

Fonte:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/DTVfcYC9WdDZBYLsq4TY3DS/abstract/?lang=pt>

A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária

The experience of a public institution in the training of health professionals to work in primary care

Flávia Cristina Castilho Carácio¹
Lucieni de Oliveira Conterno¹
Maria Amélia de Campos Oliveira²
Ana Claudia Heiras de Oliveira¹
Maria José Sanches Marin¹
Luzmarina Aparecida Doretto Bracciali¹

Abstract *This scope of this paper is to analyze the training of nurses and physicians to work in primary care at a public institution in the municipality of Marília, duly identifying the concepts of professors, coordinators and graduates in relation to the formation of health professionals. It is a qualitative, exploratory study with interviews conducted with 21 individuals. The results revealed that according to the individuals interviewed, both courses prepare professionals to work in primary care, albeit with limitations in relation to actions in management collective and care. The interviewees believe that the use of active methodologies has been important in the teaching and learning process. Also, the fact that from the first year of undergraduate studies the students participate in primary health care broadens their knowledge of this reality. The study highlights the need to enhance the teaching-service partnership and strategies to improve the training physicians to work in primary health care.*

Key words *Primary health care, Nursing education, Medical education*

Resumo *Este estudo analisa a formação de enfermeiros e médicos de uma instituição pública do município de Marília para a atuação em Atenção Primária, identificando as concepções dos docentes, coordenadores e egressos em relação à formação profissional. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, realizado por meio de entrevistas com 21 sujeitos. Os resultados revelaram que segundo os entrevistados ambos os cursos preparam os profissionais para atuar em Atenção Primária, entretanto, com limitações em relação às ações de gestão e cuidado coletivo. Os entrevistados acreditam que o uso das metodologias ativas tem sido importante para o processo de ensino e aprendizagem e que o fato dos estudantes participarem desde o primeiro ano da graduação junto a Atenção Primária amplia o conhecimento sobre esta realidade. O estudo aponta para a necessidade do fortalecimento da parceria ensino serviço e de estratégias que melhorem a formação do médico para atuação na Atenção Primária.*

Palavras-chave *Atenção primária à saúde, Ensino de enfermagem, Ensino médico*

¹ Faculdade de Medicina de Marília. Av. Monte Carmelo 800, Fragata. 17.519-030 Marília SP Brasil. flavinhacaracio@yahoo.com.br

² Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo

Introdução

O contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 80 possibilitou a construção de uma nova concepção das práticas em saúde e da organização da formação profissional na área, sendo fortalecida pelas Diretrizes Curriculares em Saúde (DCNs) de 2001, na busca de inovações curriculares para a construção de novas concepções nas instituições de ensino, com o envolvimento das escolas em âmbito nacional para que as mudanças ocorram¹.

Tendo em vista a complexidade das necessidades e dos problemas de saúde no Brasil, as instituições de ensino superior vêm construindo um modelo pedagógico que considera as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. Além do conhecimento técnico de cada área de atuação, o futuro profissional precisa ser instrumentalizado para atuar frente às necessidades de saúde da população por meio da atuação interdisciplinar, multiprofissional e em rede, a fim de garantir o cuidado integral¹.

Atualmente, os modelos médico hegemônico e sanitário não contemplam as necessidades da população e convivem de forma contraditória nas práticas das equipes de saúde, sendo necessário encontrar novos caminhos junto aos serviços para que o trabalho seja mais resolutivo e contribua para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades, entretanto, nos serviços de Atenção Primária a atuação dos profissionais está prioritariamente centrada em ações curativas e individuais².

No que tange à formação, há grande idealização pela especialização médica, contradizendo a necessidade de mudança para práticas inovadoras que considerem as atuais políticas públicas de saúde para a transformação dos seus serviços. Para tanto, é necessário que as mudanças ocorram na formação dos profissionais e na qualificação dos trabalhadores do SUS com a articulação das relações técnicas e políticas nos serviços de saúde³.

O fortalecimento da Atenção Primária é um caminho potente para a reorientação das práticas em saúde, entretanto, precisa ser revisto a organização do processo de trabalho. É preciso garantir que os profissionais possam ter espaços para discussão, análise e reflexão sobre suas práticas no cotidiano do trabalho e dos referenciais que as orientam, tendo em vista os desafios atuais que estão postos para os profissionais do SUS³.

Para que se possa obter mudanças concretas nas práticas dos serviços de saúde, faz-se necessá-

rio repensar a formação dos seus profissionais para a Atenção Primária. Atualmente o cenário nas unidades de Saúde da Família é desestimulante tanto para os trabalhadores quanto para os estudantes, haja vista a precariedade dos serviços. Assim, a vivência do estudante no cenário real dos serviços de saúde mostra-se contraditória frente à necessidade de mudanças no sistema³.

Por outro lado, o ensino em saúde é alvo de críticas quanto à dificuldade de cumprir seu objetivo e desenvolver no estudante o protagonismo requerido pelos futuros profissionais envolvidos no sistema. A formação pode ser um espaço privilegiado para construção da prática generalista em que o processo de formação e organização dos serviços deveria estar alicerçado na articulação adequada entre o sistema de saúde em suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras⁴.

A formação dos profissionais de saúde precisa evoluir com o propósito de construir um profissional capaz de conduzir de forma autônoma seu processo de aprendizagem ao longo da vida, sendo capaz de se adaptar às mudanças, raciocinando criticamente e tomando decisões fundamentadas em sua própria avaliação. A formação, conforme esta proposta pelas DCNs, possibilita a valorização do vínculo com o usuário e a corresponsabilidade no cuidado, em que ele possui um papel ativo na tomada de decisão com relação aos problemas de saúde⁴.

Dessa forma, a concepção diferenciada que se busca na educação em saúde está organizada em torno dos quatro pilares do conhecimento; “aprender a conhecer”, “aprender a fazer”, “aprender a ser” e “aprender a viver juntos”, e tem a intenção de desenvolver o conhecimento de forma ampliada junto ao estudante, ou seja, tornar possível que o crescimento profissional possa ter origem na vivência da prática, construído de forma autônoma pelos sujeitos⁵.

É necessário que a formação do profissional de saúde possua uma estrutura que permita o trânsito entre teoria e prática. Nesse processo, os estudantes são protagonistas de um percurso em que os docentes são facilitadores do desenvolvimento educativo e a participação dos profissionais dos serviços de saúde, no papel de preceptores e supervisores é fundamental para a definição e organização das práticas dos estudantes e do desenvolvimento das atividades para o processo de ensino e aprendizagem⁶.

O estudante junto aos serviços de saúde deve assumir um papel ativo de reflexão dessa prática, numa trajetória estimulante, de troca de sa-

beres, que possibilite a construção de significados, do desenvolvimento de capacidade para o trabalho em equipe com o reconhecimento das próprias dificuldades e da elaboração de propostas para sua superação⁷.

Entretanto, esse modelo pedagógico requer a participação de vários atores, sendo imprescindível que as diferentes instâncias entre serviços e gestão, articulem caminhos para a formação desse profissional, possibilitando estratégias para capacitação e educação permanente das pessoas que integram o sistema de saúde, buscando a resolutividade nos serviços⁷.

Para formar estes profissionais, os currículos das IES têm um papel fundamental, devem buscar inserir o estudante no contexto real de forma articulada com os serviços de saúde, com o propósito de formar um generalista, crítico e reflexivo, que proporcione o cuidado em sua integralidade, sendo capaz de o gerir na complexidade e heterogeneidade em que se apresenta⁸.

Nesse contexto, as Unidades de Saúde da Família (USF) passam a ser um cenário privilegiado para a reorganização do modelo de atenção e, para tanto, deve realizar ações de saúde que visam o cuidado integral, por meio da definição de um território de atuação em equipe, buscando estimular a autonomia dos sujeitos, com relações interpessoais mais horizontais, vínculos solidários, participação social e a gestão compartilhada voltada para uma prática mais humanizada⁹.

Em consonância com as mudanças no cenário nacional de educação em saúde, a formação dos profissionais realizada pela Famema tem sido um importante objeto de estudo, visto a experiência nas mudanças curriculares, tendo início com a adesão ao IDA – Integração Docente Assistencial em 1983 e com o UNI – Uma Nova Iniciativa para a formação dos profissionais de saúde em 1992, culminando em 1997 com a elaboração do projeto educacional Famema 2000, fortalecido pelo Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina – PROMED¹⁰.

As mudanças curriculares na Famema foram ocorrendo de forma gradual na formação de enfermeiros e médicos, permitindo a introdução das metodologias ativas de ensino aprendizagem nos respectivos cursos, levando à discussão e ao amadurecimento dos diversos atores ligados ao processo de formação com a articulação junto aos serviços de Atenção Primária, tendo desde 2003 a inserção precoce do estudante nos cenários de prática, o que ocorreu de forma formal com a mudança curricular dessa instituição¹¹.

Atualmente os cursos de medicina e enfermagem da Famema vêm desenvolvendo o currículo integrado e organizado por competência e os estudantes de ambos os cursos são inseridos em serviços da Atenção Primária desde o primeiro ano. Busca-se assim potencializar a formação profissional de forma articulada com os trabalhadores dos serviços, por meio de um processo de ação-reflexão-ação que parte do reconhecimento do processo de trabalho construído diariamente pelas equipes, tendo como foco as necessidades de saúde da população¹¹.

Nesse novo currículo existe a integração de ambos os cursos nas USF desenvolvendo as mesmas tarefas e desempenhos nas primeiras e segundas séries iniciais. A quarta série do curso de medicina retorna à USF para o atendimento clínico acompanhado pelo médico da Unidade. As estudantes de enfermagem retornam à ESF no último ano do curso, atuando junto ao enfermeiro da USF, em ações individuais, coletivas e de gestão do processo de trabalho¹¹.

Os cursos de graduação em medicina e enfermagem estão organizados por um currículo que possibilita que o aprendiz aproxime-se do sujeito crítico, curioso epistemologicamente, que constrói, constata e reconstrói para mudar, visto que toda a prática educativa requer a existência de pessoas que ensinando, aprendem e que aprendendo, ensinam. Disso decorre o cunho gnosiológico da educação. É gnosiológica porque a finalidade da educação é o conhecimento em uma prática diretiva e política já que a atividade educativa não é neutra e ocorre com uma intencionalidade¹².

A formação com o uso das metodologias ativas diferencia-se do ensino tradicional, que envolve a exposição do conteúdo por meio da oratória, elemento fundamental da técnica em que o docente diz o que deve ser feito e cabe ao estudante memorizar o conteúdo sem refletir sobre o conhecimento para incorporá-lo à prática. As metodologias ativas proporcionam a reflexão sobre os pensamentos e as experiências práticas, oferecendo oportunidade para mudar o que pensamos e fazemos por meio da análise crítica leva ao entendimento integral da saúde¹³.

Entretanto, a formação dos profissionais de saúde atualmente está pautada em cenários de prática que repetem o modelo biomédico, o que dificulta a compreensão pelo estudante sobre os determinantes do processo saúde-doença da população. A fragmentação do conhecimento dificulta a integralidade da assistência, sendo necessário que haja mudanças em ambos cenários,

tanto na formação, como nos serviços de saúde para que ocorram mudanças efetivas no paradigma assistencial¹⁴.

Nessa perspectiva, é desejável que os profissionais de saúde possam ser formados em cursos cuja organização curricular esteja orientada para um perfil profissional generalista, preparado para o trabalho em equipe, dentro dos princípios e diretrizes do SUS, a fim de garantir o trabalho em todas as dimensões do sistema, de maneira resolutiva e articulada para cada cenário¹⁴.

A Famema, frente ao desafio assumido, vem buscando aproximar a formação de ambos os cursos às necessidades da Atenção Primária para o fortalecimento do SUS. Dessa forma, esse estudo busca analisar a concepção que os docentes, egressos e coordenadores dos cursos de enfermagem e medicina da Famema atribuem ao preparo dos estudantes da graduação para atuar na Atenção Primária.

Método

Para compreender o significado que os sujeitos atribuem à problemática estudada, foi realizada uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, utilizando a entrevista semiestruturada, com o propósito de incorporar o significado e a intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, tomadas como construções humanas significativas, tanto em seu advento, quanto em sua transformação¹⁵.

O estudo foi realizado na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde – DRS IX, na região de Marília, compostapor 62 municípios divididos em cinco regiões, com uma população estimada pelo IBGE de 1.068.468 habitantes, sendo que o município de Marília apresenta a maior concentração populacional, de aproximadamente 220.000 habitantes¹⁶.

Situada na região centro-oeste do estado de São Paulo, a cidade de Marília é referência em ensino, com mais de 40 cursos superiores e duas faculdades com cursos de enfermagem e medicina. A Atenção Primária nesse município está composta por 47 unidades de saúde, sendo 12 Unidades Básicas de Saúde, que prestam atendimento a 49% da população, e 35 Unidades de Saúde da Família, responsáveis pelos 51% restantes. A Famema, dentro desse contexto, vem buscando possibilitar a formação de profissionais de saúde de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS¹⁶.

Para realizar o estudo foram elaborados dois roteiros de entrevista contendo seis questões cada,

sendo um para os egressos dos cursos de enfermagem e medicina da Famema e outro para os docentes e coordenadores de ambos e dos serviços de saúde. O objetivo é conhecer a concepção desses profissionais em relação ao preparo para atuar na Atenção Primária, enfocando em ambos os roteiros as diferenças entre os cursos de enfermagem e medicina, o uso das metodologias de ensino e as fragilidades e fortalezas da formação.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados aleatoriamente, por sorteio, respeitando a função e a categoria profissional, ou seja, egressos, docentes e coordenadores da Atenção Primária e da graduação. A amostra por saturação foi composta por 21 sujeitos, sendo seis egressos, seis coordenadores e nove docentes, do total de 174 sujeitos. Entre o total de sujeitos do estudo, 137 eram docentes, 29 egressos formados a partir de 2001 em enfermagem e 2002 em medicina que no ano de 2012 estavam atuando na Atenção Primária, cinco coordenadores de Saúde e três da graduação de ambos os cursos da Famema.

As entrevistas foram realizadas durante o mês de setembro de 2012, após a autorização dos participantes e assinatura do termo de consentimento, sendo gravadas e transcritas na íntegra. Em todo o momento foi garantido o sigilo e o anonimato, em consonância com Resolução 196/96¹⁷. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Famema e aprovado.

Foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática, sendo que os temas extraídos foram: O desafio da formação na interface com os serviços de Atenção Primária; A metodologia ativa compreendida como um diferencial na formação dos médicos e enfermeiros na Famema; Fragilidades e sugestões para a formação dos profissionais nessa instituição.

Resultados e discussão

A média de idade entre os participantes foi de 43 anos, com predominância do sexo feminino (62%) e de casados ou em união consensual (66,7%). Em relação à formação, nove eram médicos, oito enfermeiros, duas psicólogas, um cirurgião dentista e um farmacêutico, com tempo médio de formação de 20 anos. Os egressos apresentaram menor tempo de formação, em média sete anos.

A análise dos dados foi semelhante em vários aspectos com a literatura sobre o tema, em relação à contribuição dos cursos na formação para atuar na Atenção Primária, sendo ressaltado que

ainda ocorre reprodução do modelo tradicional de atenção a saúde na maior parte dos serviços e dos cursos de formação, com a fragmentação do cuidado e do aprendizado em detrimento das práticas coletivas voltadas para prevenção e promoção.

O desafio da formação na interface com os serviços de atenção primária

Em parceria com os serviços da Atenção Primária, a Famema vem possibilitando aos estudantes a vivência nos cenários de prática, sendo essa uma realidade complexa e desafiadora para estes e para os profissionais: *no início do curso o estudante não tem maturidade para reconhecer o cenário. A forma como a Atenção Básica funciona é em longo prazo, parece que nada se resolve, no hospital a resposta é imediata* (D8).

Os entrevistados reconhecem todo investimento que a Famema tem feito ao longo dos anos e entendem que a formação profissional tem sido realizada de forma diferenciada. Atribuem esse diferencial principalmente ao fato dos cursos iniciarem com atividades práticas desde o primeiro ano junto às Unidades de Saúde da Família, *é necessário no currículo o estudante ter proximidade com a prática, com o trabalho em equipe, para o enfrentamento das situações, para não reduzir a assistência à questão biológica* (C3).

A fragmentação do cuidado inicia-se com a expectativa do estudante que chega à faculdade querendo aprender sobre as doenças, os exames e ter uma especialidade:

Os estudantes valorizam os avanços tecnológicos, os últimos tratamentos, os exames de ressonância magnética, a sofisticação do sistema de saúde, pelos próprios professores. Eu acho que toda a estrutura deveria valorizar a Atenção Básica (D13).

Os participantes também apontaram para a necessidade da formação de ambos os cursos estarem em consonância com o currículo prescrito, ou seja, formar um profissional generalista, crítico e reflexivo. Reconhecem, porém, que há dificuldades com relação à complexidade deste cenário:

A formação deve ser como está prescrito no currículo: formar um profissional crítico e reflexivo; mas temos dificuldades. Além da questão do salário, tem a responsabilidade de assumir uma unidade Saúde da Família, a complexidade é muito grande (D7).

O modelo da Unidade de Prática Profissional é considerado como ideal para a formação dos profissionais de saúde. Entretanto, os participan-

tes acreditam que os estudantes deveriam ficar em campo com os dois profissionais, o médico e o enfermeiro, mas devido à escassez do primeiro, os estudantes ficam a maior parte do tempo com o segundo, *a UPP é o modelo ideal, mas tem um número reduzido de médicos, os estudantes ficam com os enfermeiros. O estudante passa por obrigação na Atenção Básica, mas não gosta* (C2).

Fica evidente que a condição histórica e social das profissões vem permeando a formação de ambos os cursos:

A questão cultural é muito forte na enfermagem, elas vêm com o objetivo de cuidar de pessoas, independente de onde elas estejam. Elas podem estar na UTI, no ambulatório ou na Estratégia da Saúde da Família. O desejo do estudante de medicina quando vem para o curso é outro, então eu acho que a enfermagem está melhor que a medicina, considerando a expectativa (D12).

Com relação ao currículo do curso de enfermagem, os participantes destacaram a importância da inserção do estudante nos cenários de prática desde a primeira série e valorizam a possibilidade do retorno na Atenção Primária no final do curso, podendo explorar as três áreas do cuidado: individual, coletivo e de gestão:

Quando a gente insere o profissional da Enfermagem no último ano dentro da Atenção Básica, eu estou potencializando ele, enquanto pensante de Atenção Básica. Já o profissional médico, que já não é inserido no final, só no comecinho, quando ele tem uma imaturidade muito grande e no final dentro da especialidade no hospital, acaba reforçando essa lógica instituída no Brasil culturalmente de que o profissional médico tem de se especializar (C1).

O curso de enfermagem tem apresentado maior aproximação com a prática da Atenção Primária, com retorno do estudante ao final da graduação, em que é possível se aproximar do cuidado com a construção junto com a equipe de saúde no planejamento das ações.

Outro aspecto importante a ser considerado em relação ao estudante de enfermagem é que este não ingressa na faculdade buscando ser um especialista e sim um profissional da saúde que desenvolverá ações na perspectiva do cuidado, o que vem possibilitando a esse profissional atender melhor as expectativas do trabalho junto a Atenção Primária.

Entretanto, no curso médico, o fato do estudante não retornar à Atenção Primária no internato, quando tem melhores condições de atuar, foi destacado pelos participantes como uma lacuna no processo de formação:

Os professores do internato não conhecem a Atenção Básica, acham que os estudantes devem ser especialistas. Falta mais proximidade do estudante com a Atenção Básica, o não retorno dele no final do curso é um ponto chave (C2).

Como não retornam aos serviços da Atenção Primária no internato, os estudantes de medicina perdem a oportunidade de vivenciar um momento privilegiado para entender como utilizar o conhecimento de forma resolutiva, considerando o contexto para que o cuidado ocorra. Existe, portanto, a necessidade de articular o internato com a Atenção Primária, visto que os docentes das especialidades médicas têm pouca aproximação com as outras áreas da medicina e acabam visando apenas à formação nas especialidades, de maneira fragmentada, sem auxiliar o estudante no conhecimento generalista para o cuidado ampliado, o que dificulta a reflexão da prática nessa instância.

Existem diferenças entre os cursos de medicina e enfermagem que decorrem de questões externas à formação e que estão presentes desde a escolha do curso, *para os estudantes de medicina a Atenção Básica nunca foi a primeira escolha, é uma questão cultural, financeira, são questões externas à formação (D6).*

O impulsionado pela globalização e pela busca por tratamentos cada vez mais complexos nos grandes centros, o mercado de trabalho para o médico oferece melhores condições para as especialidades. O forte incentivo financeiro das especialidades médicas dificulta a valorização dos profissionais da Atenção Primária, reforça o modelo flexneriano e distancia o profissional das necessidades do atual perfil epidemiológico da população. Para promover mudanças na organização do cuidado é preciso haver alterações de ordem política que visem à mudança nessa realidade.

A metodologia ativa compreendida como um diferencial na formação dos médicos e enfermeiras da Famema

As metodologias ativas têm sido um facilitador no processo de construção do conhecimento para ambos os cursos, contribuindo para a formação para Atenção Primária, *a metodologia é o principal aspecto que me fez despertar para a Atenção Básica (E17).*

Seu uso foi identificado pelos participantes como uma fortaleza da formação na Famema, pois vêm sendo utilizada pelos cursos de enfermagem e medicina e têm mostrado bons resultados na construção do conhecimento para atuar na Atenção Primária. Possibilita a vivência do

estudante em grupos menores dentro da realidade das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, com a participação no cuidado desde o início da formação, favorecendo o desenvolvimento da iniciativa, tornando mais sólidas as dimensões intelectuais e afetivas da prática.

As diferenças entre os métodos foram destacadas pelos participantes, que consideraram a problematização mais próxima do contexto da Atenção Primária, visto que possibilita ao estudante assumir responsabilidades de modo compartilhado com a equipe e a comunidade, favorecendo a formação de vínculos e o planejamento do cuidado:

A problematização tem um aspecto muito interessante, porque é um caso de verdade e eu tenho uma responsabilidade. Eu não vou procurar o tema por procurar, eu preciso tentar descobrir soluções para que quando eu volte para a unidade, volte para o meu usuário, eu consiga pelo menos uma alternativa para ele. Eu não vou solucionar, mas eu posso dar alternativas para que a gente consiga melhorar o problema dele (C2).

A problematização é utilizada nos anos iniciais de ambos os cursos e foi destacada por seu caráter dinâmico, que leva o estudante a refletir diante das situações reais, exercitando a práxis e favorecendo a formação da identidade profissional.

A aproximação que o estudante tem com as ações da Atenção Primária é vista como ponto de partida para o desenvolvimento do conhecimento comprometido com os problemas reais das famílias, facilitando o aprendizado para o trabalho, *a metodologia ativa instiga o estudante a refletir sobre a realidade, é fantástica, acho que nenhuma atividade teórica consegue suprir essa vivência (D8).*

O esforço da Famema em adotar metodologias ativas de ensino e aprendizagem nos currículos de ambos os cursos está voltado para a formação de sujeitos críticos e reflexivos. Para tanto, o professor assume o papel de facilitador, ajudando o estudante a analisar as situações reais de saúde a fim de encontrar respostas de forma autônoma para a construção do conhecimento.

Fragilidades e sugestões para a formação dos profissionais na Famema

Quanto à estrutura, foi apontada a necessidade de ambos os cursos melhorarem o desempenho de gestão e do cuidado coletivo para que o estudante possa entender melhor o cenário que vivencia, *a escola precisa melhorar os desempenhos de gestão e cuidado coletivo, pois são frágeis (C5).*

As fragilidades na formação para o desempenho do cuidado coletivo e de gestão está relacionadas ao modelo biomédico presente nos cenários de prática. Por serem contra-hegemônicas, são de difícil aplicação prática, dado o contexto instituído na lógica da centralização do cuidado no profissional médico e na cura por medicamentos.

O cenário das unidades de saúde da família, por sua configuração de trabalho em equipe, com território definido, tem a possibilidade de buscar a reestruturação das práticas a partir de um novo olhar, mas, para tanto, é necessária a associação dos conhecimentos técnicos com as novas configurações tecnológicas para repensar a formação do profissional.

A falta de professores com formação para realizar o apoio aos estudantes nas unidades da Atenção Primária também foi destacada:

Faltam professores com formação em Atenção Básica. O professor tem muita teoria sobre o SUS, sobre integralidade, universalidade. A faculdade precisa estar junto com a Atenção Básica, o profissional tem que estar na rede (E16).

Existe a dificuldade no processo inicial de formação com relação ao número reduzido de profissionais do serviço para acompanhar as atividades dos estudantes:

O profissional do serviço não consegue ter uma efetiva participação na formação dos estudantes. O número de enfermeiros é insuficiente para dar cobertura ao serviço e possibilitar a participação nas atividades da Faculdade, como a Educação Permanente (D7).

Outro aspecto a superar que diz respeito à organização técnico-política das unidades de saúde refere-se às ausências prolongadas e sem substituição de profissionais nos serviços, especialmente o profissional médico. Influencia diretamente a formação, tendo em vista a necessidade de um processo contínuo nas unidades, garantido por meio de relações com vínculo entre a equipe e a comunidade.

Com relação ao processo de trabalho nas unidades de saúde, os participantes mencionam que existem dificuldades na estrutura dos serviços que dificultam acolher as necessidades da formação dos profissionais de saúde:

O estudante não consegue ver o sistema funcionar, não consegue ver resolubilidade, ele vê uma demanda excessiva no serviço. Existem muitas trocas de funcionários, o que dificulta, especialmente de médicos (D8).

A possibilidade de estar no cenário real é que os problemas e necessidades de saúde vão além do contexto biológico, permitindo aos estudantes co-

nhecer e relacionar as situações ao contexto social, demográfico, epidemiológico, crenças e valores de cada comunidade, de cada família, e responsabilizar-se pelo cuidado. Isso possibilita uma construção diferente do ensino tradicional, em que o estudante recebe orientações teóricas e posteriormente aplica-as, na maioria das vezes direcionadas aos aspectos biológicos, sem que seja oportunizada a reflexão sobre o contexto em que o conhecimento é aplicado. Entretanto, a inserção dos estudantes no cenário da Atenção Primária vem ocorrendo com fragilidades decorrentes às várias dificuldades no estabelecimento da parceria entre os serviços de saúde e a academia, o que tem dificultado uma construção adequada do processo de aprendizagem, como está prescrito no currículo.

A formação requer uma mudança nas práticas das equipes de Atenção Primária, ou seja, no modo como vem sendo estruturado o processo de trabalho, sendo esse um dos “nós críticos” para a mudança do modelo tecno-assistencial de saúde no Brasil, sendo importante que a formação esteja articulada ao processo de tomada de decisão nas políticas públicas de saúde.

Em relação à parceria entre a faculdade e o serviço, foi destacado que há a necessidade de rever essa relação para que o processo de formação possa ocorrer, *para fortalecer o currículo, precisamos rever a parceria. Precisa rever a questão da gratificação e da cobertura do profissional do serviço. Ele tem que se sentir mais valorizado* (D7).

A organização do currículo no cenário de prática conta com pouca participação dos médicos, o que dificulta o processo de formação para Atenção Primária em ambos os cursos. Atualmente, a formação para o cenário de prática é dificultada tanto nas Unidades de Saúde da Família, em que a rotatividade desse profissional é alta, com pouco tempo de permanência junto às equipes, assim como na faculdade, em que há poucos médicos colaborando com a formação dos estudantes junto a Atenção Primária.

A estrutura do curso de medicina favorece a formação de especialistas, o que vem contribuindo para a fragmentação do ensino:

A nossa estrutura de anamnese ainda é a mesma, a tradicional, a semiologia da cabeça e pescoço e vai dividindo, otorrino, oftalmo. Mas não é isso que se quer? Formar um especialista? No quinto e no sexto anos, que eu estou me sentindo médico, não tem Atenção Básica (E16).

A valorização financeira também foi apontada como uma importante estratégia de estímulo aos profissionais da Atenção Primária e fortalecimento da formação:

A questão financeira é importante para o meu trabalho. Para fazer o que o programa me pede eu tenho de ter um único vínculo. A partir do momento que existe um plano de carreira, um benefício, uma segurança no trabalho, você consegue manter esse vínculo (E17).

Para os participantes, de uma forma geral, a formação está centrada no cuidado individual:

A gente sabe que o atendimento ainda está centrado nas quatro paredes, no médico, o que acaba reduzindo o atendimento à questão biológica. Os profissionais são formados com o foco no cuidado individual e não com um olhar para o todo, para o planejamento (C1).

Também foi motivo de preocupação no processo de formação as questões que extrapolam a vivência dos estudantes no cenário das unidades de saúde, pois dizem respeito ao sistema de saúde como um todo.

O processo de trabalho não ocorre como deveria, há um grande rodízio de profissionais, dificuldade na organização do serviço, falta formação específica para atuar na Atenção Básica (D6).

Pesquisas recentes apontam como um dos principais desafios dos serviços de Atenção Primária a necessidade de superação dos efeitos da fragmentação do cuidado nas unidades e a potencialização da APS como porta de entrada preferencial e centro ordenador e integrador das redes de serviços e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde¹⁸.

Em relação às metodologias ativas foi ressaltado que estas precisam ser incorporadas pelos profissionais da academia, já que estes influenciam diretamente o estudante na relação de formação, *uma desvantagem da metodologia é que ainda não é reconhecida pelos professores. Eu acredito que tem essa dificuldade (C1).*

Para que a Atenção Primária seja considerada a coordenadora do sistema de saúde e que a formação de novos profissionais venha possibilitar uma nova prática, tornam-se necessários investimentos, tanto na infraestrutura física das equipes como em programas de educação permanente, que venham garantir a formação de profissionais que atuem na perspectiva das redes de atenção junto aos serviços¹⁹.

Enfim, para que o processo de mudança na formação ocorra de fato, deve passar pela construção de um plano coletivo e permanente, que garanta a participação de todos os sujeitos, não podendo ser realizado de maneira isolada, sem a participação efetiva de todos que compõem a prática dos serviços de saúde. O processo de

mudança deve estar articulado por uma grande estratégia construída a partir das necessidades locais e em seus diversos segmentos.

Considerações finais

A qualificação dos trabalhadores do SUS está diretamente relacionada com a efetivação da política de trabalho para a Atenção Primária, para que reorienta a formação de modo que os profissionais adquiram práticas inovadoras, saibam agir, tomar decisões de forma criativa e reflexiva no campo da saúde. Os cenários de prática devem favorecer a formação de um profissional mais consciente do seu papel social, sendo necessário que haja incentivo e medidas capazes de modificar a realidade rumo a ações mais amplas em saúde.

Além do investimento nos profissionais que compõem os serviços de saúde, é necessário o alinhamento da formação com as necessidades do cenário de Atenção Primária. Os métodos ativos de ensino e aprendizagem devem possibilitar a reflexão sobre a prática, possibilitando aos estudantes uma formação mais ampla e também que os trabalhadores vivenciem a reorganização dos serviços para uma prática mais resolutiva em saúde.

De maneira geral o curso médico pouco tem conseguido avançar para um modelo articulado com as propostas nacionais de mudanças curriculares rumo à integralidade. Muitos cursos realizam um grande esforço nessa direção, como tem ocorrido na Famema, que realizou mudanças curriculares com essa finalidade, buscando o envolvimento de sua comunidade acadêmica, mas persistem dificuldades nas relações de trabalho e a desvalorização da Atenção Primária, o que contribui para a escassez desse profissional dentro da força de trabalho no SUS.

É preciso um diálogo permanente com os profissionais que estão envolvidos na formação, com clareza da responsabilidade dos cenários de prática no processo de formação. É preciso questionar ainda as diversas posturas que vêm sendo exigidas dos estudantes, especialmente por parte dos docentes médicos, que também deveriam ser responsáveis pela formação do generalista. Estes também devem favorecer o desenvolvimento da competência dos estudantes para lidar com o contexto social, que vai além do conhecimento das doenças e das especialidades, a fim de propiciar modelos assistenciais mais comprometidos com o cuidado integral e a formação profissional.

Colaboradores

FCC Carácio, LO Conterno, MAC Oliveira, ACH Oliveira, MJS Marin e LAD Braccialli participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(37):589-599.
2. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1400-1410.
3. Feuerwerker LCM. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados: os casos de Marília e Londrina*. São Paulo: Hucitec; 2002.
4. Henriques RLM, Macêdo MCS, Romano RAT, Pinheiro R. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro, R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, CEPESC, Abrasco; 2006. p. 229-250.
5. Deluiz N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. *Bol Tec Senac* 1996; 22(2):15-21.
6. Braccialli LAD. *Os sentidos da avaliação do desempenho do estudante em um currículo por competência* [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.
7. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc* 2011; 20(4):884-9911.
8. Sacristan JG. *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. Porto Alegre: Artmed; 2001.
9. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES 1.133/2001, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União* 2001; 3 out.
10. Faculdade de Medicina de Marília, Instituto UNI FAMEMA/OSCIP. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRO SAUDE: Famema em novas perspectivas: curso de enfermagem, curso de medicina*. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2005.
11. Faculdade de Medicina de Marília. *Projeto pedagógico do curso de enfermagem*. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2008.
12. 1Davini MC. Currículo integrado. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde*. Brasília: MS; 1989. p. 39-55.
13. Braccialli LAD, Oliveira MAC. Concepções de avaliação de desempenho em um currículo orientado por competência. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5): 1221-1228.
14. Pinheiro R, Guizard FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 21-36.
15. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007. p. 79-108.

16. Marília. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão 2011*. Marília (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
18. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP, Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária a saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):783-794.
19. Rodrigues, LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, Pinto IC, Monroe AA, Arcêncio RA. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):343-352.

Artigo apresentado em 06/06/2013
Aprovado em 19/01/2014
Versão final apresentada em 05/02/2014