem nos módulos de habilidades, tutoriais e internato, reflete o modelo de formação pautado na especialidade médica, tão propagado no mundo ocidental, capitalista e incorporado pela maioria dos docentes e educandos. Esse fato, interfere no processo de formação, com desvalorização do trabalho médico na estratégia de saúde da família. Por isso, faz-se necessário ampliar o número de docentes de MFC no curso, como também, capacitá-los e, posteriormente, envolver o maior número possível de professores em atividades nos cenários de aprendizado da Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. v. 376, p.1923-58, 2010.
2. MASH, R. et al. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa. **Human Resources for Health**. v.13, n.93, p. 1-9, 2015.
3. VICTÓRIA, I. T. P. Desarrollo de recursos humanos para la gestión de sistema y servicios en la atención primaria de salud. **Revista Cubana de Medicina General Integral**. v. 31, n.3, p. 384-390, 2015.
4. CRUZ, E. R. B. La educación médica global en función de la salud global. **Educación Médica Superior**. V. 30, N. 4, P 264-66, 2016.

5. WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **Working for Health and growth: Investing in the health workforce**. WHO: Geneva-Switzerland, 2016.
6. ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M. M. P.; RODRIGUES, R. D. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. **Rev. Bras. Med. Fam. e Comunidade**; Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p.157-172, 2007.
7. KLEMENC-KETIS, Z.; KERSNIK, J. The role of the European academy of Teachers in General Practice and Family Medicine in Family medicine education in Europe – the experience of the University of Maribor. **Acta Medica Academica**; Sarajevo, v. 41, n. 1, p. 80-87, 2012.
8. PEREIRA, I. D. F. e LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis. **Trab. Educ. Saúde**; Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-338, 2013.
9. LIMA, V. V. et al. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. **Interface**. v. 22, supl. 2, p. 1549-62, 2018.
10. MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. Bras. Educ. Médica**; Brasília, v. 43, n. 2, p. 68-78, 2019.
11. GLOBAL CONSENSUS FOR SOCIAL ACCOUNTABILITY OF MEDICAL SCHOOLS (GCSA). South Africa, 2010.
12. WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION – WFME. The Edinburgh Declaration. **Med Educ**, 22, p. 481-2, 1988.
13. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Contribuições sobre a gestão da qualidade em educação médica**. Brasília: OPAS, 1994.
14. WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice**. WHO/HRH/HPN: Geneva-Switzerland, 2010.
15. KENT, F. e KEATING, J. L. Interprofessional education in primary health care for entry level students — A systematic literature review. **Nurse Educ. Today**. p. 1-11, 2015.
16. REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface**. v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016.
17. BATISTA, N. A et al. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface**. v. 22, supl. 2, p. 1705-15, 2018.

18. SANTOS, L. C.; SIMONETTI, J. P.; CYRINO, A. P. Educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. **Interface**. v. 22, supl. 2, p. 1601-11, 2018.
19. FERREIRA, M. J. M. et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface**. v. 23, supl. 1, p. 1-15, 2019.
20. LAMPERT, J. B. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC- ABEM, 2009.
21. VERAS, R. M. e FEITOSA, C. C. M. Reflexões em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Interface**. v. 23, supl. 1, p. 1-14, 2019.
22. BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 4**, institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
23. CECCIM, R. B. e FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação dos profissionais de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**; Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, 2004.
24. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
25. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
27. CARÁCIO, F. C. C. et al. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p.2133-2142, 2013.
28. BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 12.871**, institui o Programa Mais Médicos. Brasília: DOU, 2013a.
29. BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3**, institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
30. SILVA JÚNIOR, A. G.; ANDRADE, H. S. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2670-2671, 2016.

31. GOLDEMBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.
32. YIN, R.K. (org.). **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 5ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.
33. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
34. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS). **Projeto do Curso de Medicina**: atualizado em dezembro de 2015. Feira de Santana: Colegiado de Medicina/PROGRAD, 2015.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15).
36. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).
37. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
38. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
39. CAMARGO, B. V. e JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRaMuTeQ**. Florianópolis: UFSC, 2018.
40. MENDES, F. R. P et al. Representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre assistência hospitalar e atenção primária. **Rev Bras Enferm.** v. 69, n. 2, p. 343-50, 2016.
41. BRASIL, Congresso Nacional. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Imprensa Nacional, 1988.
42. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **La Formación em Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud**. Serie: La Renovacion de la Atención Primaria de Salud em las Américas, nº 2. Washington D.C: OPS, 2008.
43. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Sistemas de Saúde com base na Atenção Primária em Saúde**. Série: Renovação da Atenção Primária em Saúde das Américas, n. 1. Washington D.C: OPAS, 2009.
44. WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013**. WHO: Geneva-Switzerland, 2013.
45. SANTOS, W. S. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. **Rev. Bras. Educ. Médica**; Brasília, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

46. SARABIA, S. Educación médica basada en competências. **Rev Neuropsiquiatr.** v. 78, n. 3, p. 121-22, 2015.
47. MICHELENA, N. M. R.; GOMEZ, M. P.; SOTOLONGO, M. N. Un sistema de habilidades para la carrera de Medicina, su relación con las competencias profesionales. Una mirada actualizada. **Educación Médica Superior.** v. 31, n. 1, P. 215-38, 2017.
48. RIBEIRO, E. C. O.; LIMA, V. V.; PADILHA, R. Q. **Formação orientada por competência.** In: LIMA, V. V. e PADILHA, R. Q. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.
49. BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade Geral no Brasil.** Disponível em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acesso em: 28 jun 2019.
50. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** v. 107, n. 3, suplemento 3, 2016.
51. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018.** São Paulo: Editora Clannad, 2017.
52. LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface.** v. 21, n. 61, p. 421-34, 2017.
53. GOMES, A.P.; REGO, S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. **Rev. Bras. Educ. Médica;** Brasília, v. 38, n. 3, p. 299-313, 2014.
54. CHIARELLA, T. et al. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação Médica. **Rev. Bras. Educ. Médica;** Brasília, v. 39, n. 3, p. 418-425, 2015.
55. FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.
56. LOPES, J. M. C. **Consulta e abordagem centrada na pessoa.** In: GUSSO, G e LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. P. 113-23.
57. BELLAND, B.R.; FRENCH, B.F.; ERTMER, P.A. Validity and problem--based learning research: A review of instruments used to assess intended learning outcomes. **Interdiscip J Problem--Based Learn.** v. 3, n. 1, p. 59-89, 2009.
58. BERGMAN, E.M. et al. Students' perceptions of anatomy across the undergraduate problem-based learning medical curriculum: a phenomenographical study. **BMC Med Educ.** v. 19, n. 13, p. 152, 2013.
59. FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 30, n. 1, p. 143-158, 2015.

60. DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**; Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 145-150, 2011.
61. TRINDADE, T. G e ALMEIDA, R. C. C. **Ensino da Medicina de Família e Comunidade na graduação**. In: GUSSO, G e LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. P. 374-80.
62. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil, hoje: considerações, princípios e estratégias**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2005.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: o início de mudanças....

A Avaliação de Quarta Geração permitiu explicar, avaliar, discutir e correlacionar as dimensões envolvidas no processo de ensino-aprendizagem das PIESC, dialogar com os diferentes sujeitos e propor mudanças para melhorar a formação na APS no curso de medicina de uma universidade estadual, situada no Semiárido baiano.

Um olhar atento sobre os artigos apresentados como produtos desta Tese, possibilita algumas considerações acerca da realidade empírica estudada, principalmente, quando nos debruçamos nas singularidades de cada momento analisado, ora vivenciado por diversos participantes com valores, crenças, expectativas, motivações, interesses, preocupações e intencionalidades diferentes; ora contextualizado em documentos elaborados em conjunturas históricas, políticas e sociais distintas.

O Mapa Conceitual permitiu compreender o processo ensino-aprendizado construído pelas PIESC ao longo de sua trajetória, assumindo enquanto eixo curricular, o compromisso de contribuir para a formação de médicos com *expertises* para atuar na Atenção Primária à Saúde a partir da Estratégia Saúde da Família, conforme preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais e, balizando os saberes e práticas em sintonia com os documentos de referência do Ministério da Saúde.

Conforme o primeiro artigo, a construção do conhecimento durante as atividades das PIESC acontece a partir das necessidades de saúde das pessoas/famílias/comunidades, a partir da metodologia da problematização, no sentido de buscar a formação interprofissional e o desenvolvimento do trabalho colaborativo. Neste processo vivenciamos o encontro entre estudantes, professores, profissionais de saúde das EqSF/NASF e os usuários do SUS, que se articulam e dialogam, para superar as dificuldades e tensionamentos, num processo dialético, na busca pela integralidade das ações de cuidado.

O Mapa Conceitual apresentado no artigo referido, corresponde ao ano letivo 2017.0, explicita a divisão teórico-prática das atividades de ensino-aprendizagem das PIESC, onde os dois primeiros anos têm o protagonismo da Saúde Coletiva, enquanto no terceiro e quarto ano a ênfase é na Medicina de Família e Comunidade. Esta concepção, necessita ser rediscutida, num sentido de articular os dois saberes nas atividades cotidianas desenvolvidas no espaço dos territórios e unidades de saúde da família, assim, poderemos ampliar os vínculos, fortalecer o cuidado às pessoas/famílias/comunidades, melhorar a resolutividade das ações e

sedimentar a construção do conhecimento dos estudantes sobre os fundamentos e balizas de uma atenção voltada para os cuidados básicos de saúde.

O segundo artigo analisa o processo de trabalho das atividades de ensino-aprendizagem das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade, por meio da realidade empírica desvendada a partir da utilização da Avaliação de Quarta Geração. Momento em que houve o encontro de todos os grupos de interesse envolvidos no desenvolvimento das ações de cuidado dirigidas às pessoas/famílias/comunidades que orientam a construção do conhecimento das PIESC.

As informações provenientes das entrevistas durante o Círculo Hermenêutico Dialético, das observações, da análise documental e da negociação, compuseram a realidade estudada e desvelaram os avanços/facilidades, limites/dificuldades e desafios/perspectivas da articulação entre academia, profissionais de saúde e indivíduos/famílias/comunidade, no cotidiano das Unidades de Saúde da Família, durante as atividades de ensino-aprendizagem das PIESC.

Os elementos que emergiram do Círculo Hermenêutico Dialético sinalizaram que os participantes inicialmente divergiram em relação ao conceito de APS, onde educandos/educadores representavam em suas narrativas uma visão ampliada com ênfase na integralidade e na coordenação do cuidado, enquanto profissionais de saúde/usuários entendiam a APS como oferta de cuidados primários e/ou programas específicos, direcionada a focalização do atendimento. Num segundo momento, durante a negociação, as divergências e contradições foram discutidas e (re)significadas, chegando-se ao consenso de que a APS acontece no contexto do SUS, respeitando seus princípios e diretrizes, funcionando como porta de entrada, procurando garantir o acesso aos serviços e resolução dos problemas de saúde no território, no *locus* social da Estratégia Saúde da Família e, tendo como imagem-objetivo a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Apesar de ter existido discordâncias em relação ao conceito de APS, o grupo durante o CHD e referendado na negociação, foi unânime em relação ao perfil do profissional para atuar nesse nível de atenção. O médico deve ser um generalista com preparo técnico-científico adequado e ter uma compreensão ampla do SUS e do território no qual está inserido, necessita incorporar tecnologias leves no processo de cuidado (acolhimento, vínculo, escuta qualificada, cogestão), buscando a resolubilidade dos problemas e entender que diversos sujeitos e contextos estão envolvidos no processo de cuidado na APS/ESF.

A realidade empírica da *práxis* das PIESC revelou a busca pela formação interprofissional e o trabalho colaborativo, a partir dos problemas vivenciados nos territórios

da Estratégia de Saúde da Família, ao utilizar a metodologia da problematização, e, usar como estratégias operacionais o Planejamento e Programação Local em Saúde (PIESC I e II), e o Projeto Terapêutico Familiar (PIESC III e IV). Os achados correspondem às proposições explícitas no Mapa Conceitual apresentado no primeiro artigo, porém existem tensões durante a operacionalização do MC, em todos os anos das PIESC.

Analisando os vínculos construídos pelos sujeitos durante as atividades das PIESC, observamos uma ligação concreta entre estudantes/ACS e entre professores/enfermeiros das equipes, construídas desde o primeiro ano. Entretanto, o vínculo entre PIESC/profissionais do NASF é frágil e necessita ser ampliado para favorecer a elaboração e execução dos Projetos Terapêuticos Familiares; o vínculo entre PIESC/nível central da Secretaria de Saúde é apenas protocolar, o que dificulta o acesso de alunos e professores aos espaços físicos das USF e o trabalho colaborativo; e, o vínculo entre PIESC/médicos da equipe é incipiente, fato temerário, pois impede que os estudantes dialoguem com esse profissional e conheçam a realidade cotidiana do médico na ESF. Uma constatação positiva, foi a relação construída entre as PIESC/famílias, baseadas pelo acolhimento, escuta qualificada, responsabilização e gestão do cuidado.

O fortalecimento dos vínculos entre todos os sujeitos envolvidos nas atividades de ensino-aprendizagem facilitaria o processo de planejamento das atividades das PIESC, a consolidação da formação interprofissional e o trabalho colaborativo. A realidade empírica revelou que não existe um planejamento conjunto no nível macro para os módulos de cada ano das PIESC, a inserção dos profissionais de saúde da EqSF/NASF no planejamento é incipiente, acontecendo apenas em momentos pontuais, em nível micro, para viabilizar algumas atividades propostas. Os educandos participam ativamente do planejamento das atividades que serão desenvolvidas com as pessoas/famílias/comunidades. No entanto, não participam do planejamento macro dos módulos, com exceção dos monitores, que estão presentes nestes momentos pré-ano letivo, mas pouco contribuem com o processo.

Um questão referida por todos os estudantes, professores e profissionais de saúde das EqSF/NASF foi a necessidade de implantação de unidades docentes-assistenciais, para todos os participantes, essa medida viabilizaria o espaço físico para as atividades de ensino, permitiria participação da Universidade na gestão da USF, incluindo a seleção e capacitação dos recursos humanos, bem como, seria implementado o planejamento participativo para construir um processo de trabalho articulado entre a academia e o serviço, fortalecendo a formação interprofissional e trabalho colaborativo.

A análise do processo de trabalho das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade durante todo o CHD revelou algumas contradições e dilemas existentes no curso de medicina. Internamente nas PIESC, existe uma sobrecarga dos professores de saúde coletiva no processo de gestão dos PTF, no acompanhamento das famílias e na organização administrativa das atividades junto às USF, como também, acaba por sobrepor saberes e práticas da saúde coletiva ante a medicina de família e comunidade, que se reflete na motivação dos educandos durante a realização das atividades de cuidado. Por isso, é imprescindível a ampliação do corpo docente em MFC, que é insuficiente para dar conta das atividades das PIESC, Internato de Saúde Coletiva/Saúde Mental e Residência de Medicina Geral de família e Comunidade.

A interlocução entre as PIESC e os outros eixos do curso também é incipiente, pois os saberes e práticas que envolvem conhecimento de atenção primária, como a integralidade da atenção, os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença-cuidado e o trabalho interprofissional quase não são discutidas durante as atividades dos tutoriais, de habilidades clínicas e atitude e a quase totalidade do internato, conforme visto no artigo 3. A supervalorização das atividades tutoriais por estudantes e professores também prejudica o desenvolvimento das ações de ensino-aprendizagem nas PIESC, uma vez que, os estudantes deixam as atividades em comunidade com as pessoas/famílias em segundo plano. Esse contexto dificulta a operacionalização do Projeto Político Pedagógico do curso que sinaliza para uma formação de um médico generalista voltado para as necessidades do SUS.

Embora o processo de trabalho das atividades de ensino-aprendizado das PIESC seja permeado de dificuldades e limitações, conforme exposto pelos dados empíricos, a construção final dos participantes do estudo para a pergunta: “Fale sobre as atividades que você desenvolve/acompanhou no PIESC”, é evidenciada na seguinte construção:

O PIESC busca formar um médico generalista e desenvolve suas atividades a partir das necessidades do território, da ESF e das famílias/pessoas, articulando-se com os saberes e práticas da medicina geral de família e comunidade e da saúde coletiva e os saberes e práticas da equipe de saúde, devendo também, construir estratégias que amplie os vínculos e o planejamento conjunto para tentar garantir a continuidade dos cuidados após o PIESC, apesar das dificuldades. Todo o curso precisa dialogar em torno dessas questões, a integração do PIESC com o Internato de Saúde Coletiva uma proposta para a continuidade das atividades. (**Construção final 4**).

Em síntese, as PIESC buscam construir junto com estudantes, profissionais das EqSF/NASF e usuários do SUS, saberes e práticas que possibilitem o futuro médico a trabalhar na APS/ESF conforme prevê o Projeto Pedagógico do curso e as Diretrizes Curriculares Nacionais.

No terceiro artigo nos debruçamos sobre os quatro eixos do curso, correlacionando os componentes curriculares sobre os conhecimentos e práticas relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Melittus, problemas de saúde que tem a APS como *locus* privilegiado do cuidado no SUS.

A utilização do software IRaMuTeQ, através da análise de similitude e da árvore de palavras, deixou evidente a fragmentação do curso em relação a construção do conhecimento sobre a HAS e DM. As PIESC e o Internato de Saúde Coletiva e Mental buscam a integralidade do cuidado no território das USF com ações direcionadas às pessoas/comunidade seguindo as diretrizes/orientações/recomendações do Ministério da Saúde e das DCN de 2014, enquanto os módulos Tutoriais, de Habilidades Clínicas e Atitudes e o Internato de Saúde do Adulto – Clínica Médica I tem como foco o tratamento clínico centrado na doença e na relação médico-paciente, pautados nas especialidades de cardiologia e endocrinologia.

As correlações efetuadas entre as ementas/objetivos, atividades teóricas e atividades práticas dos diversos componentes curriculares dos quatro eixos, testifica a fragmentação do curso de Medicina da UEFS. Nesse sentido, destacamos a inexistência de atividades práticas sobre a HAS e DM em unidades básicas de saúde, nos módulos Tutoriais, de Habilidades Clínicas e Atitudes e o Internato de Saúde do Adulto – Clínica Médica I, sendo que as atividades teórico-práticas desses componentes curriculares são realizadas em ambientes hospitalares especializados e baseadas no modelo flexneriano, enquanto as PIESC e o Internato de Saúde Coletiva e Mental constroem o conhecimento, tendo como foco as necessidades das pessoas/famílias na busca da integralidade do cuidado e da formação interprofissional no espaço das unidades de saúde da família.

Embora todos os componentes curriculares analisados utilizem metodologias ativas em seu processo de ensino-aprendizado, as PIESC adotam a metodologia da problematização com o propósito de promover maior autonomia e protagonismo dos estudantes. A resolução de casos também é uma estratégia de ensino comum a todos os componentes curriculares, entretanto as PIESC e o Internato de Saúde Coletiva e Mental elaboram os casos a partir de situações vivenciadas na APS/ESF com abordagem integral considerando os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, enquanto os módulos Tutoriais e de Habilidades Clínicas e Atitudes estudam casos simulados com ênfase em procedimentos clínicos e, o Internato de Saúde do Adulto – Clínica Médica I é pautado em casos reais, considerando situações vividas em ambulatórios e enfermarias de hospitais e serviços especializados de cardiologia e endocrinologia.

A correlação entre as referências recomendadas pelos componentes curriculares novamente expôs a segmentação do curso, onde as PIESC e o Internato de saúde Coletiva e Mental adotam largamente a produção técnico/científica institucional do MS/OPAS/OMS e da área de conhecimento da Saúde Coletiva/Medicina de Família e Comunidade, enquanto Habilidades, Tutoriais e o Internato de Saúde do Adulto – Clínica Médica I utiliza com maior ênfase as referências clínicas/especializadas.

Ao ampliarmos olhar para o conjunto de atividades teóricas e práticas em HAS e DM, oferecidas pelo curso de medicina, vislumbramos os elementos necessários para a formação de um médico generalista, em consonância com os documentos de referência do MS para a APS. No entanto, os componentes curriculares das PIESC e no Internato de Saúde Coletiva e Mental dão ênfase à abordagem a integral do cuidado. Enquanto os módulos de Habilidades, Tutorial e Internato de Saúde do Adulto adotam enfoque voltado às especialidades de cardiologia e endocrinologia.

Essa dicotomia que fragmenta o curso no processo de construção do conhecimento da HAS e DM não seria problema se os componentes curriculares, dos quatro eixos de formação, dialogassem entre si, conforme previsto nas DCN 2014. Por isso, o curso precisa rever o seu currículo promovendo a integração entre os componentes curriculares dos quatro eixos de formação, na busca contínua de valorização e ampliação dos espaços de ensino-aprendizagem da APS/MFC para demarcar práticas interdisciplinares e interprofissionais, conforme sinaliza a educação médica moderna. Por fim, salientamos a necessidade de estudos observacionais para avaliar a operacionalização dos documentos analisados.

Os três artigos refletem a concretude da Formação Médica, entretanto, o processo de Avaliação de Quarta Geração pressupõe mudanças na realidade encontrada através do diálogo entre os grupos de interesse e o pesquisador, que ocorreu durante o processo de Negociação. Neste estudo, este momento aconteceu em setembro de 2018, durante uma manhã, reunindo os quatro grupos de interesse numa roda de conversa.

Durante o diálogo, o grupo de participantes discutiu as construções elaboradas durante o CHD, chegando ao consenso sobre as construções finais (APÊNDICE J). Debateu-se também, sobre os avanços/facilidades, limites/dificuldades e desafios/perspectivas das atividades de ensino-aprendizado das PIESC nas unidades de saúde da família, neste momento foram elaboradas algumas conclusões e, a partir das questões identificadas, os sujeitos participantes discutiram algumas propostas para serem implementadas futuramente: Discutir os PTF das famílias acompanhadas, durante as reuniões mensais de equipe;

- Terminar o atendimento às pessoas/famílias mais cedo e utilizar este tempo para discutir as atividades do PTF;

- Dialogar com a coordenação do NASF para reorganizar os horários das equipes nas unidades em que o PIESC atua, para que possam coincidir os turnos de trabalho;
- Ampliar as ações dos estudantes na USF principalmente nos PIESC I e II, aumentando a nossa inserção no cotidiano da unidade;
- Criar um momento de “passagem de plantão”, ao findar o PIESC II, para o professor que irá conduzir o grupo no PIESC III;
- Aproximar as PIESC da gestão municipal: coordenação de APS, do NASF, educação permanente, regulação médica;
- Aproximar o PIESC do internato de saúde coletiva/saúde mental e da residência de MGFC, buscando trabalhar nas mesmas unidades e realizando um planejamento conjunto em parceria com ESF e NASF;
- Convidar a ESF e o NASF para o planejamento macro do módulo do PIESC;
- Inserir atividades de educação continuada, no planejamento das PIESC com a ESF/NASF relacionado a conhecimentos sobre APS, gestão do cuidado, clínica ampliada e o PTF;
- Ampliar o planejamento compartilhado dos PTF e da PPLS (PIESC, ESF, NASF, comunidade);
- Ter como imagem objetivo a criação de unidades docentes-assistências e/ou um modelo de gestão compartilhado entre SMS e UEFS, discussão a ser levada ao colegiado, área, DSAU, SMS;
- Reestruturar o modelo do PTF, que é complexo e com muitas informações, o que dificulta a utilização pela ESF e a continuidade do cuidado após a saída do PIESC da unidade.

Durante a negociação, intencionalmente, não foram incluídas as questões relativas aos problemas internos do curso, estas serão apresentadas ao Colegiado do curso e à Área de Medicina após conclusão do estudo.

As PIESC, desde sua origem, vivenciam um processo contínuo e dialogado de reestruturação curricular, conforme vimos no primeiro artigo. Porém, ainda não tinha sido sistematizado um processo de avaliação dos quatro componentes curriculares em sua integralidade, com a participação ativa de todos os sujeitos que constroem e reconstroem as atividades cotidianas de ensino-aprendizagem.

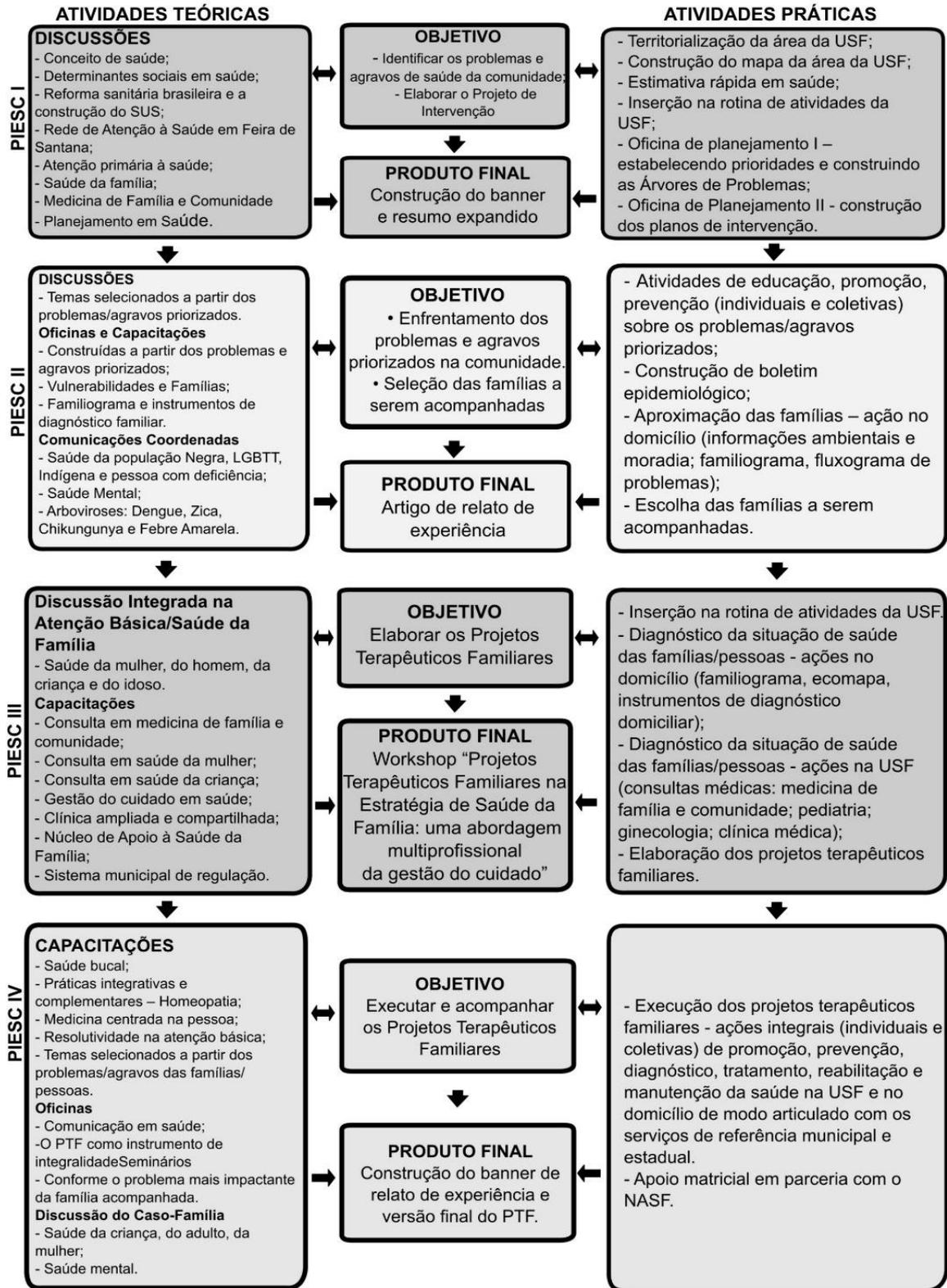
A Tese aqui explanada, se propôs a preencher esta lacuna, e, concluído todo o processo de coleta de dados, este pesquisador, coordenador geral das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade e implicado com o processo de mudança, apresentou os resultados preliminares ao corpo docente das PIESC, Colegiado de curso e Comissão de Planejamento Didático, durante o planejamento acadêmico para o ano letivo 2019.0.

Como resultado do processo dialógico iniciado com CHD, tendo prosseguimento durante o momento de negociação, o planejamento acadêmico e o planejamento setorial de cada ano, construiu-se o novo Mapa Conceitual das PIESC (figura 10).

As alterações foram percebidas em todos os anos letivos, com mudanças nas atividades teóricas e/ou práticas de acordo com as necessidades de cada contexto, no sentido de ampliar a formação interprofissional e o trabalho colaborativo; fortalecer as atividades de ensino-aprendizagem sobre a Medicina de Família e Comunidade; e promover o protagonismo dos educandos como forma de motivação para as atividades das PIESC.

Figura 10:

**MAPA CONCEITUAL DA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NAS PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE (PIESC) DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA, BRASIL, ANO LETIVO 2019.**



Nas PIESC I, em relação às atividades teóricas, substituiu-se as informações conteudistas por debates. Essa modificação pode facilitar a construção do conhecimento coletivo e articulado, inserindo dois novos temas: a Medicina de Família e Comunidade, para o estudante desde o primeiro ano compreender o papel do médico na APS, e, a Rede de Atenção à Saúde, quando se tem noção da complexidade do cuidado e a importância da APS na coordenação das ações de saúde. Nos objetivos, incluiu-se a elaboração do projeto de intervenção, com a finalidade de antecipar ações que eram nas PIESC II. Nas atividades práticas, os estudantes começaram a participar das atividades de rotina da USF, assim poderão vivenciar o cotidiano das unidades e fortalecer os vínculos com as EqSF/NASF.

As modificações nas PIESC II envolveram as atividades teóricas, em que os conteúdos foram trabalhos de forma mais crítica e contextual durante os debates; nas oficinas/capacitações foi incluído o tema família e os instrumentos de diagnóstico familiar, com a finalidade de antecipar ações que eram nas PIESC III; e, introduzido as comunicações coordenadas para discutir programas específicos do MS, com o objetivo de promover o protagonismo dos estudantes e antecipar ações que eram nas PIESC III. Nos objetivos e nas atividades práticas acrescentaram-se a seleção das famílias a serem acompanhadas, novamente com a intenção de antecipar ações e, também, fortalecer a MFC, pois os educandos no terceiro ano terão mais tempo para elaboração dos PTF.

Com as modificações realizadas no segundo ano, as PIESC III que era o ano mais denso em termos de conteúdos teóricos, ficou mais afinado com os propósitos do curso, voltando o aprendizado para processo saúde-doença-cuidado das pessoas/famílias no espaço da APS/ESF. Os debates sobre os Cadernos de Atenção Básica deram lugar às discussões integradas na Atenção Básica/Saúde da família, demarcando a participação dos estudantes na resolução de casos vivenciados por outros educandos de turmas anteriores, numa discussão integral a partir das linhas de cuidado; e, ampliaram-se as capacitações sobre consulta médica, procurando fortalecer o aproveitamento dos estudantes nas atividades clínicas. Nas atividades práticas, aumentou-se o número de atividades com as famílias (consultas e visitas domiciliares), assim os estudantes terão mais informações para elaborar, discutir e pactuar os PTF. Por fim, nas atividades práticas, os estudantes intensificaram sua participação nas atividades de rotina da USF, assim poderão vivenciar o cotidiano das unidades, sedimentando os vínculos com as EqSF/NASF.

Nas atividades das PIESC IV, em termos teóricos, incluíram-se as capacitações em medicina centrada na pessoa e resolutividade na atenção básica, para reforçar os elementos necessários à atuação do médico na APS; e, introduziu-se três novas atividades, com objetivo

de fortalecer a MFC: 1- oficinas sobre o PTF como instrumento de integralidade e a comunicação em saúde; 2- seminários, em que os estudantes apresentam um problema que estejam acompanhando nas famílias, contextualizando sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento, riscos e vulnerabilidades, promoção à saúde e prevenção de agravos, orientados pelos documentos normativos da APS; 3- discussão do caso-família, com o propósito de resolver casos vivenciados por estudantes de outras turmas, atividade semelhante à realizada no terceiro ano. Nas atividades práticas, acrescentou-se o apoio matricial como tentativa de construir um processo de formação interprofissional e trabalho colaborativo com o NASF.

O novo Mapa Conceitual construído com a participação dos docentes do curso de medicina encontra-se em execução neste momento, e, portanto, ainda não temos subsídios para sinalizar se essas modificações alcançaram os resultados esperados pelo corpo docente no momento de planejamento acadêmico.

Salientamos também que, para o planejamento deste ano letivo, ainda não foi possível incorporar os profissionais de saúde das EqSF/NASF, mas, foi possível estabelecer uma melhor interlocução com o nível central da Secretaria Municipal de Saúde, sendo discutido a capacitação das equipes do NASF e a possibilidade destes profissionais atuarem junto com os estudantes e professores das PIESC, buscando trabalhar com agendas de trabalho compartilhadas.

Outra questão importante impulsionada por este trabalho foi a implantação de unidades docentes-assistenciais, com a criação pelo Departamento de Saúde da UEFS de uma comissão, com representante de todos os cursos, para elaborar uma proposta a ser apresentada à Secretaria Municipal de Saúde.

Por fim, temos a clareza de que o estudo tem algumas limitações, sendo necessário outros trabalhos afim de preencher algumas lacunas que emergiram desta pesquisa: qual a compreensão que os docentes de outros eixos pedagógicos têm sobre as PIESC e a Formação Médica na APS? Qual a percepção que os profissionais de saúde das EqSF/NASF e a Gestão Municipal têm sobre as PIESC e o processo de trabalho na APS? Como articular eixos curriculares com bases conceituais tão distintas? Como inserir atividades de ensino-aprendizagem sobre APS em todos os eixos do curso? O internato realizado eminentemente em ambiente hospitalar, desconstrói o conhecimento construído pelas PIESC nos espaços de cuidado da APS? Qual prática desenvolvida pelos egressos da instituição enquanto médicos na ESF?

## REFERÊNCIAS

ABDALLA, I. G. et al. Projeto Pedagógico e as mudanças na educação médica. **Rev. Bras. Educ. Médica**; Brasília, v.33, supl. 1, p. 44-52, 2009.

ACADEMIA EUROPEIA DE PROFESSORES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR (EURACT). **The EURACT Educational Agenda**: tradução portuguesa oficial da versão integral de 2005. Coimbra: ADSO, 2006.

AGUIAR, F. A. R. et al. **Técnica de entrevista na pesquisa qualitativa**. In: SILVA, R. M. et al. (org). Estudos Qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. Sobral-CE: Edições UVA, 2018.

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B. R. Hermenêutica Dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza –CE; v. 25, n. 2, p. 243-250, 2012.

ALESSIO, M. M, e SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. **Interface**. v. 21, supl.1, p. 1143-56, 2017.

ALMEIDA, M. J. **Educação Médica e Saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ALMEIDA, M. J. **Educação Médica e Saúde**: a mudança é possível. 2<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: ABEM, 2011.

ALMEIDA, P. F. et al. Trabalho de Campo Supervisionado II: uma experiência curricular de inserção na Atenção Primária à Saúde. **Interface**. v. 20, n. 58, p. 777-86, 2016.

ALMEIDA, P. F. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de *Alma-Ata*: reconhecer os desafios para seguir adiante. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 8, p. 1-3, 2018.

ALMEIDA-FILHO, N. A. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010.

ALVES, A. M. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 9, n. 1, p. 1-13, 2010.

AMARAL, J. L. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007. 207f. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

ANDERSON, M. I. P; DEMARZO, M. M. P.; RODRIGUES, R. D. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. **Rev. Bras. Med. Fam. e Comunidade**; Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p.157-172, 2007.

ANDRADE, J. **Marco conceptual de la educación medica em la America Latina**. Washington D.C: OPAS, 1979.

ANDRADE, L. O. M; BUENO, I. C.H. C.; BEZERRA, R. C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família.** In: CAMPOS, G. W. S. et. al. (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. P. 783-836.

ARAÚJO, M. O e NASCIMENTO, M. A. A. **Dinâmica Organizativa:** do acesso dos usuários do Programa Saúde da Família aos serviços e as práticas de saúde de média e alta complexidade. Feira de Santana-BA: UEFS editora, 2016.

ASSIS, M. M. A. Redes de Atenção à Saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. SOUZA, M. K. B. (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde.** Salvador: EDUFBA, 2015. p. 65-88.

ASSIS, M. M. A. et al. **Desafios metodológicos da abordagem qualitativa:** diversidade de cenários, participantes, estratégias e técnicas. In: SILVA, R. M. et. al. (org). Estudos Qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. Sobral-CE: Edições UVA, 2018.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (org). **Pesquisa:** métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Editora UEFS, 2010. p. 139-159.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA D EDUCAÇÃO MÉDICA –ABEM. **Comissão de Avaliação das Escolas Médicas:** objetivos, implementação e resultados preliminares 2006-2009. Rio de Janeiro: Editora ABEM, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA D EDUCAÇÃO MÉDICA –ABEM. **Posicionamento em relação à reformulação das diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina.** Porto Alegre: Assembleia Geral do 55º Congresso Brasileiro de Educação Médica, 2017.

ATUN, R.A. What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to more focused on primary care services? Copenhagen: **WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network**, 2004.

BATISTA, N. A.; VILELA, R. Q. B.; BATISTA, S. H. S. S. **Educação Médica no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2015.

BATISTA, N. A. et al. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface.** v. 22, supl.2, p. 1705-15, 2018.

BELLAND, B.R.; FRENCH, B.F.; ERTMER, P.A. Validity and problem--based learning research: A review of instruments used to assess intended learning outcomes. **Interdiscip J Problem--Based Learn.** v. 3, n. 1, p. 59-89, 2009.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Ci. Soc/Hum.** v. 16, n. 2, p. 9-19, 1995.

BERGMAN, E.M. et. al. Students' perceptions of anatomy across the undergraduate problem-based learning medical curriculum: a phenomenographical study. **BMC Med Educ.** v. 19, n. 13, p. 152, 2013.

BEZERRA, D. F. et al. "A dor e a delícia" do internato de atenção primária em saúde: desafios e tensões. **ABCS Health Sciences;** Santo André-SP, v. 40, n. 3, p.164-170, 2015.

BORDENAVE, J; PEREIRA, A. **A estratégia de ensino aprendizagem.** 26ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL, Congresso Nacional. **Constituição Federal de 1988.** Brasília: Imprensa Nacional, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.080,** de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 4,** de 7 de novembro de 2001, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL, Ministério da Educação. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 648,** de 28 de março de 2006, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Educação. **Plano de Desenvolvimento da Educação.** Brasília: MEC/SEB/INEP, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 421**, de 03 de Março de 2010. Institui o Programa de Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466**, de 12 de dezembro de 2012, estabelece as normas e diretrizes para pesquisa com seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013, Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: DOU, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 20 de junho de 2014, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL, Ministério da Educação e Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.124**, de 4 de agosto de 2015, Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Educação/Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Disponível em: < [www.portal.saude.gov.br/dab](http://www.portal.saude.gov.br/dab)> acesso em 04 de outubro de 2016a.

BRASIL, Ministério da Educação. **Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação Presencial e a Distância**. Brasília: Ministério da Educação, 2016a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 510**, de 24 de maio de 2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura de Atenção Básica – Brasil – março/2019**. Disponível em: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br), acesso em: 25 abr 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **18 mil vagas para Médicos pelo Brasil**. Disponível em: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br), acesso em: 06 ago 2019b.

BURSZTYN, I. Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva? **Cadernos da Abem**. v.11, p. 6-19, 2015.

CAMPOS. G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007a.

CAMPOS. G. W. S. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes. **Cadernos da Abem**. v.3, p. 6-10, 2007b.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação Superior dos Profissionais de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2012. p. 885-910.

CARÁCIO, F. C. C. et al. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p.2133-2142, 2013.

CÁRDENAS, L. G. La especialidade de Medicina Familiar en la formación de recursos humanos en Cuba. **O mundo da Saúde**; São Paulo, v. 34, n. 3, p. 404-406, 2010.

CARVALHO, R. C. e PEIXOTO, M. T. **Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade**: abordagem multiprofissional da gestão do cuidado a partir de projetos terapêuticos familiares. Projeto de Extensão inscrito no Edital MEC-SESU 2015, Feira de Santana: UEFS, 2015.

CECCIM, R. B. e FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação dos profissionais de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**; Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, 2004.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. v. 15, n. 37, p. 589–599, 2011.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z. CONTANDRIOPOULOS, P. Modelizar as Intervenções. In: CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z. CONTANDRIOPOULOS, P. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

CHAN, T. K. et al. Primary care in Asia: a call compulsory vocation training. **British Journal of General Practice**; London-UK, v. 64, n. 623, p. 381-383, 2014.

CHIARELLA, T. et al. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação Médica. **Rev. Bras. Educ. Médica**; Brasília, v. 39, n. 3, p. 418-425, 2015.

CONTERNO, S. F. R e LOPES, R. E. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. **Trab. Educ. Saúde**; Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 503-523, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **CFM contesta novas diretrizes curriculares de medicina**, publicado em 25 de junho de 2014. Disponível em: [www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br), acesso em: 30 abr 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Informe sobre o VI Fórum Nacional de Ensino Médico**, publicado em 28 de agosto de 2015. Disponível em: [www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br), acesso em: 30 abr 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Radiografia das Escolas Médicas do Brasil – escolas em funcionamento- 2019**. Disponível em: [www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br), acesso em: 15 mai 2019.

CRUZ, K. T. **A Formação Médica no discurso da CINAEM**. Campinas-SP, 2004. 312 f. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

CRUZ, E. R. B. La educación médica global en función de la salud global. **Educación Médica Superior**. V. 30, N. 4, P 264-66, 2016

CUNHA G. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. Campinas-SP, 2004. 150f. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**; Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 145-150, 2011.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Introduction:** the discipline and practice of qualitative research. In: *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA (DENEM), Coordenação de Políticas Educacionais. **Diretrizes Curriculares Nacionais**. Boletim Interno, 2014.

DIAS, I. S. Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**; Campinas, v.14, n. 1, p. 73-78, 2010.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D. e TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação de formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

DONETTO, S. A participação do paciente na Educação Médica: reflexões sobre discursos e experiências no Reino Unido. **Saúde em Redes**. v. 1, n. 3, p. 21-35, 2015.

EDLER, F e FONSECA, M. R. F. A Medicina de Cabeceira. **Cadernos da Abem**. v.2, 2006.

FALK, J. W.; GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **A Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão**. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem Ativa na Educação em saúde: percurso histórico e aplicações. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 39, n. 1, p. 143-158, 2015.

FAUTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V.G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FERREIRA, D.C. et al. A experiência da Medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina no curso de graduação em medicina. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 9, n. 32, p. 304-310, 2014.

FERREIRA, M. J. M. et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface**. v. 23, supl. 1, p. 1-15, 2019.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York-USA: The Carnegie Foundation, 1910.

FLOR, L. S; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes *mellitus* e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional **Rev Bras Epidemiol**. v. 20, n. 1, p. 16-29, 2017.

FLYVBJERG, B. **Case study**. In: The Sage Handbook of Qualitative Research. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra;1975.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. 33<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, C. M. et al. Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. **Trab. Educ. Saúde**. v. 13, supl.2, p. 117-130, 2015.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**. v. 376, p.1923-58, 2010.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

FURTADO, J. P. Avaliação para o conhecimento e transformação. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2006.

GADAMER, H. G. **Verdade e método: I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 8. ed. rev. Petrópolis-RJ: Vozes, São Paulo: Universidade São Francisco, 2007.

GARCIA J. C. **La educación médica en la América Latina**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica no. 255, 1972.

GARÍ, M. A. e IPUTO, J. E. Experiencia educativa de estudiantes de segundo año de Medicina en una universidad sudafricana, 2011-2014. **Educación Médica Superior**. v. 31, n. 4, p. 1-18, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C. R. R. et. al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 32, n. 2, p. 230-239, 2008.

GIOVANELLA, L. e MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GLOBAL CONSENSUS FOR SOCIAL ACCOUNTABILITY OF MEDICAL SCHOOLS (GCSA). **GCSA Conference**. South Africa, 2010.

GOLDEMBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

GOMES, A. P. et al. Atenção Primária à Saúde e formação médica: entre Episteme e Práxis. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 36, n. 4, p. 541-549, 2012.

GOMES, A. P.; REGO, S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 38, n. 3, p. 299-313, 2014.

GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

GOULART, L. M. H. F. et al. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 33, n. 4, p. 605 – 614, 2009.

GRZYBOWSKI, L. S.; LEVANDOWSKI, D. C.; COSTA, E. L. N. O que Aprendi com o PET? Repercussões da Inserção no SUS para a Formação Profissional. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 41, n. 4, p. 505-514, 2017.

GUAL, A. et al. Declaración de Edimburgo, ¡25 años! **FEM**; Barcelona, v.16, n. 4, p. 186-189, 2013.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. Guidelines and checklist for Constructivist (a.k.a. Fourth generation) evaluation. **Evaluation Checklists Project**, 2001. Disponível em: <https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2014/constructivisteval.pdf>, acesso em: 01 março 2019.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas: Editora UNICAMP, 2011.

GUSSO, G. D. F; BENSENOR, I. J. M.; OLMOS, R. D. Terminologia da atenção primária á saúde. **Rev. Bras. Educ. Médica**; Brasília, v. 36, n. 1, p. 93-99, 2012.

HABERMAS, Jürgen. **Consciência moral e agir comunicativo**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HADDAD, A. E, et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**; São Paulo, v. 44, n. 4, p. 383-393, 2010.

HAINES, T.; KENT, F.; KEATING, J. Interprofessional student clinics: an economic evaluation of collaborative clinical placement education. **J. Interprof. Care**. v. 28, p. 292–298, 2014.

HARI, R. et al. Broadening the clinical spectrum for medical students towards primary care: a pre-post analysis of the effect of the implementation of a longitudinal clerkship in general practice. **BMC Medical Education**. v.18, n. 34, p. 1-6, 2018.

HARZHEIM, E. et al. **Estudos de PCATool no Brasil**. In: MENDONÇA, M. H. M. et. al. (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. v. 8, n. 29, p. 244-55, 2013.

HOBBS, R.; CAMPBELL, J. L. Academic primary care and general practice workforce. **The Lancet**; London-UK, v. 286, n. 5, p. 952, 2015.

HORA, D. L. et al. Propostas inovadoras na formação do profissional para o sistema único de saúde. **Trab. Educ. Saúde**; Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 471-486, 2013.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **IDF Diabetes Atlas, 8th edition, 2017**. Disponível em: [www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org), acesso em: 04 ago 2019.

JONES, R. W. Education and Training, Problem-based Learning: Description, Advantages, Disadvantages, Scenarios and Facilitation. **Anaesth Intensive Care**. v. 34, p. 485-488, 2006.

KANTOSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração – contribuições metodológicas para a avaliação de serviços de saúde mental. **Interface**; Botucatu; v. 13, n. 31, p. 343-355, 2009.

KENT, F. e KEATING, J. L. Interprofessional education in primary health care for entry level students — A systematic literature review. **Nurse Educ. Today**. p. 1-11, 2015.

KING, L; APPLETON, J.V. Fourth Generation Evaluation of Health Services: Exploring a Methodology That Offers Equal Voice to Consumer and Professional Stakeholders. **Qualitative health research**, v. 9, n.5, p. 698-710, 1999.

KLEMENC-KETIS, Z.; KERSNIK, J. The role of the European academy of Teachers in General Practice and Family Medicine in Family medicine education in Europe – the experience of the University of Maribor. **Acta Medica Academica**; Sarajevo, v. 41, n. 1, p. 80-87, 2012.

KOCH, T. Having a say': negotiation in fourth-generation evaluation. **Journal of Advanced Nursing**. v. 31, n. 1, p. 117-125, 2000.

KOVALESKI, D. F. et. al. Trajetória do Pró-PET – Saúde da Família no Cotidiano da Promoção da Saúde. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 40, n. 4, p. 765-771, 2016.

KRINGOS, D.S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, v.65, n. 10, p. 1-13, 2010.

KRINGOS, D.; BOERMA, W. G. W.; HUTCHINSON, A.; SALTMAN, R. B. **Building primary care in a changing Europe**. Copenhagen: WHO, 2015.

KRUG, R. R. et al. O “Bê-Á-Bá” da Aprendizagem Baseada em Equipe The “Bê-Á-Bá” of Team-Based Learning. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 40, n. 4, p. 602-620, 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LAMPERT, J. B. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC- ABEM, 2009a.

LAMPERT, J. B. et al. Tendências de Mudanças em um grupo de Escolas Médicas Brasileiras. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 33, supl. 1, p. 19-34, 2009b.

LAMPERT, J. B. Educação Médica no Século XXI: Mudanças no Perfil do Egresso. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 38, n. 3, p. 291-292, 2014.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEITE, I. C.; AGUIAR, A. S. W.; DANTAS, M.M.P. Pró-PET-Saúde/Rede Urgência e Emergência: um Relato de Experiência Prática de Ensino-Serviço-Aprendizagem. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 40, n. 4, p. 739-742, 2016.

LEON, L. B. e ONÓFRIO, F. Q. Aprendizagem Baseada em Problemas na Graduação Médica: uma Revisão da Literatura Atual. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 39, n. 4, p. 614-619, 2015.

LETRILLIART, L. et al. Comparison of French training and nontraining general practices: a cross-sectional study. **BMC Medical Education.** v.16, n.126, p. 1-9, 2016.

LIMA, V. V. et al. **Processo de construção de perfil de competência de profissionais.** São Paulo: Instituto Sório-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface.** v. 21, n. 61, p. 421-34, 2017.

LIMA, V. V. et al. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. **Interface.** v. 22, supl. 2, p. 1549-62, 2018.

LINS, T. S.; SOARES, F. J. P.; COELHO, J. A. P. M. Avaliação dos Atributos em Atenção Primária à Saúde no Estágio em Saúde da Família. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 40, n. 3, p. 355-363, 2016.

LOBO, L. A. C. et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 33, n, 6, p. 1-13, 2017.

LUNA, W. F. **Avaliação da implementação das novas DCN nas escolas médicas federais a partir do PMM:** desafios e perspectivas. Seminário Internacional sobre Formação Médica: Imperatriz-MA, 2018.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 42, n. 4, p. 66-73, 2018.

MACINKO, J.; STARFIELD, B; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. **Health Services Research,** n.38: 819-853, 2003.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SÁ, P. K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy and Planning.** v. 22, p. 167-177, 2007.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; ERINOSHIO, T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. **J Ambul Care Manage.** v. 32, n. 2, p. 150-71, 2009.

MACINKO, J.; HARRIS, J.; PHIL, D. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **N Engl J Med.** n. 372, p. 2177-2181, 2015.

MAIA, J. A. metodologias Problematizadoras em Currículos de Graduação Médica. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 38, n. 4, p. 566-574, 2014.

MASH, R. et al. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa. **Human Resources for Health.** v.13, n.93, p. 1-9, 2015.

MASSON, G. Materialismo histórico e dialético: uma discussão sobre as categorias centrais. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa-PR, v. 2, n. 2, p. 105- 114, 2007.

MASSOTE, A. W. **Atenção Primária como cenário de prática na escola médica.** Belo Horizonte, 2011. 73f. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M. A. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde:** aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MEIRELLES, M. C. P.; HYPOLITO, A. M.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de quarta geração: reciclagem de dados. **J Nurs Health;** Pelotas, v. 2, n. 1, p. 63-74, 2012.

MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 43, n. 2, p. 68-78, 2019.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate.** v. 42, número especial, p. 38-51, 2018.

MENDES E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: CONASS, 2015.

MICHELENA, N. M. R.; GOMEZ, M. P.; SOTOLONGO, M. N. Un sistema de habilidades para la carrera de Medicina, su relación con las competencias profesionales. Una mirada actualizada. **Educación Médica Superior.** v. 31, n. 1, P. 215-38, 2017.

MICHELIS, N. R. M. et al. Educational training requirements for general practice/family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institut. **Education for Primary Care**. v. 29, n. 6, p. 322–326, 2018.

MIELKE, F. B. **Avaliação da Gestão da Atenção Psicossocial na Estratégia Saúde da Família: com a palavra os coordenadores**. Porto Alegre, 2013. 217f. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS.

MINAYO, M C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO,1999.

MINAYO, M C.S. **Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos**. In: MINAYO, M C.S; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **Hermenêutica-Dialética como caminho do Pensamento Social**. In: MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. 3ª. reimp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 83-107.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MISSAGGIA, J. A hermenêutica em Heidegger e Gadamer: algumas confluências e divergências. **Griot – Revista de Filosofia** v.6, n.2, dezembro,2012.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MORAES, V. A.; PEREIRA, E. R. S.; NAGHETTINI, A. V. **Quais e como devem ser os cenários de ensino-aprendizagem, segundo o perfil do egresso proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais**. In: STREIT, D. S.; BARBOSA NETO, F.; LAMPERT, J. B.; LEMOS, J. M. C.; BATISTA, N. A (orgs). **10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: ABEM, 2012. p. 143-163

MÚNERA, E. M. V. et al. Percepción de los egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (2005-2007) sobre su formación em el pregado. **IATREIA**; Antioquia-COL, v. 26, n. 4, p. 437-446, 2013.

NASCIMENTO, L. C. N. et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**. Brasília (DF), v.71, n.1, p.243-48, 2018.

NEWBRONNER, E. Creating better doctors: exploring the value of leanirng medicine im primary care. **Educ. Prim. Care**. v. 28, n. 4, p. 201-208, 2017.

NEUMANN, C. R e MIRANDA, C. Z. Ensino de Atenção Primária à Saúde na Graduação: Fatores que Influenciam a Satisfação do Aluno. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 36, n. 1, supl.2, p. 42-49, 2012.

NOGUEIRA, D. L. **Avaliação responsiva e construtivista de um hospital de ensino do Estado do Ceará.** Sobral-CE, 2015. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família.

NORMAN, G. Medical education: past, present and future. **Perspect Med Educ.** v. 1, n. 1, p. 6-14, 2012.

OLIVEIRA, N. A. **Ensino Médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS – um estudo a partir de seis estados brasileiros.** Rio de Janeiro, 2007. 201f. Tese (doutorado): Instituto Oswaldo Cruz, Ensino em Biociências e Saúde.

OLIVEIRA, G.N. **O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde.** 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface.** v. 9, n. 54, p. 623-34, 2015.

OLIVEIRA, F. P. et al. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. **Saúde Debate.** v. 41, n. especial 3, p. 60-73, 2017.

OLIVEIRA, B. L. C. A. et. al. Team-Based Learning como Forma de Aprendizagem Colaborativa e Sala de Aula Invertida com Centralidade nos Estudantes no Processo Ensino-Aprendizagem. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 42, n. 4, p. 86-95, 2018.

OLIVEIRA, F. P. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface.** v. 23, supl.1, p. 1-17, 2019.

ONOCKO CAMPOS, R. T; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Declaração de Alma-Ata,** URSS: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Contribuições sobre a gestão da qualidade em educação médica.** Brasília: OPAS, 1994.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Washington D.C: OPAS, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **La Formación em Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud.** Serie: La Renovacion de la Atención Primaria de Salud em las Américas, nº 2. Washington D.C: OPAS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Sistemas de Saúde com base na Atenção Primária em Saúde**. Série: Renovação da Atenção Primária em Saúde das Américas, n. 1. Washington D.C: OPAS, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Redes Integradas de Servicios de Salud**. Serie: La Renovacion de la Atención Primaria de Salud em las Américas, nº 4. Washington D.C: OPAS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS) e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Plano de ação sobre recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde 2018-2023**. 56º Conselho Diretor/70ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington-DC, 23 a 37 de setembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: [www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata](http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata). Acesso 01 fev 2019.

PEIXOTO M.T., CARVALHO R.C., VILASBOAS A.L.Q. Projeto Terapêutico Familiar: uma experiência de atenção integral em uma unidade de saúde da família num município do semiárido baiano. **Rev. Saúde Col. Uefs**. v. 7, n. 2, p. 35-43, 2017.

PEIXOTO, M. T. et al. Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC): fundamentos da atenção básica à saúde na formação do médico. **Rev Saúde Col. Uefs**. v. 7, n. 2, p. 1, 2017.

PEREIRA, I. D. F. e LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis. **Trab. Educ. Saúde**; Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-338, 2013.

PERRENNOULD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

PINHO, L. B. et al. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**; Washington-DC, v. 30, n. 4, p. 354-360, 2011.

PINHO, L. B. e SINIAK, D. S. O papel da atenção básica no cuidado ao usuário de crack: opinião de usuários, trabalhadores e gestores do sistema. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. v. 13, n. 1, p. 30-36, 2017.

POLES, T. P. G. et al. Percepção dos Internos e Recém-Egressos do Curso de Medicina da PUC-SP sobre Sua Formação para Atuar na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 42, n. 3, p. 121-128, 2018.

PRATA, P. R. Duzentos anos de formação médica no Brasil: onde e quando devem ser comemorados? **Interface**. v.14, n.33, p.471-3, 2010.

PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017.

PREARO, A. Y.; MONTI, F. M. F.; BARRAGAM, E. É possível desenvolver a auto-reflexão no estudante de primeiro ano que atua na comunidade? **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 36, n. 1, p. 24-31, 2012.

PUSCHEL, K. et al. Social accountability of medical schools and academic primary care training in Latin America: principles but not practice. **Family Practice.** v. 31, n. 4, p. 299-308, 2014.

QUEIROZ, R. S. M. **Observação aplicada à pesquisa qualitativa.** In: SILVA, R. M. et. al. (org). Estudos Qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. Sobral-CE: Edições UVA, 2018.

REEVES, S. et al.. **Interprofessional Education: Effects on Professional Practice and Healthcare Outcomes (Update) (Review).** The Cochrane Collaboration, 2013.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface.** v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016.

RIBEIRO, E. C. O.; LIMA, V. V.; PADILHA, R. Q. **Formação orientada por competência.** In: LIMA, V. V. e PADILHA, R. Q. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

ROCHA, V. X. M. **Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014.** Santos-SP, 2017.177 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

SAIZ, L. C. et al. Blood pressure targets for the treatment of people with hypertension and cardiovascular disease (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews.** v. 7, n. CD010315, p. 1-66, 2018.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Rede Interfederativa de Saúde. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde.** Campinas: IDISA: CONASENS, 2008. p. 35-65.

SANTOS, W. S. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

SANTOS, L. C.; SIMONETTI, J. P.; CYRINO, A. P. Educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. **Interface.** v. 22, supl. 2, p. 1601-11, 2018.

SARABIA, S. Educación médica basada en competencias. **Rev Neuropsiquiatr.** v. 78, n. 3, p. 121-22, 2015.

SCHAFFER, M. BAHIA, L.; BRAGA, I. F. **A saúde nos programas dos candidatos à Presidência da República do Brasil em 2018: uma análise sobre a relevância das proposições para a melhoria da rede de serviços e da saúde da população.** Texto para Discussão. Disponível em: [www.abrasco.org.br](http://www.abrasco.org.br); acesso em: 01 ago 2019.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Rev Saúde Pública**. v. 36, n. 3, p. 375-8, 2002.

SEPÚLVEDA, C. La innovación curricular em la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. **Rev. Hosp Clin Univ Chile**; Santiago, v. 25, n. 5, p. 5-12, 2013.

SHI, L; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**. v. 50, n.2, p.161-175, 2001.

SILVA, G. B. e FELICETTI, V. L. Habilidades e competências na prática docente: perspectivas a partir de situações-problema. **Educação Por Escrito**. v. 5, n. 1, p. 17-29, 2014.

SILVA, S. A.; BAITELO, T. C.; FRANCOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 23, n. 5, p. 979-87, 2015.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ANDRADE, H. S. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 9, p. 2670-2671, 2016.

SILVA, A. T. C. et al. Medicina de Família do Primeiro ao Sexto Ano da Graduação Médica: Considerações sobre uma Proposta Educacional de Integração Curricular Escola-Serviço. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 41, n. 2, p. 336-345, 2017.

SIMA, D. et al. Primary care in Switzerland gains strength. **Family Practice**. v. 32, n. 3, p. 348-353, 2015.

SICAT, L. et al.. Interprofessional education in a primary care teaching clinic: findings from a study involving pharmacy and medical students. **J. Interprof. Care**. v. 28, p. 71–73, 2014.

SINTES, R. A. e PINA, I. B. Formación y perfeccionamiento de recursos humanos en el sistema de salud cubano para cobertura sanitaria universal. **Rev Cubana Salud Pública**. v. 41, supl.1, p. 1-11, 2015.

SIQUEIRA, B. P. CINAEM - Um pouco de sua história. **Cadernos da Abem**. v.2, 2006.

SIQUEIRA, R. H. M. **Análise das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Política Nacional de Atenção Básica com foco nas competências das profissões de saúde no Brasil**. São Paulo, 2018. 119f. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Saúde Coletiva.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil, hoje: Considerações, Princípios e Estratégias**. SBMFC, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. v. 107, n. 3, suplemento 3, 2016.

SOUZA, P. A.; ZEFERINA, A. M. B.; ROS, M. A. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. **Rev. Bras. Educ. Médica**. v. 35, n. 1, p. 20-25, 2011.

SOUZA, M. C. A. et al. O universitário transformador na comunidade: a experiência da USS. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 38, n. 2, p. 269-282, 2014.

STARFIELD, B. Primary care and health: a cross-national comparison. **JAMA**, 266: 2268-2271, 1991.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO- Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D. Contribuições das Epistemologias de Kuhn e Fleck para a reforma do ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 32, n. 1, p. 98-104, 2008.

TOWLE, A. Onde está a voz do paciente na educação profissional em saúde? **Interface.** v. 20, n. 57, p. 89-92, 2016.

TRINDADE, T. G. e ALMEIDA, R. C. C. **Ensino da Medicina de Família e Comunidade na graduação.** In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TRINDADE, T. G. e BATISTA, S. R. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 21, n. 9, p. 2667-2669, 2016.

TRIVEDI, D. Cochrane Review Summary: Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. **Primary Health Care Research & Development.** n. 18, p. 109-111, 2017.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. **Projeto do Curso de Medicina:** atualizado em dezembro de 2015. Feira de Santana: Colegiado de Medicina/PROGRAD, 2015.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. **Site Institucional.** Disponível em: [www.uefs.br](http://www.uefs.br). Acesso em: 09 ago 2019.

VARGAS, A. F. M. Programa Mais Médicos e as Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina: uma análise comparativa entre instituições de ensino superior. **Interface.** v. 23, supl. 1, p. 1-15, 2019.

VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface.** v. 20, n. 56, p. 147-58, 2016.

VASCONCELOS, R. N. C e RUIZ, E, M. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – Revisão Integrativa. **Rev. Bras. Educ. Médica.** v. 39, n. 4, p. 630-638, 2015.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.21, n. 9, p.2949-2960, 2016.

VERAS, R. M. e FEITOSA, C. C. M. Reflexões em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Interface**. v. 23, supl. 1, p. 1-14, 2019.

VICENTE, V. C. Construyendo la atención primaria española en una Europa cambiante. **Aten. Primária**; España, v. 48, n. 2, p. 71-72, 2016.

VICTÓRIA, I. T. P. Desarrollo de recursos humanos para la gestión de sistema y servicios en la atención primaria de salud. **Revista Cubana de Medicina General Integral**. v. 31, n.3, p. 384-390, 2015.

VIDAL, N. V. Tendencias actuales de programas de estudio de pregrado y posgrado con orientación a la Atención Primaria de la Salud. **Educación Médica Superior**. v. 30, n. 3, p. 615-626, 2016.

VIEIRA, S. P. et al. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**. v. 42, número especial 1, p. 189-207, 2018.

VUORI, H. Primary health care in Europe—problems and solutions. **Community Medicine**. v. 6, p. 221-231, 1984.

YIN, R.K. (org.). **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 5ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em Saúde Mental: a construção de um processo participativo**. Ribeirão Preto, 2005. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo- USP.

WETZEL, C. et al. Avaliação de Quarta Geração no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. **ATAS VI CIAIQ**; Salamanca, 2017.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY MEDICINE DOCTORS (WONCA). Perfil do Médico de Família e Comunidade - Definição Iberoamericana. WONCA: Santiago de Cali, 2010.

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION – WFME. The Edinburgh Declaration. **Med Educ**, 22, p. 481-2, 1988.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **Thirtieth World Health Assembly**. Geneva-Switzerland: WHO, 1977.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice**. Geneva-Switzerland :WHO/HRH/HPN, 2010.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013**. Geneva-Switzerland: WHO, 2013a.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **WHO progress report on health workforce education, 2013–2015**. Geneva-Switzerland: WHO, 2013b.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). A global brief on Hypertension: silent killer, global public health crisis. Geneva-Switzerland: WHO, 2013c.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **Working for Health and growth: Investing in the health workforce**. Geneva-Switzerland: WHO, 2016a.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva-Switzerland: WHO, 2016b.

XAVIER, L. N. et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **SANARE**. v. 13, n. 1, p. 76-83, 2014.

XAVIER, N. F. et al. Pet-Saúde: O Impacto do Programa na Formação do Profissional Médico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 22. n. 1, p. 37-44, 2018.

ZAGO, L. H. O método dialético e a análise do real. **kriterion**, Belo Horizonte, n 127, p. 109-124, 2013.

ZARBAILOV, N. Strengthening general practice/Family medicine in Europe—advice from professionals from 30 European countries. **BMC Family Practice**. v. 18, n. 80, p. 1-9, 2017.

ZARPELON, L. F. B.; TERCENIO, M. L.; BATISTA, N. A. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 12, p. 4241-4248, 2018.

## APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
 Autorizada pelo Decreto Federal Nº 77.496 de 27/04/76  
 Reconhecida pela Portaria Ministerial Nº 874/86 de 19/12/86  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**DOUTORADO**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Marcelo Torres Peixoto (pesquisador responsável – doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS) e Marluce Maria Araújo Assis (orientadora e pesquisadora colaboradora) convidamos você para participar da pesquisa intitulada “Formação Médica na Atenção Primária a Saúde nos cursos de Graduação em Medicina da Bahia, Brasil”, que tem como objetivos: analisar o processo de Formação Médica na Atenção Primária à Saúde dos cursos de Graduação em Medicina da Bahia, a partir dos processos de trabalho interativo entre a academia, os trabalhadores de saúde, os gestores municipais da saúde e os usuários, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família; Caracterizar a linha do tempo das matrizes curriculares dos Cursos de Medicina das IES da Bahia (2001-2018), em relação a saberes/competências/habilidades de Atenção Primária à Saúde, a partir das novas diretrizes curriculares do Ministério de Educação e Cultura; discutir como ocorre a (des) articulação entre academia, profissionais de saúde, gestores e comunidade, no cotidiano das Unidades de Saúde da Família e do nível central das Secretarias Municipais de Saúde; e descrever: avanços/facilidades, limites/dificuldades e desafios/perspectivas do ensino (teórico/prático) da atenção primária nos diversos cenários de práticas dos cursos de Medicina da Bahia; e possíveis mudanças ocorridas no processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família a partir das atividades desenvolvidas pelos componentes curriculares/disciplinas da Atenção Primária à Saúde. Esclaremos que os resultados obtidos poderão contribuir para a discussão, reflexão crítica e avaliação da formação médica na Atenção Primária, com ênfase no Estado da Bahia, estimulando o processo de mudança dos cursos de graduação em Medicina e, deste modo, contribuir para a implantação das novas propostas do Ministério da Educação e Ministério da Saúde de formação dos médicos no contexto Sistema Único de Saúde, em especial na Atenção Primária a Saúde a partir da Saúde da Família. Para a coleta dos dados será necessário a realização de entrevistas e a observação das atividades práticas realizadas em unidades básicas de saúde (campo de prática) das disciplinas que atuam na Atenção Primária a Saúde. Sua participação é voluntária e caso concorde em participar dessa pesquisa, após sua autorização, suas respostas serão gravadas, utilizando-se para isso um gravador de áudio, ou registradas no momento da observação, e você poderá ter acesso ao material coletado, para revisão da gravação ou para retirar e/ou

acrescentar informações, a qualquer tempo. O material coletado será organizado em um banco de dados pelos pesquisadores, após organização desse banco de dados o material será guardado no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) por 05 anos e, após esse período, os instrumentos serão destruídos. As pessoas que queiram participar desta pesquisa não terão quaisquer gastos financeiros e os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem respondeu às perguntas, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, sendo indenizado caso aconteça algum dano imediato ou tardio. Salienta-se que os sujeitos poderão a qualquer momento desistir de participar da pesquisa ou anular este consentimento em qualquer fase, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Os benefícios desta pesquisa estão relacionados as contribuições para melhoria da qualidade da formação médica na Atenção Primária a Saúde no Estado da Bahia e a melhoria do cuidado em saúde realizado nas unidades básicas de saúde. Os possíveis riscos estão relacionados ao desconforto devido ao conflito de opiniões, pelo sentimento de estar sendo observado, de suas falas se tornarem públicas; e os usuários podem se sentir inibidos para expor as suas opiniões, com receio de influenciar no atendimento que necessitam. No que se refere aos resultados da pesquisa, eles poderão ser divulgados em publicações científicas e também serão encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde do seu município, para a coordenação dos cursos de medicina envolvidos no projeto e apresentados para os participantes da pesquisa. Se houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (75) 3161-8165 ou no Centro de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Módulo VI, na sala do NUPISC, localizado na Avenida Transnordestina, s/n. Novo Horizonte. CEP: 44036-900. Campus Universitário em Feira de Santana-BA. Caso concorde em participar desta pesquisa, afirmamos que as informações colhidas serão utilizadas apenas para fins científicos, podendo ser divulgadas em congressos, simpósios, seminários, estudos e publicados em periódicos, revistas científicas, artigos e livros. Se você concordar em participar desta pesquisa, por sua livre vontade, deverá assinar, juntamente conosco, este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma cópia do mesmo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

Assinatura do(a) participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Prof. Ms. Marcelo Torres Peixoto  
 Pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
 Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis  
 Pesquisador colaborador

**APÊNDICE B**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
Autorizada pelo Decreto Federal Nº 77.496 de 27/04/76  
Reconhecida pela Portaria Ministerial Nº 874/86 de 19/12/86  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**DOUTORADO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nós, Marcelo Torres Peixoto (pesquisador responsável – doutorando em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana) e Marluce Maria Araújo Assis (orientadora e pesquisadora colaboradora) convidamos você para participar da pesquisa intitulada “Formação Médica na Atenção Primária a Saúde nos cursos de Graduação em Medicina da Bahia, Brasil”, que tem como objetivo analisar o processo de Formação Médica na Atenção Primária à Saúde dos cursos de Graduação em Medicina da Bahia, a partir dos processos de trabalho interativo entre a universidade, os trabalhadores de saúde, os gestores municipais da saúde e os usuários do SUS, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Esclarecemos que os resultados desta pesquisa poderá contribuir para a discussão e avaliação da formação médica na Atenção Primária, com ênfase no Estado da Bahia, estimulando o processo de mudança dos cursos de graduação em Medicina e assim, contribuir para a implantação das novas propostas do Ministério da Educação e Ministério da Saúde de formação dos médicos no contexto Sistema Único de Saúde, em especial na Atenção Primária a Saúde a partir da Saúde da Família.

Para a coleta dos dados será necessário a realização de entrevistas e a observação das atividades práticas realizadas pelo alunos e professores de medicina em unidades básicas de saúde e ou unidades de saúde da família. Sua participação é voluntária e caso concorde em participar dessa pesquisa, após sua autorização, suas respostas serão gravadas, utilizando-se para isso um gravador de áudio, ou registradas no momento da observação, e você poderá ter acesso ao material coletado, para revisão da gravação ou para retirar e/ou acrescentar informações, a qualquer tempo. O material coletado será organizado em um banco de dados pelos pesquisadores, após organização desse banco de dados o material será guardado no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) por 05 anos e, após esse período, os instrumentos serão destruídos.

Caso aceite participar desta pesquisa, você não terá qualquer gasto financeiro e os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem respondeu às

perguntas. Você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa ou anular este consentimento em qualquer fase, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados as contribuições para melhoria da qualidade da formação médica na Atenção Primária a Saúde no Estado da Bahia e a melhoria do cuidado em saúde realizado nas unidades básicas de saúde. Os possíveis riscos estão relacionados ao desconforto devido ao conflito de opiniões, pelo sentimento de estar sendo observado e você pode se sentir inibido para expor as suas opiniões, com receio de influenciar no atendimento que necessita.

No que se refere aos resultados da pesquisa, eles poderão ser divulgados em publicações científicas e também serão encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde do seu município, para a coordenação dos cursos de medicina envolvidos no projeto e apresentados para os participantes da pesquisa.

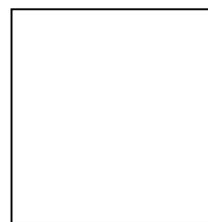
Se houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (75) 3161-8165 ou no Centro de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Módulo VI, na sala do NUPISC, localizado na Avenida Transnordestina, s/n. Novo Horizonte. CEP: 44036-900. Campus Universitário em Feira de Santana-BA.

Caso concorde em participar desta pesquisa, afirmamos que as informações colhidas serão utilizadas apenas para fins científicos, podendo ser divulgadas em congressos, simpósios, seminários, estudos e publicados em periódicos, revistas científicas, artigos e livros, e apresentada na sua unidade básica de referência. Se você concordar em participar desta pesquisa, por sua livre vontade, deverá assinar, juntamente conosco, este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma cópia do mesmo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

Assinatura do(a) participante da pesquisa:

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Marcelo Torres Peixoto  
Pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis  
Pesquisador colaborador

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DA ENTREVISTA – DISCENTE

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_ PIESC: \_\_\_\_\_ USF: \_\_\_\_\_

#### ROTEIRO ORIENTADOR DA PESQUISA:

##### **1- Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família e Formação Profissional:**

- Você poderia falar sobre a sua compreensão da APS (entendimento, estratégias, atributos, saberes e práticas...);
  
- Fale sobre o Perfil profissional, em especial do médico (quem são os profissionais que trabalha na APS, formação, competências);
  
- Como você se sente em relação a sua formação para atuar na Atenção Primária à Saúde/Saúde da família?

##### **2- Formação no PIESC**

- Fale sobre as atividades que você desenvolve no PIESC (se planeja ou não, se dialoga ou não com a equipe e usuários, como se dá o processo de orientação, limites, avanços, perspectivas)
  
- Fale sobre as relações que são estabelecidas entre os sujeitos (docentes, discentes, gestores, famílias, usuários) e instituições (UEFS, SMS e unidade de saúde da família) envolvidos nas atividades desenvolvidas pelas PIESC;
  
- Você gostaria de propor atividades a serem incorporadas no processo de ensino-aprendizagem do PIESC para melhorar a formação médica para a APS/ESF.

##### **3- Outras questões apontadas pelo entrevistado...**

## APÊNDICE D

### ROTEIRO DA ENTREVISTA – DOCENTE

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_ PIESC: \_\_\_\_\_ Professor/matéria: \_\_\_\_\_

Tempo que leciona no PIESC: \_\_\_\_\_

Graduação:

Universidade: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Pós-Graduação:

Título/Universidade: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Título/Universidade: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Título/Universidade: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

#### 1- Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família e Formação Profissional:

- Você poderia falar sobre a sua compreensão da APS (entendimento, estratégias, atributos, saberes e práticas...);
- Fale sobre o Perfil profissional, em especial do médico (quem são os profissionais que trabalha na APS, formação, competências);
- Como você se sente em relação a sua formação para atuar na Atenção Primária à Saúde/Saúde da família?

#### 2- Formação no PIESC

- Fale sobre as atividades que você desenvolve no PIESC (se planeja ou não, se dialoga ou não com a equipe e usuários, como se dá o processo de orientação, limites, avanços, perspectivas)
- Fale sobre as relações que são estabelecidas entre os sujeitos (docentes, discentes, gestores, famílias, usuários) e instituições (UEFS, SMS e unidade de saúde da família) envolvidos nas atividades desenvolvidas pelas PIESC;
- Você gostaria de propor atividades a serem incorporadas no processo de ensino-aprendizagem do PIESC para melhorar a formação médica para a APS/ESF.

#### 3- Outras questões apontadas pelo entrevistado...

## APÊNDICE E

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_ Profissão de Saúde: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Tempo de Trabalho ESF/NASF: \_\_\_\_\_

Tempo que acompanha as PIESC: \_\_\_\_\_

Atividades do PIESC que acompanhou: \_\_\_\_\_

Graduação:

Universidade: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Pós-Graduação:

Título/Universidade: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Título/Universidade: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Título/Universidade: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

### 1- Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família e Formação Profissional:

- Você poderia falar sobre a sua compreensão da APS (entendimento, estratégias, atributos, saberes e práticas...);
- Fale sobre o Perfil profissional, em especial do médico (quem são os profissionais que trabalha na APS, formação, competências);
- Como você se sente em relação a sua formação para atuar na Atenção Primária à Saúde/Saúde da família?

### 2- Formação no PIESC

- Fale sobre as atividades que você desenvolve no PIESC (se planeja ou não, se dialoga ou não com a equipe e usuários, como se dá o processo de orientação, limites, avanços, perspectivas)
- Fale sobre as relações que são estabelecidas entre os sujeitos (docentes, discentes, gestores, famílias, usuários) e instituições (UEFS, SMS e unidade de saúde da família) envolvidos nas atividades desenvolvidas pelas PIESC;
- Você gostaria de propor atividades a serem incorporadas no processo de ensino-aprendizagem do PIESC para melhorar a formação médica para a APS/ESF.

### 3- Outras questões apontadas pelo entrevistado...

## APÊNDICE F

### ROTEIRO DA ENTREVISTA – USUÁRIO

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_ USF: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

#### ROTEIRO ORIENTADOR DA PESQUISA:

##### **1- Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família e Formação Profissional:**

- Você poderia falar sobre a sua compreensão da APS (entendimento, estratégias, atributos, saberes e práticas...);
  
- Fale sobre o Perfil profissional, em especial do médico (quem são os profissionais que trabalha na APS, formação, competências);
  
- Como você se sente em relação a sua formação para atuar na Atenção Primária à Saúde/Saúde da família?

##### **2- Formação no PIEESC**

- Fale sobre as atividades que você desenvolve no PIEESC (se planeja ou não, se dialoga ou não com a equipe e usuários, como se dá o processo de orientação, limites, avanços, perspectivas)
  
- Fale sobre as relações que são estabelecidas entre os sujeitos (docentes, discentes, gestores, famílias, usuários) e instituições (UEFS, SMS e unidade de saúde da família) envolvidos nas atividades desenvolvidas pelas PIEESC;
  
- Você gostaria de propor atividades a serem incorporadas no processo de ensino-aprendizagem do PIEESC para melhorar a formação médica para a APS/ESF.

##### **3- Outras questões apontadas pelo entrevistado...**

**APÊNDICE G****ROTEIRO OBSERVAÇÃO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Local - USF/UEFS: \_\_\_\_\_ PIESC/ano: \_\_\_\_\_

Atividade: \_\_\_\_\_

Data da Observação: \_\_\_\_\_ Tempo de Observação: \_\_\_\_\_

**ROTEIRO ORIENTADOR:****AMBIENTE DA UNIDADE DE SAÚDE:**

Condições da estrutura física da unidade, equipamentos, iluminação, ventilação, acesso;

**PARTICIPANTES:**

Relações entre os sujeitos (discentes, docentes, profissionais de saúde, famílias e usuários):  
subjetividade, relações de poder, consensos, dissensos, negociação, entre outros;

**SABERES E PRÁTICAS NA APS/SAÚDE DA FAMÍLIA/PIESC**

Conhecimentos/saberes/práticas, modelo de atenção, ações desenvolvidas, divisão do trabalho,  
acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade;

- Escolher casos traçadores que representem como as atividades estão relacionadas e se houve  
resolubilidade.

**REFLEXÕES SOBRE A OBSERVAÇÃO (limites, avanços e perspectivas):**

## APÊNDICE H

### QUADRO SÍNTESE DA NEGOCIAÇÃO

#### PERGUNTA GUIA:

Fale sobre o perfil profissional, em especial do médico para atuar na Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica à Saúde/Estratégia Saúde da Família.

#### CONSTRUÇÃO:

O profissional de saúde (médico) precisa gostar da profissão, ter um perfil generalista com preparo técnico-científico adequado e deve ter uma compreensão ampla do SUS (como o sistema de saúde vigente) e do território no qual está inserido. Utilizar “tecnologias leves” no processo de cuidado (acolhimento, vínculo, escuta qualificada, cogestão) buscando a resolubilidade dos problemas e entender que diversos sujeitos estão envolvidos no processo de cuidado na APS. Sendo que, alguns desses sujeitos estão “acostumados” com o modelo de atenção baseado na queixa-conduta e não na produção do cuidado longitudinal, sendo um desafio para o médico despertar e motivar o auto-cuidado e as mudanças de hábitos de vida.

#### QUESTÕES PARA DISCUSSÃO:

- Conhecimento técnico-científico, o que o médico precisa saber para atuar na Atenção Primária à Saúde? **problemas/agravos/riscos/vulnerabilidades**
- O que deve ser resolvido na Atenção Primária à Saúde pelo médico e a equipe? **Impacto epidemiológico, social, cultural, econômico, ambiental, políticas e protocolos do Ministério da Saúde**
- Como atuar na comunidade/território? **Saberes e práticas**
- É possível o médico e os outros profissionais desenvolverem o trabalho em equipe? **processo de trabalho, planejamento, articulação de saberes e práticas**
- O que entendemos quando falamos sobre: Comunicação; Vínculo; Humanização; Acolhimento; Cogestão do cuidado; Responsabilização pelo cuidado.

## APÊNDICE I

PLANILHA SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO 9 – C9 (P1 + P2 + P3 + P4 + P5 + P6 + P7 + P8 + P9)					
Pergunta Guia	Ideias Centrais do P9	Falas do P9	Construção 8 (C8)	Comentários de P9 sobre C8	Construção 9 (C9)
1- Fale sobre a sua compreensão da APS					
2- Fale sobre o perfil profissional, em especial do médico para atuar na APS/ESF					
3- Como você se sente em relação a sua formação para atuar na APS/ESF					
4- Fale sobre as atividades que você desenvolve/acompanhou no PIEESC					
5- Fale sobre as relações que são estabelecidas entre os sujeitos (durante as atividades das PIEESC)					
6- A Gestão do SUS e da RAS interfere no processo de formação					
7- Falta de um inserção do PIEESC no cotidiano da USF (espaço físico e processo de trabalho) – criação de unidades docentes-assistenciais					
8- Falta de inserção dos médicos das USF nas atividades das PIEESC					
9- Relação entre os professores de saúde coletiva e os professores da clínica na organização e condução do processo de trabalho das PIEESC					
10- Documentos de referência do Ministério da Saúde para a APS/ESF					
11- Inexperiência dos alunos na condução das consultas médicas					
12- Falta de tempo de estudo para o PIEESC					
13- Você gostaria de propor atividades a serem incorporadas nas PIEESC					
14- Você gostaria de acrescentar algum tema/assunto que não abordei na entrevista					

## APÊNDICE J

## CONSTRUÇÕES FINAIS

QUESTÃO GUIA	CONSTRUÇÕES
1- Fale sobre a sua compreensão da APS	<b>Construção inicial:</b> APS no contexto do SUS, respeitando seus princípios de diretrizes e buscando a integralidade do cuidado.
	<b>Construção final:</b> APS/ABS no contexto do SUS, respeitando seus princípios de diretrizes, como porta de entrada procurando garantir o acesso aos serviços no território a partir da ESF e buscando a integralidade do cuidado através da Rede de Atenção à Saúde, porém, a APS ainda não conseguiu assumir a coordenação do cuidado na RAS, sendo um dos motivos o perfil e a qualificação dos profissionais que estão trabalhando na rede. Precisamos de uma gestão mais eficiente, um SUS que funcione na prática, um SUS forte.
2- Fale sobre o perfil profissional, em especial do médico para atuar na APS/ESF	<b>Construção inicial:</b> O profissional de saúde deve ter uma compreensão ampla do SUS e do território no qual está inserido, utilizar “tecnologias leves” no processo de cuidado (acolhimento, vínculo, escuta qualificada, cogestão) e entender que diversos sujeitos estão envolvidos no processo de cuidado na APS.
	<b>Construção final:</b> O profissional de saúde (médico) precisa gostar da profissão, ter um perfil generalista com preparo técnico-científico adequado e deve ter uma compreensão ampla do SUS (como o sistema de saúde vigente) e do território no qual está inserido. Utilizar “tecnologias leves” no processo de cuidado (acolhimento, vínculo, escuta qualificada, cogestão) buscando a resolubilidade dos problemas e entender que diversos sujeitos estão envolvidos no processo de cuidado na APS. Sendo que, alguns desses sujeitos estão “acostumados” com o modelo de atenção baseado na queixa-conduta e não na produção do cuidado longitudinal, sendo um desafio para o médico despertar e motivar o auto- cuidado e as mudanças de hábitos de vida. Preferencialmente ser um especialista em MGFC. A maioria dos profissionais médicos da rede de FSA não tem perfil para atuar na APS.
3- Como você se sente em relação a sua formação para atuar na APS/ESF	<b>Construção inicial:</b> O processo de formação na graduação deve acontecer com integração docente-assistencial e vai além da qualificação técnica-científica, de também buscar construir um ser político-social.
	<b>Construção final:</b> A graduação busca formar um médico generalista, tentando envolver todos os componentes curriculares, e, deve contextualizar o SUS, os saberes e práticas da APS e também de especialidades. O contato com a APS deve acontecer, o mais cedo possível, tentando viabilizar a integração docente-assistencial e buscando resolver os problemas de saúde dos territórios da ESF e vai além da qualificação técnica-científica, mas também buscar construir um ser político-social. Com educação permanente para os profissionais que chegam para atuar na ESF

<p>4- Fale sobre as atividades que você desenvolve/acompanhou no PIESC</p>	<p><b>Construção inicial:</b> O PIESC deve desenvolver suas atividades a partir das necessidades do território, articulando-se com os saberes e práticas da medicina geral de família e comunidade.</p>
	<p><b>Construção final:</b> O PIESC busca formar um médico generalista e desenvolve suas atividades a partir das necessidades do território, da ESF e das famílias/pessoas, articulando-se com os saberes e práticas da medicina geral de família e comunidade e da saúde coletiva e os saberes e práticas da equipe de saúde, devendo também, construir estratégias que amplie os vínculos e o planejamento conjunto para tentar garantir a continuidade do cuidados após o PIESC, apesar das dificuldades. Todo o curso precisa dialogar em torno dessas questões, a integração do PIESC com o Internato de Saúde Coletiva uma proposta para a continuidade das atividades.</p>
<p>5- Fale sobre as relações que são estabelecidas entre os sujeitos (durante as atividades das PIESC)</p>	<p><b>Construção inicial:</b> O processo de construção do vínculo com os sujeitos é contínuo e dinâmico, aproveitando as experiências passadas e incorporando as demandas e necessidades atuais (inclusive novas tecnologias de comunicação).</p>
	<p><b>Construção final:</b> O processo de construção do vínculo com os sujeitos/famílias/comunidade/ESF/NASF/UEFS é contínuo, dinâmico e precisa ser ampliado principalmente com a gestão, aproveitando as experiências passadas e incorporando as demandas e necessidades atuais (inclusive novas tecnologias de comunicação), sempre buscando o trabalho em equipe, a construção de novos conhecimentos e relações cordiais, devendo os sujeitos terem disponibilidade para desenvolver o trabalho conjunto. Porém os vínculos são construídos diferenciadamente de acordo com a realidade local das USF e dos diversos sujeitos envolvidos.</p>
<p>6- A Gestão do SUS e da RAS interfere no processo de formação</p>	<p><b>Construção inicial:</b> A gestão deve estar preocupada com a melhoria da qualidade dos serviços e, construir uma articulação efetiva das unidades na RAS, ampliação da oferta de serviços (especialistas, exames e imagem).</p>
	<p><b>Construção final:</b> A gestão deve estar preocupada com a melhoria da qualidade dos serviços e dos profissionais da rede, construir uma articulação efetiva das unidades na RAS, com ampliação da oferta de serviços (especialistas, exames e imagem) buscando garantir o acesso das pessoas. Como existem dificuldades, o médico da ESF tem quer buscar ser mais resolutivo. A RAS estruturada melhoraria a aprendizagem dos alunos e ampliaria os espaços de prática clínica.</p>
<p>7- Falta de um inserção do PIESC no cotidiano da USF (espaço físico e processo de trabalho) – criação de unidades docentes-assistenciais</p>	<p><b>Construção inicial:</b> Articulação para a criação de unidades docentes-assistenciais.</p>
	<p><b>Construção final:</b> Criação de unidades básicas docentes-assistenciais construindo um processo de trabalho articulado entre curso de medicina da UEFS/ESF/NASF e outros cursos de saúde, preocupação com uma estrutura física que atenda às necessidades da comunidade e instituições parceiras. A comunidade como cenário para atividades da USF. Ampliar as atividades clínicas.</p>

8- Falta de inserção dos médicos das USF nas atividades das PIEESC	<p><b>Construção inicial:</b> Na rede de FSA existem dois perfis de médicos trabalhando na ESF, um com formação que baseada nas necessidades do SUS/APS/ESF e outro com formação tradicional baseada no modelo flexneriano. E, não existe uma política que incentive os profissionais antigos à trabalhar com os graduandos.</p> <p><b>Construção final:</b> Depende do perfil do médico, sendo que, os de formação tradicional tem dificuldade de se inserir ao PIEESC, enquanto os médicos do Programa Mais Médicos conseguem participar eventualmente. Ainda temos um dificuldade de compatibilizar as agendas, a falta de espaço físico na USF, a grande rotatividade de médicos e os profissionais da rede que acumulam outros empregos. Não existe uma política pública que motive os médicos a trabalharem com os alunos.</p>
9- Relação entre os professores de saúde coletiva e os professores da clínica na organização e condução do processo de trabalho das PIEESC	<p><b>Construção inicial:</b> A maioria professores de clínica não tem formação pedagógica sedimentada nas metodologias ativas e, por isso, acabam não assumindo alguns “encargos” necessários para o processo ensino-aprendizado das PIEESC. Existe uma necessidade de educação permanente deste professores e a universidade e, também, o PIEESC precisam propiciar esses novos saberes.</p> <p><b>Construção final:</b> Existe uma sobrecarga dos professores de saúde coletiva por conta de assumirem a gestão do PTF, acompanhamento das famílias e a organização administrativa das atividades, enquanto os professores de clínica acompanham os alunos na consultas médicas, com exceção do professor de MGFC que tem maior envolvimento com as atividades do PIEESC. Necessidade de educação permanente com os professores de clínica especialistas para que eles se compreendam a saúde coletiva e a gestão do cuidado, se inserindo nas outras atividades do PIEESC/ESF e não ficar restrito ao acompanhamento da consulta médica.</p>
10- Documentos de referência do Ministério da Saúde para a APS/ESF	<p><b>Construção inicial:</b> Realizar uma análise crítica da produção do Ministério da Saúde a partir das realidades vivenciadas nas PIEESC.</p> <p><b>Construção final:</b> Os documentos do Ministério da Saúde de referência para a ABS/APS discutem as questões clínicas (protocolos) e do território e seus determinantes sociais (políticas e diretrizes), mas necessitam de uma análise crítica a partir das realidades locais. O PIEESC, a partir de suas vivências, pode junto com a ESF/NASF discutir propostas de readequação para a nossa realidade. Podemos também, a partir desses documentos rediscutir projeto pedagógico do curso de medicina.</p>
11- Inexperiência dos alunos na condução das consultas médicas	<p><b>Construção inicial:</b> Necessidade de ampliar a formação clínica dos alunos, nos diversos cenários do cuidado e não apenas no nível ambulatorial e hospitalar.</p> <p><b>Construção final:</b> Necessidade de melhorar as habilidades dos alunos nas consultas médicas e nas visitas domiciliares, nos diversos cenários do cuidado, sendo que, os professores precisam ter a mesma conduta no acompanhamento das consultas médicas e das VDs. Ampliando as práticas em MGFC.</p>

12- Falta de tempo de estudo para o PIESC	<p><b>Construção inicial:</b> O volume de estudo é grande, por isso, os alunos priorizam o que estudar. A ênfase maior são nas atividades tutoriais ficando o PIESC em um segundo plano.</p> <p><b>Construção final:</b> O volume de estudo é grande, por isso, os alunos priorizam o que estudar. A ênfase maior são nas atividades tutoriais ficando o PIESC em um segundo plano, principalmente no primeiro e segundo ano que não tem atividades clínicas, por isso é um desafio para os professores criar atividades que motivem os alunos e precisamos melhorar o processo de avaliação. Necessidade de rever o Projeto Pedagógico.</p>
13- Você gostaria de propor atividades a serem incorporadas nas PIESC	<p><b>Construção inicial:</b> Consolidação da construção dos saberes e práticas da Medicina Geral de Família e Comunidade.</p> <p><b>Construção final:</b> Consolidação da construção dos saberes e práticas da Medicina Geral de Família e Comunidade e, para isso, a Rede de Atenção à Saúde tem que funcionar melhor. Melhoria do ambiente físico da USF incorporando o PIESC e construindo um processo de trabalho articulado e buscar a continuidade e ampliação das atividades do PIESC. Aproximar o PIESC também da gestão municipal. Ampliar a discussão teórica sobre o SUS, a saúde coletiva e a RAS. O PIESC deve estar sempre atento às necessidades de capacitações específicas e rever o formato das oficinas comunitárias, buscando o empoderamento das pessoas/famílias.</p>
14- Você gostaria de acrescentar algum tema/assunto que não abordei na entrevista	<p><b>Construção inicial:</b> Compreensão de os saberes e práticas das PIESC possuem dois momentos distintos: Saúde Coletiva (PIESC I e II) e Medicina Geral de Família e Comunidade (PIESC III e IV) que precisam dialogar com mais clareza.</p> <p><b>Construção final:</b> Compreensão que saberes e práticas das PIESC possuem dois momentos distintos: Saúde Coletiva (PIESC I e II) e Medicina Geral de Família e Comunidade (PIESC III e IV) que precisam dialogar com mais clareza, ampliando os espaços da MGFC e empoderando as pessoas/famílias, inclusive, contratação de docentes. Melhorar a articulação do PIESC/ESF com a RAS. Modificar o sistema de avaliação das PIESC em todos os anos e repensar o formato dos debates.</p>

## ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS Pró-reitoria de Graduação – PROGRAD Gerência Acadêmica Código do Curso - 526		FLUXOGRAMA CURSO DE MEDICINA				DURAÇÃO DO CURSO Mínima = 06 anos Máxima = 09 anos Carga Horária Total do Curso = 9.740h	
1ª SÉRIE	2ª SÉRIE	3ª SÉRIE	4ª SÉRIE	5ª SÉRIE	6ª SÉRIE		
Introdução ao Estudo da Medicina CH - 120H SAU 601	Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento CH- 180H SAU 607	Dor CH -180H SAU 615	Desordens Nutricionais e Metabólicas CH - 135 H SAU 627	Estágio Curricular em Saúde da Criança (Internato) SAU 647 CH - 480H	Estágio Curricular em Saúde do Adulto – Clínica Cirúrgica I (Internato) SAU 651 – 410H		
Abrangências das Ações de Saúde CH- 105H SAU 604	Percepção, Consciência e Emoção CH -135H SAU 608	Dor abdominal, Diarréia, Vômitos e Icterícia CH - 180H SAU 616	Saúde da Mulher, Sexualidade Humana e Planejamento Familiar SAU 624	Estágio Curricular em Saúde da Mulher (Internato) SAU 648 CH - 480H	Estágio Curricular em Saúde do Adulto – Clínica Cirúrgica II (Internato) SAU 652 – 410H		
Concepção e Formação do Ser Humano CH- 165H BIO 011	Proliferação Celular CH -180H BIO 019	Fadiga, Perda de Peso e Anemias CH - 165H SAU 621	Dispnéia, Dor Torácica, Edemas e Tosse CH - 180H SAU 626	Estágio Curricular em Saúde do Adulto – Clínica Médica I (Internato) SAU 649 CH - 480H	Estágio Curricular Saúde Coletiva e Mental (Internato) SAU 646 CH - 410H		
Metabolismo CH - 180H BIO 012	Locomoção e Freios CH - 165H SAU 611	Perda de Sangue CH - 135H SAU 620	Distúrbios Sensoriais, Motores e da Consciência CH - 135H SAU 625	Estágio Curricular em Saúde do Adulto – Clínica Médica II (Internato) SAU 650 CH - 480H	Estágio Curricular em Emergências Médicas (Internato) SAU 653 – CH - 410H		
Funções Biológicas CH - 180H BIO 013	Processo de Envelhecimento CH - 180H SAU 609	Febre, Infecção e Infecção CH - 180H SAU 617	Manifestações Externas das Doenças e Intoxicações SAU 629 CH - 135H	Estágio Curricular em Medicina Baseada em Evidências (Internato) SAU 655 CH - 120H	Estágio Curricular Opcional (Internato) CH - 320H SAU 654		
Mecanismo de Agressão e Defesa CH - 180H SAU 602	Doenças Resultantes da Agressão ao Meio Ambiente SAU 612 CH - 120H	Problemas Mentais e de Comportamento CH - 120H SAU 619	Emergências CH - 180H SAU 630				
Atualização I CH - 75H SAU 603	Atualização II CH - 75H SAU 610	Atualização III CH - 75 SAU 619	Atualização IV CH - 75H SAU 628				
Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade I SAU 605 CH 150H	Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade II SAU 613 CH - 150H	Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade III SAU 622 CH - 150H	Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade IV SAU 631 CH - 150H				
Habilidades Clínicas e Atitudes I CH - 150H SAU 606	Habilidades Clínicas e Atitudes II CH - 150H SAU 614	Habilidades Clínicas e Atitudes III CH - 150H SAU 623	Habilidades Clínicas e Atitudes IV CH - 150H SAU 632				
ATIVIDADES COMPLEMENTARES CARGA HORÁRIA 490 horas		ESTÁGIO CURRICULAR – INTERNATO CARGA HORÁRIA 4.000					
MODULOS 09 CARGA HORÁRIA 1305	MODULOS 09 CARGA HORÁRIA 1335	MODULOS 09 CARGA HORÁRIA 1335	MODULOS 09 CARGA HORÁRIA 1275	MODULOS 05 CARGA HORÁRIA 2040	MODULOS 05 CARGA HORÁRIA 1960		

ANEXO B

Plataforma Brasil

plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf

80% Pesquisar

**DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Formação Médica na Atenção Primária a Saúde nos cursos de Graduação em Medicina da Bahia, Brasil  
 Pesquisador Responsável: Marcelo Torres Peixoto  
 Área Temática:  
 Versão: 1  
 CAAE: 70851117.1.0000.0053  
 Submetido em: 01/07/2017  
 Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana  
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado  
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável  
 Patrocinador: Financiamento Próprio  
 Principal:

Comprovante de Recepção: PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_842956

**DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1  
 Projeto Original (PO) - Versão 1  
 Documentos do Projeto  
 Comprovante de Recepção - Submis  
 Declaração de Instituição e Infraestr  
 Declaração de Pesquisadores - Subn  
 Folha de Rosto - Submissão 1  
 Informações Básicas do Projeto - Su  
 Projeto Detalhado / Brochura Invest  
 TCLE / Termos de Assentimento / Ju  
 Apreciação 1 - Universidade Estadual de  
 Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

**LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO**

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	Marcelo Torres Peixoto	1	01/07/2017	15/09/2017	Aprovado	Não	🖨️ 🔄 🗑️ ➕

**HISTÓRICO DE TRÂMITES**

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
	15/09/2017				Universidade Estadual de Feira		

## ANEXO C

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

#### ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

**Interface – Comunicação, Saúde, Educação** é uma publicação *on-line*, em acesso aberto, interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu), dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas. Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa.

**Interface – Comunicação, Saúde, Educação** publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. O Corpo Editorial da revista pode propor, eventualmente, temas específicos considerados relevantes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outra língua.

Todos os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

O título abreviado do periódico é **Interface (Botucatu)**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

A submissão de manuscritos é feita apenas *on-line*, pelo sistema *Scholar One Manuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

**Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas a seguir. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.**

#### SEÇÕES DA REVISTA

**Editorial** – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

**Dossiê** – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

**Artigos** – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

**Revisão** – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

**Debates** – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

**Espaço Aberto** – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

**Entrevistas** – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

**Resenhas** – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

**Criação** – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

**Notas breves** – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

**Cartas ao Editor** – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

#### **Nota**

**Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.**

## **FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS**

### **Formato e Estrutura**

**1** Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nas três línguas da revista (português, inglês e espanhol), com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nas três línguas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nas três línguas da revista. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nas três línguas. As resenhas devem dispor do título da obra resenhada no seu idioma original.

**2** As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

– Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do

formulário de submissão.

- Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.
- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

### Nota

Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.

**3** O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação. A revista adota os seguintes critérios mínimos de autoria: **a) ter participado da discussão dos resultados; e b) ter participado da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.**

### Nota

O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

**4** A página inicial do manuscrito (*Main Document*) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

– Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

### Notas

Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 20 palavras.

– Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras).

### Notas

Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

– Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

**5** Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

**6** Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

**7** Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas devem estar em arquivos separados do texto original (*Main Document*), com suas respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

#### **Nota**

No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

**8** Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

### **CITAÇÕES NO TEXTO**

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

#### **Exemplo:**

Segundo Teixeira<sup>1</sup>

De acordo com Schraiber<sup>2</sup>...

#### **Casos específicos de citação**

**1** Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

**2** Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

#### **Exemplo:**

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao

“[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”<sup>2</sup> (p. 13).

### **Notas**

No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

### **Exemplo:**

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM”<sup>1</sup> (p. 47).

No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

### **Exemplo:**

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”<sup>9</sup> (p. 149)

Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

### **Exemplo:**

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

**3** Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

### **Exemplo:**

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver.<sup>2</sup> (p. 42)

### **Nota**

#### **Fragmento de citação no texto**

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

**REFERÊNCIAS** (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus:  
<http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

## ANEXO D

### TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

#### Instruções aos autores

##### Escopo

*Trabalho, Educação e Saúde* publica contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde.

##### Política Editorial

A política editorial da revista consiste em discutir a área da educação profissional em saúde sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar.

Não há cobrança de taxas de submissão de manuscritos, nem de publicação de artigos.

Cabe a todo pesquisador observar e zelar pela integridade ética em pesquisa. Pesquisas que envolvam seres humanos devem obrigatoriamente ter seguido os preceitos da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e sido aprovadas por comitês de ética em pesquisa. Essa aprovação deve ser mencionada no corpo do texto, na seção sobre a metodologia empregada, incluindo o nome do comitê institucional, o número do processo e a data de aprovação. A *Trabalho, Educação e Saúde* é afiliada e segue orientações do Committee on Publication Ethics (COPE - <http://publicationethics.org>).

Segundo o International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE), o conceito de autoria baseia-se na contribuição substancial de cada pessoa listada como autor no que se refere a: concepção do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica; e concordar em ser responsável por todos os aspectos do trabalho ao assegurar que questões relacionadas à acurácia e integridade de quaisquer partes do trabalho sejam propriamente investigadas e resolvidas. Não se justifica a inclusão como autores de pessoas cuja contribuição não se enquadre nesses critérios; essas podem ser mencionadas nos Agradecimentos, juntamente com a breve descrição da colaboração ao artigo.

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação online da Revista, disponível na página: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar seu texto.

Antes de submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação. Para informações adicionais, consultar os editores: [revtes.epsjv@fiocruz.br](mailto:revtes.epsjv@fiocruz.br)

*Trabalho, Educação e Saúde* adota o sistema Turnitin para identificar plágio.

*Trabalho, Educação e Saúde* permite a publicação simultânea em sistemas de autoarquivamento ou repositórios institucionais, aplicando-se no que couber o disposto na Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz, instituição

mantenedora do periódico científico

<[https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/portaria - politica de acesso aberto ao conhecimento na fiocruz.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/portaria_-_politica_de_acesso_aberto_ao_conhecimento_na_fiocruz.pdf)>.

## **Forma e preparação de manuscritos**

### **A revista publica contribuições inéditas nas seguintes seções:**

**Ensaio** A convite da editoria. Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo.

**Artigos** Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

**Revisão** Artigos de revisão devem apresentar análises críticas, sistematizadas e metodologicamente consistentes da literatura científica sobre um tema prioritário para o periódico. Deverão explicitar objetivos, fontes pesquisadas, a aplicações dos critérios de inclusão e exclusão. Tamanho: 4.000 a 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

**Debates** Discussão sobre temas específicos, tanto encomendados pelos editores a dois ou mais autores, quanto advindos de colaboradores. Tamanho: até 5.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

**Entrevistas** Opinião ou posição de entrevistado qualificado nas áreas de conhecimento da revista.

**Resenhas** Crítica de livro relacionado aos campos de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Esta contribuição deve ser enviada para o email da revista (revtes.fiocruz@fiocruz.br). Tamanho: até 1.500 palavras.

Manuscritos destinados às seções Artigos e Ensaio devem ser elaborados conforme instruções a seguir e submetidos pelo sistema online de avaliação (<http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes>).

### **Apresentação do manuscrito**

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português e em inglês (abstract) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

**Palavras-chave** Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

**Figuras** Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

**Notas** As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

**Grifos** Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

**Citações** Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com três autores, todos devem ser nomeados; mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al. (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

**Referências** Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* baseia-se na norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com modificações. Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada e sem espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão et al. O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas.