

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Márcia Gomes Marinheiro Coelho

Estudo sobre a inserção de discentes de medicina na atenção primária a saúde

Eusébio

2019

Márcia Gomes Marinheiro Coelho

Estudo sobre a inserção de discentes de medicina na atenção primária a saúde

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Prof.a Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Eusébio

2019

Título do trabalho em inglês: Study on the insertion of medical students in primary health care.

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

C672 Coelho, Márcia Gomes Marinheiro.
Estudo sobre a inserção de discentes de medicina na atenção primária a saúde / Márcia Gomes Marinheiro coelho. -- 2019.
79 f. : il. color. ; gráficos; mapas; tabelas.

Orientador: Prof.a Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação Médica. 3. Aprendizagem. 4. Medicina de Família e Comunidade. 6. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.7

Márcia Gomes Marinheiro Coelho

Estudo sobre a inserção de discentes de medicina na atenção primária a saúde

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 15 de maio de 2019.

Banca Examinadora

Prof.a Dra. Olivia Andrea Alencar Costa Bessa
Universidade de Fortaleza (Unifor)

Prof.a. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
Fundação Oswaldo Cruz – Polo Ceará

Prof.a Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Universidade Regional do Cariri (URCA)

Prof.a Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Pólo Ceará

Eusébio

2019

Dedico este trabalho a Deus, que me mostrou que seus planos são melhores que os meus e me proporcionou acreditar, batalhar e chegar até aqui! Dedico ainda à minha família pelo apoio, incentivo e principalmente, pelo amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A docência era um plano antigo. Muitas vezes adiado devido a outros caminhos que a vida profissional me levou: ora nas residências médicas, ora na pós-graduação. Mas a fagulha já estava acesa.

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ter permitido chegar até aqui e ver esse sonho concretizado. Por não me deixar desistir nas dificuldades encontradas no caminho e por me fazer acreditar que seria possível!

Agradeço aos meus pais, Inácio e Janildes, por serem exemplos de que a Educação pode mudar vidas, quebrar barreiras e vislumbrar horizontes. Por serem inspiração disso e por plantarem em nossos corações e nos corações dos jovens que cruzam seus caminhos, o amor ao ensino. Agradeço ainda a minha irmã, por todo o incentivo e compreensão pelos momentos nos quais não pude estar presente no seio da família e por sua dedicação e cuidado para com todos, e aqui me incluo.

Obrigada ao Leonardo, meu esposo, por ter me incentivado, me compreendido, me ajudado e me apoiado, especialmente nos últimos dois anos, enquanto precisei em vários momentos estar ausente da nossa rotina e você assumiu algumas funções a mais. Aos meus filhos, que tanto me orgulham por terem compreendido o valor da Educação nas suas vidas: essa é a maior herança que eu posso deixar a vocês! Obrigado por sonharem e comemorarem juntos essa vitória e entenderem os momentos em que a pesquisa pediu a mãe de vocês emprestada por alguns momentos.

Agradeço à Fiocruz pela oportunidade de me proporcionar cursar um Mestrado com esse nível de excelência e por acreditar e incentivar a pesquisa científica, mesmo com todas as dificuldades, num país que ainda precisa valorizá-la e reconhecer seu papel em seu próprio desenvolvimento.

Agradeço ao corpo docente por tudo que humildemente foi compartilhado conosco. Sem dúvida, esse foi o maior diferencial dessa caminhada! A bagagem que levaremos e a admiração por cada um dos docentes do curso que são exemplos para nós.

Agradeço especialmente à minha orientadora: Profa. Dra. Sharmênia Nuto, por toda a paciência, dedicação, ensinamento, por suas valiosas horas dedicadas a contribuir com o projeto, mesmo que para isso fosse preciso abdicar de momentos de lazer ou descanso junto à sua família. Palavras são muito pouco para agradecer tudo o que fez por mim! Eternamente grata!

Aos colegas de Mestrado que tive o prazer de conhecer ou reencontrar: Não poderia haver melhor turma, melhor troca, melhor crescimento de forma coletiva.

A minha equipe de trabalho por todo o empenho e apoio sempre e aos amigos, parentes e alunos: obrigada pelas palavras de apoio!

Reconhecer o desconhecimento sobre certas
coisas é sinal de inteligência e um passo
decisivo para a mudança.
(CORTELLA, 2017, p. 14)

RESUMO

Referência: COELHO, Márcia Gomes Marinheiro. **Estudo sobre a inserção de discentes de medicina na atenção primária a saúde**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, 2019.

A trajetória do Ensino Médico no Brasil vem passando por diversas mudanças nos últimos anos, ressaltando o papel do aluno de graduação como protagonista do saber, ressignificando a prática médica e desenvolvendo competências no sentido de uma formação mais ampla. Nesse contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 reforçam a proposta de um perfil de formação que contemple as necessidades de saúde através da integração ensino-serviço e dessa forma, a Atenção Primária à Saúde se configura como campo de prática num contexto longitudinal, oportunizando a aquisição de competências necessárias para consolidação do SUS. Assim, o objetivo dessa pesquisa é analisar, sob a ótica dos alunos do internato de Medicina, a Atenção Primária à Saúde (APS) como ambiente de aprendizagem. Realizou-se um estudo transversal descritivo, com abordagem qualitativa, através de quatro grupos focais com internos dos quatro cursos de Medicina de Fortaleza, Ceará. Realizou-se o método de interpretação dos sentidos, tendo sido identificadas 14 categorias empíricas. Os resultados dessa pesquisa trazem elementos importantes para identificar fragilidades e potencialidades da APS como cenário de ensino do curso de Medicina. Na opinião dos alunos, a APS permite correlacionar a teoria com situações reais, à medida que os aproxima das necessidades de saúde da população e das pessoas inseridas em seu contexto familiar e social. No geral, fatores como as limitações do Sistema Único de saúde (SUS), a falta de estabilidade na contratação dos profissionais e ainda, a ausência de um plano de carreira afastam alguns da possibilidade de virem a trabalhar na Atenção Primária. Para outros, no entanto, o incentivo à docência na APS seria um fator motivador para sua atuação nessa área. A partir dos resultados, ressalta-se que novas e importantes habilidades devem ser estimuladas a partir das adversidades para que possam ser compreendidas como desafio possível de ser contornado pelos futuros egressos em Medicina.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Educação Médica. Aprendizagem. Medicina de Família e Comunidade. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Reference: COELHO, Márcia Gomes Marinheiro. **Study on the insertion of medical students in primary health care.** 2019. Dissertation (Professional Master in Family Health) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, 2019.

The trajectory of Medical Education in Brazil has undergone several changes in recent years, recognizing the role of the undergraduate student as a protagonist of knowledge, re-signifying medical practice and developing competences towards a broader education. In this context, the 2014 National Curricular Guidelines reinforce the proposal of a training profile that addresses health needs through the integration of teaching-service and, thus, Primary Health Care is a field of practice in a longitudinal context, providing the acquisition of skills needed to consolidate SUS. Thus, the objective of this research is to analyze, from the perspective of the medical board students, Primary Health Care (PHC) as a learning environment. A descriptive cross-sectional study with a qualitative approach was carried out through four focus groups with interns from the four medical courses in Fortaleza-CE. The method of interpreting the senses was performed, and 14 empirical categories were identified. The results of this research bring important elements to identify fragility and potentiality of PHC as a teaching scenario for the medical course. In the opinion of the students, the PHA allows to correlate the theory with real situations, as it approaches them to the health needs of the population and the people inserted in their family and social context. In general, factors such as the limitations of the Unified Health System (SUS), the lack of stability in the hiring of professionals, and the absence of a career plan distract some from the possibility of coming to work in primary care. For others, however, the incentive to teach in PHC would be a motivating factor for their performance in this area. From the results, it is emphasized that important new skills must be stimulated from the adversities so that they can be understood as a possible challenge to be overcome by the future graduates in Medicine.

Keywords: Primary health care. Medical Education. Learning. Family and Community Medicine. Health Unic System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição de vagas em cursos de Medicina, segundo natureza pública e privada no Brasil, 2018.	19
Figura 2 - Interpretação dos sentidos: procedimentos sistemáticos.....	29

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 - Escolas de Medicina do Ceará segunda IES e ano de criação.	21
Quadro 2 – Eixos conceituais da formação médica (CAEM)	22
Gráfico 1 – Total de vagas do curso de Medicina por cidade	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos recém-formados em Medicina, segundo motivos de escolha da profissão – Brasil, 2018.	23
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
IES	Instituições de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1	<i>Retrospectiva histórica do ensino médico no Brasil</i>	<i>16</i>
2.2	<i>Trajetória do ensino médico no estado do Ceará</i>	<i>20</i>
2.3	<i>Diretrizes curriculares nacionais.....</i>	<i>21</i>
2.4	<i>Articulação ensino – saúde – comunidade: aps como cenário de prática</i>	<i>22</i>
3	OBJETIVOS	25
3.1	<i>Geral</i>	<i>25</i>
3.2	<i>Específico</i>	<i>25</i>
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	<i>Tipo de estudo.....</i>	<i>26</i>
4.2	<i>Local do estudo.....</i>	<i>26</i>
4.3	<i>Participantes</i>	<i>26</i>
4.4	<i>Coleta de dados</i>	<i>27</i>
4.5	<i>Análise dos dados</i>	<i>28</i>
4.6	<i>Aspectos éticos.....</i>	<i>29</i>
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICE A - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	63
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA	65
	ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	66
	ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	69
	ANEXO D - NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA INTERFACE	73

1 INTRODUÇÃO

O ensino médico no Brasil contemporaneamente vem passando por numerosas mudanças, impulsionadas sobretudo pelas modificações recentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), mais especificamente em 2014. A partir disso, as Instituições de Ensino Superior (IES) do país passaram a promover maiores e mais acaloradas discussões sobre o processo de ensino-aprendizagem na graduação em Medicina. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) obteve maior foco enquanto cenário de prática, devido às suas características naturais proporcionarem maior estímulo ao trabalho interprofissional, fortalecimento do vínculo entre profissional de saúde, pessoa e família, na perspectiva do trabalho na comunidade, bem como promover a integralidade e a longitudinalidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2004).

A APS, portanto, torna-se cada vez mais presente no cotidiano da experiência educacional, fazendo-se necessário que as instituições de ensino e serviço estejam preparadas para esse desafio, a saber, o de utilizar-se de sua potencialidade na formação dos novos profissionais médicos em uma perspectiva generalista e implicada com o direito à saúde. Conduzir esse processo, reorganizando a relação ensino-serviço-comunidade, exige a implementação de espaços de discussão e reflexão com o conjunto da sociedade.

Ademais, a formação com característica ampliada, generalista e humanista do médico, por sua vez, também foi ressaltada nas DCN, a partir de então encontrando maior espaço na formação durante a graduação. Dessa forma, o novo modelo de educação ressalta a necessidade de transformar o aluno em sujeito ativo de sua aprendizagem, protagonista do saber, descobrindo e edificando escolhas e soluções a partir da problematização. Na educação problematizadora, portanto, valoriza-se a consciência crítica e reflexiva, ou seja, o conhecimento, as habilidades e as atitudes do aluno, nessa perspectiva de ensino, encontram no cenário da Atenção Primária à Saúde ambiente ideal para seu desenvolvimento (BRASIL, 2014).

Analogamente, a inserção dos discentes do curso de Medicina na Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo Teófilo (2017), deve proporcionar dimensão relacional mais profunda no processo de interação dos mesmos com a comunidade, numa complexidade social tão relevante que permitiria aos mesmos ampliar os conceitos de acolhimento, na perspectiva de uma integração construtiva e transformadora.

Assim, devido à grande relevância para o Sistema Único de Saúde, o Ensino Médico e a sociedade como um todo, formulamos as seguintes questões norteadoras, que devem guiar as reflexões produzidas por esta pesquisa acerca da inserção do estudante de medicina no ambiente da APS, sendo elas: como o discente do curso de Medicina avalia, através de sua inserção na

APS, as contribuições para a sua formação por parte deste cenário de integração ensino-serviço? O que mais agrada ou desagrade o discente no contexto da APS enquanto cenário de prática? Quais os fatores que o motivam na perspectiva do trabalho no SUS?

Do ponto de vista social, ressalta-se a relevância de se conhecer os reflexos desta inserção de forma longitudinal, podendo contribuir como ferramenta de avaliação e planejamento para os cursos de graduação em Medicina, potencialmente resultando na melhor adequação dos mesmos para a atuação na APS e na qualificação do ensino e da atenção em saúde. Assim, reconhecer esse processo é fundamental para contribuir com o debate acerca da Educação Médica no país.

Por fim, os resultados desta pesquisa podem trazer relevantes elementos para a identificação de fragilidades e potencialidades da APS enquanto cenário de ensino do curso de Medicina. Apreende-se a partir da experiência da pesquisadora que esta permite correlacionar de modo mais natural a teoria com as situações reais, à medida que os aproxima das necessidades de saúde da população, inseridas em seu contexto familiar e social. Complementarmente, nota-se que fatores como a falta de estabilidade na contratação dos profissionais, ausência de incentivos e concepções equivocadas acerca da atuação da APS afastam alguns discentes da perspectiva de virem a atuar na Atenção Primária, apontando-se para novas formulações acerca desta inserção durante o percurso formativo e o incentivo à docência neste território como fator potencialmente motivador para a atuação futura enquanto profissional.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 *Retrospectiva histórica do ensino médico no Brasil*

Com o intuito de discorrer acerca do tema proposto, que integra as áreas da educação e da saúde, a saber, a inserção do discente de Medicina no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), faz-se necessário enveredarmos por breve histórico do ensino médico no Brasil e no mundo, para que possamos compreender o estado da arte do mesmo e as profundas alterações sofridas ao longo dos anos até a implantação do modelo atual.

A trajetória do ensino médico brasileiro inicia-se no período do Brasil Imperial, em meados de 1808, com a criação da primeira escola de Medicina do país, situada em Salvador, seguindo-se, um ano depois, da criação do curso no Rio de Janeiro. Nesse período, consolidavam-se os primeiros passos da formação médica no Brasil, quando deixávamos, em parte, de encaminhar aos estudos na Europa os brasileiros aspirantes a médicos. Nesse período, a cuidada anamnese e o exame físico minucioso eram sobremaneira valorizados, a despeito do fator limitante da baixa disponibilidade de recursos instrumentais (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Nesse contexto, por não dispormos de regulamentação própria da formação profissional, a Medicina praticada na Europa era o modelo de qualidade transplantado para as primeiras escolas médicas do Brasil. Somente em 1842, Visconde de Saboia fora enviado à Europa, reunindo observações em relatório a ser utilizado como referência para a construção do primeiro modelo de formação médica nacional (SOUSA, 2014).

Nesse período, com o aumento da população brasileira, crescia de forma concomitante a demanda por assistência médica, culminando com a primeira mudança no perfil do profissional, criando-se as primeiras cadeiras clínicas e regulamentando dessa forma, em 1883, os estudos práticos das faculdades de Medicina do Brasil. Salienta-se que nesse primeiro momento fatores epidemiológicos, geográficos e culturais não foram considerados em suas formulações (FEUERWERKER, 1998).

No contexto mundial surgiam os primeiros questionamentos acerca da qualidade e quantidade de escolas médicas. A partir disso, houve a primeira grande mudança curricular, mais próxima da concepção de paradigma dominante no ocidente até os dias atuais, ocorrendo a partir da divulgação do Relatório Flexner, em 1910. Esse relatório foi o primeiro modelo de reforma das escolas médicas, influenciando não somente o ensino médico nos Estados Unidos e Canadá, mas impactando nos currículos dessas instituições formadoras em todo o mundo (AGUIAR, 2003).

O paradigma Flexneriano vislumbrou olhar diferenciado na busca da excelência na formação dos futuros médicos, considerando o contexto da época e apresentando enquanto seu pilar estruturante o embasamento científico. Vale ressaltar que antes do modelo proposto por Abraham Flexner as escolas médicas não possuíam critérios de funcionamento, de admissão, padronização quanto ao tempo de duração do curso, à fundamentação teórico-científico, à estrutura curricular e vinculação a instituições de ensino superior (AGUIAR, 2003).

Por outro lado, com o passar dos anos o modelo flexneriano foi cada vez mais alvo de críticas, tornando-se anacrônico à medida que se fazia necessário um novo perfil de profissional. A polêmica em torno do mesmo reforça o discurso daqueles que o condenam como promotor de uma prática tecnicista, fragmentada, incentivando a superespecialização, com metodologias de ensino centradas no professor e tendo os hospitais-escola como principais (se não únicos) campos de prática, não se atentando ao ser humano de forma integral. Além disso, apresentou uma divisão didática do curso de Medicina entre um período inicial de disciplinas básicas e o profissional, modelo ainda utilizado nos dias atuais por algumas escolas médicas. O ciclo básico era constituído de três a quatro períodos e o profissional, também chamado de estudos clínicos, contava com duração de quatro a seis períodos. Por fim, havia o treinamento supervisionado, com duração mínima de dois semestres (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Em 1950, Edward Bridge publicou a obra *Pedagogia Médica*, na qual reforçou a necessidade de uma relação dialógica consistente entre as áreas da Educação e da Saúde, enfatizando a criação de corporações nacionais e regionais de educação médica. Nesse contexto, Sousa (2014) nos aponta que com a Declaração de Alma-Ata o modelo de formação médica passou a embasar-se numa metodologia mais centrada na prática, com fundamentação científica consistente e aceitável do ponto de vista social, com o objetivo de edificar por meio da estratégia da APS acesso universal para indivíduos e suas famílias, inseridos na comunidade, a um custo viável para a sociedade.

Em resposta às demandas de reorganização das instituições médicas formadoras, foram criadas a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), relevantes no campo das reformas curriculares, destacando-se seu papel na ampliação das ciências sociais no campo do ensino médico (Barros, 2016).

Nesse contexto, compreendeu-se que o médico deveria ser capacitado para acolher e ser resolutivo frente às necessidades e demandas de saúde das pessoas e populações. Mas ainda assim, do ponto de vista de planejamento e organização curricular, o cenário se fazia crítico:

Não houve planejamento ou preparação do corpo docente, nem propostas que levassem em conta realidades e necessidades regionais. Como a lógica para a abertura de escolas era a do mercado, houve concentração das novas escolas nas regiões mais ricas do país, especialmente a Sudeste (FEUERWERKER, 1998).

Ademais, a necessidade de nova reforma curricular foi respaldada pelas avaliações das IES realizadas pelo Ministério da Educação (MEC), que desnudaram a realidade dos cursos de graduação no país. Foram notadas numerosas fragilidades, como a baixa produção de conhecimento, com reduzida experiência em pesquisa, docentes convidados itinerantes e o distanciamento entre teoria e prática (FEUERWERKER, 1998).

O curso de Medicina nesse período constituía-se enquanto eminentemente teórico e didaticamente dividido entre os ciclos básico e profissional, suscitando a necessidade de reflexão sobre a qualidade do ensino médico no país e o caminho a ser trilhado na busca pela excelência na formação destes profissionais. Assim, em 1971, foi instituída no Brasil pelo MEC, a Comissão do Ensino Médico. Nesse período, os hospitais universitários e os hospitais da Previdência passaram a ser cenários de ensino da graduação e pós-graduação e percebeu-se a necessidade de integrá-los a rede de serviços. Nesse mesmo panorama, começava a expandir-se a ideia de estimular o contato do acadêmico de Medicina com aquela que seria sua realidade após a conclusão do curso (FEUERWERKER, 1998).

Pagliosa (2008) ressalta que somado a essa práxis, vivenciamos nos últimos anos vultoso aumento do número de escolas médicas no país, com proporcional aumento na oferta de vagas disponibilizadas para a graduação, sobretudo e mais uma vez por meio do crescimento das instituições privadas de ensino superior, acompanhado de aumento exponencial de recursos tecnológicos nas áreas de diagnóstico e tratamento, sem, no entanto, valorizar-se as reais necessidades de saúde da população em sua trajetória formativa.

Sobre a APS, como apontamento da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata, 1978, constituindo marco internacional histórico da caminhada dos modelos de APS enquanto estruturantes dos sistemas nacionais de saúde, ficou estabelecido como sua principal contribuição e meta a ser alcançada, o programa Saúde para Todos no Ano 2000. Tal momento, apesar de não contar com representação brasileira, influenciou sobremaneira as formulações do Movimento da Reforma Sanitária, polo aglutinador da defesa do direito à saúde em sua concepção ampliada e formulador do arcabouço organizacional do SUS (WHO, 1993; WHO, 1994).

Posteriormente, em 1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, mais um passo relevante foi dado em prol do objetivo de Saúde para Todos

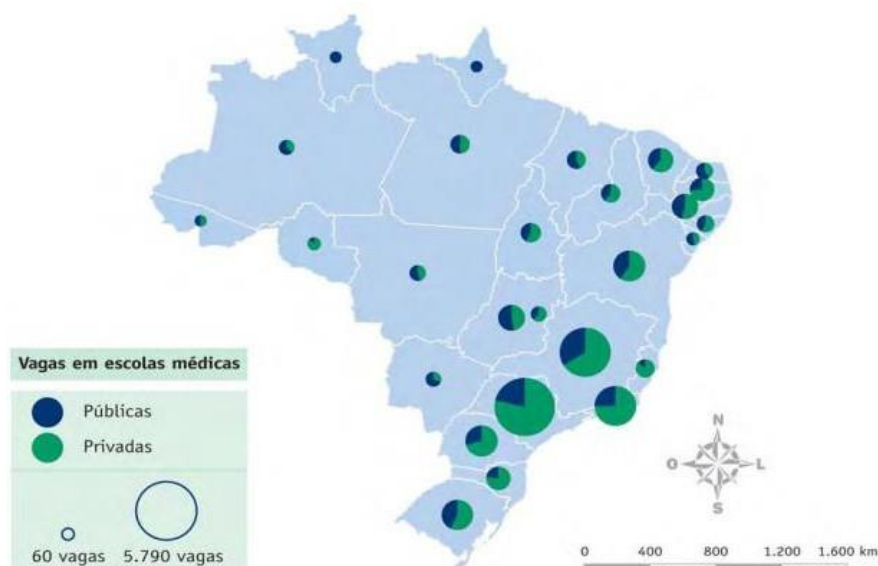
no Ano 2000, dessa vez através do formulação de uma carta de intenções com contribuições dos países participantes para atingir as metas propostas, sobretudo a partir da criação de ambientes favoráveis à saúde enquanto estratégia para a sua promoção, reforçando a ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades para o trabalho intersetorial/interprofissional e o incentivo à pesquisa (WHO, 1993; WHO, 1994).

Ainda nesse período, no campo da formação médica, tivemos a Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM) aprovando a participação dos países americanos na Conferência de Edimburgh, mais especificamente em 1988, cujo foco apontou para a educação médica, surgindo o Projeto EMA (Educação Médica nas Américas), apoiado pela Fundação Kellogg, contribuindo para elaborar os princípios da Declaração de Edimburgh, norteando e inovando o ensino médico e impulsionando o processo de transformação nas escolas médicas.

Em momento recente, novamente países de todo o mundo reuniram-se para avaliar os avanços desde a Carta de Ottawa até os dias atuais, assinando a Declaração de Astana, de modo a se comprometerem com o fortalecimento de seus sistemas de saúde, sobretudo por meio da estratégia da Atenção Primária à Saúde enquanto medida para alcançar a cobertura de saúde universal, em nova tentativa de atender a um conceito amplo de saúde (SADOYAMA, 2018).

No contexto nacional, percebemos nova elevação no número de escolas médicas, principalmente com o avanço de IES privadas, como apresentado na figura 1. Apontando-se como desafio a correta e ética fiscalização acerca de sua preparação para atender as demandas do ensino médico de excelência.

Figura 1 - Distribuição de vagas em cursos de Medicina, segundo natureza pública e privada no Brasil, 2018.



Nota: A área dos círculos é proporcional ao número de vagas no estado, e sua divisão em azul e verde corresponde ao percentual de vagas públicas e privadas em cada estado.

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2018).

A partir dos dados sistematizados na Figura 1, apontamos como grandioso desafio a ainda presente concentração de escolas médicas nos grandes centros urbanos, indo de encontro à perspectiva de incentivo a interiorização da Medicina no país.

2.2 *Trajetória do ensino médico no estado do Ceará*

Criada após um século da fundação das primeiras instituições de ensino médico no país, a primeira instituição dessa natureza no Ceará foi fundada na Era Vargas, em 13 de abril de 1948, sendo então a terceira escola médica do Nordeste e a décima terceira do país, por ordem cronológica, vindo a conformar posteriormente, a partir da união das Faculdade de Direito, de Farmácia, de Odontologia e Medicina, a Universidade Federal do Ceará (UFC), fundada em 1954 (BATISTA; VILELA; BATISTA, 2015).

Em seus primórdios, não se fazia menção direta ao termo currículo, mas sim às divisões de disciplinas em seis séries ou anos. Dez anos após a inauguração da instituição, as mesmas passaram a constituir sete departamentos. Segundo Sousa (2014, p.281, apud SILVA, 2000):

Romper a prática fragmentada tem suas dificuldades [...] Isto ainda hoje se torna difícil no cotidiano e nas práticas da Universidade em termos de formação, pois o que predomina ainda é a fragmentação da estrutura universitária em departamentos, que não se comunicam entre si e nem no seu interior, tornando os conteúdos fragmentados e currículos reduzidos a um aglomerado de disciplinas ligadas burocraticamente em módulos, blocos, núcleos. (SOUZA, 2014, p.281)

O desafio de adequar as escolas médicas às mudanças ocorridas no campo do Ensino Médico torna ainda mais complexo o panorama atual, sobretudo em ambiente conservador como o campo das Instituições de Ensino Superior.

No cenário estadual, seguindo a tendência nacional de crescimento do número de escolas médicas, quase sete décadas depois da fundação de sua primeira escola médica, o Ceará conta com sete novas IES ofertando a graduação em Medicina, contando com alguma tendência a sua interiorização, em consonância com o 1º Ato de Credenciamento e Autorização dos Cursos de Medicina do Edital nº 6/2014.

A partir do quadro 1 percebe-se o avanço no número de cursos de Medicina nos últimos quinze anos, ainda com mais da metade das vagas do estado concentrando-se na capital:

Quadro 1 - Escolas de Medicina do Ceará segunda IES e ano de criação.

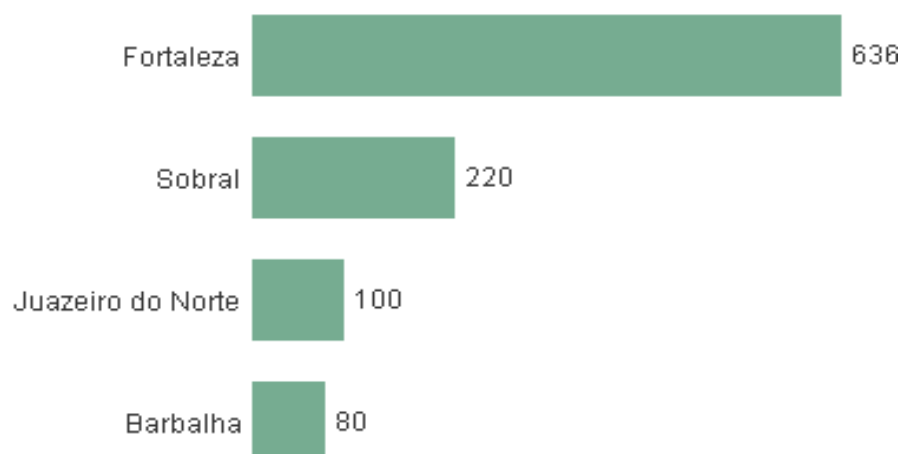
Instituição de Ensino Superior	Ano de criação
Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)	2014
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)	2006
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)	2005
Universidade Estadual do Ceará (UECE)	2002
Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte	2000
Universidade Federal do Cariri (UFCA)	2000
Universidade Federal do Ceará (UFC) - Sobral	2000
Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza	1948

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2019).

Desse modo, apresentamos no Gráfico 1 a magnitude da ainda presente concentração de vagas na capital do estado, reconhecendo o avanço no processo de interiorização, mas ainda a longa caminhada necessária no processo de interiorização da educação médica no Ceará.

Gráfico 1 – Total de vagas do curso de Medicina por cidade.

Total de vagas por Cidade



Fonte: Conselho Federal de Medicina (2019).

2.3 Diretrizes curriculares nacionais

Sobre as diretrizes curriculares, Possani (2013) nos traz a reflexão de que o currículo deve ser compreendido de forma contextualizada às condições reais do meio ao qual se destina aplicar, permitindo que possamos assumi-lo em caráter de atualização permanente, na sua dimensão prática, assumindo os educadores e educandos o papel de protagonistas no processo

educacional, na coletividade dessa construção que deve transcender o contexto puramente formativo, caminhando para um modelo emancipatório de ensino.

A reformulação curricular implica repensar novas propostas de conteúdos que possam tornar o processo formativo dinâmico e factível, configurando-se um campo privilegiado de interações. Nesse processo dinâmico e dialético, a realidade é o chão sobre o qual o educador e educando constroem seus processos de aprendizagens (POSSANI, 2013).

Sob esse prisma, entende-se que a reformulação curricular deve ser pautada na contextualização como princípio basilar:

Sendo assim, o currículo, enquanto prática, é um campo privilegiado para analisar as contradições entre as intenções e a prática educativa que está para além das declarações, dos documentos, da retórica, uma vez que nas propostas de currículo se expressam mais os anseios do que as realidades (POSSANI, 2013).

Quadro 2 – Eixos conceituais da formação médica (CAEM)

EIXO	CONCEITO
<i>I</i>	O mundo do trabalho
<i>II</i>	O projeto pedagógico
<i>III</i>	A abordagem pedagógica
<i>IV</i>	Os cenários de prática
<i>V</i>	O desenvolvimento docente

Fonte: Mendes (2016).

No que se refere ao internato na APS especificamente, como etapa final do curso de Medicina, na qual o treinamento é contínuo, intensivo e supervisionado, suas competências essenciais de atuação são em muito problematizadas por parte de Diretrizes da ABEM, em consonância com as DCN.

2.4 *Articulação ensino – saúde – comunidade: aps como cenário de prática*

Segundo Campos e Foster (2008) as Unidades de Saúde da Família devem ser reconhecidas como cenário propício para a expansão do ensino médico à luz das exigências das novas DCN do curso de Medicina. Com a substituição do antigo modelo hospitalocêntrico de formação pelo atual modelo, os discentes têm maior oportunidade de desenvolverem as habilidades necessárias ao novo modelo formativo exigido, devido ao contato longitudinal estabelecido com a atenção básica, o reconhecimento do território e as necessidades de saúde da comunidade assistida, além de oportunizar a experiência do trabalho em equipe, atuando na prevenção e na

promoção da saúde. Assim, experiências em situações reais de prática profissional contribuem para ressignificar e motivar o aprendiz.

Nessa conjuntura, é condição *sine qua non* a adequada preparação das instituições de serviço para receberem o corpo discente e contribuírem sobremaneira para esta realidade, problematizando, gerando espaços de discussão e reflexão e construindo escolhas e soluções, permitindo que o aluno seja sujeito ativo no processo de aprendizagem e o professor, um facilitador do mesmo. Para isso, faz-se necessário planejamento educacional pautado na aprendizagem significativa, com objetivos específicos alcançáveis, mensuráveis e relevantes.

Nos tempos atuais, a sensibilidade e a humanização para com o discente, na perspectiva de melhor qualidade de vida no decorrer do curso, tornam-se cada vez mais debatidos. Num ambiente de tensão e propício a geração de crises, torna-se relevante apreender a forma como ele percebe a aplicação do que foi estudado. Como reflete Batista, ao longo da travessia, os estudantes de Medicina transformam e são transformados, suas percepções, suas escolhas, seus esforços e suas ações mobilizam o cotidiano de ensino.

Em cenário recente, em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre a motivação dos discentes ao escolherem o curso, obteve-se o resultado apontado na Tabela 2:

Tabela 1 - Distribuição dos recém-formados em Medicina, segundo motivos de escolha da profissão – Brasil, 2018.

Motivos de escolha da profissão	Nº	%*
Pela vontade de fazer diferença na vida das pessoas ou fazer o bem	2.750	63,5
Pelo interesse pelo estudo do organismo humano e das doenças	2.325	54,5
Pelo interesse em si/desafio intelectual	1.893	39,2
Pelo interesse na relação médico-paciente	1.733	41,5
Pelo potencial de remuneração	1.350	28,2
Pelo prestígio da profissão	1.046	22,8
Por influência ou conselho familiar	699	15,2
Por aptidão científica e possibilidade de realizar pesquisas	444	9,2
Pela possibilidade de exercer o ensino	443	9,1
Por outro motivo	348	8,3
Total de respondentes	4.372	-

* Permite múltiplas respostas. Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2018.

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2017).

Nesse contexto, diversos autores reforçam a importância da escola médica sair de seus muros para interagir com os serviços e a comunidade, permutando a postura tradicional conservadora para uma postura inovadora. Os desafios, portanto, se pautam em responder aos anseios de como se fazer saúde em serviço, na perspectiva formativa, construindo conhecimento no

campo e ao mesmo tempo, mantendo os valores inicialmente envolvidos na escolha da profissão. Assim, Aguiar (2006) nos traz a reflexão de que estamos nos aproximando de algo que deveria ser foco de nossa perspectiva em educação – a formação humana, a formação do educando. Assumindo papel mais amplo do que ensinar, o de formar, desenvolvendo todas as dimensões do sujeito.

Complementarmente, no campo da interprofissionalidade, diversas condições favoráveis estão presentes na APS. Condições essas, por sua vez, que podem ser compreendidas enquanto uma Comunidade de Práticas, como sugerida por Barreto (2014), na qual três dimensões estão presentes: o engajamento mútuo, os objetos de pactuação comum entre os atores envolvidos, favorecendo a integração de saberes e ainda, e o repertório compartilhado (BARRETO, 2014).

Em meio a esta discussão, faz-se importante lembrar do foco primordial de todos os esforços: o paciente, ou melhor, a pessoa a ser cuidada. Além do aspecto relacionado à segurança do paciente, um importante conceito, cada vez mais fortalecido, é o da autonomia do sujeito. Nesse contexto, o General Medical Council (GMC), responsável pela promoção de excelência no Ensino Médico, enfatiza uma abordagem na qual o Método Clínico Centrado na Pessoa é encorajado como rotina, identificando as necessidades do paciente, sua expectativa, temores e singularidades do seu processo terapêutico (HEARN, 2019)

Desse modo, reconhecer os avanços e os retrocessos nos modos de inserção do acadêmico de Medicina no campo da APS insurge enquanto saber potente na promoção de avanços na formação médica, reafirmando a singularidade e necessidades de nossos tempos. Tal perspectiva, sob a percepção dos discentes de Medicina, visa contribuir para o estado da arte da Educação Médica no país.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a Atenção Primária à Saúde (APS) como cenário de formação profissional sob a ótica do discente de Medicina.

3.2 Específico

- Identificar as potencialidades e fragilidades no processo de inserção do discente do curso de Medicina no âmbito da Atenção Primária à Saúde como ambiente de aprendizagem;
- Reconhecer perspectivas dos discentes para atuarem como profissionais na Atenção Primária à Saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 *Tipo de estudo*

O estudo conta com abordagem qualitativa, recorte transversal e tipo descritivo, sendo desenvolvido através da coleta de dados primários. A abordagem qualitativa, por sua vez, é entendida como aquela que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratada por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais (MINAYO, 2014).

A partir dessa abordagem, optou-se pela corrente fenomenológica, por ofertar compreensão ampliada do fenômeno e possibilitar a análise de experiências vivenciadas pelos participantes de maneira fiel, descrevendo a mesma e permitindo sua interpretação a partir de seu ambiente, além de gerar reflexões e possibilidade de mudanças. Triviños (1987) traduz que a fenomenologia exalta a interpretação do mundo que surge intencionalmente à nossa consciência.

Ainda no tocante à fenomenologia, acerca do debate a respeito do papel do pesquisador, alguns autores, como Creswell (2014), apontam que este deve assumir uma postura conhecida como *bracketing* ou *epoché*. Nesse contexto, o pesquisador coloca-se de lado, ou ainda, em suspensão, permitindo dessa forma, que suas próprias experiências sobre o fenômeno não sejam envolvidas, despindo-se de referenciais prévios e atingindo uma intencional neutralidade.

4.2 *Local do estudo*

A pesquisa foi realizada em quatro Instituições de Ensino Superior (IES), situadas no município de Fortaleza, que possuem curso de Medicina devidamente credenciado pelo MEC, sendo duas IES públicas e duas IES privadas.

4.3 *Participantes*

Os participantes da pesquisa foram os internos dos respectivos cursos de Medicina, sendo necessário estarem regularmente matriculados no curso de Medicina das IES supracitadas e cursando o internato. A escolha do período do curso como critério de inclusão se deu devido às características especiais dessa etapa de ensino-aprendizagem, na qual o discente encontra-se em treinamento intensivo e já acumulou maior experiência na APS em relação aos semestres anteriores. Como critério de exclusão, foi elencado possuir graduação em outro curso de nível superior, refletindo-se acerca de potenciais interferências por parte das experiências progressas

na resposta do estudante.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de quatro grupo focais, um em cada IES, utilizando-se de sete (7) perguntas norteadoras, a saber: (1) Como foi (está) sendo a sua experiência de estar desenvolvendo atividades na APS? Quais aspectos positivos? Quais aspectos negativos? (2) O que você melhoraria na APS para receber alunos de medicina? (3) Como você avalia essa experiência para sua formação? (4) Vocês tiveram experiência com o trabalho em equipe interprofissional? (5) O que essa experiência trouxe de contribuição para sua formação? (6) O que a aproximação com a comunidade e com o território contribuiu para sua formação como médico? (7) Você se sente motivado a trabalhar no SUS? Em particular, na APS? Quem responder positivamente, o que lhe motiva?.

A coleta de dados primários foi conduzida entre os meses de junho de 2018 a janeiro de 2019. Os grupos focais ocorreram em espaços previamente reservados na IES participante, protegido de interrupções externas e ruídos, com cadeiras distribuídas de forma circular a fim de permitir maior interação com os participantes. Foram utilizados equipamentos como gravadores, aparelhos celulares ou *tablets*, condicionados à expressa permissão dos participantes dos grupos.

Os grupos focais tiveram entre 5 a 7 participantes cada, totalizando ao 23 participantes. No início do grupo, os participantes eram solicitados a responderem questionário para a sua correta caracterização (APÊNDICE A). O tempo de cada grupo foi estimado em noventa a cem minutos, considerando a complexidade do tema e seguindo o roteiro guia de questões norteadoras (APÊNDICE B).

Utilizou-se para análise dos dados o método de interpretação dos sentidos, proposto por Minayo (2016), em que após a exploração do material foram identificadas as categorias empíricas. Em seguida, realizou-se a elaboração da síntese interpretativa.

Sobre a técnica do grupo focal, esta ancora-se em discussão e se dá a partir de roteiro de tópicos diretivos. Esses tópicos, segundo Carlini-Cotrim (1996) estimulam a discussão de um tema específico. Não devem entretanto, serem expressos em forma de perguntas, mas através de estímulos, tais como dicas, figuras, histórias ou filmes. Para introduzi-lo, o pesquisador deve solicitar ao grupo que comente algo ou descreva experiências a respeito do tema, instigando a participação sob diversos olhares, através da interação entre os participantes, construindo *locus* propício ao despertar de percepções previamente latentes.

Ainda sobre o grupo focal, Teófilo (2017) ressalta que essa técnica propicia ao pesquisador adquirir valores e opiniões relevantes dos participantes, devendo os pesquisadores abordar várias vezes as transcrições, de modo a mergulharem nos detalhes, antes de fragmentá-los (CRESWELL, 2014).

Foram utilizados gravadores e recursos adicionais, como aparelhos celulares e *tablets*, condicionados à expressa permissão dos participantes dos grupos. A compreensão de que a interação permite ao ser humano adquirir experiências, interpretar o ambiente e atuar nele é relevante para o entendimento do fenômeno estudado. Lançado no mundo, o homem percebe-se e torna-se humano no contato com os outros humanos, afetado pelo que desse convívio descortina (GARNICA, 1997).

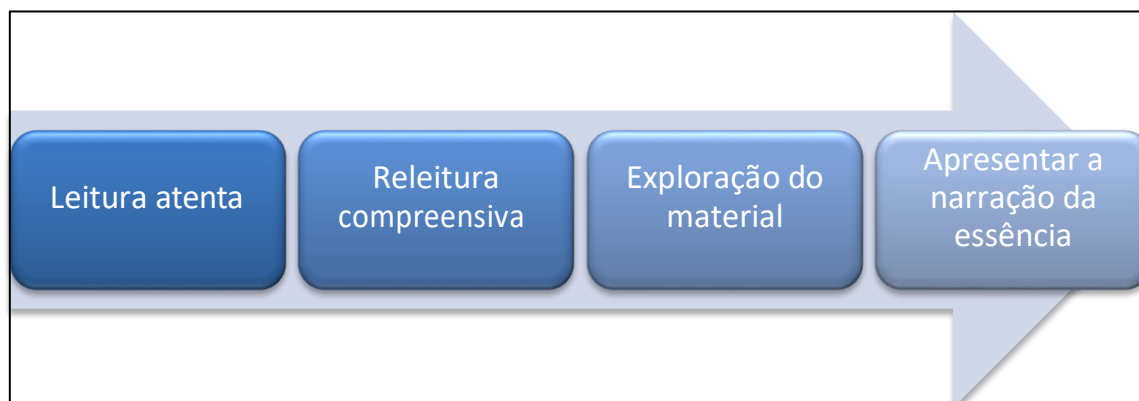
4.5 *Análise dos dados*

Durante a etapa de interpretação de dados, desenvolveram-se duas descrições dos mesmos. A primeira descrição é a textual, na qual procura-se descrever o que aconteceu, sendo segunda a estrutural, possibilitando interpretar como o fenômeno foi experimentado, ou seja, o contexto no qual ocorreu.

Utilizou-se a interpretação dos sentidos. Os procedimentos sistemáticos utilizados foram, em sequência: o estudo das palavras do texto em sua estrutura, através do processo de familiarização, ou seja, da imersão nos dados a fim de listar palavras-chave e temas recorrentes. Nesta etapa, ocorreu o reconhecimento e a listagem das declarações significativas. Em seguida foram identificados os núcleos de sentido. Esses por sua vez, têm como referência as metas e os objetivos da pesquisa e são formados a partir da seleção de dados, reduzindo-os a pequenos grupos (POPE; MAYS, 2009).

Por fim, foi elaborada a análise propriamente dita e a narração da essência do fenômeno, conforme a ilustração a seguir.

Figura 2 - Interpretação dos sentidos: procedimentos sistemáticos.



Fonte: Elaborada pela autora.

Portanto, durante a interpretação dos sentidos, segundo Minayo (2016), o investigador correlaciona o interdiscurso, os saberes construídos, socialmente existentes, o não-dito, com o intradiscurso, ou seja, com a fala, com o que é dito e materializado, a fim de trazer a proposta de uma releitura discursiva do *corpus* em análise.

4.6 Aspectos éticos

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo devidamente aprovado sob o parecer nº 2.585.306, em consonância com a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Foi enviada previamente carta de anuência aos coordenadores dos respectivos cursos, solicitando autorização para a inclusão dos mesmos no estudo, respeitando os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Para iniciar o grupo focal realizava-se breve apresentação dos pesquisadores, seguida de esclarecimentos dos objetivos da pesquisa e entrega, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), com o intuito de promover a participação voluntária e consciente dos convidados, respeitando a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza os aspectos éticos e bioéticos em pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

As IES tiveram ainda suas identidades mantidas em sigilo, conforme determina a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) de nº 510, de 07 de abril de 2016, sendo revelada tão somente sua natureza quanto ao financiamento, se pública ou privada. Todos os participantes, após os esclarecimentos acerca dos objetivos do estudo, riscos e benefícios, de livre vontade, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Não houveram custos para a instituição e não se interferiu na operacionalização de suas atividades cotidianas, responsabilizando-se os autores pelo posterior retorno com os resultados da pesquisa a cada IES participante. Para garantir confiabilidade e confidencialidade das informações, os participantes foram identificados pela IES que cursam (IES1, IES2, IES3 e IES4), ressaltando-se que participaram de grupos separados. Atesta-se que os riscos envolvidos em seu desenvolvimento eram mínimos, restringindo-se ao risco de constrangimento durante o desenvolvimento do mesmo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o presente trabalho dissertativo, o Resultados e Discussão será apresentado no formato de artigo científico, para posterior submissão a Revista Interface – comunicação, saúde, educação, seguindo a normatização do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), que em seu arcabouço permite ao mestrando realizar tal opção metodológica. Eis o documento a ser apresentado ao periódico:

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO CENÁRIO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA.

RESUMO

A trajetória do Ensino Médico no Brasil vem passando por diversas mudanças nos últimos anos, ressaltando o papel do aluno de graduação como protagonista do saber, ressignificando a prática médica e desenvolvendo competências no sentido de uma formação mais ampla. Nesse contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 reforçam a proposta de perfil de formação que contemple as necessidades de saúde através da integração ensino-serviço e dessa forma, a Atenção Primária à Saúde configura-se como campo de prática num contexto longitudinal, oportunizando a aquisição de competências necessárias para consolidação do SUS. Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar, sob a ótica dos alunos do internato de Medicina, a Atenção Primária à Saúde (APS) como ambiente de aprendizagem. Realizou-se estudo de abordagem qualitativa, recorte transversal e tipo descritivo, através de quatro grupos focais com internos dos quatro cursos de Medicina situados no município de Fortaleza, Ceará. Realizou-se o método de interpretação dos sentidos, tendo sido identificadas 03 categorias empíricas. Os resultados trazem importantes elementos para identificar fragilidades e potencialidades da APS enquanto cenário de ensino do curso de Medicina. Na opinião dos alunos, a APS permite correlacionar a teoria com situações reais, à medida que os aproxima das necessidades de saúde da população e das pessoas inseridas em seu contexto familiar e social. Nota-se ainda que fatores como a falta de estabilidade na contratação dos profissionais, ausência de incentivos e concepções equivocadas acerca da atuação da APS afastam alguns discentes da perspectiva de virem a atuar na Atenção Primária, apontando-se para novas formulações acerca desta inserção durante o percurso formativo e o incentivo à docência neste território como fator potencialmente motivador para a atuação futura enquanto profissional. Observa-se, portanto, a necessidade de

repensar como a APS pode ser um cenário de prática motivador, levando em consideração o desafio de se trabalhar a partir de contexto real e suas limitações, ao mesmo tempo estimulando novo olhar no qual novas e importantes habilidades devam ser estimuladas, a partir das adversidades, de modo que possam ser compreendidas enquanto desafio a ser contornado pelos futuros egressos do curso de Medicina.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Educação Médica. Ensino Médico. Graduação de Medicina.

ABSTRACT

The trajectory of Medical Education in Brazil has undergone several changes in recent years, recognizing the role of the undergraduate student as a protagonist of knowledge, re-signifying medical practice and developing competences towards a broader education. In this context, the 2014 National Curricular Guidelines reinforce the proposal of a training profile that addresses health needs through the integration of teaching-service and, thus, Primary Health Care is a field of practice in a longitudinal context, providing the acquisition of skills needed to consolidate SUS. Thus, the objective of this research is to analyze, from the perspective of the medical board students, Primary Health Care (PHC) as a learning environment. A descriptive cross-sectional study with a qualitative approach was carried out through four focus groups with interns from the four medical courses in Fortaleza-CE. The method of interpreting the senses was performed, and 14 empirical categories were identified. From the results, it is necessary to rethink how APS can be a motivating practice scenario, taking into account the challenge of working with the real context and its limitations, but at the same time, provoking a new approach and important skills must be stimulated and from the adversities can be understood as a possible challenge to be overcome by future graduates in Medicine.

KEYWORDS: Primary health care. Medical Education. Medical Teaching. Graduation of Medicine.

INTRODUÇÃO

O Ensino Médico no Brasil vem passando por diversas mudanças nos últimos anos, ressaltando o papel do aluno de graduação enquanto protagonista do saber, ressignificando a prática médica e desenvolvendo competências no sentido de uma formação mais ampla. Nesse

contexto e embasada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como campo de prática da graduação em Medicina onde os discentes perfazem contato com as equipes de saúde e com usuários do SUS e suas comunidades, desde o início da graduação e ao longo de toda a sua formação, considerada uma oportunidade de adquirir competências necessárias para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, concebe-se que a articulação entre prática e teoria constitui processo relevante para a formação médica, pois permite ao discente, através da articulação entre os dois eixos, planejada e continuamente avaliada, apreender e desenvolver suas competências e expertise, tendo sempre como foco o perfil profissional que se pretende conformar, partindo do reconhecimento das necessidades de saúde da população, em consonância com os objetivos educacionais do curso^{1,2}.

Para que isso ocorra, é importante que se construa relação mais proximal entre os serviços de saúde e as Instituições de Ensino Superior (IES), na qual preserve-se a implementação dos princípios e diretrizes do SUS nos serviços de saúde, pressupondo alinhamento entre o conhecimento teórico e as atividades formativas práticas³. Além disso, agrega-se nesse novo modelo formativo um elemento-chave para esse processo: o contexto social e suas limitações, vulnerabilidades e fortalezas, aproximando o aluno das famílias e comunidades, dessa forma superando os limites das IES em suas práticas acadêmicas tradicionais. As problemáticas nessa realidade se apresentam em toda sua complexidade e indeterminação, distante dos recortes bem delineados da teoria².

A inserção no campo de prática implica ainda a possibilidade do desenvolvimento de maior autonomia e consciência crítica através de prática pautada na horizontalidade da relação docente-discente e fundamentada nos princípios da educação dialógica, na qual o professor estimula o aluno a alcançar o seu potencial, em sua dimensão orientadora do ensino. Para que isso ocorra se faz importante lembrar os conceitos formulados pelo campo da Andragogia, a partir dos quais a aprendizagem significativa, ou seja, a aprendizagem na qual seu objeto possa estar relacionado de forma admissível, não-aleatória e que tenha ideias ancoradas na bagagem cognitiva do aluno, fortalece a interação entre novas informações e conceitos prévios relevantes^{4,5}

Nesse sentido, aponta-se para o desafio de evitar sobrecarga quantitativa no currículo acadêmico a partir de um aumento no volume de informações ofertadas ao aluno, muitas vezes com pouca utilidade prática ou ainda, que não venham a agregar na qualidade da formação, mas que podem interferir negativamente minando seus esforços e dispersando seu tempo e sua motivação para aprender⁶.

Por outro lado, sabendo ‘por que’ e ‘para que’ ele precisa aprender e estando inserido

no campo de prática, espera-se que o aluno tenha maior motivação e implicação, pois esse cenário favorável permite a contextualização dos problemas abordados, expondo o mesmo às limitações e desafios e instigando-o a buscar soluções ao mesmo tempo que o coloca em contato direto com o sujeito que procura o serviço de saúde e os seus cuidados⁷. Nessa lógica, percebe-se como elementos essenciais para a aprendizagem suas experiências prévias e a aplicação do conhecimento, das atitudes e habilidades em situações reais, trazendo significado e relevância na assimilação de novos saberes e dessa forma, ampliando a autogestão desse processo⁸.

Sob a luz desse entendimento, procuramos analisar, sob a ótica dos alunos do internato de Medicina, a Atenção Primária à Saúde (APS) como ambiente de aprendizagem.

MÉTODOS

O estudo conta com abordagem qualitativa, recorte transversal e tipo descritivo, sendo desenvolvido através da coleta de dados primários. A pesquisa foi realizada em quatro Instituições de Ensino Superior (IES) situadas cidade de Fortaleza, Ceará, que possuem cursos de Medicina devidamente credenciados pelo Ministério da Educação (MEC).

A seleção dos participantes foi realizada seguindo os critérios de inclusão: estar regularmente matriculado no curso de Medicina das IES supracitadas e cursando o período do internato. Como critérios de exclusão: possuir graduação pregressa em outro curso de nível superior. A coleta de dados foi realizada por meio de quatro grupo focais, um em cada IES, utilizando-se das seguintes perguntas norteadoras: (1) Como foi (está sendo) a sua experiência de desenvolvimento de atividades na APS? Quais aspectos positivos? Quais aspectos negativos? (2) O que você melhoraria na APS para receber alunos de medicina? (3) Como você avalia essa experiência para sua formação? (4) Vocês tiveram experiência com o trabalho em equipe multiprofissional? (5) O que essa experiência trouxe de contribuição para sua formação? (6) O que a aproximação com a comunidade e com o território contribuiu para sua formação enquanto médico? (7) Você se sente motivado a trabalhar no SUS? Em particular, na APS? Quem responder positivamente, o que lhe motiva?.

Os grupos focais devidamente foram gravados e posteriormente transcritos. Realizou-se leitura exaustiva das falas, tendo sido constituídos dois *corpus*: alunos de IES pública e alunos de IES privada. Utilizou-se para análise dos dados o método de interpretação dos sentidos, proposto por Minayo⁹, em que após a exploração do material foram identificadas três categorias empíricas. Em seguida, durante a elaboração da síntese interpretativa, comparou-se as categorias empíricas entre os dois *corpus*.

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de

Fortaleza (UNIFOR), sendo aprovado sob o parecer de nº 2.585.306/18, em consonância com a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Foi direcionada uma carta de anuência aos coordenadores dos respectivos cursos, solicitando autorização para a inclusão dos mesmos no estudo, respeitando os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. As IES tiveram ainda suas identidades mantidas em sigilo, conforme determina a Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo revelada tão somente sua natureza relacionada ao financiamento, se pública ou privada. Todos os participantes do estudo, após esclarecimentos acerca dos objetivos, riscos e benefícios do estudo, de livre vontade, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características da amostra quanto à idade, sexo, raça/cor, renda familiar e naturalidade foram: quanto ao sexo, contou com 12 (52,2%) participantes do sexo masculino e 11 (47,8%) do sexo feminino. Em relação à idade, a média obtida foi de 24,5 anos, com uma idade mínima de 22 anos e uma idade máxima de 32 anos. Em relação à raça/ cor, os participantes se identificavam como: 3 (13%) brancos, 1 (4,3%) preto, 19 (82,6%) pardos e nenhum participante se identificou como sendo de raça/cor amarela ou indígena. Quanto à naturalidade, a amostra contou com 17 (73,9%) participantes provenientes da capital e 6 (26,1%) do interior. Em relação à renda familiar, 3 (13,1%) apontaram renda familiar entre 3-5 salários mínimos, 9 (39,1%) entre 6-15 salários mínimos, 3 (13%) mais de 15 salários mínimos, 6 (26%) não souberam e 2 (8,7%) não quiseram informar.

Após análise e interpretação, definiu-se três categorias empíricas, sendo elas: **formação na APS: da teoria à prática; processo ensino-aprendizagem: organização da prática da formação docente; perspectivas futuras como profissional na APS: frustração e encantamento**. A partir da análise dos dois *corpus*, a saber, estudantes ligados a entidades públicas e privadas, não foram identificadas diferenças relevantes entre estes. Assim, a visão dos alunos em relação à vivência na APS e a perspectiva de trabalhar na mesma futuramente é semelhante em ambos os casos.

Nos cursos das IES públicas, o conteúdo teórico é priorizado nos primeiros semestres em detrimento à experiência prática, relacionada ao início dos atendimentos realizado pelos alunos nas unidades de saúde, apesar das disciplinas/estratégias referentes à APS iniciarem, segundo seus currículos, desde o início do curso de Medicina.

Formação na APS: da teoria à prática

Nas falas analisadas foram encontrados elementos que apontam para o distanciamento entre a teoria e a prática do SUS/APS, em tom uníssono no discurso de internos de todas as IES participantes. Assim, salienta-se que a vivência da realidade assistencial, distante da teoria dos livros, dos muros das universidades e de suas situações controladas ou simuladas, também pode resultar em grande aprendizado, pois conhecer os desafios do SUS e, mais especificamente, da APS, traz ao discente a perspectiva de saber lidar com as dificuldades e busca por soluções aos problemas encontrados:

As condições ideais a gente tem no livro. Aqui é o que tem que ser feito, do jeito que tem que ser feito [...] A esperança é que a gente conserte o que está errado ali no sistema [...] A universidade integra o nosso acesso ao sistema de saúde a fim de que a gente, como estudante, conheça aquela realidade, por mais que não condiga com o que tá no papel [...] e que a gente elabore meios devidos pra contornar aquela situação. (IES 1)

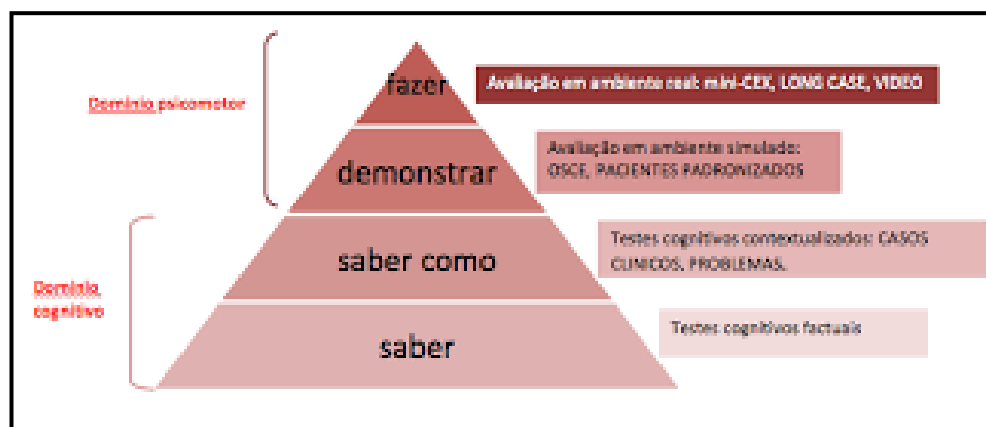
Comprovadamente, vivenciar essa realidade desde os primeiros semestres trouxe maior significância a essa integração, na qual as experiências vivenciadas passaram a transmitir maior segurança aos alunos nas futuras e potenciais decisões em contexto de situações adversas, ou mesmo lidando com frustrações:

Então, eu vi ali na prática [...] e me surpreendi com os profissionais, mesmo com aquelas limitações. Por exemplo, num dia a balança tinha quebrado e no outro dia as trenas tinham sumido [...]. Mas os profissionais sempre reverteriam esse quadro. E nessa unidade eu vi um sistema de saúde muito funcional. (IES 1)

A minha professora sempre falava: ‘Tentar dar o melhor com o melhor que a gente tem. Fazer o melhor que a gente pode porque nem sempre a gente vai ter tudo’. (IES1)

É importante reconhecermos ainda, dentro da perspectiva da Andragogia, que para uma formação integral, a aprendizagem requer o envolvimento de três domínios¹⁰: o cognitivo, o psicomotor e o afetivo, e que os mesmos, sendo trabalhados de forma integrada, podem ser potencializados a partir da análise de situações nas quais vai se demandar do aluno que ele aprenda a conhecer, a ser e a fazer, conceitos que foram traduzidos graficamente pela Pirâmide de Miller (figura 1).

Figura 1 - Pirâmide de Miller.



Fonte: Elaborada pela autora.

Complementarmente, outra reflexão sobre tal estrutura piramidal e a interpretação da mesma foi proposta posteriormente⁸, nesta se reconhece que o modelo proposto contribui para estabelecer as diferenças entre a avaliação de atributos e de desempenho do aluno. No entanto, sua estrutura gráfica reforça a ideia de hierarquização entre as fases do processo de aprendizagem, à medida que exclui a relação de dinamismo que ocorre no campo prático, ou seja, entre a base e o topo, sem limites tão precisos, a partir da perspectiva do ‘aprender fazendo’, onde a inserção do aluno no serviço contextualizaria o que vem sendo abordado no campo teórico, facilitando sua assimilação. Essas considerações podem ser apontadas nos relatos:

E assim, eu acredito que seja uma experiência valiosa pra gente. Porque a gente vê na teoria, mas quando chega lá na prática é outra coisa. Por exemplo, a gente tava vendo o módulo de saúde da mulher que é aquela parte de obstetrícia e lá [na Unidade de saúde] a gente acompanhou pré-natal, fez puericultura e foi um momento assim, que pra mim, a minha aprendizagem foi muito maior. Foi muito mais enriquecedora do que eu passar horas lendo o Rezende. (IES 1)

O posto pra mim foi uma oportunidade. Como foi minha porta de entrada no internato, tenho oportunidade de ficar mais desenrolado porque eu estou atendendo sozinho, conversando com o paciente [...]. Tenho a autonomia de sugerir [hipóteses diagnósticas e condutas]. (IES4)

Ainda sobre essa temática, a ‘formação híbrida’ vem ganhando espaço e reconhecimento na formação médica. Segundo esse conceito a teoria emerge da prática, ou seja, a partir da experiência em situações reais, por meio do enfrentamento de problemas que surgem no cotidiano, o aluno sente-se implicado com a procura das informações que precisa para a resolução dos mesmos, trazendo maior dinamismo para a busca do conhecimento necessário a formação profissional¹¹.

Ademais, aspecto relevante relatado acerca da inserção no serviço de saúde é o contato com o paciente, momento esse cercado de diversas sensações e sentimentos. Se por um lado observa-se por parte dos acadêmicos a ansiedade advinda da própria imaturidade em momentos como o de condução de uma história clínica, colheita de anamnese e realização de exame físico, por outro, tem-se a felicidade/oportunidade de vivenciar o enfrentamento na resolução de problemas por parte dos docentes, como expressa uma entrevistada:

Alguma situação que a gente ia precisar de orientação, a gente teve. Vimos a professora fazendo e nos ensinou. Isso deixa a gente mais segura pra no futuro a gente saber, tentar lidar. (IES1)

Os internos reforçam ainda a importância do contato com a APS desde os semestres iniciais, ou seja, a primordial vivência da realidade. Por mais que estejam distantes, a teoria e a prática, existe o reconhecimento da organização curricular que prioriza a inserção precoce dos estudantes na APS.

A gente tem o primeiro contato no primeiro semestre com visitas nos postos de saúde. A gente vê o funcionamento lá. [...] e começa a atender no quinto semestre na atenção terciária e tem a primeira experiência de atender na Atenção Básica no sétimo semestre. (IES3)

De modo complementar:

Eu acho que se começasse um pouco antes teria um aproveitamento maior. A gente fica restrito na sala de aula e acaba sendo um módulo que a gente acha chato por ser só isso e quando chega o sétimo semestre que são as aulas práticas, todo mundo gosta e sai com uma outra visão [...] e vai se sentir realmente estimulado com aquilo, quando você tem contato com o paciente e você tem que resolver o problema. (IES3)

(...) É importante a gente ter desde o começo do semestre essa construção de ideias sobre a atenção primária porque, por exemplo, se a gente tivesse só na teoria, a gente ia construir no primeiro semestre uma ideia completamente fora da realidade e só que seria uma coisa construída pra gente, entendeu? A gente ia acreditar. (IES3)

Às vezes, a gente conversa sobre uma parte mais de humanização e tudo. Conceitos, história do SUS mas acho que tem como dividir melhor. [...] É importante só que às vezes, a gente não estuda a parte clínica em si. (IES3)

Você ver uma coisa idealizada, perfeita no teórico e aí no sexto semestre você já tá muito avançada na faculdade e leva um baque né?! (IES1)

A nossa formação é pra atenção básica. A minha tutora [...] sempre fala que você tem que conhecer a atenção básica porque é o que você vai vivenciar na prática quando você se formar. (IES1)

Aspecto negativo apontado por um dos participantes de IES pública foi a grande demanda *versus* gestão do tempo. Além do impacto sobre a consulta propriamente dita, eles mencionaram a dificuldade em promover momentos de discussão na unidade de saúde, denotando a necessidade de melhor planejamento dessas atividades.

Pela dinâmica mais corrida, não temos tempo de parar e discutir, como às vezes, em ambulatórios especializados a gente tem. [...]. A gente tem que chegar em casa e lembrar do que viu e ir atrás de atualizar, do que ficou em dúvida. (IES3)

A inserção dos alunos no SUS, em seus diversos níveis de atenção, deve ser acompanhada da conscientização dos atores atuantes neste quanto a sua relevância para a população brasileira.

Problema da nossa inserção no sistema público é o sistema público. A gente tá à mercê dos problemas que já existem, né?! E não pode fazer nada. E por algum motivo que não dá pra culpar ninguém especificamente, mas também quando a gente fala ‘o sistema’ a gente tira muito a culpa de muita gente né, fica uma coisa coletiva e ninguém assume e por não ser problema de ninguém, ninguém resolve. (IES 2)

A aproximação com os usuários acompanhadas pela equipe na UBS trouxe a experiência de se trabalhar a educação em saúde. Os grupos focais, sem exceção, citaram a atividade de sala de espera como prática realizada por todos, durante sua inserção na APS, e relataram que constituía momento previamente cercado de dúvidas, tanto relacionadas ao interesse quanto também à participação do público-alvo.

Por meio dos achados da pesquisa, apontamos que os espaços públicos devem ser locais que propiciem o encontro de sujeitos e a valorização das relações interpessoais, num exercício de alteridade, pautado na ética e no diálogo, onde os saberes sejam respeitados e percebidos como vivência educativa¹⁴. Analogamente, nesse encontro é possível ainda a ocorrência de construção de saber compartilhado, promovendo a autonomia e a consciência coletiva e individual e, dessa forma, a ressignificação do papel da pessoa no autocuidado¹⁵.

É notória portanto, a importância dessa vivência para o futuro profissional de saúde, partindo da necessidade de se pensar em uma clínica ampliada, que possa responder às principais necessidades de saúde da sociedade. Assim, a prática da sala de espera foi estimulada na APS pelos docentes. No entanto, a temática muitas vezes surgia a partir do próprio grupo e não como demanda direta da comunidade. Apenas um aluno mencionou a participação da comunidade na escolha do tema a ser abordado. A terapia comunitária foi citada por apenas um aluno de IES privada:

Os temas eram, na maioria das vezes, a gente que escolhia. A gente pesquisava e ele [o professor] nos dava a liberdade pra levarmos temas relevantes que a gente achasse naquele período. (IES 1)

A gente ia muito assim: pelos pacientes mas mais pela mídia. Aí no caso foi [discutido] “Setembro Amarelo” sobre o suicídio e “Outubro Rosa”, do Câncer de mama. (IES1)

Teve grupo de sala de espera e de terapia comunitária. (IES4)

Meu grupo, a gente abordou a questão do Diabetes e pra mim foi uma surpresa, porque logo que os professores passaram esse trabalho eu fiquei: ‘Meu Deus! Será que essas pessoas vão participar?’. A gente pensou em fazer uma coisa interativa com os pacientes pra que a gente soubesse o que eles tinham de demanda pra gente responder. A gente queria que eles que fizessem as perguntas pra gente. (IES1)

Eu lembro que no meu grupo houve uma preocupação se [as pessoas] iam participar e quando a gente chegou lá foi surpreendente porque quando a gente percebeu estava todo mundo com a mão levantadas, todo mundo tirando as dúvidas. Tinha duas senhoras que tinham Diabetes Tipo II e estavam trocando experiências. E foi assim, um momento que eu pude perceber como era importante essa sala de espera, porque quando eu vi na sala os professores falando, na minha cabeça eu fiquei: ‘Meu Deus, será que essas pessoas que estão esperando uma consulta, elas vão gostar de sair ali, do seu silêncio, pra participar? E foi muito bom. Foi um feedback muito positivo pra mim. (IES1)

A partir das falas, percebe-se que houve impacto positivo ao perceberem os estudantes que os contariam com a conduta interativa por parte dos usuários, sendo possível a troca de experiências, questionamentos e compartilhamento de dúvidas, denotando interesse pela atividade proposta.

A APS constitui espaço privilegiado para construção do conhecimento, pois possibilita a aproximação dos discentes de Medicina com o território e com as famílias que são acompanhadas pelas equipes de saúde. Propõe dessa forma, ampliar a perspectiva da formação acadêmica dos mesmos, através da realização de certo diagnóstico situacional. Nesse interim, reforça-se a importância do reconhecimento das necessidades de saúde da população e da organização da UBS e das equipes, de modo a responderem a demandas impostas pelo cotidiano, priorizando ações imediatas e planejando aquelas de médio e longo prazo¹⁶.

A fim de planejar as ações em saúde e intervir adequadamente, é preciso conhecer os aspectos que influenciam direta ou indiretamente a saúde da população das áreas adscritas. Nesse contexto, a territorialização surge proporcionando aos alunos conhecerem os principais espaços físicos, equipamentos sociais, fortalezas e vulnerabilidades do território, a partir da ferramenta da territorialização.

Dentre as fragilidades, uma das barreiras sociais mais preocupantes da atualidade e que

vem impactando no trabalho das equipes da ESF do município de Fortaleza é a problemática da violência urbana, refletindo diretamente na prática da atenção à saúde, sobretudo nas ações realizadas na comunidade, como no caso dos atendimentos em grupo e visitas domiciliares. Nesse contexto, a interação dos discentes com o território, por consequência, acaba também fragilizando-se e por vezes tornando-se até mesmo inviáveis, devido aos riscos à sua integridade física e até à vida, em determinados momentos e/ou locais.

Dessa maneira, atuar nas comunidades de um grande centro urbano, como a capital cearense, por vezes, é lidar com cenário dominado pela baixa escolaridade, desemprego e tráfico de drogas, com elevação dos conflitos em determinados momentos, motivados em grande parte pela disputa entre facções rivais.

O enfrentamento do fenômeno crescente da violência pelos serviços de saúde e seus profissionais ainda é um desafio e seu impacto configura-se enquanto promotor de retrocessos, tendo em vista a construção histórica do vínculo com a comunidade, trazida com a implantação da ESF, sendo uma habilidade que ainda está sendo trabalhada entre os profissionais de saúde e, concomitante, entre os alunos que se encontram nesse cenário. A repercussão desse fenômeno pode ser percebida na fala dos alunos:

Mas por esse negócio de violência, acho que a faculdade, até por motivo de segurança, não deixa os alunos participarem (das visitas domiciliares). (IES2)

Foram passadas instruções pra que esse receio que a gente sentisse fosse diminuindo [...]. Os professores pediam pra gente não ir chamando muita atenção: não ir com objetos: relógios, colares, celulares [...] e ele falava pra gente que existia sim a probabilidade de acontecer um evento inusitado ali e que a gente fosse preparado pra aquilo, mas o desconforto ainda fica. (IES1)

[Devido] à violência era até difícil se chegar a população e da população vir até o posto, mas aí isso é mais um problema da cidade com a violência. (IES 2)

Eu não tava preparado pra ver isso no consultório: o paciente chegar a chorar porque o médico, nosso professor, teve a suspeita de agressão física e dar todo o espaço pra ela: Encaminhar ela pro psicólogo dentro do NAMI e depois explicar pra gente como proceder como médico nessas situações. A parte que eu nunca tinha ouvido falar de denúncia de agressão física ou como a gente tem que intervir e se portar como médico foi assim surreal: Tudo que eu podia aprender com ele e realmente lidar com a PESSOA e não com o PACIENTE numa doença estava lá, sendo apresentando pra gente. (IES1)

Se por um lado havia a prudência das IES ao resguardarem os alunos de situações de maior vulnerabilidade e risco, alunos das mesmas IES compartilharam aspecto envolvendo a questão do enfrentamento à violência:

Interessante como varia muito. Eu fui e não sei se é porque o meu professor parecia estar muito integrado na comunidade. A gente passava e o pessoal falava com ele. Eu não me senti com medo porque eu tive a sensação de que eles queriam que a gente tivesse ali e que eles tivessem precisando ser ouvidos e serem olhados, entendeu? (IES1)

Às vezes até tratavam a gente já como se a gente fosse médicos e que a nossa presença ali ia ser positiva pra eles. Aí eu tive essa sensação muito forte quando eu vou lá. (IES1)

Lá eu senti um negócio bem tranquilo até porque o professor deu essas instruções e falou que ‘o quente’ mesmo acontecia lá na baixada e a gente estava num local bem longe, sabe?! Então assim, eu de nenhuma forma me senti ameaçado ou coisa do tipo não... (IES1)

O acesso aos serviços de saúde constitui temática amplamente discutida na literatura mundial devido à sua importância para a eficácia de um modelo de atenção à saúde que consiga fornecer respostas adequadas para as necessidades da população assistida, garantindo ainda a qualidade do atendimento.

Nesse contexto, diversas barreiras ainda são observadas nesse percurso, tendo em vista que no Brasil a APS constitui a principal porta de entrada do SUS e sua demanda muitas vezes é consideravelmente maior do que a possibilidade de oferta de serviços, o que ocasiona notória fragilidade na rede de referência e contra-referência, gerando dessa forma um acesso seletivo, focalizado e excludente¹⁷. O acesso ao SUS é confrontado com a legislação vigente, pelo fato de ainda não assegurar a efetiva garantia do direito à saúde:

A pessoa que me abordou, ela sentiu ali, por a gente ser estudante, uma oportunidade de conseguir as coisas no sistema de saúde. Não pela maneira assim, ‘correta’, de que ela conseguiria. (IES1)

Acho que em todos os encontros que a gente teve com ela, ela pedia pra gente ver se conseguia agendar alguma consulta pra ela, falar com o nosso professor e que aquilo e que isso. (IES1)

Eu vi muito a questão de que eles usavam a gente com assim, o oportunismo de conseguir as coisas [...] e muitas vezes, ela nos abordava querendo vir logo pra cá, pulando essas etapas de entrada no sistema. (IES1)

É esperado, diante do exposto, que a população busque todas as formas possíveis de viabilizar seu atendimento na rede pública de saúde, na tentativa de atender suas demandas, em clara demonstração de reconhecimento das fragilidades do sistema.

O contato com o paciente representa uma das maiores expectativas do aluno de Medicina, sendo relatado como elemento central na aprendizagem do aluno. Apontamos que essa aprendizagem não se faz somente pela realização de procedimentos clínicos ou terapêuticas

indicadas, mas também pelo desenvolvimento da empatia, habilidade de comunicação e pelo manejo de situações adversas que possam vir a enfrentar em sua prática profissional.

Nos relatos dos alunos podemos evidenciar a relevância desse momento e o modo como vivenciaram a prática da APS:

Eu acho que de tudo, uma das coisas mais relevantes com a gente é o contato com o paciente. Porque eu leio alguma coisa no livro de fisiologia ele me dá uma linguagem X, mas a educação de uma pessoa da comunidade eu tenho que me adequar, eu tenho que me virar com o que ele sabe, com o que eu sei, pra criar aquele diálogo que ele entenda. (IES1)

Eu acho que isso é o principal porque o resto a gente vê em aula, a gente vê em livro. O paciente tá lá naquele momento, naquela vez ou naquela hora e a gente aprende ou não. (IES4)

Dessa maneira, as habilidades desenvolvidas podem ser utilizadas tanto para solucionar os problemas, como para preparar o aluno ao seu enfrentamento, inclusive quando sua resolução não for factível, proporcionando medidas adaptativas e amenizando frustrações que possam advir da relação aluno-paciente¹⁵.

Apontamos ainda que as estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente por alunos de Medicina estariam agrupadas em cinco possibilidades: na resolução de problemas, na qual o aluno se planeja na busca por estratégias que venham amenizar ou resolver o problema do paciente; na aceitação da responsabilidade, onde ele reconhece suas limitações pessoais e aceita a condição apresentada, tentando minimizar sua carga emocional e lidar melhor com o estresse; na estratégia ‘fuga-esquiva’, na qual o aluno, centrado na sua emoção, protela a busca por ajuda, correndo o risco de perder a capacidade de indignação e a humanização com o sofrimento da pessoa; o suporte social também é considerado quando os alunos buscavam ajuda profissional para se sentirem emocionalmente amparados ao compartilharem suas emoções; e, por fim, a espiritualidade/religiosidade seria utilizada quando o mesmo busca explicações para situações difíceis.

Na fala dos entrevistados, podemos perceber que a comunicação se faz presente enquanto preocupação real, na qual a linguagem técnica precisa ser adaptada para a linguagem próxima dos pacientes, viabilizando a troca de informações entre aluno e paciente e a efetividade das orientações a serem transmitidas e pactuadas. Essa reflexão se torna importante ao levarmos em consideração a escolaridade da maior parte do público atendido, principalmente no caso dos idosos, que muitas vezes não tiveram acesso à educação formal, além daqueles considerados analfabetos funcionais, ou seja, aqueles que não conseguem interpretar adequadamente as orientações.

Foi frequente ainda, nas falas dos discentes, a empatia e a capacidade de reconhecer diferentes formas de linguagem, inclusive o ‘não-dito’, muitas vezes velado na relação médico-paciente por falta de vínculo, de confiança e/ou, ainda, por medo. Como podemos observar:

E é curioso que, foi até comentado: Que a gente vê além da necessidade do atendimento, né?! Porque a gente tem a prova aqui [na Universidade] que é o paciente simulado e tem algumas horas que já teve provas que a gente tinha que trabalhar essa parte de ver o sentimento do paciente. Só que o nosso paciente simulado ele deixado bem claro: ‘Eu estou com medo disso e disso’, sendo que na realidade não é assim que acontece. A gente tem que notar que aquele paciente tá precisando da nossa ajuda. (IES1)

Por exemplo, teve uma paciente nossa que ela estava com muito medo de amamentar, ela não sabia se ia doer, não sabia como é que ia ser, aí ela não disse isso, mas a minha professora foi pegando palavras e falou: ‘Você tem medo? Você sabe como é que funciona?’, Aí ela: ‘Não, realmente eu não sei como é e minha mãe disse que dói e eu tenho muito medo e não queria amamentar’. Ou seja, eu considero uma falha o profissional não perceber isso, vai impactar em todo um processo. (IES4)

Por exemplo, quando a gente já foi no hospital teve uma gestante que estava com medo de ter o parto normal e estava lá pra pedir uma cesárea, sendo que ela não tinha indicação nenhuma. E eu penso que se desde o início, o profissional tivesse percebido isso [...] durante o pré-natal e ir acompanhando, falando que o bebê ia nascer de parto normal, que ia dar tudo certo e que ela não tinha nenhuma indicação pois o melhor pra ela era isso, talvez ela não chegaria ao estado com o bebê quase nascendo e morrendo de medo de ter um parto normal, isso vai acarretando muito e acho que o efeito dominó que vai desestabilizando. (IES1)

Outro aspecto abordado é a integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS. Esse princípio permite identificar o sujeito em sua totalidade, considerando todas as possibilidades de intervenção. Nessa lógica, menciona o aluno, a gestante ao adentrar a consulta de pré-natal teve uma atenção voltada não somente para as questões propriamente médicas, apresentando dúvidas do ponto de vista jurídico, acolhidas e orientadas pela profissional que a atendeu, fato que muitas vezes chega ao MFC e esse, dentro do seu escopo de atuação e experiência, consegue dar um encaminhamento inicial a essa e outras demandas, sem esquivar-se do seu papel ético e moral como cidadão.

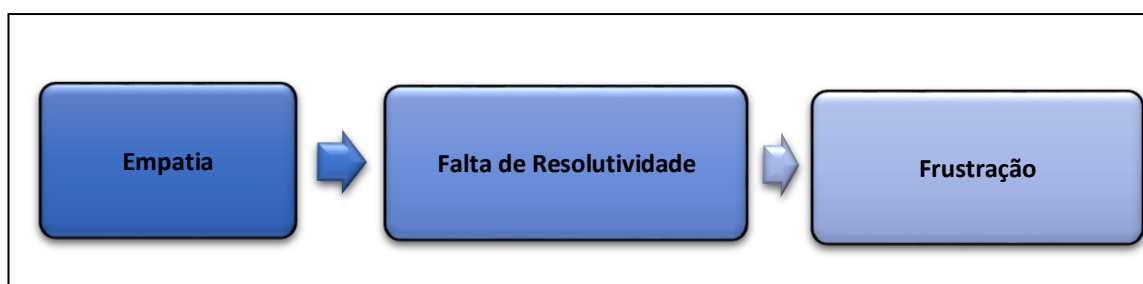
Eu acho que esses momentos nos colocam afinidade de ver a pessoa de uma forma integral como tanto se fala pra gente ver, além das demandas que ela tem porque ela veio fazer um pré-natal e a gente vê muito mais. No grupo que eu estava, teve um determinado momento no pré-natal, uma mulher foi e ela precisava de muitas outras coisas que não fosse somente atendimento médico. Ela precisava de uma questão muito mais social, ela não estava entendendo como é que funcionava a questão dos direitos que ela tinha enquanto grávida e que ela estava prestes a ser demitida e não sabia que era ilegal [...]. Ela saiu

de lá com muitas outras informações e possivelmente ela não teria em outro local. (IES1)

Eu acho que acompanhar desde cedo nos dá a oportunidade de melhorar essa percepção, pra quando a gente se formar a gente já tem muito mais prática. (IES4)

Ainda no contexto da empatia, o discente, muitas vezes devido à falta de resolutividade do sistema de saúde, expõe determinado grau de frustração:

Figura 2 - Ciclo de sentimentos apresentados pelos discentes do curso de Medicina.



Fonte: Elaborada pela autora.

Então eu solto o verbo porque eu não gosto de coisa errada. Eu sou leal com os pacientes. Eu acho que a gente vem de uma universidade particular e a maioria tem condição de ter plano de saúde, mas a gente não pode achar que isso é a maioria porque não é. A gente tendo essa consciência, sabe quão injusto é. Porque a gente vê que se fosse nossa mãe, nosso pai, talvez eles teriam conseguido algo que a gente quer pro nosso paciente, mas que a gente não pode fazer e aí a gente fica de mãos atadas. (IES2)

Às vezes eu fico até chateado, receita os medicamentos e você sabe que aquele medicamento alivia, mas não vai resolver. É o que tem e o que pode ser feito, e você vê que os pacientes são muito necessitados. (IES 2)

Processo ensino-aprendizagem: organização da prática da formação docente

Os entrevistados ressaltaram a importância da formação docente, dessa forma podemos destacar o reconhecimento dos mesmos sobre a relevância da valorização da formação do Médico de Família e Comunidade atuante na APS, como perfil de profissional ideal para estar na porta de entrada do SUS, por permitirem aos alunos aprenderem a conduzir de forma eficaz as situações que surgem nesse cenário.

No entanto, no curso de Medicina especificamente, se observam duas características no perfil da maioria dos docentes: a formação dos mesmos no modelo hospitalocêntrico e a docência assumida enquanto papel secundário à prática médica. Estudos sugerem que esses fenômenos ocorrem devido à baixa valorização da docência no país e ao início da carreira em muitos

momentos desacompanhada de bases pedagógicas, impulsionada apenas pela afinidade e pelo desafio de ‘aprender fazendo’⁸. São médicos em processo de docência, ou seja, sua formação acadêmica, o bacharelado, os preparam para diversas outras áreas de atuação, exceto para esta, e trazer esse profissional para as veredas da pedagogia/andragogia constitui grande desafio, por não estarem preparados para os desafios da prática docente e para as lacunas que essa situação pode apresentar¹¹.

Assim, esta é uma preocupação que vemos aflorar-se entre os discentes, ao comparar grupos que estiveram com diferentes professores durante a prática na APS:

Não sei se porque a gente tem uma tendência a achar que os nossos professores são assim, maravilhosos. Então, pra mim tudo que ela fazia estava perfeito. Só que eu não conseguia saber se era assim com todo mundo nas outras salas [...]: Será que a consulta tá sendo tão minuciosa e tão detalhista e com cuidado, como está sendo comigo e com meu grupinho?. (IES1)

Acho muito positivo isso nessa experiência de a gente estar com o professor. E assim [eu achei] muito particular não só por gostar muito do meu professor mas por achar que ele estava agindo da maneira correta e mostrando isso pra gente. (IES1)

Ele deixava tudo muito claro tanto pra nós alunos como pro paciente pra explicar pra que ele entendesse tudo. Pra mim era algo que eu não esperava que eu visse no atendimento de posto de saúde e foi o que eu vi. (IES1)

A formação de recursos humanos para o campo da Medicina impõe uma mudança de paradigma, apontando para um novo caminho. Nessa proposta é importante repensar a capacitação do docente como agente condutor desse processo, numa perspectiva de formação transformadora, utilizando-se de novos caminhos metodológicos. Embora hoje não se sustente no professor a centralidade da aprendizagem, seu papel impacta diretamente no estímulo ao protagonismo e na autonomia do aluno. É necessário e urgente modificar essa construção do conhecimento ligada à prática de reprodução e transmissão do conhecimento, sendo essa ressignificação pautada no alinhamento entre a abordagem pedagógica e o conhecimento técnico⁸.

Uma das entrevistadas enfatiza a importância da avaliação do processo de aprendizagem por parte do aluno, através do *feedback* efetivo do mesmo em relação às suas experiências nos serviços, assunto que inclusive está incorporado como escopo desse trabalho.

A faculdade deveria escutar mais os alunos, porque a gente falou do preceptor especificamente e vários erros que a gente viu. O preceptor ao invés de sair, fez foi crescer [na instituição]. [Nesse momento, observou-se a face de espanto da outra aluna com essa notícia, não acreditando no que ouvira sobre a ascensão do profissional na IES]. (IES2)

É sabido que o ato de avaliar merece papel de destaque nos diferentes cenários de ensino-aprendizagem, nos quais se busca a excelência do ensino à luz das novas metodologias. Nesse contexto, relevamos a importância de instrumento de avaliação, a fim de conhecer os percalços do caminho pedagógico pelas lentes dos principais atores, ou seja, é necessário se avaliar o aluno frente ao seu desempenho acadêmico a fim de corroborar se está tendo os avanços esperados para os objetivos pretendidos naquele momento do curso e, ao mesmo tempo, fornecer ferramentas para ajudá-lo a corrigir eventuais dificuldades o mais precocemente possível. Da mesma maneira, faz-se importante essa avaliação para com o docente, o reconhecimento de seu papel enquanto agente formador e das IES pela visão do discente, oportunizando detectar lacunas e oferecer ferramentas a melhoria do desempenho do binômio professor-aluno, sua interação e o processo formativo.

O processo de avaliação deve ser contínuo e não pontual, reconhecendo que a implementação de métodos formativos de avaliação encontra obstáculos pelo caminho como as limitações na formação docente, a falta de um claro referencial conceitual dessas práticas no curso de Medicina e a estrutura curricular muitas vezes, rígida¹². Outrossim, o conhecimento técnico-científico dos docentes também é evidenciado em discussão por alguns discentes:

Porque tem preceptores e preceptores [...]. A gente tá aprendendo como ser médico, a gente tá aprendendo como conduzir doenças e agravos sérios e que impedem vários desfechos horrorosos. Então, eu acho que aqui não é pra tá gente despreparada. Então a gente precisa como aluno também alertar esse tipo de coisa e pedir que sejam feitas boas preceptorias pra gente poder pegar ao menos esses paciente de uma forma mais confiante, né?! (IES2)

É que apesar do sistema ser um só, existem diferenças de atendimento pelo tipo do profissional. Então eu acho muito válido o investimento nessa parte que tá tendo agora né, do Médico da Família [...]. Porque se você bota um médico despreparado no posto, você tá cortando a base de um bom atendimento. Então eu pude ver isso na prática: diferentes atendimentos culminando com diferentes abordagens. (IES4)

A questão da formação [...] A gente vê que tem médicos e médicos. Apesar das falhas do sistema também tem a falha humana, né?! (IES4)

Até doença mental é difícil. E a tendência de uma doença dessa, pelo menos nas aulas que a gente tem na psiquiatria, é que é uma tendência e só vai aumentar e chegar ser a terceira ou a segunda doença mais prevalente no mundo e você vê que a gente não sabe manejar, aí fica muito complicado (IES2)

Pressupõe-se que ao inserir os estudantes de Medicina no contexto da APS, os mesmos vivenciem situações de integração com a equipe multiprofissional, elaborando um plano terapêutico, respeitando a especificidade da área de atuação e de cada membro da equipe.

Nas escolas médicas, apesar do currículo apontar para essa tendência de trabalho interprofissional, os alunos não são preparados e não se integram ao trabalho em equipe, levando a uma segregação tanto no ambiente de ensino como de serviço¹³. Eles também trazem o questionamento sobre a ideologia de supremacia da profissão por parte dos docentes, como se a formação dos mesmos, ainda nos padrões anteriores, não propiciasse essa interação nem com os profissionais do serviço nem com a comunidade, prejudicando o campo relacional através de um vínculo fragilizado ou mesmo da inexistência dele.

Na vacinação eles falaram como é o procedimento que eles fazem, os horários, mas a gente não ficou. A gente só conheceu. (IES1)

No meu caso, ficou muito aluno/professor. A gente não teve contato nenhum com a enfermeira da equipe não. (IES1)

O único momento em que a gente teve conhecimento deles [dos Agentes Comunitários de Saúde] era porque vinha no cartãozinho do pré-natal de quem eles vieram né?! Então foi só isso. A gente não teve contato nenhuma vez. (IES1)

Dois entrevistados demonstram que a aproximação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi pontual e na ocasião conheceram apenas na teoria a atuação dos mesmos na ESF. Assim, não chegaram a acompanhá-los em campo, nas visitas às famílias:

No caso do grupo, a gente teve a discussão com todos os agentes de saúde da unidade e eles contaram como que era o trabalho deles pra gente, mas a gente não foi para a execução em si. (IES1)

Eles colocaram pra gente como é que eles dividiram as áreas, como é que eles faziam. Eles explicaram todos os passos que eles realizavam. (IES 4)

Em relação a inserção do discente de Medicina nas unidades e sua aproximação com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), a ESF se configura como terreno fértil para propiciar a discussão de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), Clínica Ampliada, se conhecer o apoio matricial e a resolutividade das ações, evitando dessa forma, encaminhamentos para outros setores da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, compõe também espaço colaborativo onde o treinamento das habilidades relacionadas ao compartilhamento do cuidado e a cogestão, facilita, de forma colaborativa e pactuada, o acesso da população à assistência em saúde e o aprendizado do trabalho interprofissional.

No entanto, percebe-se através das falas dos entrevistados o distanciamento dos alunos com a equipe do NASF, restringindo-se a tomar conhecimento da sua existência naquele serviço de saúde e presenciando durante as consultas algumas situações onde houve a necessidade de

se encaminhar pacientes para avaliação específica, realidade bem distante do que se propõe nas DCN, onde nesse espaço de construção do saber, se deveria estimular a interdisciplinaridade e a interação:

Sabia que [o NASF] existia e o professor que eu acompanhei encaminhou crianças para a fonoaudióloga e pra psicóloga. (IES1)

Só em teoria saber como funciona o NASF e assim no papel mesmo. Porque ver o funcionamento próprio, eu não lembro disso ter acontecido ou de nem realmente ter conhecido em primeira mão o enfermeiro ou um psicólogo do posto. (IES1)

Eu não senti integração [como equipe]. (IES4)

[Foram] ações mais pontuais e a gente não marca presença obrigatória em reuniões e nem como parte de equipe não, mas a gente já participou de algumas atividades que porventura acontecem né? [...]. Coisas pontuais que a gente é chamada e a gente vai, mas assim, não que faça parte da rotina. (IES2)

Acho que eu nem entendo tão profundamente a profissão assim: Nunca participei de reunião, mas eu gostei da experiência e acho que deu pra dar uma ideia. (IES3)

Esse distanciamento dos demais profissionais da unidade de saúde constituiu realidade ainda estendida à equipe de saúde bucal. Em um estudo¹⁴ sobre a atuação do odontólogo na APS, faz-se a reflexão que o cirurgião-dentista, muitas vezes proveniente de percurso formativo individualista e assistencial, é, por sua vez, um profissional solitário na execução da sua prática profissional e com poucos avanços no que tange ao trabalho em equipe, mesmo na Atenção Primária.

Nesse contexto, é inquestionável a contribuição à saúde da população com a inclusão das equipes de saúde bucal há quase duas décadas. No entanto, em se tratando de integração com os demais profissionais, poucos avanços ocorreram nesse sentido, como podemos observar nos relatos a seguir, pela ótica dos discentes de Medicina, no qual referem terem tido pouca ou nenhuma integração na APS:

Senti integração [com a odontologia], mas é como se o odontólogo fosse algo de certa forma à parte. É a impressão que dá. (IES1)

Se fala do fonoaudiólogo, do psicólogo, médico. Mas odontólogo, às vezes, a impressão que dá é que tá meio excluído nesse processo. A gente sente que é como se fosse um extra e que é um privilégio. (IES1)

Embora a maior parte dos entrevistados não relatem momentos de integração, como apresentamos anteriormente, alguns outros, muitas vezes da mesma IES, mas que passaram por

unidades de saúde diferentes, relataram que foi constituiu experiência gratificante, como podemos observar nos seguintes depoimentos:

Eu tive contato com outros profissionais e a questão que todo mundo fala muito, de trabalhar em equipe, eu vi isso acontecendo[...]. Nesse posto eu vi realmente uma equipe multidisciplinar. (IES1)

Vi no pessoal da enfermagem um pessoal proativo e pra mim eu vi que foi muito importante, pro meu conhecimento [...]. A gente estava no pré-natal e não sabia fazer a maioria dos testes. Aí a enfermeira veio e explicou pra gente como é que fazia. Possivelmente eu não iria aprender se não tivesse naquele momento. (IES1)

Eu tive algumas experiências: Cheguei a ir com o agente comunitário de saúde e às vezes tudo que o paciente tem é só o agente comunitário de saúde e ele é que faz o *link* da comunidade com o médico. (IES2)

É importante que haja melhor planejamento das ações de ensino no contexto da UBS, garantindo, como previsto nas DCN, que a integração entre os diversos profissionais de fato ocorra e, dessa forma, contribua para uma formação diferenciada, preparando o discente para o trabalho em equipe.

Ao ser questionado sobre essa experiência, um aluno de IES privada chama a atenção para o cenário de prática, ou seja, a própria UBS, distante do aluno e não se co-responsabilizando por essa integração.

A aproximação dos alunos no cotidiano das pessoas e a diversificação dos cenários de prática se dá inicialmente no espaço físico da unidade de saúde, na qual ocorrem a maior parte dos atendimentos ambulatoriais e ainda, o planejamento para as ações extramuros como os atendimento de grupos no território e visita domiciliar. Se almeja, portanto, que haja participação mais ativa da gestão da unidade de saúde que recebe cursos de graduação, no sentido de proporcionar ou viabilizar melhores condições para tal integração.

Eu acho que falta uma integração realmente do posto como um todo pra receber o aluno. Muitas vezes, o vínculo é muito mais do professor com a faculdade e o posto ele se detém a não ter responsabilidades e aí [...] ele não integra o aluno. (IES2)

Desse modo, salienta-se que as mudanças na formação médica só terão efetividade na existência de cenários qualificados, com a integração ensino-serviço garantida através de contrato organizativo e sob a supervisão de preceptores/docentes médicos de Família e Comunidade¹⁵. Partindo desse pressuposto, entendesse que se as unidades não se integram, este aluno não se envolve e acaba por não vivenciar realidade potencialmente transformadora.

Eu posso estar fechado no meu consultório, mas eu tenho que saber como é que funciona a dinâmica do posto, senão, não vou trabalhar de maneira correta, senão não me organizo. (IES1)

Além da questão organizacional, a estrutura e logística das UBS também têm papel fundamental. As dificuldades encontradas pelos alunos durante as atividades desenvolvidas na APS concentram-se na organização da agenda com pacientes para o atendimento, ficando muitas vezes ociosos, e na infraestrutura de salas, cadeiras e equipamentos. Os alunos acreditam que uma maior comunicação entre IES e gestão da unidade poderia solucionar os problemas com o agendamento. Mas reconhecem também que os professores tentam contornar as situações encontradas no cotidiano em prol da comunidade e do ensino.

Eu acho que [poderia melhorar] a relação tanto de estrutura, quanto de logística, porque eu acredito que, na maioria das vezes, apesar de ter o preparo da professora de ajeitar antes pra gente ir [...], tinha problema de comunicação com a coordenação. Às vezes não tinha sala, não tinha equipamento pra todo mundo e às vezes a gente ia fazer pré-natal e tinha que ficar dividindo equipamentos porque não tinha. [Faltavam] cadeiras e coisas assim, fundamentais, que a gente espera ter, mas não tem. (IES1)

A gente chegava pra fazer puericultura aí não tinha nenhuma puericultura marcada. Aí muitas vezes a gente passava a manhã olhando pra cara do outro. (IES1)

Além do agendamento, às vezes não tinha a comunicação entre os profissionais [...]. Já teve um dia que a professora ficou dando teoria, entendeu? Ficou falando sobre um monte de coisa porque não tinha nenhuma gestante pra gente atender, pois a única gestante que tinha foi atendida por outro profissional. (IES1)

Outra discussão relevante incorporada espontaneamente durante os grupos focais foi a medida que a presença do aluno interferiria na rotina da unidade de saúde e na qualidade das consultas. Sobre esse aspecto, eles relatam que observaram em alguns momentos certo receio por parte dos pacientes, nesse caso relacionados principalmente com o maior tempo de espera e de atendimento, mas que no geral havia boa aceitação de sua presença na unidade de saúde:

Eu cheguei a ter a oportunidade de ouvir o relato de uma paciente, ela disse no consultório que era melhor atendida quando tinham alunos também, porque a consulta era mais detalhada do que quando não se tinha alunos ali. Ela preferia ser atendida com alunos porque ela via uma consulta mais bem feita. (IES 2)

Perspectivas futuras como profissional na APS: frustração e encantamento

Ao serem questionados sobre a possibilidade de atuarem no SUS após concluída a formação, observou-se, diferente de todos os demais momentos do grupo, período inicial de silêncio, possivelmente certo desconforto, como se houvesse a necessidade de especificar a questão norteadora. Alguns discentes permaneceram com uma postura reflexiva como se constitui-se a primeira vez que cogitassem a possibilidade. Sendo o momento interrompido com o questionamento:

Quando você fala SUS, quer dizer Atenção Primária à Saúde ou SUS como um todo? (IES4)

Foi esclarecido que a interpretação deveria partir deles, no sentido de estimular a reflexão sobre a atuação no SUS em contexto amplo, incluindo a APS como uma das possibilidades, mas que o fato de atuar no SUS não estaria restrito a este território, não descartando o trabalho na assistência ou na docência. Após a explicação, começaram-se as manifestações, contando com os seguintes relatos por parte dos discentes de uma IES privada:

Eu acho que a pretensão de um aluno [...] é que a gente quer sempre o SUS, ou algo assim, de modo provisório. (IES2)

O meu foco seria a residência, mas posso trabalhar na atenção primária. (IES2)

Eu quero trabalhar algum período no SUS, mas não exclusivamente. (IES 1)

O que motiva é a questão do ensino. Não existe isso em hospital privado, a valorização do ensino e da questão da residência, preceptoria, isso é algo que me atrai [no SUS]. (IE4)

Nessas colocações, tendo em vista que a residência médica representa a capacitação para o exercício de uma especialidade médica, ou seja, é o meio para atingir o objetivo de ser um especialista em determinada área e não o seu fim, quando o discente colocou que o foco da sua escolha seria a residência médica, supostamente apontou que seria em outra área de atuação, mas que não descartava a possibilidade de trabalhar na APS em algum momento. Nesse caso, observamos certa tendência que ocorre com uma certa frequência histórica, desde a implantação da ESF no país: a de APS como opção de atuação transitória, descaracterizando um dos princípios da APS, o da longitudinalidade.

Ainda no mesmo grupo focal, foram proferidas as seguintes falas:

Porque quando você roda por alguns locais falando da atenção terciária ou falando em questão de saúde primária, você nota quanto o engajamento seu como profissional pode fazer a diferença. Então é nesse sentido sim, pelo Sistema Único de Saúde e por ele em si, não porque ele ainda é decepcionante,

ele é muito lindo no papel, mas na prática ele destoa muito da situação teórica. É frustrante. (IES2)

É isso que eu ia lhe dizer. A resposta dessa pergunta verbalmente que vem na minha cabeça é não, não, Deus me livre. Eu sou muito revoltada pra poder baixar a cabeça pra um sistema tão falho como tá agora. Não sei se pela teoria do SUS, porque a teoria do SUS é muito linda né? [...]. Eu não gostaria de tá contribuindo de alguma forma com esse sistema falho, mas eu sei também que se a gente baixar a cabeça, se a gente não encarar a realidade nunca vai mudar. (IES2)

Outro aluno completou a mesma linha de pensamento:

Com toda sinceridade e falando especificamente SUS, pelo SUS não, mas pelo paciente do SUS sim. (IES4)

Eu não vejo ninguém tendo aquele pensamento: ‘meu Deus, eu quero trabalhar no SUS. Eu quero fazer isso da minha vida, eu quero vestir essa camisa pra mim. Por quê? Porque a gente sabe que é muito decepcionante mesmo, então isso não faz com que a nova geração queira adentrar nesse mundo dessa forma, entendeu? E é revoltante gente. (IES2)

Acho que a pessoa quando faz medicina, pelo menos noventa por cento, quer ajudar alguém e eu acho que realmente não é mais pelo dinheiro, pelo tanto de gente que tem [em relação aos egressos no mercado de trabalho] e não é mais por status porque nem tem mais?!. Então eu acho que quem gosta de ajudar alguém vai buscar, vai ter que ‘pedalar’ como a gente fala. Não gosta de ‘Não’s’ e o SUS é um grande ‘Não’, é um ‘Nãozão’. (IES2)

A vontade que dá, sinceramente, pra mim hoje é trabalhar exclusivamente particular e poder fazer as minhas, entre aspas, caridades. (IES2)

Às vezes a gente trata bem como qualquer pessoa e como a gente gostaria de ser tratado e eles: ‘Doutor, nunca ninguém tinha me consultado assim’. (IES4)

Diante de tais relatos, algumas reflexões se fazem necessárias do ponto de vista de competência moral: a discussão sobre os estágios de raciocínio moral. Esses estágios estariam agrupados em três níveis: o convencional, o nível que o antecede (pré-convencional) e o que o sucede (pós-convencional)

Figura 3 - Níveis de raciocínio moral segundo Kohlberg (1992)



Fonte: Elaborada pela autora.

No primeiro nível, ocorre o julgamento pelo indivíduo do que seria certo e errado, firmado em interesses próprios e incluindo o medo de ser punido. Nesse estágio, considerado do individualismo, ele seguiria as normas por interesse pessoal. No segundo nível, a ação moral do indivíduo é baseada em regras e convenções socialmente aceitas e instituídas por autoridades, correspondendo a necessidade de cumprir com o que se espera do indivíduo para a manutenção da ordem social dentro de uma perspectiva de que os interesses coletivos se sobrepõem aos individuais. Por fim, o terceiro nível, o pós-convencional onde a ação é guiada por princípios universais, pautados pela igualdade e reciprocidade e não por ordens¹⁹.

A partir desses conceitos, alguns instrumentos foram propostos para avaliar a competência moral em vários contextos, inclusive entre os universitários. Ao realizar uma pesquisa sobre a competência moral entre os estudantes do curso de odontologia¹⁹, observou-se que a capacidade de tomada de decisão e julgamento estão intimamente relacionadas à formação escolar e familiar, ou seja, vivências prévias ao ingresso na universidade. Apesar disso, foi evidenciado que a competência moral, caso não seja trabalhada nos processos educacionais seguintes, pode inclusive retroceder. Dessa forma, as IES podem e devem dar sua contribuição no desenvolvimento de aspectos cognitivos, mas também morais dos alunos, contribuindo com a formação ética no exercício da profissão, beneficiando os futuros médicos e seus pacientes.

Exposto isso, retornamos à fala da aluna sobre o fato de não haver interesse em se atuar no SUS, ao invés disso, ter o seu trabalho exclusivamente na iniciativa privada e, como ela coloca, ‘fazer caridade’. O que ela denomina “caridade”, poderia ser compreendido, nesse contexto, como benefício de um grupo específico (institucional, filantrópico, ligado às instituições religiosas), em detrimento ao acesso universal, ou seja, acesso a todos como preconiza o SUS. A reflexão de dá no momento em que a aluna traz certa solução para determinada população, ao invés do pensamento voltado ao coletivo.

Importante ressaltar aqui o papel da IES, a qual a discente é vinculada, na contribuição com o desenvolvimento de sua competência moral durante a graduação, desenvolvendo a empatia e a humanização. Sabemos que, se os entraves do sistema de saúde público brasileiro

limitam o papel do médico na linha de cuidados com a pessoa, pode este ser de fato o maior desafio para o jovem discente, afastando o mesmo da possibilidade de constituir-se enquanto agente de transformação dentro do próprio sistema. Aspectos que devem provocar a reflexão sobre o papel institucional dos cursos de Medicina na formação dos novos profissionais.

Sobre os motivos que supostamente levariam os médicos a permanecerem no SUS, algumas hipóteses foram levantadas, dentre elas a estabilidade de um emprego público e o retorno financeiro:

Por que muita gente tá no SUS hoje? Pelo financeiro. Muita gente se submete a isso. Se submete pelo dinheiro, pelo emprego. (...) Vai chegar lá de cara feia, faz o mínimo possível e não quer ter qualquer trabalho. (IES2)

Falta incentivo. (...) Não tem reconhecimento. No Brasil sempre teve isso, aquela mentalidade que o médico ganha muito, sendo que ele ganha muito trabalhando muito. (IES4)

Quando levantou-se a questão da interiorização da Medicina, ouviram-se os seguintes relatos:

No interior falta plano de apoio para o aumento de conhecimento profissional, porque a gente sabe que médico tem que se atualizar sempre. Sem contar com a falta de estrutura. (...) Tudo é mais complicado. (IES2)

A gente sabe que, como profissional de saúde, a partir do momento em que a gente se responsabiliza por trabalhar em certo local e com certas condições, a responsabilidade é minha, então posso responder legalmente. (IES4)

Quando questionados acerca do que motivaria os discentes que relataram a possibilidade de trabalhar no SUS, diante de tantos desafios, ouviu-se:

É frustrante, porém motivador. Acho que nos hospitais privados é como se o médico fosse obrigado a fazer tudo e o paciente não fosse grato por você, pela sua atenção. Aqui você sente um agradecimento do paciente. (IES3)

Além disso, a demanda de saúde é mais complexa. A gente tá atrelado ao nível socioeconômico, cultural do paciente e eles tem uma demanda social maior. Particularmente, gosto de lidar com essa parte, de saber como é a vida da pessoa e criar um vínculo. (IES3)

É muito gratificante você saber que ajudou uma pessoa que não tinha nada e você às vezes, nem fez muito (...) mas fez toda a diferença. (IES1)

Não vejo a Medicina como meramente curativa. Eu acho que o objetivo principal é melhorar a qualidade de vida, que vai desde o máximo que você possa dar no seu atendimento até realmente ser resolutivo. (IES2)

Verificou-se, portanto, que apesar dos desafios, frustrações e limitações encontradas e

vivenciadas no campo de prática da APS, muitos sentem-se desafiados e gratos ao vislumbrar a possibilidade de trabalharem no SUS.

Considerações finais

Os resultados desta pesquisa trazem elementos importantes para identificação das fragilidades e potencialidades da APS enquanto cenário de ensino do curso de Medicina, a partir da ótica do discente sobre sua inserção e processo de aprendizagem na APS ao longo da graduação. Na opinião dos alunos, a APS permite contextualizar a teoria com situações reais, à medida que os aproxima das necessidades de saúde da população, das fragilidades e limitações do SUS, das pessoas inseridas em suas famílias e em seu contexto social.

De modo geral, satisfazem-se ao aplicar na prática o que conheceram previamente na teoria, apesar das limitações do sistema, dos problemas de gestão apontados em seu discurso e do distanciamento encontrado entre o preconizado legalmente e o real. Enfatizam ainda a importância da formação dos preceptores, que constituem-se enquanto elementos-chave do processo formativo, mas relatam, no entanto, no que compete às tecnologias relacionais, pouca interação com os demais profissionais da equipe e da UBS, apontando para a necessidade de se reavaliar como as diversas oportunidades encontradas nesse cenário de prática e ensino poderiam promover maiores experiências interprofissionais, favorecendo a troca de saberes com os diversos sujeitos e suas áreas de atuação, a cogestão e o estímulo ao trabalho em equipe, na contramão da fragmentação do cuidado.

Se por um lado, as dificuldades nesse percurso contribuíram para o desenvolvimento de certo sentimento de frustração/decepção com o SUS e, mais especificamente, com a APS, por outro, suscitou na maioria dos entrevistados o desejo de atuar como agente de transformação dessa realidade, motivados pelo lado humanístico, considerando a possibilidade de atuação profissional nesse contexto.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 9 Nov 2001.
2. Aguiar A, Ribeiro E. Conceito e Avaliação de Habilidades e Competência na educação Médica: Percepções Atuais dos Especialistas. Rev Bras Educ Med. 2006; 34(3):371-78.

3. Mendes A, Souza M, Silva M. Estudo de caso sobre tendências de mudanças nos cenários de prática em escolas médicas. *Arq. Ciências da Saúde*. 2016; 23(3):80-84.
4. Caldeira E, Leite M, Rodrigues-Neto J. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos profissionais. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(4):477-85.
5. Zompero E, Sampaio A, Vieira H. Investigação da transferência de significados na abordagem da aprendizagem significativa utilizando atividades investigativas. *Rev. electrón. investig. educ. cienc*. 2016; 11(1):00-00.
6. Carvalho MB, Ribeiro MMF, Silva LD, et al. A Composição do Curriculum Vitae entre Estudantes de Medicina e Seus Condicionantes. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(4):483-91.
7. Perim GL, Abdalla IG, Silva RHA, et al. Desenvolvimento Docente e a Formação de Médicos. *Rev. Bras.Educ. Med*. 2009; 33(1):70-82.
8. Minayo MC. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2016.
9. Zeferino AM, Passeri SM. Avaliação da Aprendizagem do estudante. *Cadernos ABEM*. 2007; 03(39):39-43.
10. Sadoyama ASP, Leal GS, Paula MV, et al. Identidade profissional do professor em medicina: um estudo de revisão sistemática. *Atas CIAIQ*. 2018; 18(3):685-95.
11. Borges MC, Miranda CH, Santana RC, et al. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*. 2014; 47(3):324-31.
12. Caldeira ES; Leite MT, Rodrigues-Neto J. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos profissionais. *Rev Bras de Educ Méd*. 2011; 5(4):477-85.
13. Reis I, Silva I. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. *Interface*. 2014; 18 (2):1161-173.

14. Ruiz DG, Farenzena GJ, Haeffner LS. Internato Regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(1):21-27.
15. Machado, CB, Daher DV, Teixeira ER, et al. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. *Rev enferm UERJ.* 2016; 24 (5):1-06.
16. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate.* 2014; 38(especial):252-64.
17. Bataglia P, Morais A; Lepre R. A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. *Estudos de Psicologia.* 2010; 15(1):25-320.
18. Fini L, Tolaine D. Desenvolvimento moral: de Piaget a Kohlberg. *Perspectiva.* 1991; 9(16):58-78.
19. Landim TP, Silva MSF, Feitosa HN, et al. Competência de Juízo Moral entre Estudantes de Odontologia. *Rev. bras. educ. med.* 2015; 39(1):41-49

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa trazem elementos importantes para identificação das fragilidades e potencialidades da APS enquanto cenário de ensino do curso de Medicina, a partir da ótica do discente sobre sua inserção e processo de aprendizagem na APS ao longo da graduação. Na opinião dos alunos, a APS permite contextualizar a teoria com situações reais, à medida que os aproxima das necessidades de saúde da população, das fragilidades e limitações do SUS, das pessoas inseridas em suas famílias e em seu contexto social.

De modo geral, satisfazem-se ao aplicar na prática o que conheceram previamente na teoria, apesar das limitações do sistema, dos problemas de gestão apontados em seu discurso e do distanciamento encontrado entre o preconizado legalmente e o real. Enfatizam ainda a importância da formação dos preceptores, que constituem-se enquanto elementos-chave do processo formativo, mas relatam, no entanto, no que compete às tecnologias relacionais, pouca interação com os demais profissionais da equipe e da UBS, apontando para a necessidade de se reavaliar como as diversas oportunidades encontradas nesse cenário de prática e ensino poderiam promover maiores experiências interprofissionais, favorecendo a troca de saberes com os diversos sujeitos e suas áreas de atuação, a cogestão e o estímulo ao trabalho em equipe, na contramão da fragmentação do cuidado.

Se por um lado, as dificuldades nesse percurso contribuíram para o desenvolvimento de certo sentimento de frustração/decepção com o SUS e, mais especificamente, com a APS, por outro, suscitou na maioria dos entrevistados o desejo de atuar como agente de transformação dessa realidade, motivados pelo lado humanístico, considerando a possibilidade de atuação profissional nesse contexto.

Ademais, o incentivo à docência e à carreira acadêmica (preceptoria) no SUS foram pontos positivos ressaltados pelos mesmos como motivadores nessa perspectiva, na contramão surgem a falta de estabilidade e de plano de carreira, sendo estes pontuados como aspectos negativos da permanência na APS, sobretudo se distante dos grandes centros urbanos.

Apesar de todas as limitações encontradas, habilidades como a comunicação, a empatia e a ética puderam ser qualificadas nesse contexto e a inserção dos discentes de Medicina desde os primeiros semestres da graduação foi avaliada como positiva, conferindo maior segurança na relação estudante-paciente e na tomada de decisões. Dessa forma, várias respostas adaptativas puderam ser desenvolvidas nesse cenário.

Dessa forma, apontamos que quanto mais próxima do conceito da integralidade for a visão do estudante de Medicina sobre o sistema de saúde público e sobre o cuidado com as

peçoas, a família e a comunidade no qual estão inseridos, maior será a apropriação e entendimento acerca do seu papel na sociedade como médico e mais inovador terá sido o seu processo de formação.

Emerge nesse cenário a necessária celeridade de investimento no eixo de desenvolvimento docente, seja integrando os serviços com as Instituições de Ensino Superior, estimulando a capacitação docente e a educação permanente, gerando espaços de discussão e corresponsabilização nas instituições formadoras sobre a atualização científica e o incentivo a projetos inovadores ou, ainda, por meio do estabelecimento de políticas de apoio pedagógico e o trabalho de sensibilização para as mudanças curriculares.

Apesar das IES contempladas no estudo seguirem em seu plano pedagógico as Diretrizes Curriculares de 2014 no que se diz respeito às práticas na APS, em muitos momentos os discentes apontaram que estas demoram a ocorrer, tornando os primeiros semestres primordialmente teóricos. Assim, surge a necessidade de repensar a APS enquanto cenário de prática motivador, levando em consideração o desafio de se trabalhar com o contexto real e suas limitações, possibilitando novo olhar, de mudança, de resiliência, de inquietação, a partir do qual novas e importantes habilidades devam ser estimuladas e, a partir das adversidades, possam ser compreendidas como passíveis de serem contornados pelos futuros Médicos.

É importante salientar a dificuldade enfrentada durante o desenvolvimento desta pesquisa no que diz respeito a obtenção do arcabouço organizacional de cursos (Projeto Pedagógico do Curso) de algumas Instituições de Ensino Superior, documentos que poderiam contribuir para uma análise mais profunda de suas experiências formativas e do tema em questão.

REFERÊNCIAS

- ARROYO, M. Conhecimento, Ética, Educação, Pesquisa. **Revista e-curriculum**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 12-22, jun. 2007.
- BARRETO, I. C.; LOIOLA, F. A. **Comunidades de Prática e Saúde**. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2014.
- BARROS, N. F. **As Ciências Sociais na Educação Médica**. São Paulo: Hucitec, 2016.
- BATAGLIA, P. U.; MORAIS, A.; LEPRE, R. M. A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 15, n. 1, p. 25-32, jan./abr. 2010.
- BATISTA, N.; VILELA, R.; BATISTA, S. **Educação Médica no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara da Educação Superior. **Parecer CNE/CES Nº 116/2014 de 03 de abril de 2014**. Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: Ministério da Educação e Cultura, 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4/2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Diário Oficial da União. 9 Nov 2001.
- BULCÃO, L. G.; EL-KAREH, A. C.; SAYD, J. D. Ciência e ensino médico no Brasil. **História, Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 469-87, jan/mar. 2007.
- CALDEIRA, E.; LEITE, M.; RODRIGUES-NETO, J. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos profissionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 477-85, out. 2011.
- CAREGNATO, R.; CATALINA, A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, out. 2006.
- CARLINI-COLTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-9, jun.1996.
- CORTELLA, Mário Sergio. Qual é a tua obra? Inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.
- CRESWELL, J. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa – Escolhendo entre cinco abordagens**. Porto Alegre: Penso, 2014.
- HEARN, J.; DEWJI, M.; STOCKER, C.; SIMONS, G. Patient-centered medical education: a proposed definition. **Medical Teacher**, Reino Unido, v. 13, n. 32, p. 132-41, jan. 2019.

FELÍCIO, H. M.; POSSANI, L. F. Análise crítica de currículo: um olhar sobre a prática pedagógica. **Currículo Sem Fronteiras**, Rio Grande do Sul, v. 13, n. 1, p. 129-42, jan. 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica**. São Paulo: Hucitec, 1998.

JUNG, C. **Metodologia Científica e tecnológica: hipótese, achado, teoria e lei**. Campinas: UNICAMP, 2009.

LOPES, M. S.; SARAIVA, K. R.; FERNANDES, A. F.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 19, n. 3, p. 461-68, set. 2010.

MENDES, A.; SOUZA, M.; SILVA, M. Estudo de caso sobre tendências de mudanças nos cenários de prática em escolas médicas. **Arquivos Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto. v. 23, n. 3, p. 80-84, jul. 2016.

MENDES, I. A. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-8, mai. 2004.

MINAYO, M. C. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 7. Ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

RUIZ, D. G.; FARENZENA, G. J.; HAEFFNER, L. S. Internato Regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro. v. 34, n. 1, p. 21-7, jan. 2010.

SOUSA, M. S. **A complexidade da formação médica na e para atenção básica como parte de dois sistemas e um sistema à parte**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UECE/UFC/UNIFOR, Fortaleza, 2014.

TEÓFILO, T.; SANTOS, N.; BADUY, R. Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina. **Interface**, Botucatu v. 21, n. 60, p. 177-88, abr. 2017.

APÊNDICE A - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

- SEXO:
 - () MASCULINO () FEMININO

- IDADE: _____ ANOS
- SEMESTRE ATUAL NA GRADUAÇÃO:
 - () TERCEIRO () OITAVO () INTERNATO

- RAÇA / COR:
 - () BRANCA () PRETA () AMARELA
 - () PARDA () INDÍGENA

- NATURALIDADE:
 - () CAPITAL () INTERIOR

- RENDA FAMILIAR MENSAL:
 - () ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO () 01 – 03 SAL. MÍNIMOS
 - () 03-05 SAL. MÍNIMOS () 05-15 SAL. MÍNIMOS
 - () MAIS DE 15 SAL. MÍNIMOS () NÃO SEI
 - () NÃO QUERO INFORMAR

-

- INSTITUIÇÃO ONDE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO:
 - () PÚBLICA () PRIVADA

- INSTITUIÇÃO ONDE CURSA MEDICINA:
 - () PÚBLICA () PRIVADA

- POSSUI RELIGIÃO?
 - () SIM () NÃO QUAL: _____

- TEVE ALGUMA EXPERIÊNCIA COMO USUÁRIO DO SUS?
 - () SIM () NÃO

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

- ME FALEM SOBRE COMO VOCÊS PERCEBEM A APRENDIZAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.

Desdobramentos:

- Como é o ambiente de ensino integrado à prática da APS?
- Vocês poderiam me falar quais são as maiores fragilidades e potencialidades nesse contexto?

- COMO TEM SIDO ESSES MOMENTOS FORMATIVOS?

Desdobramentos:

- Quais atividades vocês acompanham/ realizam na APS?
- Com quais profissionais vocês têm a oportunidade de trabalhar de forma inter/multidisciplinar?
- Falem sobre a experiência de vocês com a aproximação com a comunidade e com o território no âmbito da APS.

- RELATE ASPECTOS QUE VOCÊ VIVENCIAU NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E QUE VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE PARA SUA FORMAÇÃO?

- Quais desses aspectos contribuíram para a sua formação?
- Vocês se sentem motivados a trabalhar no SUS após essa experiência?
- Se não, por que?

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo(a). Sr (a). Prof (a). _____

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada ESTUDO SOBRE A INSERÇÃO DE DISCENTES DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE, cujo projeto encontra-se em anexo, a ser realizada pela pesquisadora Márcia Gomes Marinheiro Coelho sob a orientação da professora orientadora Sharmênia de Araújo Soares Nuto. A pesquisa utilizará para a propositura investigativa a metodologia do tipo transversal, descritiva, com abordagem qualitativa e será realizada por meio de grupo focal, com uma média de 08-10 participantes por cada grupo, seguindo um roteiro com perguntas norteadoras. Dessa forma, solicitamos o contato de um docente do terceiro e do oitavo semestre do curso de Medicina além de um docente do internato com o intuito de facilitar o acesso à instituição e aos discentes dos referidos semestres. Ao mesmo tempo, asseguramos que a Instituição terá sua identidade mantida em sigilo absoluto, conforme determina o art. 3º, VII da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 510, de 07 de abril de 2016, sendo revelada tão somente sua natureza quanto ao financiamento (pública / privada). Os dados coletados serão utilizados para a realização deste estudo e publicações futuras, sob a forma de artigo científico. Não haverá custos para a instituição e, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas. Nos responsabilizados do retorno dos resultados da pesquisa.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta coordenação, agradecemos antecipadamente seu apoio e a compreensão para o desenvolvimento da pesquisa científica nessa instituição, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

() Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Sharmênia de Araújo Soares Nuto
(Pesquisadora)

(Coordenador da IES)

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TITULO DA PESQUISA: ESTUDO SOBRE A INSERÇÃO DE DISCENTES DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

NOME DO PESQUISADOR: Sharmênia de Araújo Soares Nuto

ENDEREÇO: av. Santos Dumont, 5753 – sala 1303.

TELEFONE: (85) 3234.54.21

Prezado (a) Participante,

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, desenvolvida por Márcia G. M. Coelho, Médica de Família e Comunidade, mestranda da Fiocruz, sob a orientação da Prof.(a) Sharmênia de Araújo Soares Nuto. A mesma irá investigar a percepção dos discentes da graduação em medicina sobre sua inserção no contexto da atenção primária de saúde.

Nós estamos desenvolvendo esta pesquisa porque queremos analisar, sob a ótica do discente de Medicina, a integração ensino-serviço-comunidade, identificar as potencialidades e fragilidades no processo de inserção do discente do curso de Medicina no âmbito da atenção primária à saúde como ambiente de aprendizagem e conhecer as principais motivações do corpo discente do curso de Medicina para trabalhar no contexto do SUS, mais especificamente, na atenção primária à saúde e dessa forma, poder contribuir para a formação médica, para o SUS e para a sociedade de modo geral.

Você é discente do curso de Medicina do terceiro, do oitavo semestre ou do internat e por isso está sendo convidado a participar desta pesquisa. Sua participação se dará através de um grupo focal que é uma técnica de pesquisa qualitativa, onde se coleta as informações por meio das interações de um grupo, com duração média de 45 – 60 minutos e participação de cerca de 8-10 alunos voluntários, com a presença de um ou dois pesquisadores. A atividade será gravada e registrada para melhor compreensão e análise posterior dos significados – caso esteja de acordo. As atividades serão realizadas em local apropriado, nas dependências de sua instituição de ensino superior, com agendamento prévio. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer remuneração.

Lembramos que sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia e liberdade para decidir se quer ou não participar. A qualquer momento, você pode desistir de participar, mesmo após ter iniciado o grupo focal, sem nenhum prejuízo a você. Não haverá nenhuma penalização caso você decida não consentir a sua participação, ou desistir

dela. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Somente o pesquisador responsável e sua equipe saberá que você está participando desta pesquisa. Ninguém mais saberá da sua participação

Todos os dados e informações que você nos fornece serão guardados de forma sigilosa. Garantimos a confidencialidade e a privacidade dos seus dados e das suas informações, em que serão utilizadas somente para esta pesquisa

O material da pesquisa, com os seus dados e informações, será armazenado em local seguro e guardado em arquivo por pelo menos 5 anos após o término da mesma. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

Os riscos são pequenos, mas possíveis de acontecer. Esse risco poderá ser minimizado pelos esclarecimentos pertinentes e se houver algum constrangimento durante a coleta de dados, este será minimizado com delicadeza e respeito. Você pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável. O contato encontra-se no início deste Termo.

Solicitamos ainda sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em absoluto sigilo, garantindo o anonimato no decorrer da pesquisa.

Se você desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética. O Comitê de Ética tem como finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, e tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam os contatos do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento da pesquisa.

Se o (a) Sr. (a) estiver de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar este documento, que será elaborado em duas vias: uma via deste Termo ficará com o(a) Senhor(a) e a outra ficará com o pesquisador.

O participante de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar

todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apondo a sua assinatura na última página do referido Termo.

Estarei à disposição para esclarecer dúvidas e V.S. a será garantido o acesso em qualquer tempo às informações sobre os procedimentos relacionados à pesquisa. terá garantido o sigilo das informações registradas.

Espero contar com sua valiosa participação, pois ela é fundamental para o alcance dos objetivos do estudo. Agradeço, antecipadamente, sua colaboração e coloco-me a seu dispor para qualquer esclarecimento que achar necessário. Para tanto forneço meus contatos: e-mail: marciamarinheiro@yahoo.com.br e telefone: (85) 98154-3045.

O pesquisador responsável deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente das atividades que estarei participando, e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

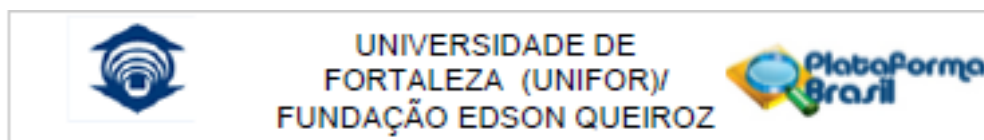
_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou representante legal

Assinatura do pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza – COÉTICA
Av. Washington Soares, 1321, Bloco M, sala 30.
Bairro Edson Queiroz, CEP 60.811-341.
Horário de Funcionamento: 08:00hs às 12:00hs e 13:30hs às 18:00hs.
Telefone (85) 3477-3122. Fortaleza-CE

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo sobre a Inserção de discentes de medicina na Atenção Primária de Saúde

Pesquisador: Sharméria de Araújo Soares Nuto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86157018.5.0000.5052

Instituição Proponente: Fundação Edson Queiroz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.585.305

Apresentação do Projeto:

A trajetória do Ensino Médico no Brasil vem passando por diversas mudanças nos últimos anos, ressaltando o papel do aluno de graduação como protagonista do saber, ressignificando a prática médica e desenvolvendo competências no sentido de uma formação mais ampla. Nesse contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 reforçaram a proposta de um perfil de formação que contemple as necessidades de saúde através da Integração ensino-serviço. Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde configura-se como campo de prática num contexto longitudinal, onde os discentes entram em contato com as equipes de saúde e com as comunidades no início da graduação e ao longo de toda sua formação, considerando uma oportunidade de adquirir competências necessárias para consolidação do SUS. O presente trabalho tem como objetivo analisar, sob a ótica dos discentes de Medicina, a inserção da atenção primária à saúde como ambiente de aprendizagem. A abordagem do mesmo é a qualitativa e optou-se pela fenomenologia por obter uma compreensão maior do fenômeno e permitir a interpretação do ambiente, gerando reflexões e possibilidade de mudanças. A pesquisa será realizada nas Instituições de Ensino Superior da cidade de Fortaleza – Ce, que possuem curso de Medicina. A coleta de dados será realizada por meio de grupo focal. A participação será gravada e posteriormente, realizada a escuta e transcrição. A importância de conhecer os reflexos dessa inserção de forma longitudinal pode contribuir como uma ferramenta de avaliação e planejamento dos cursos de Medicina, resultando na qualificação do ensino e da atenção de saúde.

Endereço: Av. Washington Soares 1321/Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3058 **E-mail:** coetica@unifor.br



UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 2.525.306

Objetivo da Pesquisa:

Analisar, sob a ótica do discente de Medicina, a Inserção da atenção primária a saúde como ambiente de aprendizagem.

Objetivo Secundário:

- Analisar a carga horária referente ao ensino da Saúde Coletiva nos cursos de Medicina das Instituições de Ensino Superior envolvidas.
- Examinar a percepção de discentes de Medicina acerca de sua Inserção na Atenção Primária a Saúde
- Identificar as potencialidades e fragilidades no processo de Inserção do discente do curso de Medicina no âmbito da atenção primária a saúde como ambiente de aprendizagem.
- Reconhecer perspectivas dos discentes para atuarem na Atenção Primária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são pequenos, mas possíveis de acontecer. Esse risco poderá ser minimizado pelos esclarecimentos pertinentes e se houver algum constrangimento durante a coleta de dados, este será minimizado com delicadeza e respeito.

Benefícios:

A produção incipiente dessa temática, reforça a importância desse estudo para colaborar na discussão da formação médica e a inserção dos discentes no SUS. Dessa forma, este projeto pode colaborar com o processo avaliativo e com o planejamento dos cursos de Medicina, resultando na melhor adequação dos mesmos para APS e na qualificação do ensino.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância acadêmica que busca analisar, sob a ótica do discente de Medicina, a inserção da atenção primária a saúde como ambiente de aprendizagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Após a leitura da versão apresentada, não há recomendações por conta de pendências do projeto de pesquisa analisado.

Endereço: Av. Washington Soares 1321/Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRRPG - Edson Queiroz CEP: 80.811-005
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coelica@unifor.br



UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 2.505.300

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Colegiado recomenda a **Aprovação** ao projeto de pesquisa visto atender, na íntegra, as determinações da Resolução CNS/MS 466/12 e diretrizes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1065492.pdf	15/03/2018 21:48:38		Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_UECE.pdf	15/03/2018 21:32:04	MARCIA GOMES MARINHEIRO COELHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_PROFSAUDE_MGMC.pdf	15/03/2018 21:17:08	MARCIA GOMES MARINHEIRO COELHO	Aceito
Outros	carta_ufc.pdf	01/03/2018 15:28:03	Shamênia de Araujo Soares Nuto	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_2_IES.pdf	10/02/2018 16:34:12	MARCIA GOMES MARINHEIRO COELHO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	04/02/2018 22:36:10	MARCIA GOMES MARINHEIRO COELHO	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_1_IES.pdf	04/02/2018 22:34:52	MARCIA GOMES MARINHEIRO COELHO	Aceito
Outros	ROTEIRO_PARA_GRUPO_FOCAL.pdf	29/01/2018 00:18:07	MARCIA GOMES MARINHEIRO COELHO	Aceito
Outros	CARACTERIZACAO_DOS_PARTICIPANTES.pdf	29/01/2018 00:15:24	MARCIA GOMES MARINHEIRO COELHO	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	28/01/2018 17:56:17	MARCIA GOMES MARINHEIRO COELHO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	28/01/2018 17:54:19	MARCIA GOMES MARINHEIRO COELHO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PROJETO.pdf	28/01/2018 17:49:35	MARCIA GOMES MARINHEIRO COELHO	Aceito

Endereço: Av. Washington Soares 1321/Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 80.811-005
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coelica@unifor.br



UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 2.585.306

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 05 de Abril de 2018

Assinado por:
ALDO ANGELIM DIAS
(Coordenador)

Endereço: Av. Washington Soares 1321/Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coelco@unifor.br

ANEXO D - NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA INTERFACE

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, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, o título da obra resenhada no seu idioma original, seguido de um subtítulo alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha.

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 e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) 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.**

4.1 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 vinte palavras.

4.2 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). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

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.

4.3 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 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 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 as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou 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.

9 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

1 O processo de submissão é feito apenas *on-line*, no sistema *ScholarOne Manuscripts*. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “**Autor**” e iniciar o processo de submissão.

Nota

. No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize *login* no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “**Editar Conta**”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

2 Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

3 Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

– Autor principal: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte or-

dem: Departamento, Unidade, Universidade. Endereço institucional completo para correspondência (logradouro, número, bairro, cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um e-mail** (preferencialmente institucional). ID do ORCID.

– Coautores: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país. E-mail institucional. ID do ORCID.

Notas

. Os dados de **todos os autores** devem incluir, **obrigatoriamente**, o **ID do ORCID** (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema *ScholarOne*, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar **pelo menos** a instituição a que o autor pertence e a sua função.

. Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.

. Em caso do autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar:

Graduando do curso de ...Pós-graduando do curso..., indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

. Titulação, cargo e função dos autores **não devem ser informados**.

. Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.

Exemplo: autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se **Porto-Foresti, Fabio**.

4 Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas com seus respectivos créditos ou legendas como documentos suplementares ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

5 O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito** e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

6 Ao fazer a submissão, em **Página de Rosto**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como **conflito de interesses** deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Página de Rosto**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso neste campo do formulário.

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 neste campo do formulário.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em **Página de Rosto**, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

7 No caso de submissão de **Resenha**, em **Página de Rosto** o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

8 No item **Contribuição à Literatura** o autor deverá responder à seguinte pergunta: O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

Nota

. Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

9 O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.