

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA /FIOCRUZ

MARIA BEATRIZ DEVOTI VILELA

**PROJETO SAÚDE NO TERRITÓRIO: FERRAMENTA DE
INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE
MEDICINA**

UBERLÂNDIA

2019

MARIA BEATRIZ DEVOTI VILELA

**PROJETO SAÚDE NO TERRITÓRIO: FERRAMENTA DE
INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE
MEDICINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família como requisito parcial de avaliação para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Profº. Dr. Wallisen Tadashi Hattori
Co-Orientadora: Prof. Dra. Rosuita Bonito Fratari

UBERLÂNDIA

2019

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

V699 Vilela, Maria Beatriz Devoti, 1974-
2019 PROJETO SAÚDE NO TERRITÓRIO: FERRAMENTA DE
INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE
MEDICINA [recurso eletrônico] / Maria Beatriz Devoti Vilela. - 2019.

Orientador: Wallisen Tadashi Hattori Tadashi Hattori.
Coorientadora: Rosuita Bonito Fratari.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Pós-graduação em Saúde da Família.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.267>
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas. I. Hattori, Wallisen Tadashi Hattori Tadashi, 1978-, (Orient.). II. Fratari, Rosuita Bonito, 1957-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Saúde da Família. IV. Título.

CDU: 61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2: Gizele
Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional

Av. Pará, 1720, Bloco 2U, Sala 08 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: - www.famed.ufu.br - ppsa@famed.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde da Família				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional do PPSAF				
Data:	23 de setembro de 2019	Hora de início:	10:00	Hora de encerramento:	12:00
Matrícula do Discente:	11712PSF004				
Nome do Discente:	Maria Beatriz Devoti Vilela				
Título do Trabalho:	Projeto Saúde no Território: ferramenta de integração ensino-serviço-comunidade no curso de medicina				
Área de concentração:	Saúde Coletiva				
Linha de pesquisa:	Educação e Saúde				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Projeto Saúde no Território: ferramenta de integração ensino-serviço-comunidade no curso de medicina				

Reuniu-se na sala 2U29, *Campus Umuarama*, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, assim composta: Professores(as) Doutores(as): Luciana Saraiva da Silva - FAMED/UFU; Marília Rodrigues Moreira - FAMED/UFU; Wallisen Tadashi Hattori - FAMED/UFU - orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). Wallisen Tadashi Hattori, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao(à) Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do(a) Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(as) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

Documento assinado eletronicamente por **Wallisen Tadashi Hattori, Presidente**, em 23/09/2019, às 12:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Saraiva da Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 24/09/2019, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marília Rodrigues Moreira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 01/10/2019, às 11:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1553238** e o código CRC **AC8A0C7D**.

DEDICATÓRIA

Dedico essa pesquisa aos que investiram seu amor e dedicação ao meu crescimento profissional e pessoal, em especial ao meu tio Humberto, que foi meu maior incentivador e responsável por ter realizado meu sonho de ser médica.

A minha mãe, Wilma, que sempre me fez acreditar que eu seria capaz de realizar o impossível.

Ao meu pai, Manoel, por me ensinar a nunca desistir de sonhar e lutar pra tornar tudo realidade.

AGRADECIMENTO

A ausência foi amenizada pelo carinho e apoio incondicional do meu grande companheiro e esposo, **Baltasar**, e a compreensão das minhas filhas, **Sabrina** e **Júlia**, pois sem eles nada disso teria sentido. Nossa família sempre será minha maior conquista e o principal motivo de lutar para ser uma pessoa e profissional cada vez melhor.

As viagens tornaram-se mais leves com a presença das minhas amigas, **Francis** e **Marisa**, unidas na alegria e angústias dessa caminhada, sempre protegidas e guiadas por Deus.

Agradecimento especial ao meu grande amigo, **Marcos Leandro**, que me apresentou a metodologia ativa de aprendizado, onde me vi numa busca incansável pelo conhecimento, sendo meu maior incentivador na realização desse mestrado e exemplo de garra e determinação.

Mariana foi peça fundamental nessa pesquisa, guiando-me no mundo fantástico da pesquisa qualitativa.

Nas horas de desespero, ouvir os conselhos do **Wall** me deu forças pra seguir em frente.

Mas nada disso teria se concretizado se não fosse o carinho da minha orientadora, Dra. **Rosuita**, que mesmo com todas as dificuldades, soube me entender e me conduzir.

Não posso esquecer de agradecer à **Fiocruz** a oportunidade de fazer um mestrado e a parceria das instituições que estou vinculada: **Unipam** e **Prefeitura de Patos de Minas**, além de todas as pessoas envolvidas

E claro, agradecimento especial a todos os **Acadêmicos** que participaram dessa pesquisa, confidenciando suas angústias e acreditando que nada seria em vão.

Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar; não apenas planejar, mas também acreditar.

Anatole France

PROJETO SAÚDE NO TERRITÓRIO: FERRAMENTA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE MEDICINA

RESUMO: O Projeto Saúde no Território (PST) é uma ferramenta utilizada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e também no curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada para elaborar estratégias efetivas na produção da saúde em um território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a intervir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades. Objetivou-se analisar o PST sob a percepção dos acadêmicos do curso de graduação em medicina como ferramenta de aprendizagem e avaliação no componente curricular Integração Ensino-Serviço-Comunidade (INESC). Este é um estudo descritivo e transversal com abordagem qualitativa. Foi realizado em uma IES privada no interior de Minas Gerais por meio de quatro grupos focais com 38 acadêmicos do primeiro ao quarto anos do curso de medicina, em 2018. As transcrições foram analisadas conforme a Análise do Conteúdo segundo Bardin e descoberta de núcleos de sentido. O diálogo entre pesquisadores e acadêmicos resultaram em três categorias empíricas constituídas a partir da identificação dos núcleos de conceito-chave: disputa de sentidos (finalidade), práticas no território e atores envolvidos no processo. O PST, por sua vez, na percepção do acadêmico, é uma ferramenta que aproxima o ensino e o serviço. No entanto, diversos pontos são levantados para melhoria da aplicação desta ferramenta, como a aproximação da teoria com a prática, o diálogo entre coordenação e preceptores, o nivelamento e alinhamento dos preceptores e das práticas desenvolvidas na equipe e no território, o planejamento das ações no território para aquisição de habilidades e competências longitudinais conforme a graduação no curso. Refletir a prática profissional com criticidade promove transformações no processo de trabalho e instrumentaliza as possibilidades de avaliação do processo ensino-aprendizagem dos acadêmicos do curso de medicina. Essa ferramenta da Atenção Primária à Saúde (APS) é potente para a produção de saúde no território e mostra quais os caminhos devem ser seguidos para melhorar o INESC, inclusive, fortalecendo vínculos.

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

HEALTH PROJECT IN THE TERRITORY: TEACHING-SERVICE-COMMUNITY INTEGRATION TOOL IN THE MEDICINE COURSE

ABSTRACT: The Health in the Territory Project (PST) is a tool used by the Family Health Strategy (ESF) and the Expanded Core Group of Family Health and Basic Care (NASF-AB) teams to elaborate effective strategies in the production of health in a territory, articulating the health services with other services and social policies, in order to invest in the quality of life and the autonomy of the communities. The objective was to analyze the PST under the perception of undergraduate medical students as a learning and assessment tool in the curricular component Integration Teaching-Service-Community (INESC). This is a descriptive and cross-sectional study with a qualitative approach. It was carried out in a private HEI in the interior of Minas Gerais through four focused groups with 38 academics from the first to the fourth year of medical school, in 2018. Transcripts were analyzed according to Bardin's Content Analysis and discovery of nuclei of meaning. The dialogue between researchers and academics resulted in three empirical categories constituted from the identification of the key concept cores: dispute of meanings, practices in the territory and actors involved in the process. The PST, in turn, in the perception of the academic, is a tool that brings education and service closer together. However, several points are raised to improve the application of this instrument as the approximation of theory to practice, dialogue between co-ordination and preceptors, leveling and alignment of preceptors and practices developed in the team and territory, planning actions in the territory, for the acquisition of longitudinal skills and competences according to the graduation in the course. Reflecting the professional practice with criticality promotes transformations in the work process and instrumentalizes the possibilities of formative evaluation of the teaching-learning process of the medical students of the medical course. In conclusion, I find it challenging to write about the health project in the territory from the perspective of the medical students of this institution and to identify in the speeches of each one that belonged to the focus group the potentialities and vulnerabilities of the PST in the INESC curricular component. This leads us to believe how this APS tool is potent for the production of health in the territory and what ways we must follow to improve the curricular component of Teaching-Service-Community Integration for the strengthening of the bonds. I show a strong shift in my teaching-learning process, putting me as an activator of this process of change, and can contribute in a systematized way to the growth of the medical course and the transformation of the egress profile of this institution.

Keywords: Medical Education, Professional Practice, Primary Health Care, Teaching-Assistance Integration Services

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	08
CAPÍTULO I	09
1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3 METODOLOGIA	21
3.1 Caracteriação do estudo.....	21
3.2 Participantes.....	21
3.3 Critérios de inclusão.....	22
3.4 Critérios de exclusão.....	22
3.5 Instrumento e técnicas de coletas de dados.....	22
3.6 Análise de dados.....	22
3.7 Aspectos éticos	23
CAPÍTULO II	24
CAPÍTULO III	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	50
APÊNDICES	57

APRESENTAÇÃO

Trabalhar em Saúde da Família foi um chamado. Desde minha formatura me dediquei a essa missão e, posteriormente, recebi o convite para ser preceptora do curso de Medicina na Universidade onde foi realizada essa pesquisa. Nesse mesmo período, fui apresentada à metodologia ativa de aprendizagem, despertando o interesse para novas aventuras, principalmente para esse mestrado.

Atualmente, sou médica de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e preceptora do curso de Medicina dos acadêmicos do primeiro ao quarto ano, do internato em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Em uma conversa informal junto a coordenação do curso de Medicina, surgiu a ideia de desenvolvemos essa pesquisa com os acadêmicos dessa universidade, na intenção de analisar o Projeto Saúde no Território (PST) como ferramenta de avaliação no processo formativo de ensino-aprendizagem, uma vez que existe muita resistência por parte dos acadêmicos na sua execução.

O PST surge no curso de medicina, na perspectiva de aproximação dos acadêmicos com serviços de saúde e da comunidade nos cuidados primários de saúde, objetivando, primariamente, a promoção de saúde, a educação em saúde e o processo de trabalho.

Este estudo apresenta uma discussão das mudanças das Diretrizes Curriculares Nacionais, o fortalecimento do componente curricular Integração Ensino- Serviço-Comunidade (INESC), assim como do PST como ferramenta de avaliação formativa do processo de ensino-aprendizagem, por meio da aquisição das habilidades e competências pré-estabelecidas.

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos têm-se discutido a respeito da formação dos profissionais da área da saúde, que está em processo de migração do modelo biológico para o modelo centrado na pessoa. Um dos pilares utilizados para esta mudança foram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), inclusive, para o curso de Medicina. A mudança dos currículos da área de saúde ocorreu baseada em conceitos e práticas relacionados ao planejamento, promoção de saúde e prevenção de doenças, o que não se limita aos espaços acadêmicos formais, mas ultrapassa os muros da Universidade. O desenvolvimento do trabalho conjunto com o serviço e a comunidade promove aproximação dos acadêmicos às necessidades de saúde da população e, desse modo, pode ser traçado um plano de ação para intervenção na comunidade, tendo em vista a dificuldade enfrentada pelas escolas de medicina em acessarem os serviços de saúde por falta de pactuação interinstitucional e readequação curricular (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013).

A ênfase no processo ensino-aprendizagem está centrada na possibilidade de que o estudante vivencie, em sua formação, “[...] situações em que seja mobilizada a sua atividade global que se manifesta em atividade intelectual, atividade de criação, de expressão verbal, escrita, plástica ou outro tipo [...]” (FREIRE, 2005, p. 64). O ensino se caracteriza como uma ação “[...] diretamente relacionada à aprendizagem, e, em virtude da relação de reciprocidade, o ato de aprender implica escolha, decisão e responsabilidades de todos os envolvidos” (FREIRE, 2005; p. 135). Não é, portanto, algo natural, espontâneo, pois exige intencionalidade, planejamento e rigorosidade metodológica (TOASSI; LEWGOY, 2016; SOUZA; CARCERERI, 2011).

Neste contexto, as Universidades vêm buscando se adequar às DCN para os cursos de Medicina (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014), expandindo o ensino para o nível primário de atenção, ou seja, Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde (FORSTER; CAMPOS, 2008). Portanto, a inserção de um

componente curricular que faça essa integração, pode contribuir tecnicamente para a formação do médico voltada à integralidade do cuidado em todos os níveis da assistência, visando responder às demandas e necessidades de saúde da população de forma ampliada (GONCALVES et al., 2009).

De sobremaneira, pode-se perceber que a integração ensino-serviço percorreu um caminho para sua consolidação nos cursos da área da saúde, tendo em vista a real necessidade da inserção dos graduandos desde o início do curso, para a sensibilização do estudante para o SUS e para os desafios que o mesmo propõe para a sua formação.

Em 1971, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) discutia necessidades de mudanças no modelo de formação médica, haja vista a inserção da Medicina Preventiva e Social, cujo objetivo era discutir os determinantes sociais da saúde no processo de adoecimento (BUSS; PELEGRIINI-FILHO, 2007). Em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão (URSS), enfatizava a necessidade de saúde para todos no ano 2000, fazendo com que diversos países reformulassem suas políticas públicas e reorientassem seu ensino médico (ZARPELON; TERENCIO; BATISTA, 2018).

Com a Reforma Sanitária no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Constituição Brasileira (1988) propuseram a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios se embasaram na equidade, universalidade e integralidade do cuidado e instituía o SUS como escola, e espaço de formação em serviço para construção do processo ensino-aprendizagem (ROCHA, 2017). Nos anos 2000, a Organização Mundial de Saúde discute e convida as escolas médicas a adaptarem seus currículos, pois a inserção dos acadêmicos nos serviços de saúde melhora as competências dos egressos, cria e estimula o interesse em trabalhar nos serviços junto à comunidade (WHO, 2010).

Partindo destas iniciativas, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Saúde (SGETS), e o Ministério da Educação, apresentaram, em novembro de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde), sendo seu principal objetivo formar profissionais para atender às necessidades do SUS, no programa de Saúde da Família. Inicialmente, o Pró-Saúde surgiu para os cursos

de Medicina, Enfermagem e Odontologia, cujos egressos compunham a equipe de Saúde da Família. Por meio de políticas públicas, o PRÓ-Saúde provoca mudanças no processo de formação e na oferta de serviços, conforme a realidade socioeconômica e sanitária da população local (BRASIL, 2005).

O eixo central do Programa era a integração ensino-serviço-comunidade, alocando os acadêmicos, desde o início da graduação, para os locais de práticas assistenciais no SUS, enfatizando a APS, pois o Ministério de Saúde entendeu que o investimento em infraestrutura, insumos, tecnologias seria em vão se não houvesse mudanças do perfil e da postura profissional, para cumprir os princípios, as diretrizes e os demandas do SUS (BRASIL, 2005).

Já em 2008, por meio da Portaria Interministerial do MS e o Ministério da Educação nº 1.802/2008, foi instituído o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), com o intuito de “ampliar, promover, articular e apoiar ações e atividades de formação, voltadas às mudanças das graduações na saúde e a integração ensino-serviço-comunidade articuladas à educação permanente”. O eixo central deste programa era a promoção e qualificação da integração ensino-serviço- comunidade, ocasionando a formação em serviço, envolvendo os professores, os acadêmicos e os profissionais de saúde para a oferta de serviços junto à comunidade, de forma que se produzisse conhecimento em áreas estratégicas do SUS e da realidade epidemiológica local (BRASIL, 2008).

Neste movimento, a Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013 que instituiu o Programa Mais Médicos para o Brasil, teve a finalidade de formar recursos humanos, na área médica, para o SUS. Assim, propôs que o programa aprimorasse a formação médica no País e proporcionasse maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação na graduação; ampliasse a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecesse a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, vinculados as instituições de ensino superior e os serviços de saúde (BRASIL, 2013; ROCHA, 2017).

A Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as DCN para o curso de Medicina, embasada na Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, preconizava a aquisição, durante a graduação, de habilidades e

competências gerais que se referem à liderança, comunicação, gerenciamento, tomada de decisão e educação permanente e, além disso, incentivava modelos de ensino médico pautados na integralidade do cuidado, nos quais os estudantes devem estar envolvidos, desde os primeiros períodos, em atividades curriculares ligadas à promoção de saúde, à prevenção de doenças, à reabilitação física e mental e à recuperação da saúde, além de considerar que a estrutura do curso de graduação em medicina deverá, por meio da integração ensino-serviço, vincular a formação médico-acadêmica as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (BRASIL, 2014; ROCHA, 2017).

Em 04 de agosto de 2015, é publicada a Portaria Interministerial nº 1.127, MS/MEC, que institui as diretrizes para os Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), cujo principal objetivo é a aproximação das instituições de ensino com o serviço e a comunidade, fortalecendo essa integração para a formação de profissionais no SUS e para o SUS, num referencial ético e político, promovendo diálogos e articulações no contexto real para aumento da resolutividade e integralidade do cuidado e das práticas desenvolvidas no território, assumindo responsabilidades mútuas (BRASIL, 2015).

É com a intenção da mudança do perfil de egresso no curso de medicina, que mudanças curriculares propõe o desenvolvimento de profissionais capazes de atuar integralmente na vigilância à saúde, no cuidado integral e singular, mais familiarizados com os principais problemas de saúde, coordenando o itinerário terapêutico do usuário na rede de atenção à saúde. Estas mudanças referem-se ao emprego de metodologias ativas, centradas no estudante e baseadas nas necessidades de saúde da população, com a inserção dos estudantes em Equipes de Saúde da Família (ESF) desde o início do curso e de forma contínua (CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011).

A relação ensino-serviço-comunidade vem sendo motivo de discussões e debates promovidos pelas diversas instâncias envolvidas com o processo formativo na área de saúde no Brasil. As instituições e agentes que participam do processo de formação e construção do perfil de profissionais vêm, ao longo dos anos, apresentando proposições e mecanismos no sentido de reordenar a formação no campo da saúde, com vistas a atender aos desafios da gestão e qualificação dessa força de trabalho (SILVA, 2015).

Entende-se por integração ensino-serviço como o trabalho coletivo, programado e integrado entre acadêmicos, docentes, profissionais da assistência e gestores da saúde, cujo objetivo é promover a qualidade da atenção à saúde, da formação em serviço e das melhorias dos processos de trabalho. É um elemento responsável pela reflexão e transformação da prática de trabalho, construindo espaços reais de aprendizado mútuos. Desse modo, os professores constituiriam parte dos serviços e os profissionais dos serviços seriam corresponsáveis pela formação acadêmica (FINKLER et al., 2010).

As práticas de integração ensino-serviço-comunidade caracterizam-se como um eixo que tem como objetivo aproximar o estudante de Medicina da realidade do SUS, da comunidade, do território e dos profissionais de saúde da unidade desde o início do curso (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Assim, entende-se que o método aplicado é intrínseco à realidade e se compromete com a construção da formação médica pautada no compartilhamento dos saberes, contemplando, desta forma, o quadrilátero da formação para a área de saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, numa aprendizagem significativa e colaborativa (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Neste movimento de reformulação da educação médica para a formação de profissionais com perfis para o atendimento integral das necessidades de saúde da comunidade, é que as escolas médicas vêm se adequando para esta realidade, onde o foco é sensibilizar o acadêmico para situações reais, num cenário epidemiológico local, propondo, por meio dos diferentes saberes, trocas de experiências e aquisição de habilidades e competências em serviço, com sua inserção nos serviços do SUS desde o início da graduação (ROCHA, 2017).

Percebe-se que a articulação ensino-serviço-comunidade é uma importante ferramenta para a efetiva integração entre teoria e prática, devendo, também, se colocar a serviço da reflexão da realidade, possibilitando ao aluno elaborar críticas e buscar soluções adequadas para os problemas de saúde encontrados, guardando-se o compromisso e a responsabilidade com o usuário pelo cuidado, para emancipação do outro (PEREIRA et al., 2009).

A articulação ensino-serviço na educação em saúde, pressupõe considerar que todos os participantes são sujeitos do processo de aprendizagem, ou seja, tanto os acadêmicos de instituições de ensino inseridos

nos serviços quanto os trabalhadores, bem como as pessoas em cuidado, num processo contínuo. A articulação não é a presença do aluno num espaço profissional somente como observador, presumindo que está sendo também observado por aquele que o recebe (TOASSI; LEWGOY, 2016).

As relações entre esses componentes têm se configurado de maneira frágil e distante. A integração ensino-serviço significa a inserção do estudante no campo de prática, o ensino-comunidade se restringe à extensão universitária, e a interação serviço-comunidade ocorre através dos programas de atenção primária. Com a parceria entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e a comunidade têm-se as bases para a transformação necessária e a intervenção na formação de atores comprometidos com a implantação do sistema de saúde e a consolidação de um novo modelo de atenção centrado no usuário (PACHECO, 2014). Assim, inúmeras práticas podem ser desenvolvidas junto à ESF responsável pelo território de abrangência, um deles o PST (BRASIL, 2010).

Para Verdi, Freitas e Souza (2012), o Projeto de Saúde no Território (PST) é mais uma das estratégias de orientação e organização do trabalho das equipes de saúde que compõe o rol de ferramentas tecnológicas idealizadas para apoiar a Estratégia Saúde da Família e colaborar com a ampliação das ações da Atenção Básica no Brasil. Pautando-se pelo entendimento ampliado de saúde e sustentando- se nos pilares da promoção da saúde, da participação social e da intersetorialidade, o PST busca investir na criação de espaços democráticos de participação social e na emancipação de sujeitos e comunidades. Nessa proposta, é por meio da discussão coletiva acerca das prioridades e necessidades em saúde, bem como seus determinantes sociais, que a comunidade, as equipes de saúde, as lideranças locais ou outros sujeitos estratégicos, pactuam como serão abordados os problemas de seu território (BRASIL, 2010).

Corroborando, o PST é uma ferramenta utilizada pelas equipes da ESF e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) para elaborar estratégias efetivas na produção da saúde em um território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades. Ele deve ser iniciado pela identificação de uma área e/ou de uma população vulnerável ou em risco. Deve ainda ter foco na promoção da saúde, participação social e

intersetorialidade, com a criação de espaços coletivos de discussão, onde sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para sua abordagem. O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância e promoção da saúde (FIGUEIREDO, 2012).

Assim sendo, o Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM vêm se adequando antes mesmo da publicação das DCN de 2014. O curso de Medicina teve seu início em 2008, construído num modelo tradicional integrado, e os acadêmicos estavam inseridos nas unidades básicas de saúde no 4º e 7º períodos, com as disciplinas de Saúde Coletiva e Medicina Preventiva e Comunitária; no 11º e 12º períodos do internato, nas disciplinas de Medicina de Família e Comunidade e Internato Rural; e a partir do 5º período, nos ambulatórios de Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia.

Em 2012, houve a mudança curricular no curso de Medicina, saindo do modelo Flexneriano para o método ativo e a aprendizagem construtivista, colaborativa e significativa, e junto com esta mudança, o surgimento do componente curricular Integração Ensino-Serviço-Comunidade (INESC), cujo objetivo é inserir o acadêmico na APS desde o primeiro período do curso até o oitavo período.

No INESC, os acadêmicos estão divididos em grupos, geralmente com 6 acadêmicos, são acompanhados por um preceptor médico, colaborador do serviço, reconhecidos como preceptores pela IES, por meio de contratos celetistas e são coordenados por um docente da IES. Semestralmente, ocorre o alinhamento das ações e as pactuações com o grupo de preceptores, entretanto, os mesmos têm autonomia para adequação das práticas à sua rotina de trabalho. Ora se propõe, que as atividades do INESC sejam organizadas conforme a evolução do nível de aprendizagem dos acadêmicos, atendendo a aquisição de habilidades e competências destinadas a integração ensino-serviço-comunidade.

Faz parte das ações do INESC: territorialização, diagnóstico situacional, acompanhamento longitudinal das famílias, acolhimento, triagem, discussão de casos clínicos, acompanhamento de consultas, integração com os Internos, desenvolvimento de PTS e o PST, sendo que a intervenção comunitária

é a priori, o foco das ações.

É no intuito de aproximação do ensino, do serviço e da comunidade na integralidade do cuidado que o Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) introduziu o PST como ferramenta de aprendizagem e avaliação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o PST sob a percepção dos acadêmicos do curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)..

2.2 Objetivos específicos

- Descrever e caracterizar o PST;
- Analisar o INESC na aproximação do acadêmico com os serviços de saúde e a comunidade;
- Analisar as fragilidades e potencialidades do PST nos diferentes pontos de atenção.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal de abordagem qualitativa. Foi realizado em uma IES privada (UNIPAM-Universidade de Patos de Minas-MG) de caráter filantrópico, mantida por uma Fundação Educacional. A coleta de dados foi realizada por meio do grupo focal, no total de quatro grupos, conduzidos por moderador experiente, contando com dois observadores participantes da pesquisa, durante o dia 16 de novembro de 2018.

3.2 Participantes

A população amostral de conveniência foi constituída por trinta e oito

acadêmicos do curso de medicina, separados conforme ano em curso, sendo nove acadêmicos do primeiro ano, sete do segundo ano, dez do terceiro ano e doze do quarto ano.

A amostra foi de conveniência e obtida através de convite aos acadêmicos do primeiro ao quarto anos, cursando o componente curricular Integração-Ensino-Serviço (INESC) e conforme a disponibilidade em participar do grupo referente a cada anodo curso.

3.3 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo os acadêmicos do curso de Medicina, que estavam devidamente matriculados e inseridos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), cursando ou cursado o componente curricular INESC .

3.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo:

- 1 - Acadêmicos que estiveram ou estão sob orientação da pesquisadora;
- 2 - Acadêmicos com idade inferior a 18 anos.

3.5 Instrumento e técnicas de coletas de dados

Devido ao risco de constrangimento por parte dos entrevistados e identificação, foi garantido o sigilo das informações e identidade dos participantes, sendo permitido não responder às perguntas ou encerrar a entrevista se fosse da vontade de algum dos entrevistados e também oferecido apoio psicológico se necessário.

Os acadêmicos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após sua assinatura, responderam a um questionário contendo dados sobre idade, ano do curso, sexo e se haviam concluído outro curso superior. A coleta de dados foi realizada por meio do grupo focal, os quais foram gravados por meio de áudio e vídeo para posterior transcrição e análise.

3.6 Análise de dados

Após a coleta dos dados, foi feita a transcrição dos grupos, seguida pelas etapas principais: pré-análise, por uma leitura flutuante e categorização inicial; exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação junto ao referencial teórico (MINAYO, 2014; BARDÍN, 2016).

As transcrições foram analisadas conforme a Análise do Conteúdo segundo Bardin, por ser mais apropriada para as pesquisas qualitativas em saúde. O referencial metodológico foi a Análise Temática, com descoberta de núcleos de sentido (BARDIN, 2016).

3.7 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia sob número 101193.2018, submetido em 29/09/2018.

CAPÍTULO II

PROJETO SAÚDE NO TERRITÓRIO: FERRAMENTA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE MEDICINA

HEALTH PROJECT IN THE TERRITORY: TEACHING-SERVICE-COMMUNITY INTEGRATION TOOL IN THE MEDICINE COURSE

Maria Beatriz Devoti Vilela¹

Rosuita Fratari Bonito²

Wallisen Tadashi Hattori³

INTRODUÇÃO

Os cursos de graduação em Medicina eram desenhados em um modelo biomédico, numa formação voltada para o atendimento individual e curativo. Entretanto, mundialmente, nos últimos 40 anos, surgiram discussões para a reformulação do ensino médico, cujos argumentos favoráveis estavam associados à necessidade de mudança na prática assistencial, culminando na sua consolidação. As principais mudanças objetivaram formar profissionais capazes de atuar de forma coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde¹ (SUS).

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

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

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família FIOCRUZ/UFU.

² Professora Co-Orientadora.

³ Professor Orientador.

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

Em 2014, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais⁸ (DCN) para o curso de Medicina:

[...] a formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença⁸ (Art. 3º). Dada a necessária articulação entre conhecimento, habilidades e atitudes (Art. 4º).

Em 2015, instituiu o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), por meio da integração ensino-serviço e comunidade, vincularam a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde para a formação de profissionais no SUS e para o SUS, num referencial ético e político, promovendo diálogos e articulações no contexto real⁹. Assim, atentou-se para mudanças do perfil do acadêmico e, consequentemente, nas práticas assistenciais, pois este contato desenvolve o pensamento crítico-reflexivo, além da formação em serviço¹⁰.

Vendruscolo, Prado, Kleba¹¹ discutiram que o desafio é reconhecer a integração ensino-serviço como alicerce da construção de um novo modelo pedagógico, onde o ensinar, o aprender e o fazer ganham novos significados para os docentes, discentes, gestores das instituições de ensino e do SUS, profissionais e a comunidade.

Partindo deste pressuposto, o curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, iniciado em 2008 no modelo flexneriano, adaptou-se às novas necessidades na formação médica em 2012. Das principais mudanças estavam

o modelo ativo de ensino-aprendizagem, baseado nas teorias construtivistas e na aprendizagem significativa e colaborativa; e a inserção dos acadêmicos desde o primeiro ano na Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo a integração ensino-serviço-comunidade.

De acordo com o UNIPAM¹², a Unidade Curricular denominada Integração Ensino-Serviço-Comunidade (INESC) tem como objetivo principal colocar o acadêmico no início da graduação em contato com atividades de atenção à saúde na comunidade, integrando-o à Estratégia de Saúde da Família (ESF), proporcionando o conhecimento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sua rotina e estrutura para atender às necessidades de saúde da sua área de abrangência; afim de propor e desenvolver alternativas de solução para problemas de saúde dessa comunidade; comportar-se eticamente no seu relacionamento com as pessoas da comunidade, famílias, equipe de saúde e colega de grupos; envolver a comunidade ao longo do processo, caminhando na construção conjunta dos projetos terapêuticos; conhecer a importância da visita domiciliar como ferramenta assistencial à saúde que proporciona longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e interação profissional-usuário/família

No INESC, os acadêmicos são orientados por preceptores (médicos da ESF) reconhecidos pela Universidade, cujos cenários de prática são as UBS com programação pré-estabelecida para cada período. As atividades variam conforme o nível de cada subgrupo de 6 acadêmicos que vão do 1º ao 4º ano; tais como: territorialização, diagnóstico situacional, triagem, visitas domiciliares, acompanhamento longitudinal de famílias selecionadas, de grupos e dos internos em consultas, realização de consultas, discussão de casos clínicos, construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), dentre outros. Os encontros nas UBS ocorrem quinzenalmente, com duração de 4 h/aula, alternando com as aulas teóricas no campus.

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

O PST é uma ferramenta utilizada na APS para criar espaços democráticos

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

É no intuito de aproximação do ensino e do serviço que o UNIPAM introduziu o PST como ferramenta de aprendizagem e avaliação, atendendo as DCN, sendo realizado durante os quatro primeiros anos do curso (um PST a cada ano), sendo também objeto de aproximação do ensino, do serviço e da comunidade na integralidade do cuidado¹².

Desse modo, diante da necessidade de compreender o PST como ferramenta de integração ensino-serviço-comunidade e de avaliação e formação acadêmica, este estudo objetivou analisar o PST sob a percepção dos acadêmicos do curso de Medicina do UNIPAM.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada por meio do grupo focal composto por acadêmicos do curso de medicina de uma IES privada sem fins lucrativos, mantida por uma fundação comunitária numa cidade de Minas Gerais, em novembro de 2018, visando obter informações, mediante interação entre os participantes para gerar consenso ou explicitar divergências¹⁵.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia sob número 101193.2018.

A população amostral foi constituída de quatro grupos focais, com nove acadêmicos do primeiro ano, sete do segundo, dez do terceiro e doze do quarto, perfazendo um total de 38 acadêmicos. A amostra foi de conveniência, obtida através de convite aos acadêmicos do primeiro ao quarto anos, conforme a disponibilidade em participar do grupo, referente a cada ano do curso.

Foram incluídos no estudo os acadêmicos do curso de Medicina, que

estavam devidamente matriculados e inseridos numa UBS, que já cursaram o componente curricular INESC ou ainda em curso. Os excluídos foram os acadêmicos que estavam ou estiveram sob orientação da pesquisadora e os com idade inferior a 18 anos.

Os grupos focais foram filmados por profissional experiente através de filmadora com microfone localizado no centro da sala e gravado por celular, sendo transcritos pela mesma pessoa para posterior análise.

A coordenação dos grupos foi feita por moderador experiente e contou com dois observadores, participantes da pesquisa, com duração máxima de uma hora e vinte minutos.

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

Após a coleta dos dados, foi feita a transcrição dos grupos, seguida pelas etapas principais: pré-análise, por uma leitura flutuante e categorização inicial; exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação junto ao referencial teórico^{15;16}.

As transcrições foram analisadas conforme a Análise do Conteúdo segundo Bardin, por ser mais apropriada para as pesquisas qualitativas em saúde. O referencial metodológico foi a Análise Temática, com descoberta de núcleos de sentido¹⁶.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

O diálogo entre pesquisadores e acadêmicos de Medicina em relação ao INESC e PST resultaram em três categorias empíricas, que foram constituídas a partir dos núcleos de conceitos-chave identificados nos relatos dos sujeitos de pesquisa. São elas:

- 1- Disputa de sentidos (Finalidade): objetivos do INESC e PST.
- 2- Práticas no território: atividades desenvolvidas.
- 3- Atores: papéis de todos os envolvidos.

1 – DISPUTA DE SENTIDOS (FINALIDADE)

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

Segundo as DCN 2014 para o curso de graduação em Medicina, o acadêmico deve se pautar em três pilares: competência, habilidades e atitudes, sabendo se comunicar, por meio de linguagem verbal e não-verbal, com pacientes, familiares, comunidades e profissionais das equipes de saúde, com sensibilidade, empatia e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança do paciente⁸.

Este curso de Medicina prevê o treinamento das habilidades de comunicação através do treinamento da relação médico-paciente com abordagem e anamnese adequadas. Além disso, através de técnicas adequadas de comunicação, é esperado que os acadêmicos saibam entender, informar e educar os pacientes e seus familiares e comunidades, em relação à promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças¹².

Os acadêmicos entrevistados entendem a importância desse componente curricular e acreditam que ele facilita o treinamento das habilidades de comunicação, lapidando a personalidade e trabalhando o modo de agir, conforme o Projeto Pedagógico do Curso (PPC), criando vínculos com a comunidade e com a equipe da ESF. Gonçalves e Moraes¹⁷ discorrem que quando os acadêmicos são inseridos juntos nas equipes da ESF, desde o primeiro período do curso de forma longitudinal, facilita a compreensão da teoria quando aplicada à prática, aproximando, de maneira efetiva e real, a teoria à prática, sem desqualificar o papel da teoria.

Rego, Gomes e Siqueira-Batista¹⁸ conjecturam que essa mudança de paradigma proposto nas DCN (2014), é fundamental para a formação do novo médico, indo ao encontro das doutrinas e diretrizes do SUS, de modo a promover reflexões da prática humanizada nos serviços de saúde, com um olhar ampliado e integral do processo saúde-doença, com base em seus determinantes físicos, biológicos, psicológicos, socioeconômicos, ambientais, culturais e políticos, com vistas à integralidade do cuidado.

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

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

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

O MS vem discutindo desde 2004 a respeito do modelo pedagógico para a formação de profissionais de saúde. Evidenciou-se que a formação destes profissionais deve ir além desta abordagem clínica, das evidências, do diagnóstico ao prognóstico, comprometendo-se com o desenvolvimento de condições de atendimento às demandas de saúde das pessoas e das comunidades, com a gestão setorial, controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento do autocuidado até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado²¹.

O objetivo ao inserir os acadêmicos na AB desde o primeiro ano do curso, seria tornar possível conhecer o SUS, suas potencialidades e vulnerabilidades, porém, segundo os mesmos, há uma falha no aprendizado visto que na prática há pouco conhecimento dos medicamentos oferecidos pelo SUS, dos Cadernos de AB, dos Protocolos e Diretrizes do MS, dos formulários e receituários usados nos atendimentos da UBS, evidenciado na falas dos acadêmicos ao finalizarem o INESC.

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

Das sugestões relatadas nas entrevistas, os acadêmicos acreditam que o INESC poderia ser melhor aproveitado se alinhado às aulas teóricas, trazendo maior

integração e associação com a prática, cujos conteúdos seriam trazidos e partir da leitura da realidade e das demandas da comunidade de cada território. Dessa forma, o planejamento prévio das atividades desenvolvidas, estimularia a busca de informação, leituras, reflexões, permitindo a descoberta e estudo de novos conteúdos a partir das questões trazidas pela prática²², baseado no arco de Charles Marguerez e na espiral construtivista.

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

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

Contudo, foi evidenciado que o modelo pedagógico do curso é metodologia ativa e, que, este aprendizado dependeria da iniciativa e autonomia do aluno. Para Lima²³ a performance dos acadêmicos em situações reais da prática profissional, uma vez que a metodologia ativa seja menos controlada, é mais significativa pela absoluta contextualização e integração teoria-prática. As situações reais funcionam como disparadores da aprendizagem e necessitam de total empenho do educando, uma vez que necessitam de intervenções nos problemas identificados, por meio da ação-reflexão-ação. Logo, a espiral construtivista prezando pela busca de novos significados, a partir da leitura da realidade, fundamentam nossa intervenção no mundo, sendo produto do confronto entre os saberes prévios e as novas informações trazidas pelos educandos. Seguindo o movimento da espiral, as informações adquiridas surgem a partir da imersão e da complexidade de conhecimentos no decorrer do curso de graduação, ampliando as ações de saúde no cuidado longitudinal da comunidade²³.

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

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

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

Lima-Barreto et al.²⁶ aponta que o preceptor da APS deve possibilitar o ambiente de ensino e a produção de conhecimento em serviço, facilitando o processo ensino-aprendizagem. Para que esta facilitação ocorra, ele deve adquirir habilidades para o aprimoramento de suas responsabilidades territoriais e epidemiológicas conjuntamente com o ensino e a pesquisa; para a inserção e empoderamento do acadêmico nas ações do serviço, dando-lhe um caráter “participa-ativo”, “colaborativo”, por meio do planejamento de atividades compatíveis com os objetivos de aprendizagem de cada módulo, além da adequação da agenda de trabalho atendendo as demandas do ensino e do serviço, com integralidade do cuidado e gestão da clínica.

2 – PRÁTICAS NO TERRITÓRIO

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

Com o objetivo de proporcionar a realização do diagnóstico situacional do

território, os acadêmicos realizam um reconhecimento de área, juntamente com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), acompanhando-o em todas as suas atividades. Essa atividade é chamada de Territorialização e, após sua execução, supõe serem capazes de desenvolver ações em benefício da equipe e da população através do PST e do PTS. Além disso, “adotam” famílias que serão acompanhadas durante os quatro anos do INESC.

Sobre a Territorialização os acadêmicos mencionam que propicia o conhecimento da área e acreditam que o tempo destinado a esta ação é muito longo. Com esses dados, seria possível executar ações com base nas patologias mais frequentes, trazendo mais benefícios para a população, criam vínculos com a comunidade e equipe de ESF, com sentimento de “utilidade”. Ao mesmo tempo, relataram que os objetivos da Territorialização não estão claros, dando a impressão de estar sem planejamento e queixam da falta de alinhamento das atividades propostas como as visitas.

Segundo Brandão, Rocha e Silva¹ a territorialização está ancorada na observação da realidade, na visualização do sujeito no contexto social e na sua vivência em comunidade, pois os acadêmicos conseguem identificar vulnerabilidades e carências do território, para sugerir posteriormente o planejamento de ações para melhoria da condição de saúde e do serviço de saúde.

“Um dos princípios do SUS que é a longitudinalidade acaba sendo prejudicado, porque um médico nunca vai conhecer um caso de um paciente por muito tempo, porque está sempre nesse processo de mudança, acaba que fica bem prejudicado.”
(GF 1)

Ao mesmo tempo, existiram relatos de que a mudança de UBS ou de preceptor, atrapalham o aprendizado pois a longitudinalidade pretendida pelo componente curricular e o planejamento das atividades baseadas no diagnóstico situacional são perdidos.

“Você vai acompanhar essa família... você conhece as fraquezas dela, você conhece a comunidade que ela está em volta, consequentemente, a gente já faz a territorialização... você vai sabendo também as fraquezas daquela população e as doenças que mais acometem e você consegue entender o funcionamento da sociedade”. (GF 1)

Sobre as famílias adotadas, é percebido uma divergência na rotina dos grupos como periodicidade de visitas e número de famílias acompanhadas. O preceptor deveria ajudar na escolha das famílias por ter o conhecimento da área e das famílias do seu território. O sentimento de “ser útil” aparece como uma necessidade de fazer algo para as famílias acompanhadas, mostrando o vínculo criado.

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

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

“Tentar relacionar o que está sendo visto aqui (faculdade) com o PST, pra nós foi muito positivo e muito mais fácil de fazer e com o que a gente estava tendo contato aqui nas aulas também.” (GF 1)

Mais uma vez, a falta de conexão com a teoria é relatada pelos estudantes, porque os assuntos abordados nas aulas teóricas nem sempre são vistos na prática, apesar da alta prevalência conhecida dos temas estudados. Outro fator relatado é que os acadêmicos comparecem às UBS em dias fixos da semana e a maioria das agendas médicas ainda são organizadas com demanda programada para grupos específicos, como Pré-Natal, Puericultura, grupos de hipertensos/diabéticos ou troca de receitas.

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

Gomes et al.²⁸ enfatizam que a finalização do produto de intervenção no território, mediante o desenvolvimento de projetos de saúde, no caso dessa Universidade, o PST, poderia instrumentalizar e possibilitar a organização da inserção de forma a torná-la mais útil para os acadêmicos envolvidos no processo saúde-doença, para os profissionais de saúde que buscam ampliar a sua prática assistencial,

e principalmente para a comunidade, que recebem a assistência integral, longitudinal e equânime.

Mendonça e Nunes²⁹ e Noro et al.³⁰ corroboram que seja esperado que os profissionais de saúde do futuro sejam formados baseados na realidade da população, no seu contexto epidemiológico, respeitando suas necessidades com um modelo de assistência de excelência.

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

Sobre os relatos dos PST realizados durante o ano no INESC, fica claro que eles poderiam ser mais direcionados à prática na comunidade, levando a uma maior integração, ficando o PTS como sendo mais integrador por ter um resultado mais visível, trazendo benefícios direto pra família. Além disso, queixaram que o tempo dispendido para o PST deveria ser maior.

3 – ATORES

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

Inserir os acadêmicos nas UBS no início do curso, proporciona um convívio com outras categorias profissionais, como ACS, profissionais do NASF e acadêmicos de outros períodos ou cursos, entretanto, nem sempre essa integração acontece.

Para Henriques³¹ os estudantes relatam que a falha na comunicação entre os profissionais do ensino e do serviço, impactam na integração das diferentes categorias profissionais, sendo evidenciada desde o primeiro dia de atividades na UBS, quando eles não são apresentados a todos os profissionais das equipes da ESF e nem mesmo ao local de atuação, pois esse espaço de prática onde foram inseridos é propício para a produção de novos saberes e práticas, assim como para a aquisição de habilidades e competências.

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

Essa mesma falta de comunicação é percebida pelos acadêmicos em relação à instituição de ensino e os preceptores, e com os outros acadêmicos (do último ano de graduação-internos) que também atuam na UBS sob a mesma preceptoria.

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

Os papéis e os processos de trabalho não estão “bem definidos” para os acadêmicos, pois dizem que os preceptores acabam sempre “dando um jeitinho”, não orientando os acadêmicos de forma adequada, inclusive na programação dos PST’s e sua execução.

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

Supõe-se que há uma dificuldade em reunir os preceptores por parte da coordenação, justificando a necessidade de uma maior cobrança em relação à atuação dos mesmos e a ausência de uma avaliação do trabalho executado. Isso favorece as diferenças no estágio relatada como falta de alinhamento entre os preceptores. Os acadêmicos sentem uma maior necessidade de cobrança da coordenação em relação à atuação dos preceptores e sua avaliação.

O conflito com a prefeitura também foi relatado pelos acadêmicos, como um fato desfavorável à integração, visto que não havia o COAPES. Conforme Troncon³², existem pré-requisitos, ligados à rede de atenção à saúde, aos

profissionais e ao estabelecimento, vínculos estáveis entre a universidade, a prefeitura e a comunidade necessários para que a integração entre ensino e serviço seja bem-sucedido.

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

Por fim, apesar de todas essas dificuldades, os acadêmicos percebem que o INESC trabalha as relações interpessoais, o trabalho em equipe e proporciona um vínculo com a população, principalmente com as famílias adotadas. Campos e Forster²⁷ também relatam em seu estudo sobre integração ensino-serviço que os acadêmicos compreendem a importância do estágio em saúde pública, da família e da comunidade para a integralidade do cuidado, a clínica ampliada e a gestão da clínica.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesse trabalho evidenciam que os acadêmicos reconhecem a importância do componente curricular INESC e da ferramenta PST para a aprendizagem efetiva e promoção de ações em saúde. No entanto, reconhecem a necessidade de ajustes em ambos.

Em relação ao INESC, foi descrito como promotor da aprendizagem por meio do conhecimento teórico em aulas e da aplicação deste na prática, através do reconhecimento do território e da criação de vínculos com as famílias acompanhadas, corroborando, assim, com a aquisição de habilidades e competências para o trabalho interprofissional e transdisciplinar. Porém, há a percepção de que esse componente necessita de ajustes, como a avaliação e alinhamento dos preceptores, o estímulo à maior integração entre os profissionais da esquipe de ESF com os acadêmicos, à progressão do processo de aprendizagem e uma maior associação da teoria à prática,

aspectos que foram descritos como deficientes.

Nesse ínterim, acadêmicos, professores, preceptores, equipes de saúde, comunidade, gestores de saúde e de ensino são os principais atores envolvidos no INESC, como se propõe as novas DCN. Dessa maneira, torna-se fundamental a integração de todos esses atores por meio do diálogo e comunicação adequada para aprendizagem em sala de aula e articulação das ações de saúde no território, proporcionando maior aproximação dos profissionais com os acadêmicos, facilitando a integração ensino-serviço e favorecendo as propostas de intervenção, assim como uma maior articulação das ações com os gestores do município e comunidade.

Já em relação ao PST, os acadêmicos reconhecem sua importância como promotor de ações em saúde, assim como sua função prática de aprendizagem do conhecimento adquirido em aula, desde que seja mais direcionado às necessidades de saúde da comunidade onde estão inseridos, quando teria maior utilidade e efetividade, inclusive, maior estímulo aos acadêmicos.

Entretanto, um aspecto apresentado como deficiente foi a falta de continuidade do projeto, gerando frustração aos acadêmicos. Desse modo, torna-se claro o desejo de o PST ser executado por um tempo maior.

Seria interessante a adoção de famílias que demandam uma maior atenção e cuidados da ESF, escolhidas pelo preceptor, sendo as visitas domiciliares pactuadas previamente com as famílias, confirmadas antes do deslocamento dos acadêmicos.

Surge, desse modo, a necessidade do processo de Territorialização de forma continuada, ao longo dos quatro anos, intercalando com outras ações da equipe, com realização de projetos a partir deste diagnóstico situacional. Além disso, esse processo instrumentaliza e possibilita a organização da inserção de forma a torná-la mais útil para os acadêmicos envolvidos no processo saúde-doença, para os profissionais de saúde que buscam ampliar a sua prática assistencial e, principalmente, para a comunidade, que recebem a assistência integral, longitudinal e equânime.

Sugere-se que a coordenação se comprometa com reuniões frequentes para alinhamento das ações dos preceptores e definição clara dos objetivos de aprendizagem de cada semestre, baseados na prática vivenciada na UBS, inclusive associados à teoria, juntamente com os gestores de saúde. Além disso, a criação de um sistema de avaliação do preceptor, sob a óptica da coordenação do curso, dos acadêmicos, da comunidade, dos gestores de saúde e auto avaliação parece nívelar

os profissionais no exercício da preceptoria.

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

REFERÊNCIAS

1. BRANDÃO, E. R. M.; ROCHA, S. V.; SILVA, S. S. Service-Learning-Community Integration Practices: Reorienting Medical Education. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, pp. 573-577, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000400013>
2. ZARPELON, L. F. B.; TERÊNCIO, M. L.; BATISTA, N. A. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32132016>
3. ROCHA, V. X. M. **Reformas na Educação Médica no Brasil**: estudo comparativo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014. dissertação (mestrado). universidade católica de santos, 2017.
4. WHO. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention**, v. 23. 2010. Disponível em: http://www.who.int/entity/hrh/migration/hmr_expert_meeting_dolea.pdf. Acesso em: 02 jun. 2019.
5. BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.118, de 03 de novembro de 2005**. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, 2005, 4 nov.
6. BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Diário Oficial da União, 2008.
7. BRASIL. **Lei n.º 12.781, de 22 de maio de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013; 23 maio.
8. BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES 3/2014**. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11
9. BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.124, de 04 de agosto de 2015**. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) para o fortalecimento da Integração Ensino, Serviços e Comunidade no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2015; 5 ago.
10. BALDOINO, A. S.; VERAS, R. M. Analysis of Service-learning activities adopted in

health courses of Federal University of Bahia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, pp. 17-24, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300003>

11. VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Teaching-Service integration within the National Professional Health Education Reorientation Program. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, pp. 2949-2960, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.12742015>
12. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS – UNIPAM. **Projeto Pedagógico do curso de Medicina**. Patos de Minas: UNIPAM, 2018.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica n. 27).
14. NASCIMENTO, A. S et al. Health project in the territory as a strategy for promoting the culture of peace. **Sanare**, Sobral, v.17, n. 02, pp.107-113, Jul./Dez. – 2018
15. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.
16. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2016.
17. GONÇALVES, M. B.; MORAES, A. M. S. M. Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 27, n. 2, pp. 83-90, 2003.
18. REGO, S.; GOMES, A. P. SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, pp. 4, pp. 482-491, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400011>
19. BRASIL. **Carta de mobilização**: SUS 20 anos. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/doc/carta_mobilizacao.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.
20. AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, pp.16-29, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

22. CAMPOS, G. W. S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes. **Cadernos Associação Brasileira de Educação Médica**, v. 3, 2007.

23. LIMA, V. V. Constructivist spiral: an active learning methodology. **Interface** (Botucatu), v. 21, n. 61, pp. 421-434, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>

24. BROADBENT, M. Supporting bachelor of nursing students within the clinical environment: perspectives of preceptors. **Nurse Education in Practice**, v. 14, n. 4, 403–409, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.12.003>

25. AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, pp. 81–86, 2011.

26. LIMA-BARRETO, V. H. et al. The Primary Health Care Preceptor in Undergraduate and Graduate Training at Pernambuco Federal University: a Reference Term. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, pp. 578-583, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400019>

27. CAMPOS, M. A. F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, pp. 83-89, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100011>

28. GOMES, Andréia Patrícia et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 36, n. 4, p.541-549, dez. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000600014>

29. MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 15, n. 38, pp. 871-882, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300020>

30. NORO, L. R. A. et al. O professor (ainda) no centro do processo de ensino-aprendizagem em odontologia. **Revista ABENO**, v. 15, n. 1, 2015. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v15i1.146>

31. HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

32. TRONCON, L. E. A. Ensino clínico na comunidade. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, pp. 335-344, 1999. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v32i3p335-344>

CAPÍTULO III

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar o PST é repensar nas práticas adotadas na APS, cujo objetivo é minimizar às vulnerabilidades sociais e ampliar as ações de saúde no território, fortalecendo a APS e os vínculos estabelecidos entre os serviços de saúde e a comunidade, principalmente no que se refere à participação social na tomada de decisões e a corresponsabilização do cuidado.

Pessoalmente, percebo o quanto transformador é a participação da comunidade no planejamento de estratégias que envolvem a saúde individual e coletiva, uma vez que o modelo de atenção centrado na pessoa corrobora para a mudança de paradigmas, ampliando a clínica pautada na integralidade do cuidado, promovendo gestão e cogestão sobre esse mesmo cuidado. É nesse modelo que surge a necessidade de transformação do perfil do profissional que vai cuidar da família e da comunidade, capaz de pensar além da doença e do impacto que isto traz na vida da população. Mas, que tenha a sensibilidade de olhar para o indivíduo e compreender todas as dimensões do sujeito e o contexto social o qual está inserido, cuja finalidade é de ampliar a assistência e melhorar a qualidade de vida deste indivíduo e de sua comunidade.

É repensando nisto, que as escolas de Medicina, atualmente, guiadas pelas DCN de 2014, se propõem a aproximar o acadêmico dos serviços de saúde e da comunidade desde o princípio do curso, pois naquele momento ainda há o que aprender das habilidades e competências para a clínica, mas são capazes de conhecer o território, suas vulnerabilidades e potencialidades e a partir daí traçar um diagnóstico situacional que irá propulsionar as demais ações de saúde desenvolvida ao longo dos anos.

O INESC, por sua vez, contribui para a sensibilização destes acadêmicos para a criação de espaços e diálogos e elaboração de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação. Conhecer o serviço de saúde e a forma como ele presta assistência ao indivíduo e sua coletividade colabora para a reflexão das práticas do cuidado e a interação entre a universidade e as unidades básicas de saúde, capazes de ampliar as ações de saúde no território.

Embora tenhamos iniciado a inserção dos acadêmicos na prática desde o início do curso ainda é um processo com um caminho a ser trilhado, pensando nas dimensões que a integração ensino-serviço-comunidade pode tomar. Contudo, podemos visualizar potencialidades e vulnerabilidades desta aproximação. Os acadêmicos ao iniciarem suas atividades desde o primeiro período são capazes de adquirir habilidades e competências para a utilização de ferramentas de abordagem familiar como o genograma, o ecomapa e a rede social do indivíduo; o PTS e sua abordagem interprofissional e interdisciplinar; a realização de diagnóstico situacional, por meio da territorialização; o acompanhamento familiar, pautado na longitudinalidade do cuidado, além de proporcionar momentos de reflexão acerca dos vínculos estabelecidos entre o serviço e a comunidade, evidenciando a sensibilidade e a humanização do cuidado do outro. Existem alguns pontos que necessitam ser melhores trabalhados no INESC para a solidez do mesmo como: ampliação do diálogo entre a universidade e os serviços de saúde, planejamento das ações desenvolvidas longitudinalmente, alinhamento dos preceptores e avaliação dos preceptores pela universidade.

Por fim, o PST, também como ferramenta da APS, é uma ferramenta de avaliação formativa e somativa. Na visão dos acadêmicos é uma maneira de aproximação da universidade e do serviço com a comunidade, cujo principal objetivo é ampliar as ações de saúde com a participação das equipes de ESF e da comunidade, que oportuniza cada aluno a refletir sobre a prática assistencial nos cuidados primários com a saúde, bem como encontrar sentido no componente curricular. Os acadêmicos, de certa forma, se sentem desamparados em alguns momentos pelos preceptores no desenvolvimento do PST, o que nos leva a indagar como é o relacionamento entre a universidade e a preceptoria, e a orientação para o acompanhamento de sua realização no território.

Concluindo, verifico como foi desafiador escrever a respeito do PST sob a óptica dos acadêmicos do curso de medicina desta instituição, e identificar nas falas de cada um, que pertenciam ao grupo focal, as potencialidades e vulnerabilidades do PST como ferramenta de avaliação do INESC. Isso nos leva

a acreditar como essa ferramenta da APS é potente para a produção de saúde no território e quais os caminhos devemos seguir para melhorá-lo, inclusive para o fortalecimento dos vínculos. Evidencio um forte deslocamento no meu processo ensino-aprendizagem, me colocando como ativadora deste processo de mudança, podendo contribuir de forma sistematizada para o crescimento do curso de Medicina e da transformação do perfil de egresso desta instituição.

REFERÊNCIAS

AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, pp. 81–86, 2011.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, pp.16-29, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>

BRANDÃO, E. R. M.; ROCHA, S. V.; SILVA, S. S. Service-Learning-Community Integration Practices: Reorienting Medical Education. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, pp. 573-577, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000400013>

BRASIL. **Carta de mobilização: SUS 20 anos.** Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/doc/carta_mobilizacao.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

BRASIL. **Lei n.º 12.781, de 22 de maio de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013; 23 maio.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES 3/2014.** Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos – Dois anos:** Mais Saúde para os Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.128p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS:** o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.124, de 04 de agosto de 2015.

Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) para o fortalecimento da Integração Ensino, Serviços e Comunidade no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2015; 5 ago.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.118, de 03 de novembro de 2005.

Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União 2005; 4 nov.

BROADBENT, M. Supporting bachelor of nursing students within the clinical environment: perspectives of preceptors. **Nurse Education in Practice**, v. 14, n. 4, 403–409, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.12.003>

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, pp. 77-93, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

CALDEIRA, Érika Soares; LEITE, Maisa Tavares de Souza; RODRIGUES-NETO, João Felício. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 35, n. 4, p.477- 485, dez. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400006>

CAMPOS, Maria Angélica de Figueiredo; FORSTER, Aldaísa Cassanho. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.83-89, mar. 2008. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100011>

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS – UNIPAM. Projeto Pedagógico do curso de Medicina. Patos de Minas: UNIPAM, 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.41-65, jun. 2004. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. A Estratégia Saúde da Família na Atenção

Básica do SUS. Brasília: Unifesp, 2012. 10 p. Disponível em:
https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/3/unidades_conteudos/unidade06/unidade06.pdf.

GOMES, Andréia Patrícia et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 36, n. 4, p.541- 549, dez. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000600014>

GONÇALVES, M. B.; MORAES, A. M. S. M. Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 27, n. 2, pp. 83-90, 2003.

GONÇALVES, Joana P; MADEIRA, Sara C; OLIVEIRA, Arlindo L. BiGGEsTS: integrated environment for biclustering analysis of time series gene expression data. **Bmc Research Notes**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.124-124, 2009. Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-2-124>

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

LIMA, Valéria Vernaschi. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 21, n. 61, p.421-434, 27 out. 2016 <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 15, n. 38, pp. 871-882, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300020>

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

NASCIMENTO, Alane de Sousa et al. PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.107-113, 15 dez. 2018. Escola de Saude Publica Visconde Saboia. <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i2.1268>

NORO, L. R. A. et al. O professor (ainda) no centro do processo de ensino-aprendizagem em odontologia. **Revista ABENO**, v. 15, n. 1, 2015. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v15i1.146>

PACHECO, José Augusto. **Educação, formação e conhecimento**. Porto: Porto, 2014

REGO, S.; GOMES, A. P. SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, pp. 4, pp. 482-491, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400011>

ROCHA, V. X. M. **Reformas na Educação Médica no Brasil**: estudo comparativo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014. dissertação (mestrado). universidade católica de santos, 2017.

SOUZA, Ana Luiza de; CARCERERI, Daniela Lemos. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 15, n. 39, p.1071-1084, 26 ago. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000025>

TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti; LEWGOY, Alzira Maria Baptista. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 20, n. 57, p.449-461, 22 jan. 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0123>

TRONCON, L. E. A. Ensino clínico na comunidade. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, pp. 335-344, 1999. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v32i3p335-344>

HO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention, v. 23, 2010. Disponível em:

http://www.who.int/entity/hrh/migration/hmr_expert_meeting_dolea.pdf. Acesso em: 02 jun. 2019.

ZARPELON, L. F. B.; TERÊNCIO, M. L.; BATISTA, N. A. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32132016>

ANEXO 01 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: PROJETO SAÚDE NO TERRITÓRIO: FERRAMENTA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE MEDICINA

Pesquisador: Rosuita Fratari Bonito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 97164618.7.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.985.134

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.902.487, de 18 de Setembro de 2018.

Conforme apresenta o protocolo:

"Com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduacao em Medicina de 2014, o medico recem-formado devera ter uma formacao generalista, humanista, critica e reflexiva, estando apto a atuar no processo saude-doenca nos seus diferentes niveis, trabalhando a promocao, prevencao, recuperacao e reabilitacao a saude, com assistencia integral, responsabilidade social e compromisso com a cidadania, com promocao a saude integral do ser humano. Alem disso, o curso de graduacao de Medicina passa a ter uma estreita relacao com as necessidades de saude mais frequentes referidas pela comunidade e identificadas pela saude. (BRASIL, 2014). Pensando nestas premissas, os alunos do curso de Medicina de uma universidade de Minas Gerais estao inseridos em Unidades Basicas de Saude (UBS) do primeiro ao quarto ano, integrando o ensino, o servico e a comunidade por meio de atividades desenvolvidas na area de abrangencia atraves do componente curricular INESC (Integracao Ensino-Servico- Comunidade). A cada ano os alunos realizam o projeto de Projeto Saude no Territorio (PST), um mecanismo disparador de acoes no territorio e uma forma de avaliacao da aprendizagem. Assim, faz-se necessario avaliar o INESC, mais especificamente, o PST, devido a sua importancia na formacao

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.985.134

academica de medicos com visao mais humanitaria, vinculando as necessidades sociais da saude com enfase nos paradigmas do SUS. Este sera um estudo descritivo qualitativo, exploratorio por estudo de caso. Serao realizados grupos focais e uma entrevista semiestruturada. Os dados seraos analisados por meio do discurso do sujeito coletivo."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo 1: Avaliar o PST sob o ponto de vista dos alunos e preceptores do curso de Medicina. Objetivo 2: Discutir a ferramenta PST como ferramenta de aprendizagem e avaliacao."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

"Riscos:Ha risco de constrangimento por parte dos entrevistados e identificacao, sendo que para minimizar os riscos estara garantido o sigilo das informacoes e identidade dos participantes. Sera permitido que cada participante se abstenha das perguntas ou encerre a entrevista se for solicitado por ele. Tambem sera garantido apoio psicologico se necessario.

Benefícios: Entender o PST como um mecanismo de aprendizagem, integracao ensino-servico e disparador de acoes de promocao de saude."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto descritivo qualitativo, exploratorio por estudo de caso, no qual seraos participantes alunos do curso de medicina do 1 ao 4 ano de uma universidade de minas gerais (Curso de Medicina – UNIPAM, segundo instituicao co-participante), inseridos em UBS, preceptores e docentes, os quais desenvolvem atividades atraves do componente curricular INESC (integracao ensino-servico-comunidade). Serao tres grupos, 44 alunos, 11 preceptores e 4 docentes. Os participantes receberao uma carta-convite apresentando a intencao do estudo e apos a elucidacao do desenho do estudo, sera realizada a selecao aleatoria da amostragem, por meio de sorteio, sendo um total de 44 alunos, que em seguida, juntamente com os preceptores e docentes, seraos convidados a assinar o TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica	CEP: 38.408-144
Bairro: Santa Mônica	
UF: MG	Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131	Fax: (34)3239-4335
E-mail: cep@propp.ufu.br	



Continuação do Parecer: 2.985.134

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.902.487, de 18 de Setembro de 2018, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Janeiro do 2020.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144

UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.985.134

previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, juntamente com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1070108.pdf	29/09/2018 17:01:18		Aceito
Outros	resposta_3pendencias.docx	29/09/2018 17:00:34	MARIA BEATRIZ DEVOTI VILELA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo_TCLE_cep_final.doc	29/09/2018 16:58:43	MARIA BEATRIZ DEVOTI VILELA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoBeatriz.docx	29/09/2018 16:58:26	MARIA BEATRIZ DEVOTI VILELA	Aceito
Outros	GRUPOFOCAL.docx	28/08/2018 22:24:25	MARIA BEATRIZ DEVOTI VILELA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.docx	28/08/2018 22:23:55	MARIA BEATRIZ DEVOTI VILELA	Aceito
Outros	PESQUISADORESENDERECONSOSOCDURRICULOSLATTES.docx	28/08/2018 22:21:32	MARIA BEATRIZ DEVOTI VILELA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECparticipante.pdf	26/08/2018 17:43:00	MARIA BEATRIZ DEVOTI VILELA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instcoparticipante.pdf	25/08/2018 10:23:08	MARIA BEATRIZ DEVOTI VILELA	Aceito
Folha de Rosto	img20180812_21444165.pdf	12/08/2018 21:49:52	MARIA BEATRIZ DEVOTI VILELA	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.985.134

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 26 de Outubro de 2018

Assinado por:

**Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Introdução: Você está sendo convidado a participar da pesquisa chamada: "Análise do projeto saúde no território (PST) como ferramenta de integração ensino-serviço-comunidade no curso de medicina, sob a responsabilidade dos pesquisadores Maria Beatriz Devoti Vilela e Rosuita Fratari Bonito. Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e entenda a seguinte explicação sobre os procedimentos da pesquisa. Esta declaração descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e riscos do estudo, e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Estas informações estão sendo dadas para esclarecer quaisquer dúvidas sobre a pesquisa proposta, antes de obtermos o seu consentimento. **Objetivo:** Analisar o componente curricular INESC (Integração Ensino-Serviço-Comunidade) como integradora do ensino ao serviço do curso de Medicina, da UNIPAM de Patos de Minas, MG, por meio do Projeto Saúde no Território (PST). **Resumo:** As práticas de integração ensino- serviço-comunidade caracterizam-se como um eixo do método que tem como objetivo aproximar precocemente o estudante de Medicina da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), da comunidade do território e dos profissionais de saúde da unidade. Por isso, entende-se que o método aplicado é intrínseco à realidade e se compromete com a construção de uma educação médica pautada no compartilhamento dos saberes, contemplando, desta forma, o quadrilátero da formação para a área de saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Procedimentos:** Esta pesquisa irá se consistir em grupo focal e analisada por meio do discurso coletivo do sujeito. **Critérios de inclusão:** Aceitar a participar do estudo; alunos do curso de Medicina, que estiverem devidamente matriculados e inseridos em uma UBS, cursando regularmente o componente curricular INESC, preceptores do INESC e para docentes do componente curricular do curso de Medicina. **Riscos e benefícios:** A sua participação nesta pesquisa não envolve riscos para a sua saúde, nem prejuízos na sua relação com seu médico. **Confidencialidade:** Os registros de sua participação neste estudo serão mantidos em segredo conforme a lei e todas as informações estarão restritas à equipe responsável pelo projeto. Após a transcrição das gravações para a pesquisa, todo o material será desgravado. Todos os seus dados serão analisados de maneira anônima. Qualquer publicação ou comunicação dos dados não o identificará. Ao assinar este termo de consentimento, você autoriza os pesquisadores a fornecerem seus registros para o Comitê de Ética em Pesquisa. **Recusa ou desligamento:** A sua participação nesta pesquisa é voluntária e sua recusa em participar ou seu desligamento da pesquisa não envolverá penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá parar sua participação a qualquer momento. **Compensação:** Você não terá custos com a pesquisa, bem como não receberá qualquer compensação financeira por sua participação neste estudo. **Emergência / contato com o Comitê de Ética:** Durante o estudo, se você tiver qualquer dúvida, contate as pesquisadoras Maria Beatriz Devoti Vilela, Rua Bariris, 338, Padre Eustáquio, Patos de Minas, MG, (34-3822-9630) ou Rosuita Fratari Bonito, Av. Pará, 1720 Umuarama, Uberlândia, MG (34) 32182246. **Consentimento:** Li e entendi as informações acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram devidamente respondidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando que quero participar da pesquisa, até que eu decida o contrário.

Patos de Minas, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador:

APÊNDICES



ISSN 1981-5271 *online*
version

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Envio de manuscritos
- Forma e preparação de manuscritos

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Educação Médica** é a publicação oficial da **ABEM**, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol

Envio de manuscritos

Submissão on line

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rbem-scielo>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas.

Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa.

Para a submissão de artigos será cobrada uma taxa de R\$ 200,00. Estão isentos desta taxa os sócios adimplentes da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)

O pagamento deverá ser realizado através de depósito identificado com o CPF do autor na seguinte conta:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA
BANCO DO BRASIL
AG. 0576-2
C/C 4373-7
CNPJ: 29212628 0001-32

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado pela secretaria da RBEM quanto ao formato. Caso não obedeça os padrões descritos abaixo (forma e padrão de manuscritos), o artigo será devolvido ao autor para correção e nova submissão. Se o original obedecer aos padrões ele será encaminhado ao Editor Chefe da RBEM que avaliará se o artigo faz parte da temática da revista e encaminhará aos Editores Associados e estes para dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 30 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 60 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. Para custear a revisão gramatical tanto de língua portuguesa como inglesa (abstract), por revisor especializado e contratado pela revista, será cobrado uma taxa de R\$ 800,00. Se o autor desejar publicar seu artigo integralmente na língua inglesa será cobrado uma taxa de R\$ 1.500,00 para a tradução. Se o artigo já for submetido em inglês, será cobrado uma taxa de R\$ 800,00 pra revisão gramatical. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação.

Os artigos aceitos para a publicação se tornam propriedade da revista.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras- chave).

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;

1.2. Ensaios - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

2. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente - Limite máximo de 6.000 palavras.

3. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado - Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.

4. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras- chave e keywords.

5. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior - Limite máximo de 1.200 palavras

6. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite - Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 30 palavras, - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 15

palavr

as)

- Número e Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo e deverá ter no máximo 06 (seis) autores. Caso ocorra a necessidade de exceder esse número, isso deverá ser justificado no início do artigo. **Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.**

- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos

na publicação.

- Resumo de no mínimo 300 palavras e no máximo 500 palavras. Deve ter versão em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo em inglês.

- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário **DECS** - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do **MESH** - Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.

No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1

(p.32).

Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional.

Exemplos:

Artigo de Periódico Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. *Rev Bras Educ Méd* 1998;22(2/3):58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. *Rev Bras Educ Med* [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2009]; 38-43. Disponível em:
http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro

Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola,

1998.

Capítulo de livro Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa

Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos Camargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7.

Relatórios Cam
pos
MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa
Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade
Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, após a aprovação do artigo, deverão encaminhar por email (rbem.abem@gmail.com) , a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade: "Declaro

que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Ética

em

Pesquisa No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos

de

Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors <http://www.icmje.org/#conflicts>)

**<http://www.scielo.br/revistas/rbem/pinstruc.htm#003> acesso em
31/03/2019 às 22:04h**