

Projeto Saúde no Território: ferramenta de integração ensino-serviço-comunidade no curso de medicina

Health Project in the Territory: a teaching-service-community integration tool in the medicine course

Maria Beatriz¹, Sabrina Devoti², Rafael Peralta³, Rosuíta Frattari Bonito⁴, Wallisen Tadashi⁵

RESUMO

Nos últimos 40 anos, surgiram discussões para a reformulação do ensino médico de forma a substituir o modelo biomédico individual e curativo para formação pautada na prática humanista e integral da saúde. Buscando atender às novas normas consolidadas, uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada instituiu a unidade curricular Integração Ensino-Serviço-Comunidade (INESC) com objetivo de inserir o acadêmico no contato com a Atenção Primária à Saúde (APS) e promover atividades voltadas às necessidades da população de abrangência através do Projeto de Saúde no Território (PST). Esse estudo objetivou analisar o componente curricular INESC e o PST sob a percepção dos estudantes do curso de medicina da IES em questão. Trata-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem qualitativa, por meio de um grupo focal com 38 estudantes do curso de medicina, em 2018. As transcrições foram analisadas conforme a Análise do Conteúdo segundo Bardin, com a identificação dos núcleos de sentido. Na percepção do acadêmico, o INESC e o PST são capazes de promover a aproximação entre ensino e serviço. No entanto, diversos pontos foram levantados para melhoria de sua aplicação, como avaliação e alinhamento de preceptores, estímulo à maior integração entre profissionais da equipe de saúde e estudantes, progressão do processo de aprendizagem e maior associação da teoria à prática. O PST é potente para a produção de saúde no território e mostra quais os caminhos devem ser seguidos para a melhoria do INESC.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Médica. Prática Profissional. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Integração Docente-Assistencial.

ABSTRACT

Over the past 40 years, discussions have arisen for the reformulation of medical education in order to replace the individual and curative biomedical model for training based on humanistic and integral health practices. Seeking to meet the new consolidated standards, a private Higher Education Institution (HEI) instituted a Teaching-Service-Community Integration (INESC, in Portuguese) curricular unit with the objective of placing the academic institution in contact with Primary Health Care (PHC) and promoting activities aimed at the needs of the population covered by the Health Project in the Territory (PST, in Portuguese). This study aimed to analyze the INESC curricular unit and the PST from the perception of medical students at the HEI in question. This is a descriptive and cross-sectional study with a qualitative approach, through a focus group with 38 medical students in 2018. The transcripts were analyzed according to Bardin's content analysis with the identification of the cores of meaning. In the author's perception, INESC and PST are both capable of promoting an approximation between teaching and service. However, several points are raised in order to improve its application, such as the assessment and alignment of preceptors, encouragement for greater integration between health team professionals and students, progression of the learning process, and greater association of theory with practice. The PST is powerful because it promotes health in its territory and shows which paths should be followed to develop the INESC institution.

KEYWORDS: Medical Education. Professional Practice. Primary Health Care. Teaching-Assistance Integration Services.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: outubro de 2021

¹ Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9881-2741>. E-mail: beatriz.devoti@hotmail.com

² Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9881-2741>

³ Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6170-830X>

⁴ Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8782-0404>

⁵ Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6904-0292>

INTRODUÇÃO

Os cursos de graduação em Medicina foram inicialmente desenhados a partir de um modelo biomédico, em que a formação do profissional se pauta no cuidado à atenção individual e curativa. Entretanto, mundialmente, nos últimos 40 anos surgiram discussões para a reformulação do ensino médico, cujos argumentos favoráveis estavam associados à necessidade de mudança na prática assistencial, culminando na sua consolidação. As principais mudanças visaram à formação de profissionais cuja capacidade é a atuação pautada nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde¹ (SUS).

Em 1971, a Associação Brasileira de Educação Médica inseriu a Medicina Preventiva e Social no currículo médico. Em 1978, a Conferência de Alma-Ata orientou a reformulação das políticas públicas e a reorientação do ensino médico, cujo objetivo era saúde para todos no ano 2000².

Com a Reforma Sanitária no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Constituição Brasileira (1988) propuseram a construção do SUS, instituindo-o como escola e espaço de formação em serviço para a construção do processo ensino-aprendizagem³. Nos anos 2000, a Organização Mundial de Saúde discutiu e convidou as escolas médicas a adaptarem seus currículos, pois observou-se que a integração ensino-serviço criava e estimulava o interesse em trabalhar em serviços junto à comunidade⁴.

Partindo dessas iniciativas, em 2005, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) criaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, instituindo a cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde⁵; em 2008, criaram o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, cujo objetivo era a promoção e a qualificação da integração ensino-serviço-comunidade⁶; e, em 2013, o Programa Mais Médicos para o Brasil, formando recursos humanos na área médica para o SUS⁷.

Em 2014, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais⁸ (DCN) para o curso de Medicina, que propõem 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 doença⁸ (Art. 3º). Dada a necessária articulação entre conhecimento, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas: I – Atenção à Saúde; II – Gestão em Saúde; e III – Educação em Saúde. (Art. 4º).

Em 2015, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, através da Portaria Interministerial Nº 1.127 de 4 de agosto, instituem o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES),

para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, vinculando a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde para a formação de profissionais no SUS e para o SUS, num referencial ético e político, promovendo diálogos e articulações no contexto real⁹. Assim, atentou-se para mudanças do perfil do acadêmico e, conseqüentemente, nas práticas assistenciais, pois esse contato desenvolve o pensamento crítico-reflexivo, além da formação em serviço¹⁰

Vendruscolo, Prado e Kleba¹¹ discutem que perceber o ensino-serviço como associação integrada é, muitas vezes, o impasse da construção de uma base sólida para um modelo pedagógico inovador, em que o ensinar, o aprender e o fazer ganham novos significados para os docentes, discentes, gestores das instituições de ensino e do SUS, profissionais e comunidade.

Partindo desse pressuposto, o curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (Unipam), iniciado em 2008 no modelo flexneriano, adaptou-se às novas necessidades na formação médica em 2012. Entre as principais mudanças estavam o modelo ativo de ensino-aprendizagem – baseado nas teorias construtivistas e na aprendizagem significativa e colaborativa – e a inserção dos estudantes desde o primeiro ano na Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo a integração ensino-serviço-comunidade¹².

De acordo com o Centro Universitário de Patos de Minas (Unipam)¹², a unidade curricular denominada Integração Ensino-Serviço-Comunidade (INESC) tem como objetivo principal colocar o acadêmico no início da graduação em contato com atividades de atenção à saúde na comunidade, integrando-o à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e proporcionando o conhecimento de uma unidade básica de saúde (UBS), sua rotina e estrutura para atender às necessidades de saúde da população de sua abrangência, afim de: propor e desenvolver alternativas de solução para problemas de saúde dessa comunidade; comportar-se eticamente no seu relacionamento com as pessoas da comunidade, famílias, equipe de saúde e colegas de grupo; envolver a comunidade ao longo do processo, caminhando na construção conjunta dos projetos terapêuticos; e conhecer a importância da visita domiciliar como ferramenta assistencial à saúde, que proporciona longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e interação profissional-usuário/família.

No INESC, os estudantes são orientados por preceptores (médicos da ESF) reconhecidos pela universidade, cujos cenários de prática são as UBSs com programação pré-estabelecida para grupos de seis estudantes de cada período do primeiro ao quarto ano. As atividades abrangem temáticas como: territorialização, diagnóstico situacional, triagem, visitas domiciliares, acompanhamento longitudinal de famílias selecionadas, de grupos e dos internos, realização de consultas, discussão de casos clínicos, construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre outros. Os encontros nas UBSs ocorrem quinzenalmente, com duração de quatro horas-aula, alternando com as aulas teóricas no *campus*¹².

A avaliação de conhecimento adquirido no INESC está relacionada à temática desenvolvida durante o semestre, sempre com foco nas políticas públicas de saúde e na epidemiologia local. Além de avaliação formativa, avaliação processual e portfólio, os estudantes são avaliados de forma somativa, com avaliação cognitiva e relatório final. Para cada ano, os estudantes desenvolvem, com as equipes de Saúde da Família (eSF) e a Comunidade, o Projeto Saúde no Território (PST), com avaliação formativa (etapas) e somativa (produto) ¹².

O PST é uma ferramenta utilizada na APS para criar espaços democráticos de participação social e de emancipação dos indivíduos e das comunidades, isto é, de estimular a cogestão da comunidade para o cuidado com a saúde. O PST está pautado nas ações voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde bem como à redução de danos num determinado território, fomentando a qualidade de vida da comunidade e o protagonismo dos indivíduos por meio da cogestão entre ESF, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Atenção Primária à Saúde (APS), outros setores de saúde pautados em políticas sociais^{13,14}.

Desse modo, diante da necessidade de compreender o PST como ferramenta de integração ensino-serviço-comunidade e de avaliação e formação acadêmica, este estudo objetivou analisar o componente curricular INESC e a ferramenta PST sob a percepção dos estudantes do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (Unipam).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada por meio de grupo focal composto por estudantes do curso de medicina de uma IES privada sem fins lucrativos, o Centro Universitário de Patos de Minas (Unipam), em novembro de 2018, visando obter informações mediante interação entre os participantes para gerar consenso ou explicitar divergências¹⁵.

Foram formados quatro grupos focais com nove estudantes do primeiro ano (GF1), sete do segundo ano (GF2), dez do terceiro ano (GF3) e doze do quarto ano (GF4), perfazendo um total de 38 estudantes. A amostra foi de conveniência, selecionada aleatoriamente e obtida através de convite aos estudantes, conforme a disponibilidade em participar do grupo.

Foram incluídos no estudo os estudantes do curso de Medicina que estavam devidamente matriculados e inseridos numa UBS e que já haviam cursado ou ainda cursavam o componente curricular INESC. Os excluídos foram os estudantes que estavam ou estiveram sob orientação da docente envolvida no projeto e os com idade inferior a 18 anos.

Todos os estudantes receberam duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

e, após sua assinatura, responderam a um questionário sobre idade, ano do curso, sexo e se haviam concluído outro curso superior.

Os grupos focais foram filmados por um profissional experiente através de filmadora, com microfone localizado no centro da sala, e gravados por celular, sendo transcritos pela mesma pessoa para posterior análise. A coordenação dos grupos foi feita por moderador experiente e contou com dois observadores, participantes da pesquisa. Cada encontro teve a duração máxima de uma hora e vinte minutos.

As questões norteadoras que conduziram a reflexão nos grupos focais foram as seguintes: 1) Como vocês percebem a inserção do acadêmico nas UBS desde o início do curso de Medicina? 2) Como vocês percebem a utilização do PST como ferramenta integradora do ensino-serviço e comunidade? 3) Quais as sugestões para o aprimoramento do componente curricular INESC?

As transcrições foram analisadas conforme a Análise do Conteúdo segundo Bardin, simples e apropriada para as pesquisas qualitativas em saúde. O referencial metodológico foi a Análise Temática, com descoberta de núcleos de sentido. As etapas de análise foram: pré-análise, constituída por uma leitura flutuante e categorização inicial; exploração do material, caracterizada pelo tratamento dos resultados obtidos; e interpretação dos achados com apoio do referencial teórico^{15,16}.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, sob parecer nº 2.985.134.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diálogo entre estudantes de Medicina e pesquisadores em relação ao INESC e ao PST resultaram em três categorias empíricas, constituídas a partir dos núcleos de conceitos-chave identificados nos relatos dos participantes da pesquisa. São elas: (1) Disputa de sentidos (Finalidade): objetivos do INESC e PST; (2) Práticas no território: atividades desenvolvidas; e (3) Atores: papéis de todos os envolvidos

Disputa de sentidos (finalidade)

“Eu acho muito importante, porque melhora a habilidade de comunicação. Porque é um curso, uma matéria que a gente tem na faculdade e a gente sente mais a aplicabilidade dela na prática do INESC, na UBS.” (GF 1)

Segundo as DCN⁸, a formação do acadêmico deve se pautar por três pilares: competência, habilidades e atitudes. Ele deve saber se comunicar com pacientes, familiares, comunidades e profissionais das eSF, com sensibilidade, empatia e interesse, preservando a confidencialidade, a

compreensão, a autonomia e a segurança do paciente⁸.

Esse curso de Medicina prevê o treinamento das habilidades de comunicação através da relação médico-paciente com abordagem e anamnese adequadas. Além disso, é esperado que os estudantes saibam “Entender, informar e educar os pacientes, seus familiares e comunidades, em relação à promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças”¹².

Os estudantes participantes entendem a importância desse componente curricular e acreditam que ele facilita o treinamento das habilidades de comunicação, trabalhando o modo de agir, conforme o Projeto Pedagógico do Curso, e criando vínculos com a comunidade e com a eSF. Gonçalves e Moraes¹⁷ afirmam que, quando os estudantes são inseridos nas eSF desde o primeiro período do curso de forma longitudinal, a compreensão da teoria, quando aplicada à prática, torna-se efetiva e real.

Rego, Gomes e Siqueira-Batista¹⁸ conjecturam que essa mudança de paradigma proposto nas DCN⁸ é fundamental para a formação do novo médico, indo ao encontro das doutrinas e diretrizes do SUS, por promover reflexões da prática humanizada nos serviços de saúde, com um olhar ampliado e integral do processo saúde-doença, com base em seus determinantes físicos, biológicos, psicológicos, socioeconômicos, ambientais, culturais e políticos, com vistas à integralidade do cuidado.

“Mas ter contato desde o início é muito interessante porque é onde no fim do curso a maioria vai saber onde vai trabalhar, e saber desde o início é bem mais confortável quando você tiver que trabalhar, eu acho muito interessante.” (GF 3)

Há satisfação com a disciplina nos primeiros dois anos, quando tudo é novo e já existe o contato com os usuários no primeiro dia na UBS. A partir do terceiro ano, há uma ruptura de discurso, quando se iniciam as atividades do ciclo clínico e a prática assistencial “torna-se mais importante que as ações desenvolvidas no território”.

Isso demonstra a estreita relação com o modo pelo qual a atenção à saúde é desenvolvida atualmente no Brasil. Mesmo após 30 anos de consolidação do SUS¹⁹, a assistência à saúde está basicamente centrada no médico, no hospital, portando a assistência à saúde, sendo pouco efetiva para atuar na melhoria das condições de vida e saúde da população no que tange a prevenção de doenças e promoção de saúde²⁰.

O MS vem discutindo, desde 2004, o modelo pedagógico para a formação de profissionais de saúde. Evidenciou-se que a formação desses profissionais deve ir além da abordagem clínica, das evidências, do diagnóstico e prognóstico, comprometendo-se com a melhoria das circunstâncias do atendimento em acordo com as necessidades da população e grupos sociais, com a gestão de cada setor, com a vigilância social em saúde, com a reorganização e com o desenvolvimento do autocuidado até a geração de políticas que impactem no cuidado à saúde²¹.

A inserção dos estudantes na APS desde o primeiro ano do curso objetivou tornar-lhes possível

conhecer o SUS, suas potencialidades e vulnerabilidades. No entanto, segundo os estudantes participantes dos grupos focais, há uma falha no aprendizado, visto que, na prática, há pouco conhecimento dos medicamentos oferecidos pelo SUS, dos Cadernos de AB, dos Protocolos e Diretrizes do MS, dos formulários e receituários usados nos atendimentos da UBS. Esse entendimento foi evidenciado nas falas dos estudantes ao finalizarem o INESC.

“No INESC, a gente tem muito essa vivência da prática na UBS, das ações, mas a gente não tem a teoria também, que precisa em relação a prática clínica.” (GF 4)

Nos grupos, os estudantes disseram acreditar que o INESC poderia ser melhor aproveitado se alinhado às aulas teóricas, trazendo maior integração e associação com a prática, cujos conteúdos seriam trazidos a partir da leitura da realidade e das demandas da comunidade de cada território. Dessa forma, o planejamento prévio das atividades desenvolvidas estimularia a busca de informação, leituras e reflexões, permitindo a descoberta e o estudo de novos conteúdos a partir das questões trazidas pela prática²², baseado no arco de Charles Margueres e na espiral construtivista.

“O INESC, ele não tem uma progressão. Parece que a gente entra no primeiro ano, ele continua sendo a mesma coisa no primeiro, segundo, terceiro e quarto ano. E o exemplo clássico disso é o próprio PST.” (GF3)

Ao mesmo tempo, dizem que os objetivos desse componente curricular, assim como o PST, não estão claros e que o aprendizado é o mesmo durante os quatro anos, não obedecendo aos padrões da espiral construtivista; que se faz necessária uma “graduação do conhecimento”, uma evolução, saindo da rotina.

Contudo, foi evidenciado pelos participantes que o modelo pedagógico do curso é a metodologia ativa e que esse aprendizado dependeria da iniciativa e autonomia do aluno. Para Lima,²³ a performance dos estudantes em situações reais da prática profissional é mais significativa pela absoluta contextualização e integração teoria-prática, uma vez que a metodologia ativa seja menos controlada pelos professores, pois depende da atividade vivenciada no dia. As situações reais funcionam como disparadoras da aprendizagem, necessitando de total empenho do educando, visto que precisam de intervenções nos problemas identificados por meio da ação-reflexão-ação. Logo, a espiral construtivista, prezando pela busca de novos significados a partir da leitura da realidade, “fundamenta nossa intervenção no mundo”, sendo “produto do confronto entre os saberes prévios e as novas informações trazidas pelos educandos”. Seguindo o movimento da espiral, as informações adquiridas surgem a partir da imersão e da complexidade de conhecimentos no decorrer do curso de graduação, ampliando as ações de saúde no cuidado longitudinal da comunidade²³.

“Os estudantes têm que ter o mesmo acesso ao conhecimento e aí acaba que alguns preceptores limitam esse conhecimento.” (GF 4)

Os estudantes relataram frequentemente, ainda, a falta de alinhamento entre os preceptores, principalmente em relação às rotinas, ações e avaliações nos portfólios. Segundo Broadment et al.,²⁴ a ausência de comunicação entre a universidade e os profissionais da assistência que desempenham o papel de preceptores causa desconfortos e pode comprometer a inserção dos estudantes no serviço e a aceitação destes por parte da eSF. Revisitando o contexto histórico, verifica-se que, no Brasil, o exercício da preceptoria surgiu antes da capacitação de profissionais em educação na saúde para serem preceptores. Ressalta-se que grande parte dos preceptores iniciou suas atividades no ensino através da prática, sem receber capacitação adequada na área da educação, à qual acabam por destinar grande parte de sua carga horária²⁵.

“Nós somos estudantes, a gente está acostumada a receber ordens isso não adianta..., mas se nós não somos cobrados para fazer aquilo, a gente não vai fazer, é uma tendência de todo ser humano: aquilo que não é cobrado ele não faz. Então eu acho que falta essa cobrança dos preceptores.” (GF 3)

Lima-Barreto et al.²⁶ apontam que o preceptor da APS deve possibilitar o ambiente de ensino e a produção de conhecimento em serviço, facilitando o processo ensino-aprendizagem. Para que essa facilitação ocorra, ele deve adquirir habilidades para o aprimoramento de suas responsabilidades territoriais e epidemiológicas conjuntamente com o ensino e a pesquisa, sem se esquecer das ações de extensão universitária. Dessa forma, o preceptor promove a inserção e o empoderamento do acadêmico nas ações do serviço, atribuindo-lhe um caráter “participativo” e “colaborativo”, através do planejamento de tarefas coerentes e de acordo com os objetivos de aprendizagem de cada módulo, além da adequação da agenda de trabalho, atendendo às demandas do ensino e do serviço com integralidade do cuidado e gestão da clínica.

Práticas no território

“A territorialização no primeiro ano é a coisa mais importante que tem. Principalmente, porque nos anos futuros você vai basear nesses dados que você colheu agora, pra entender como é o funcionamento dali, como você pode ajudar, como você vai intervir.” (GF 1)

Com o objetivo de proporcionar a realização do diagnóstico situacional do território, os estudantes realizam um reconhecimento de área, juntamente com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), acompanhando-o em todas as suas atividades. Essa atividade é chamada de “territorialização” e, após sua execução, supõe serem capazes de desenvolver ações em benefício da eSF e da população através da elaboração de projetos, como o PST ou o PTS, que envolvem a comunidade. Além disso, “adotam” famílias, que serão acompanhadas durante os quatro anos do INESC¹².

Sobre a territorialização, os estudantes mencionam que ela propicia o conhecimento da área e acreditam que o tempo destinado a essa ação é muito longo. Com essa atividade, criam-se vínculos com

a comunidade e a eSF, com sentimento de “utilidade”. Dessa forma, é possível executar ações com base nos problemas de saúde mais frequentes, trazendo mais benefícios para a população. Ao mesmo tempo, relataram que os objetivos da territorialização não estavam claros, dando a impressão de estar sem planejamento e queixaram-se da falta de alinhamento das atividades propostas, como as visitas domiciliares.

Segundo Brandão, Rocha e Silva¹, a territorialização está ancorada na observação da realidade, na visualização do indivíduo no contexto social e na sua vivência em comunidade, uma vez que os estudantes apresentam habilidade em detectar as vulnerabilidades e necessidades em cada território de modo a promoverem sugestões em prol da melhoria das condições relacionadas à saúde e aos serviços de saúde.

Esse processo de territorialização pode facilitar a formação do vínculo entre o estudante, a eSF e a comunidade. Entretanto, na realidade do serviço, por vezes há necessidade de mudanças de UBS ou de preceptores. É esperado que esse profissional seja capaz de dar continuidade às atividades promovidas anteriormente, apresentando aos estudantes a nova eSF, a nova UBS, detalhando as condições mais frequentes da população de referência, fazendo com que os estudantes se sintam acolhidos e inseridos no local de trabalho. Desse modo, é possível que seja dado seguimento às atividades promovidas anteriormente, adequando o que seja necessário.

“Porque uma família normal não está isenta de riscos, elas ainda merecem atenção, eu acho muito difícil essa questão de adoção de família, precisava de uma instrução maior acerca disso.” (GF 1)

Sobre as famílias adotadas, percebe-se uma divergência na rotina dos grupos em relação a seu acompanhamento, apesar do sentimento de “ser útil” surgir como uma necessidade de fazer algo para as famílias acompanhadas, mostrando o vínculo criado.

Campos e Forster²⁷ mostram em seu estudo essa possibilidade de reflexão sobre a condição de saúde de determinadas famílias que receberam ações de estudantes e da eSF, da ampliação da oferta de serviços e do cuidado continuado, dependendo da intervenção sobre outros setores além da saúde (intersetorialidade na APS e ESF).

Sugere-se que o ACS acompanhe o grupo de estudantes nas primeiras visitas domiciliares, por ainda não conhecerem a área, facilitando o deslocamento e a apresentação à comunidade. Com o tempo, os estudantes passam a ter mais autonomia e segurança para essa atividade.

“Uma sugestão que eu daria é que os preceptores sempre tenham o cuidado de perguntar o que a gente tá vendo nas aulas teóricas.” (GF 1)

Percebe-se a importância da conexão teoria-prática como sendo um fator facilitador da aprendizagem. Há relatos que apontam para dificuldades nesse aspecto. A falta de conexão com a teoria é relatada pelos estudantes, tendo em vista que os assuntos abordados nas aulas teóricas nem sempre

são vistos na prática, apesar da alta prevalência conhecida dos temas estudados. Outro fator relatado é que os estudantes comparecem às UBS em dias fixos da semana e a maioria das agendas médicas ainda é organizada com demanda programada para grupos específicos, como pré-natal, puericultura, grupos de hipertensos/diabéticos ou troca de receitas.

“A intervenção, tem que haver alguma maneira que ela devolva o serviço pra população em forma de ação... ter um serviço, palpável pra população.” (GF 1).

Gomes et al.²⁸ enfatizam que a finalização do produto de intervenção no território, mediante o desenvolvimento de projetos de saúde (no caso dessa universidade, o PST), poderia instrumentalizar e possibilitar a organização da inserção de forma a torná-la mais útil para os estudantes envolvidos no processo saúde-doença, para os profissionais de saúde que buscam ampliar a sua prática assistencial e, principalmente, para a comunidade, que receberia uma assistência integral, longitudinal e equânime. Mendonça e Nunes²⁹ e Noro et al.³⁰ afirmam que se espera que os profissionais de saúde do futuro sejam formados com base na realidade da população, no seu contexto epidemiológico, respeitando suas necessidades com um modelo de assistência de excelência.

“Mais importante ainda é o trabalho que a gente faz servindo a comunidade, porque não adianta a gente fazer um trabalho lindo e apresentar pra aluno, pra professor e não apresentar pra comunidade um resultado decente.” (GF 2)

Sobre os relatos dos projetos realizados durante o ano no INESC, fica claro que eles poderiam ser mais direcionados à prática na comunidade, levando a uma maior integração, tornando-se o PTS mais integrador por ter um resultado mais visível, trazendo benefícios direto para as famílias. Além disso, participantes enfatizaram que o tempo dispendido para o PST deveria ser maior.

Atores

“Porque talvez se tivesse um trabalho junto do médico com a enfermeira e a agente comunitária de saúde com essa população a nível da UBS, ia ter maior interatividade desses pacientes pros nossos projetos em si, eles iriam levar a gente muito mais a sério.” (GF 3)

Inserir os estudantes nas UBSs no início do curso proporciona um convívio com outras categorias profissionais, como agentes comunitários de saúde, profissionais do NASF e estudantes de outros períodos ou cursos. Entretanto, nem sempre essa integração acontece. Os estudantes participantes da pesquisa relataram que, por diversas vezes, não há uma interação efetiva com os demais integrantes da eSF, o que prejudica tanto o processo ensino-aprendizagem como a aplicação do projeto. Isso é evidenciado desde o primeiro dia de atividades na UBS, quando eles não são apresentados a todos os profissionais das eSF e nem mesmo ao local de atuação. Esse fato foi descrito por alguns participantes da pesquisa, já outros não o identificam como um problema em sua UBS, evidenciando uma falha na

comunicação e padronização entre preceptores.

“Eu acho que o INESC é uma coisa à parte da faculdade, não funciona como se fosse da faculdade, porque senão ele não é nivelado.” (GF3)

Essa mesma falta de comunicação foi percebida pelos estudantes em relação à instituição de ensino e aos preceptores, bem como em relação aos outros estudantes (do último ano de graduação-internos) que também atuavam na UBS sob a mesma preceptoria. Para Henriques³¹, a falha de comunicação entre os profissionais do ensino e do serviço gera impactos na integração entre as diferentes categorias profissionais e também entre os estudantes. Uma possível estratégia para obter uma melhora desse quadro seria a implementação de encontros periódicos da coordenação do curso com os preceptores, de forma a promover definição de objetivos e alinhamento dos preceptores e das atividades exercidas na UBS.

“Preparar o preceptor pra orientar o trabalho do PST, ler o trabalho, fazer correção ... preparar esse preceptor pra receber o nosso trabalho e corrigir algumas coisas, e acertar alguns detalhes... o preceptor está ali perto, ele sabe o que é o nosso trabalho de verdade, o que que a gente está aplicando, o que que a gente está fazendo.” (GF 2)

Os papéis e os processos de trabalho não estavam “bem definidos” para os estudantes, pois disseram que os preceptores acabavam sempre “dando um jeitinho”, não orientando os estudantes de forma adequada, inclusive na programação dos PSTs e em sua execução. No Brasil, a atividade da preceptoria surgiu antes da oferta de cursos de especialização em educação médica para profissionais²⁵, de forma que diversos preceptores iniciaram suas atividades de preceptoria sem receber a capacitação adequada, justificando, com isso, a falta de preparo para instruir e orientar estudantes.

“... O meu preceptor tem um padrão de atividades. Só que, se não tiver uniformidade na ação, não adianta... é isso que falta, uma forma de avaliar também o preceptor, estruturar um pouquinho mais as nossas atividades, mas também avaliar o preceptor, porque nós temos atividades e dependendo do preceptor as atividades não funcionam.” (GF 3)

Dadas as diferentes agendas das UBS, há uma dificuldade em reunir os preceptores por parte da coordenação, justificando a necessidade de uma maior cobrança em relação à atuação deles e à ausência de uma avaliação do trabalho executado. Isso favorece as diferenças no estágio, relatadas como falta de alinhamento entre os preceptores. Os estudantes sentiram uma maior necessidade de cobrança da coordenação em relação à atuação dos preceptores e sua avaliação.

A relação com a prefeitura municipal também foi descrita pelos estudantes como um ponto desfavorável à integração, visto que não havia o COAPES. Conforme Troncon³², existem condições pré-estabelecidas relacionadas à rede de atenção à saúde e aos que nela atuam, de modo a criar vínculos entre órgãos políticos, usuários e comunidades, os quais atuam como empecilho para que o ensino-serviço se dê de forma efetiva e bem-sucedida.

“A gente aplicou na prática com paciente de verdade o pouquinho que a gente sabe e é muito interessante, porque digamos que a população de cada UBS é diversa, às vezes a gente conversa com um idoso, conversa com uma criança, a gente conversa com diversos públicos, a gente desenvolve como conversar com eles. Pergunta às vezes pra enfermeira: Ah, isso aqui, posso passar uma orientação? – Pode! Ou –Ah, não pode! Eu acho que é uma prática que eu achei muito boa pra gente aplicar.” (GF1)

Por fim, apesar das dificuldades relatadas, os estudantes perceberam que o INESC trabalha as relações interpessoais, o trabalho em equipe e proporciona um vínculo com a população, principalmente com as famílias adotadas. Campos e Forster²⁷ também relatam em seu estudo sobre integração ensino-serviço que os estudantes compreendem a importância do estágio em Saúde Pública e da Família e da Comunidade para a integralidade do cuidado, a clínica ampliada e a gestão da clínica.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo evidenciaram que os estudantes reconheceram a importância do componente curricular INESC e da ferramenta PST para a aprendizagem efetiva e a promoção de ações em saúde. No entanto, reconheceram também a necessidade de ajustes, como avaliação e alinhamento de preceptores, estímulo à maior integração entre os profissionais da equipe de eSF com os estudantes, progressão do processo de aprendizagem e maior associação da teoria à prática.

Tendo em vista que estudantes, professores, preceptores, comunidade, gestores de saúde e de ensino são os principais atores envolvidos no INESC, como propõem as DCN⁸, torna-se fundamental a integração de todos por meio do diálogo e da comunicação adequada para a aprendizagem em sala de aula e a articulação das ações de saúde no território. Com a aproximação dos profissionais com os estudantes, é possível promover melhor integração ensino-serviço e favorecer as propostas de intervenção, assim como uma maior articulação das ações com os gestores do município e da comunidade.

Para melhor discussão e conhecimento do tema, novos estudos podem ser feitos sob perspectiva semelhante. Sugere-se a formação de grupos focais com os próprios preceptores e com os integrantes da coordenação do curso e do componente curricular INESC, abordando seus respectivos pontos de vista sobre a atuação e a formação dos estudantes, sobre o delineamento dos objetivos do componente curricular, sobre sua formação, sua prática de preceptoria etc., buscando sugestões para promover maior efetividade do processo ensino-aprendizagem.

Ademais, sugere-se a realização de reuniões frequentes entre coordenação do curso e do componente curricular e preceptores para, juntamente com os gestores de saúde, alinhamento das ações e definição clara dos objetivos de aprendizagem de cada semestre baseados na prática vivenciada na UBS,

inclusive associados à teoria. Além disso, a criação de um sistema de avaliação do preceptor sob a óptica da coordenação do curso, dos estudantes, da comunidade e dos gestores de saúde é uma estratégia possível para nivelar os profissionais no exercício da preceptoria.

Em relação ao PST, os estudantes reconhecem sua importância como promotor de ações em saúde, assim como sua função prática do conhecimento adquirido em aula, desde que seja mais direcionado às necessidades de saúde da comunidade onde estão inseridos, quando teria maior utilidade e efetividade e, inclusive, promoveria maior estímulo aos estudantes. Entretanto, um aspecto apresentado como desafio foi a falta de continuidade do projeto, gerando frustração nos estudantes, evidenciando o desejo de o PST ser executado por um tempo maior.

O processo de escolha de famílias para adoção e acompanhamento pelos estudantes foi desejado pelos participantes da pesquisa como mais criterioso, dando-se preferência a famílias que demandam maior atenção e cuidados da eSF, e feito por parte do preceptor. Para evitar desencontros, as visitas domiciliares poderiam ser pactuadas previamente com as famílias e confirmadas antes do deslocamento dos estudantes.

Surge, desse modo, a necessidade de um processo de territorialização de forma continuada ao longo dos quatro anos, intercalado com outras ações da eSF e com a realização de projetos a partir desse diagnóstico situacional. A partir disso, seria possível a identificação das famílias com maior demanda de atenção e cuidado por parte da eSF e a identificação das condições mais frequentes da comunidade, que podem ser abordadas em projetos com maior efetividade da associação da teoria com a prática.

Assim, todos os personagens envolvidos na integração ensino-serviço-comunidade perpassariam pelo aprendizado mútuo, fortalecendo os serviços de saúde e ampliando as ações de saúde à comunidade, partindo do pressuposto da reorientação do processo de trabalho, da transversalidade na comunicação e da aproximação das instituições de ensino e dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brandão ERM, Rocha SV, Silva SS. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. *Rev bras educ med* [Internet]. 2013 [acesso em 2019 fev. 25]; 37(4):573–7. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000400013>
2. Zarpelon LFB, Terencio ML, Batista NA. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 fev. 27]; 23(12):4241–8. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32132016>
3. Rocha VXM. Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014. [dissertação] [internet]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2018 [acesso em 2021 fev. 27]. Disponível em:

<https://tede.unisantos.br/handle/tede/4441>

4. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. 2010 [acesso em 2021 fev. 27]; 23. Disponível em: https://www.who.int/hrh/migration/hmr_expert_meeting_dolea.pdf.
5. Ministério da Saúde e Ministério da Educação (Brasil). Portaria interministerial nº 2.188, de 3 de nov de 2005. [portaria na internet]. Diário Oficial da União 2005 nov. 4 [acesso em 2019 mar. 14]. Disponível em: https://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 ago de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. [portaria na internet]. Diário Oficial da União 2008 ago. 26 [acesso em 2019 mar. 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html
7. Brasil. Lei Nº 12.781, de 22 de out 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. [lei na internet]. Diário Oficial da União 2013 jun. 29 [acesso em 2019 mar. 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm
8. Ministério da Educação (Brasil). Resolução CNE/CES nº 3 de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. [resolução na internet]. Diário Oficial da União, 2014 jun. 23 [acesso em 2019 jun. 25]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Interministerial nº 1.124, de 04 ago de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) para o fortalecimento da Integração Ensino, Serviços e Comunidade no âmbito do SUS. [portaria na internet]. Diário Oficial da União, 2015 ago. 5 [acesso em 2019 jul. 25]. Disponível em: <http://www.crub.org.br/blog/portaria-interministerial-no-1-124-de-4-de-agosto-de-2015/>
10. Balduino AS, Veras RM. Analysis of Service-learning activities adopted in health courses of Federal University of Bahia. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2016 jun. [acesso em 2021 ago. 18];50(spe):17-24. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342016000300003>
11. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2016 set. [acesso em 2021 ago. 18];21(9):2949-60. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.12742015>
12. Centro Universitário de Patos de Minas. Projeto Pedagógico do curso de Medicina. Patos de Minas: 2018.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família: Caderno de Atenção Básica nº 27 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009 [acesso em 2019 jul. 15]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf
14. Nascimento AS, Rocha AGS, Santos LTV, Souza MST, Felipe NTC, Almeida SMC. Projeto de Saúde no Território como estratégia para promoção da paz. Sanare, Sobral [Internet]. 2018 jun./dez. [acesso em 2019 jul. 15]; 17(2):107-113. <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i2.1268>
15. Nunes ED. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2007 ago. [acesso em 2019 ago. 18];12(4):1087-8. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232007000400030>

16. Bardin L. Análise de Conteúdo: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2016.
17. Gonçalves MB, Moraes AMMSM. Inserção dos Alunos da Primeira Série do Curso de Medicina em Serviços de Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2003 [acesso em 2017 jul. 17]; 27(2):83-90. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v27.2-002>
18. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2008 dez. [acesso em 2019 ago. 18];32(4):482-91. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022008000400011>
19. Ministério da Saúde (Brasil). Carta de mobilização: SUS 20 anos [Internet]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/doc/carta_mobilizacao.pdf
20. Ayres JR. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade [Internet]. 2004 dez. [acesso em 2019 jun. 19];13(3):16-29. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902004000300003>
21. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde: Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [Internet]. 2011 [acesso em 2020 ago.]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SGETS_politicas_acoes.pdf
22. Campos GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes. Cadernos Associação Brasileira de Educação Médica, v. 3, 2007. Disponível em https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/papel_rede_atencao_basica.pdf
23. Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2016 out. 27 [acesso em ago. 20]; 21(61):421-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>
24. Broadbent M, Moxham L, Sander T, Walker S, Dwyer T. Supporting Bachelor of Nursing Students within the clinical environment: Perspectives of preceptors. Nurse Education in Practice [Internet]. 2014 ago. [citado 18 ago. 2019];14(4):403-9. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.12.003>
25. Afonso DH, Silveira LMC. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto [Internet]. 2012 [acesso em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://bjhbs.hupe.uerj.br/WebRoot/pdf/313_pt.pdf
26. Barreto VH, Monteiro RO, Magalhães GS, Almeida RC, Souza LN. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2011 dez. [acesso em 2019 ago. 23]; 35(4):578-83. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022011000400019>
27. Campos MA, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2008 mar. [acesso em 2019 ago. 23]; 32(1):83-9. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022008000100011>
28. Gomes AP, Costa JR, Junqueira TD, Arcuri MB, Siqueira-Batista R. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2012 dez. [acesso em 2019 ago. 23]; 36(4):541-9. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022012000600014>
29. Mendonça FD, Nunes ED. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2011 set. [acesso em 2019 set. 10]; 15(38):871-82. <https://doi.org/10.1590/s1414-2832011000300020>

30. Noro LR, Farias-Santos BC, Sette-de-Souza PH, Cruz RK, Pinheiro IA, Borges RE, Nunes LM, Silva SM. O professor (ainda) no centro do processo ensino-aprendizagem em Odontologia. *Revista da ABENO* [Internet]. 2015 jun. 29;15(1):2-11 [acesso em 2019 set. 11]. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v15i1.146>
31. Henriques RLM. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA. (org.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 147-59 [acesso em 2019 set. 10]. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140015>
32. Troncon LD. Ensino clínico na comunidade. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)* [Internet]. 1999 set. 30: 335 [acesso em 2019 set. 11]. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v32i3p335-344>