



Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Mestrado Profissional em Saúde da Família

Pascale Gonçalves Massena

**Formação Médica e Cenários da APS: percepção dos estudantes e preceptores
do curso de Medicina**

Juiz de Fora - MG

2021



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

Pascale Gonçalves Massena

Formação Médica e cenários da APS: percepção dos estudantes e preceptores do curso de Medicina

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família, área de concentração Educação e Saúde: tendências contemporâneas da educação, competência e estratégias de formação profissional - Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andreia
Aparecida de Miranda Ramos

Linha da Pesquisa: Educação na saúde

Juiz de Fora - MG

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Gonçalves Massena, Pascale.

Formação Médica e cenários da APS: percepção de estudantes e preceptores do curso de Medicina / Pascale Gonçalves Massena. – 2021.

112 p.

Orientador: Andréia Aparecida de Miranda Ramos

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. Formação médica. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Diretriz Curricular Nacional. I. Aparecida de Miranda Ramos, Andréia, orient. II. Título.

Pascale Gonçalves Massena

Formação Médica e cenários da APS: percepção dos estudantes e preceptores do curso de Medicina

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Data de aprovação 27/05/2021

Banca Examinadora



Profª Drª Andréia Aparecida De Miranda Ramos

Orientadora

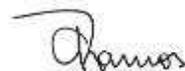
Universidade Federal de Juiz de Fora



Profª Drª Maria De Fátima Antero Sousa Machado

Examinadora externa

Universidade Regional DoCariri –URCA



Profª Drª Oscarina da Silva Ezequiel

Examinadora interna
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedicatória

A Deus, primeiramente que me deu a vida e permitiu o aprendizado em cada fase da escrita desse projeto.

Dedico também àqueles que sempre foram meu maior incentivo e porto-seguro em todas as etapas da vida:

À minha mãe, Juracy (com a memória viva em nossos corações), e ao meu pai, Jonnes, que nunca mediram esforços para me dar o melhor da educação em todas as dimensões que ela possa ter e sempre acreditaram em mim.

Ao meu amigo, colega de trabalho e marido Rafael, que esteve ao meu lado em todas as etapas desse projeto, tornando a jornada mais leve.

À minha irmã Paola, que sempre acreditou em mim e, mesmo à distância, continua me inspirando a percorrer caminhos mais altos e Aureo, meu cunhado, sempre com palavras sábias.

A Sophie e Isabelle, que desejo que aproveitem o caminho que se percorre em cada fase de aprendizado.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Doutora Andréia Aparecida de Miranda Ramos, que me conduziu nesse processo de forma sempre presente e, de forma brilhante, concilia a firmeza e cobrança de uma orientadora a um trato gentil e respeitoso, me conduzindo a aprender a aprender na construção desse projeto.

À professora Doutora Cristina Maria Ganns Chaves Dias, que, na minha inexperiência, enxergou meu potencial como docente e me ensinou a pensar sobre a Educação Médica e acreditar que as mudanças são possíveis.

Ao professor Rafael de Oliveira Carvalho, meu marido e minha referência como docente, por todo apoio nesse processo.

Ao núcleo de atenção básica da instituição onde o estudo foi realizado, que sempre apoiou a realização desse projeto. Especialmente aos professores Me. Richard Duvanel Rodrigues, Flavia Elisa Pedrosa, Ana Claudia Andrade Araújo e Me. Juliana Camargo de Melo Pena, minha gratidão, e à amiga e professora Me. Juliana Barroso Rodrigues Guedes agradeço por todo incentivo e apoio.

Epígrafe

"Quem estuda medicina sem livros navega num mar desconhecido,
mas quem estuda medicina sem pacientes não vai ao mar."

William Osler

RESUMO

A preocupação, na realidade brasileira, em promover um ensino médico adequado às reais necessidades da população ocorre desde o século XIX. A transição do modelo hospitalocêntrico de ensino para um formato centrado no paciente e na Atenção Primária à Saúde precisa ocorrer não apenas nos currículos das escolas médicas, mas também na mudança de pensamento de todos envolvidos: docentes, discentes, coordenadores e gestores do SUS. O presente estudo buscou analisar a percepção de estudantes e preceptores de um curso de medicina da Zona da Mata Mineira sobre a aplicação das competências propostas pela Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014(DCN/2014), nas atividades práticas realizadas no cenário da Atenção Primária à Saúde. Foram aplicados questionários estruturados por meio do Google Forms, sendo os dados compilados para o programa Excel da Microsoft e analisados pelo programa SPSS.25. Após aplicação deste instrumento foram realizados três grupos focais com estudantes e um com preceptores. Os participantes dos grupos foram escolhidos aleatoriamente, de forma a representar cada período do curso e foi composto, cada um, por oito integrantes. Foi utilizada a Técnica de Bardin para organização dos dados dos grupos focais para sua posterior análise. Um total de 237 estudantes (71,6%) e 19 (70,4%) preceptores responderam ao questionário. Na percepção dos alunos e preceptores, as práticas na Atenção Primária à Saúde contribuem para o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, para a compreensão da relevância do trabalho multiprofissional e interprofissional entre as equipes de saúde, preparam o estudante para trabalhar na Atenção Básica e permite que os atributos dos SUS sejam vivenciados durante o período de formação. No entanto, a permanência do estudante na atenção básica não contribuiu para promover a intenção dos estudantes da amostra em se especializar em Medicina de Família e Comunidade.

Palavras-chave: Formação Médica. DCN. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The concern, in the Brazilian reality, to promote medical education that is adequate to the real needs of the population has been going on since the 19th century. A transition from the hospital-centered teaching model to a patient-centered format and in Primary Health Care needs to occur not only in the curricula of medical schools, but also in the change of thinking of everyone involved: professors, students, coordinators, and managers of the SUS. This study sought to analyze the perception of students and preceptors of a medical course in the Zona da Mata Mineira on the application of skills proposed by the 2014 National Curriculum Guidelines (DCN / 2014), in practical activities carried out in the Primary Care setting for Health. Questionnaires were structured using Google Forms, and the data were compiled into Microsoft's Excel program and transported using the SPSS.25 program. After applying the instrument, three focus groups were carried out with this student and one with preceptors. The participants of the groups were chosen randomly, to represent each period of the course and it was composed, each one, by eight members. The Bardin technique was used to organize the focus group data for further analysis. A total of 237 students (71.6%) and 19 (70.4%) tutors answered the questionnaire. In the perception of students and tutors, practices in Primary Health Care contribute to the recognition of the social determination of the health-disease process, to the understanding of the demand for multidisciplinary and interprofessional work between health teams, prepare the student to work in Care Basic and allows the attributes of the SUS to be experienced during the training period. However, the permanence of the student in primary care did not contribute to promote the intention of the sample students to specialize in Family and Community Medicine.

Keywords: Medical training. DCN. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Iniciativas de mudanças curriculares no Brasil - 2001 a 2014.....	27
Quadro 1 - Publicações sobre a inserção de estudantes da saúde na APS.....	35
Quadro 2 - Formação dos grupos focais com alunos de curso de graduação em Medicina, segundo a turma vinculado.....	42
Figura 2 - Definição de competência.....	34
Figura 3 - Fluxograma adaptado de CÂMARA (2011) e BARDIN (2016) com esquema do método técnica do método de Bardin.....	45
Figura 4 - Faixa Etária e gênero de estudantes de curso de graduação em Medicina de Universidade da Zona da Mata Mineira.....	48
Figura 5 - Locais de trabalho dos egressos da primeira turma do curso de Medicina, Universidade da Zona da Mata Mineira.....	51
Figura 6 - Motivação para trabalhar na UBS, dos egressos da primeira turma do curso Medicina, Universidade da Zona da Mata Mineira.....	51
Figura 7 - Formação dos preceptores após a graduação, Faculdade de Medicina da Zona da Mata Mineira.....	54
Figura 8 - Faixa etária dos preceptores, Faculdade de Medicina da Zona da Mata Mineira.....	55
Figura 9 - Gênero dos preceptores, Faculdade de Medicina da Zona da Mata Mineira.....	56
Figura 10 - Tempo de conclusão da graduação dos preceptores, Faculdade Medicina da Zona da Mata Mineira.....	56
Figura 11 - Há quanto tempo os preceptores atuam na UBS, Faculdade Medicina da Zona da Mata Mineira.....	57
Figura 12 -Motivação dos preceptores em atuar na UBS, Faculdade Medicina da Zona da Mata Mineira.....	57
Figura 13 - Relação de APS, DCN e Preceptores.....	62
Quadro 3 - Formação dos grupos focais com estudantes e preceptores de uma Faculdade de Medicina da Zona da Mata Mineira.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Distribuição dos alunos e preceptores de curso de graduação de Medicina de acordo com o ano em curso.....	40
Tabela 2 -Informações sociodemográficas de estudantes do curso de Graduação em Medicina de uma Universidade da Zona da Mata Mineira.....	48
Tabela 3 -Resultados dos questionários aplicados aos estudantes de curso de Graduação em Medicina de uma Universidade da Zona da Mata Mineira.....	49
Tabela 4 -Resultados do questionário aplicado aos preceptores de uma Faculdade de Medicina da Zona da Mata Mineira.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária na Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de saúde
DCN	Diretriz Curricular Nacional
EMA	Educação Médica nas Américas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FEPAFEN	Federação Pan-Americana de Educação Médica
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
Promed	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo
VER-SUS	Programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVOS	14
3.1	OBJETIVO GERAL.....	14
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
4	REVISÃO DA LITERATURA	15
4.1	EVOLUÇÃO DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL.....	15
4.2	O ENSINO MÉDICO NO SÉCULO XXI: DAS INICIATIVAS DE MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA ÀS DCN DE 2014.....	26
4.3	CENÁRIO EM APS E GRADUAÇÃO EM MEDICINA.....	30
4.4	AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES PRECONIZADAS PELAS DCN.....	33
5	MATERIAL E MÉTODOS	38
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	38
5.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO	38
5.3	CENÁRIO DE ESTUDO.....	39
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	40
5.5	INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS.....	41
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
6	ANÁLISE DE DADOS	45
6.1	ORGANIZAÇÃO DA ANÁLISE	46
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
7.1	RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS	47
7.1.1	Resultados dos questionários aplicados com os estudantes	47
7.1.1.1	<i>Resultados Sociodemográficos</i>	48
7.1.1.2	<i>Resultados do questionário aplicados aos estudantes sobre as percepções na APS</i>	49

7.1.1.3	<i>Resultado do questionário aplicado aos recém-egressos sobre locais de trabalho.....</i>	50
7.1.2	Resultado dos questionários aplicados aos preceptores	53
7.1.2.1	<i>Resultados Sociodemográficos</i>	53
7.1.2.2	<i>Resultado do questionário sobre as percepções na APS</i>	58
7.2	RESULTADOS DOS GRUPOS FOCAIS	61
8	CONCLUSÃO	86
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
	APÊNDICE 1- Questionário sociodemográfico individual para os estudantes de Medicina do primeiro ao sexto ano.....	95
	APÊNDICE 2- Questionário individual para os estudantes de Medicina do primeiro ao sexto ano	97
	APÊNDICE 3- Questionário para alunos que concluíram a graduação em 2020.1.....	98
	APÊNDICE 4- Questionário sociodemográfico individual para os preceptores nas atividades desenvolvidas na Atenção Básica	100
	APÊNDICE 5- Questionário individual para os preceptores nas atividades desenvolvidas na Atenção Básica	102
	ANEXO 1 - Carta de anuência.....	106
	ANEXO 2 – Parecer consubstanciado do CEP.....	107

1INTRODUÇÃO

O último século foi marcado por mudanças significativas em diversas áreas e com a medicina não foi diferente. Em 1920, o Brasil contava com 14.031 médicos e em 2020 eram 502.475 em atividade. Entre 2000 e 2020 a relação médico por mil habitantes aumentou de 1,41 para 2,4, aproximando-se dos índices observados em países desenvolvidos como Estados Unidos e Canadá (PORTAL CFM, 2021). Acompanhando o crescimento de profissionais formados, também houve aumento no número de escolas médicas, passando de um total de sete em 1912 para 338 em 2019, com cerca de 30 mil vagas anuais (SCHEFFER et al., 2018).

As escolas de medicina também passaram por transformações ao longo do tempo. A segunda metade do século XX foi marcada por transformações nas tecnologias de comunicação e mudanças nas expectativas dos pacientes e dos estudantes, tornando necessária a transformação da educação na saúde e a criação de direcionamentos tanto nacionais como internacionais (SCALABRINI NETO, 2017). No mundo, podem ser citadas como exemplos de diretrizes na educação médica a “Tomorrow’s Doctors” no Reino Unido (REINO UNIDO, 2003) e a “Global Standards For Quality Improvement in Medical Education” (WFME, 2003), construída com a cooperação de vários países, incluindo o Brasil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), além de trazer determinações importantes para o ensino médico, também teve seu papel decisivo na saúde pública, quando, em 1978, juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), organizou a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (APS) em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão. Na época, o principal debate era de que as principais necessidades da população não estavam sendo atendidas de forma adequada por meio de intervenções verticais, sendo preciso o desenvolvimento de conceitos mais amplos (GIOVANELLA, 2014).

A Conferência proposta em 1978 culminou com a Declaração de Alma-Ata, que colocou a APS como uma forma de atenção à saúde essencial e pressupôs que todas as pessoas e famílias da comunidade participassem de forma plena (GIOVANELLA, 2014).

Com a consolidação da APS e da forma de pensar sobre o processo saúde-doença, o processo de formação dos profissionais da saúde também necessitava passar por transformações. A educação no Brasil, em todas as áreas, teve um importante marco em 1996 com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação que

determinou a criação de diretrizes para os cursos de graduação. O objetivo era que os profissionais formados apresentassem competências para inserção em diferentes áreas do conhecimento após formados. Nesse sentido, após a junção e análise de aproximadamente 1200 contribuições, foram constituídas as DCN de 2001 que trazem a importância da medicina preventiva, experiências de integração nos serviços de assistência e observação dos determinantes do processo saúde e doença, com formação dirigida para o SUS. As competências gerais eram as mesmas para as graduações em medicina, enfermagem e nutrição (ROCHA, 2017).

Nessa mesma época houve a criação do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), que apresentava como um dos objetivos a graduação de profissionais com formação generalista que permitisse a atuação na atenção básica (OLIVEIRA e colab., 2017; OLIVEIRA e colab., 2008).

Essas mudanças, sobretudo as DCN de 2001 tornaram-se necessárias diante da necessidade de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e reduzir os custos relacionados à assistência médica. O forte desenvolvimento de tecnologias ligadas à saúde, desde o final do século XIX, culminou no início do século XX com uma medicina dependente de insumos e equipamentos de alto custo, além de fragmentada por uma lógica de especialização. Soma-se a esses fatos a ideia do curativismo com foco no indivíduo doente e pouca valorização das ações de promoção e prevenção em saúde (KUSSAKAWA; ANTONIO; PORTELINHA, 2019).

Diante das necessidades de mudanças, com perpetuação da formação de médicos dissociados da visão humanística e histórico-social dos pacientes, em 2014 foram implantadas novas Diretrizes Nacionais Curriculares para o curso de Medicina (DCN 2014). Estas foram criadas de forma a adequar a formação médica vigente às transformações ocorridas no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e buscar a formação de profissionais detentores de mais habilidades práticas e envolvidos não apenas com a doença, mas também com a história e as condições de vida dos pacientes (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019).

A leitura do documento das DCN de 2014 permite inferir a proposta de formação de médicos generalistas, com capacidade de resolver problemas tanto na atenção básica como na urgência/emergência, com atuação em todos os níveis de atenção à saúde. Os objetivos confluem para a formação de um profissional com a capacidade de atuar em diferentes complexidades de saúde com ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde embasado pelas melhores evidências científicas (MERELES, 2019; BRASIL, 2014).

Tais objetivos estão em acordo com o que também é proposto pela OMS, caracterizando a responsabilidade social relacionada ao ensino médico ao determinar a obrigatoriedade das escolas médicas em promover educação visando a resolução de problemas de saúde comunitários, regionais e da nação (CHINI; AMARAL, 2018; WHO, 1998). Desta forma, a concretização dos objetivos das DCN alinha-se à proposta da OMS através da inserção dos estudantes nos cenários da APS, proporcionando uma vivência prática de uma formação ética, crítica e humanista.

Diante dessa realidade, o presente estudo buscou analisar a percepção de estudantes e preceptores de uma Universidade privada, em um município da Zona da Mata de Minas Gerais, quanto à aplicação das propostas da DCN de 2014 para o curso de Medicina nas atividades práticas realizadas na APS.

2 JUSTIFICATIVA

A inserção dos estudantes de Medicina na APStem sido buscada como forma de promover uma formação generalista e humanista com resolutividade. A proposta de tornar o ensino médico mais prático tem sido discutida desde 1870. Foram muitas as mudanças ocorridas no sistema de saúde, na educação como um todo e, particularmente, no ensino médico(AMARAL, 2007).

As DCN de 2014 preconizam que o aluno deve ter interação com os usuários e profissionais de saúde desde o início da graduação, permanecendo em contato com problemas reais e assumindo responsabilidades gradativamente maiores. É preconizado ainda que as ações de promoção e educação em saúde devem acontecer em todos os níveis de cuidado, mas com destaque para a atenção básica (BRASIL, 2014).

O projeto pedagógico do curso de Medicina da Instituição onde foi aplicada a pesquisa foi pautado nas DCN de 2001 e adequado às de 2014. As práticas na APS são iniciadas no primeiro período e o estudante permanece na mesma Unidade Básica de Saúde (UBS)até o oitavo período, construindo vínculo com a equipe.

Do primeiro ao terceiro período, o estudante é supervisionado por preceptores que são enfermeiros, terapeutas ocupacionais e profissionais da educação física. Participam de atividades de visitas domiciliares, de educação em saúde, acompanhamento de vacinação e campanhas desenvolvidas na UBS.

A partir do quarto período, continuam desenvolvendo as mesmas atividades e, além dessas, passam a acompanhar o preceptor médico assistindo as consultas e participando do exame físico dos usuários do serviço.

No internato, durante seis meses, há a permanência em alguma das 31 ESF do município de Muriaé-MG, onde são realizados atendimentos, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde, sob a supervisão de um preceptor médico. Além desse período, ainda no internato, o estudante permanece por mais dois meses em UBS localizada em zona rural do mesmo município.

A pesquisadora é docente há quatro anos no curso de medicina em que foi realizada a pesquisa. Por meio de diálogos informais com os estudantes notou que eles traziam em suas falas opiniões a respeito da vivência prática na APS. A

inserção na pós-graduação stricto sensu, Mestrado Saúde da Família – PROFSAUDE – possibilitou que por meio da linha de pesquisa Educação e Saúde: Tendências Contemporâneas Da Educação, Competências e Estratégias fosse desenvolvido o presente estudo, buscando responder as inquietações despertadas pelos diálogos com os estudantes.

Este estudo torna-se relevante devido à necessidade de se conhecer a percepção da implantação do preconizado pela proposta das DCN para os cursos de graduação em Medicina, nos cenários de prática na APS no que se refere a propiciar um ambiente adequado à formação do médico generalista, permitindo a construção de processo contínuo de avaliação de tais cenários e práticas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção de estudantes e preceptores de um curso de medicina da Zona da Mata Mineira sobre a aplicação das competências propostas pela DCN/2014, nas atividades práticas realizadas no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1)Compreender qual o significado de competência na percepção dos preceptores e estudantes do curso de medicina na APS.

2)Identificar quais os atributos, vivenciados na APS por preceptores e estudantes, foram considerados como relevantes para a formação médica;

3)Identificar se os estudantes e preceptores se apropriaram das competências propostas pela DCN/2014, a partir da inserção em cenários de aprendizagem na APS;

4)Descrever os limites e potencialidades vivenciados nas práticas do ensino médico na APS pelos preceptores e estudantes.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 BREVE EVOLUÇÃO DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL

O ensino médico foi institucionalizado apenas na Idade Média e, em um primeiro momento era essencialmente prático, como acontecia em Salerno, escola de medicina mundialmente conhecida na época de sua institucionalização, em 1075. Cada região da Europa desenvolveu o ensino da medicina com suas próprias características (REZENDE, 2009).

No Brasil, a primeira escola médica surgiu um mês após a vinda de Dom João VI para o Brasil, em fevereiro de 1808 na Bahia e, em abril do mesmo ano, na cidade do Rio de Janeiro, seguindo o modelo europeu. Esse modelo, sobretudo o francês, promovia um processo de ensino-aprendizagem com foco no trabalho e pesquisa em ambiente hospitalar, com valorização do olhar técnico sobre o corpo humano e facilitado pela estreita relação entre os hospitais e as escolas médicas (KEMP; EDLER, 2004). Havia grande valorização de tudo que se pudesse ouvir, sentir, tocar, ver, incluindo a observação das excretas.

Em 1830, houve a fundação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e três anos mais tarde foram iniciadas as Faculdades de Medicina, com ingresso anual e cursos com duração de seis anos. A duração do curso em seis anos já havia sido estabelecida desde 1270, na Universidade de Paris (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018; REZENDE, 2009).

Com o tempo percebeu-se a necessidade de formação de médicos mais voltados para as necessidades da população brasileira, que era acometida por epidemias de doenças infecciosas, como a peste bubônica e a febre amarela, além de sofrer as consequências de condições de higiene e saneamento básico precárias (SOUZA; PIVA, 2011). Por volta de 1870 surge a preocupação com o ensino médico, sendo iniciada a busca por um processo que envolvesse a prática de forma a preparar o profissional de modo mais amplo (AMARAL, 2007).

Em 1873, no Rio de Janeiro, foram iniciadas as Conferências Populares da Glória, abertas a toda a população, com a finalidade de debater assuntos variados da literatura, educação, teatro e ciências, com destaque para as epidemias, influência climática sobre o adoecimento e as terapêuticas (FONSECA, 1996). Na época, havia uma forte discussão entre contagionistas e anticontagionistas, que

apresentavam ideias divergentes sobre o combate das epidemias; se deveriam estar centradas nos indivíduos ou em medidas gerais de controle do ambiente (CZERESNIA, 1997).

Na Tribuna da Glória, como ficaram conhecidas as Conferências, ocorridas em 1880, discorreram sobre as condições precárias do ensino médico no Brasil, com destaque para uma forma de ensino inadequado, excessivamente teórico e pouco prático (FONSECA, 1996).

Esse foi um período marcado por um questionamento em relação à forma como o ensino médico vinha sendo praticado. A Reforma Sabóia, de 1882, conduzida pelo médico cearense Vicente Cândido Figueira de Sabóia, propunha um ensino livre e prático, com extinção das sabatinas, frequência livre às aulas e exigência das provas práticas. Nesta mesma época foram instauradas as enfermarias de subespecialidades clínicas (KEMP; EDLER, 2004; SILVA 2020).

Alguns anos depois, em 1889, foi proclamada a República, trazendo uma nova organização do ensino da medicina por meio do decreto nº 1.270 de 10/01/1891. As escolas de Medicina passaram a ser conhecidas por Faculdade de Medicina e Farmácia e a estrutura curricular teve o número de disciplinas ampliado e distribuído em 12 seções. Houve a implantação de novos laboratórios e a presença dos alunos nas aulas tornou-se obrigatória (VARELA; XAVIER, 2020).

Em 1910, o relatório Flexner, derivado de experiências alemãs e francesas, mas de origem norte-americana, trouxe um modelo de ensino médico que interferiu na construção do ensino superior em diversos países, incluindo o Brasil (AMARAL, 2007). Segundo esse modelo, há uma valorização do ensino hospitalocêntrico voltado para as especialidades, com fragmentação do processo de ensino e aprendizagem e sem uma correlação com a realidade social onde a medicina seria aplicada (MACHADO e colab., 2018).

A Grande Depressão, em 1929, trouxe impacto econômico no mundo inteiro e no Brasil culminou com a Revolução de 30, iniciando a Era Vargas. Nessa época o ensino médico buscava interligações entre a formação, o desenvolvimento do exercício da medicina e o sistema de saúde (AMARAL, 2007; CODATO, 2013), sendo a saúde brasileira marcada por doenças infectocontagiosas como malária, hanseníase, febre amarela e tuberculose (HOCHMAN, 2005). E foi na década de

1930 que o ensino passou por um importante marco histórico. Considerando a existência de um projeto acadêmico vinculado a uma instituição, considera-se que a primeira universidade brasileira foi a Universidade de São Paulo (USP), em 1934, com escolas separadas, objetivando a formação profissional e desvinculada da pesquisa (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

A década de 1940 foi marcada pela Primeira Conferência Nacional de Saúde (I CNS), realizada logo após a Primeira Conferência Nacional de Educação, em 1941, com importante foco nas questões sanitárias e no desenvolvimento de campanhas de combate à hanseníase e à tuberculose (Brasil, 2009; HOCHMAN, 2005). Na I CNS foram propostas mudanças nas relações entre os Estados e a União, visando a verticalização e centralização do regime político vigente na época, com aumento do poder do Departamento Nacional de Saúde. A forma de governo era o Estado Novo, instituído por Getúlio Vargas em 1937 e que perdurou até 1946, marcado por forte autoritarismo e centralização de poder (CODATO, 2013; HOCHMAN, 2005).

Nessa época, era costume no Brasil que os docentes de medicina fossem enviados ao exterior ou que professores de outros países fossem convidados para auxiliar as escolas médicas brasileiras (AMARAL, 2007). Essa aproximação com outros países, associada à incorporação do modelo hospitalocêntrico proposto por Flexner em 1910, proporcionou o desenvolvimento de hospitais-escola como locais de aprendizado da prática médica (ALMEIDA, 1999).

O ensino da medicina na década de 1950 foi marcado, no mundo e no Brasil, pela obra de Edward Bridge com título “Pedagogia Médica”, que trouxe à discussão a necessidade de ligação entre educação e ensino. Nesta obra foi destacado que o professor de medicina deveria ensinar de forma direcionada às motivações do aluno com o objetivo de guiá-lo a *aprender a aprender*. Nessa época, crescia a preocupação em estreitar as relações entre a educação e as escolas de medicina na América Latina. Como reflexo da obra de Bridge, em 1953, ocorreu em Londres a Primeira Conferência Mundial de Educação Médica, que incentivava a formação de corporações regionais e nacionais de ensino da medicina. Em 1962 foi fundada, no Brasil, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) com reuniões anuais de 1963 a 1975 e, a partir de 1976, esses

encontros foram denominados Congresso Brasileiro de Educação Médica. A Associação apresentava propostas de que a graduação médica tivesse foco em uma formação generalista e enfatizasse menos as especialidades (CONTERNO, 2016; MACHADO, 2018; AMARAL, 2007).

A CNS, evento anual iniciado na década de 1940, teve a sua terceira edição realizada em 1963. O encontro daquele ano apresentava propostas de reorganização sanitária do país, evidenciando falhas no sistema de saúde, advindas da centralização do seu comando. A proposta era promover a municipalização e descentralizar as ações de saúde, de modo a adequar as estruturas à realidade e necessidades de cada região. Sua propagação foi dificultada pelo contexto político no Brasil, marcado pelo ano que antecedeu o Golpe Militar de 1964 (AMARAL, 2007).

O ano de 1964 foi marcado pelo início da Ditadura Militar, com a promessa de restaurar a democracia, trazer fortalecimento econômico e restaurar a ordem. Os militares ficaram no poder por mais de vinte anos, em um governo marcado por desarticular as iniciativas com ideais socialistas e com inibição da participação social (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Nesse período, o sistema de saúde passava por uma dualidade entre a medicina previdenciária, voltada aos trabalhadores formais urbanos e, a saúde pública, voltada à prevenção de doenças na população economicamente desfavorecida e daquela residente em zonas rurais. Os governos militares fomentaram o crescimento do setor privado estimulando, com incentivos fiscais, a contratação de cooperativas de médicos ou companhias privadas para que fornecessem serviços aos seus funcionários. Havia a intenção também de privatizar uma parte dos serviços médicos pertencentes ao Estado. O governo militar criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que excluía a participação social no controle da previdência e buscava oferecer atendimento aos beneficiários por meio da contratação de serviços privados (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A década de 1970 foi fortemente marcada pelo enfraquecimento do crescimento econômico iniciado no pós-guerra. A saúde da população brasileira evidenciava problemas graves relacionados à pobreza, com ocorrência em larga

escala de verminoses e doenças de veiculação hídrica. Tornava-se imperiosa a necessidade de integrar as ações preventivas e a assistência curativa. Nessa mesma época tornaram-se populares as ideias de abordagem integral e as que propunham uma medicina chamada de mais simples, praticada em países em desenvolvimento. Um exemplo foi o Médicos dos Pés Descalços, na República Popular da China, que influenciou o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família no Brasil, instituído em 1994(MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018; MIYASAKA, 2011; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e ocorreu a Regulamentação da Residência Médica. O INAMPS tinha como função promover assistência médica aos trabalhadores que eram contribuintes com a previdência social. As pessoas que não se enquadrassem nesses critérios não tinham acesso a esses serviços (FIOCRUZ, 2020).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde ocorrida em 1978 em Alma-Ata, cidade da extinta União Soviética, deu origem à Declaração de Alma-Ata. Essa Declaração, com o *slogan* “Saúde para Todosno Ano 2000”, apresentava como objetivo a promoção de acesso à saúde de modo igualitário para todos os cidadãos, independente da condição econômica do país(MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018). No ano seguinte foi criada, no Brasil, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que juntamente com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) - criado em 1976 - reivindicaram a participação social e defenderam a promoção da saúde em detrimento da política majoritária de controle de doenças (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Essa foi uma época marcada, no mundo, por uma instabilidade nos princípios de financiamento e atenção à saúde, com forte valorização da medicina curativa, voltada a interesses privados, que propiciou uma elevação desarmônica dos custos que não eram proporcionais às melhorias percebidas na saúde da população (PUCCINI et al., 2008).

Em 1980, a crise econômica e o desemprego, associados à dependência do serviço privado de alto custo acarretaram graves problemas financeiros no sistema previdenciário, evidenciando que o modelo de assistência à saúde proposto era inviável. Nesse sentido, a solução buscada foi reduzir os contratos privados e

desenvolver ações de saúde no setor público. Houve um importante estreitamento entre as Escolas Médicas e o INAMPS, com a assinatura do convênio que financiava os Hospitais Universitários, e tal fato corroborou para fortalecer a ideia que vigorava na época de um ensino médico hospitalocêntrico (AMARAL, 2007).

As principais medidas instituídas diante da crise econômica previdenciária foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que promoveram mudanças no sistema que vigorava na época, promovendo regionalização e hierarquização e articulando as esferas federal, estadual e municipal. Nesse contexto de transformações, alguns municípios brasileiros já vivenciavam a experiência das Unidades Básicas de Saúde desde o final década de 1970, por meio de uma atenção integral, equitativa e universal, antecipando características de atenção à saúde que seriam reconhecidas futuramente como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS, 2018; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Na educação médica, as discussões ocorriam em torno da retomada da necessidade de promover uma formação integral com aproximação entre o currículo da graduação e a realidade social na qual o estudante estava inserido, sendo esses debates impulsionados pela ABEM (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

O período da ditadura militar marcou também um aumento expressivo no número de escolas médicas, bem como sua interiorização, com predomínio de instituições privadas na região Sudeste. Entre 1965 e 1985 foram abertas 40 novas escolas médicas. Nessa época, o tema das reformulações curriculares gerava bastante tensão entre os dirigentes das faculdades e as entidades de classes. A ideia de mudar o currículo, de modo a promover um ensino de acordo com as necessidades da população brasileira, não atingia os reais interesses e poderes das escolas de medicina (AMARAL, 2007).

Em 1985, com o ganho de força do movimento popular Diretas Já, a ditadura militar terminou, dando início a um novo período na política: a Nova República.

Nesse mesmo ano, o Brasil voltava ao regime democrático, iniciando um período de importantes mudanças em diversas áreas, marcado também por crise financeira, com planos emergenciais visando o crescimento econômico e redução da inflação exacerbada. Foi nesse cenário que ocorreu a busca pela reforma do

sistema de saúde, marcada pela 8ªCNS, em 1986, que trouxe como discussões o fortalecimento do setor público de saúde, a expansão da assistência a todos os cidadãos e a integração entre medicina previdenciária e saúde pública. O objetivo, portanto, era a criação de um sistema único de saúde.

Paralelamente, no mundo, a saúde era marcada pela I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986 e que deu origem à Carta de Ottawa. Esse documento trouxe o conceito de *“saúde como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e da comunidade para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”*. Saúde passa a ser compreendida como um conceito positivo, como um recurso para a vida e não como sua finalidade (OTTAWA, 1986). Reforça-se a necessidade de profissionais da saúde voltados para a atenção básica, em detrimento daqueles com visão especializada, fragmentada e hospitalocêntrica e entendimento de que os cuidados em saúde não são responsabilidades exclusivas do setor da saúde (MACHADO e colab., 2018; HEIDMANN e colab., 2006).

Em 1988, não apenas o conceito de saúde estava sendo transformado, mas também os princípios norteadores da educação médica. Naquele ano, na Escócia, ocorreu a Primeira Conferência Mundial de Educação Médica (CMEM), organizada pela Federação Mundial de Educação Médica (WFME) que culminou com a Declaração de Edimburgo. Este documento trazia os seguintes princípios a serem praticados na formação médica (MARTINS, 2008; MATTOS, 1997):

- Diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem;
- Inclusão de serviços de assistência à comunidade e não apenas hospitais como ambiente de ensino;
- Assegurar uma correlação entre os planejamentos curriculares e os problemas de saúde em cada país;
- Permitir que os conteúdos curriculares e modos avaliativos tivessem como objetivo não apenas as habilidades profissionais e o conhecimento teórico, mas também os valores sociais.

A 1ª CMEM é considerada uma referência na educação médica no contexto em que a APS estava ganhando importância no cenário mundial. A 2ª CMEM ocorreu em 1993 e enfatizou a importância dos pressupostos de aprendizagem

centrada no aluno e autoaprendizagem, reafirmando o que já havia sido proposto por Edward Bridge na década de 1950 (CONTERNO; LOPES, 2016).

No ano de 1988 ocorre, no Brasil, a implementação da Nova Constituição da República, vigente até hoje e que coloca, na Seção II do Capítulo II, a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2003).

Após a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na 8ª CNS e de seu marco legal na Constituição da República, outro grande marco na saúde brasileira foi, em 1990, a promulgação da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, promovendo a criação do SUS e definindo que o Ministério da Saúde é responsável por estimular e organizar as etapas de formação dos trabalhadores em saúde (OLIVEIRA *et al*, 2017). Nesse sentido, com a integração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura (MEC), reivindicada há décadas por educadores e considerada inquestionável, o ambiente estava favorável a mudanças na educação médica (AMARAL, 2007).

O clima de otimismo e expectativas de mudanças tornou-se tenso com a implementação de medidas conservadoras nas esferas política, econômica e social em vários países, diante do fortalecimento do neoliberalismo na Europa e Estados Unidos, levando à restrição das ações Estatais. Iniciava uma época marcada pela privatização das empresas do Estado, tornando-o com tamanho e capacidades reduzidas diante das reformas institucionais. O recém-criado SUS já se encontrava em um cenário de crise, a qual foi atribuída, em parte, à precariedade do ensino médico (AMARAL, 2007; PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Havia, portanto, um cenário em que o sistema de saúde estava passando por profundas transformações, com a criação do SUS, mas a formação médica permanecia sem mudanças e que estava se tornando precária diante da necessidade de se ter um profissional preparado para atuar no SUS. O desconhecimento dos profissionais e a ausência de vivência os tornavam pouco comprometidos com o novo sistema de saúde. Isso evidenciava que não havia uma falta de qualidade técnica dos profissionais, mas estarem imersos nesse sistema de modo que pudessem estar aptos a atuar nele (OLIVEIRA, 2007).

O ensino médico era alvo de críticas que apontavam para uma necessidade de transformações, não apenas no Brasil, mas também em vários países

(ALMEIDA, 1999). Nas Américas, começou um movimento no sentido de buscar a integração entre ensino e serviço. Essas mudanças tiveram um importante apoio da Fundação W. K. Kellogg, criada em 1930 nos Estados Unidos da América (EUA) pelo pioneiro na indústria de cereais, com ideais de “aplicar os recursos para resolver os problemas das pessoas” e “ajudar as pessoas a se ajudarem a si mesmas”, cuja atuação na América Latina iniciou em 1941. No final da década de 1980 e início dos anos de 1990 foi uma das principais financiadoras dos agentes de transformação do ensino médico (KISIL, 1993; MATTOS, 1997). Um desses projetos apoiados pela Fundação Kellogg foi o projeto EMA- Educação Médica nas Américas, que iniciou um processo de verificação criteriosa do ensino da medicina no continente americano, com a preocupação em desenvolver uma educação médica com o objetivo de atender às necessidades da população(MATTOS, 1997).

Outro importante projeto na mesma época, apoiado pela Fundação Kellogg, foi o UNI - Uma nova iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Os objetivos desse projeto eram(PUCCINI et al., 2008):

- Promover apoio às mudanças na orientação profissional na graduação;
- Contribuir com a elaboração de sistemas locais de saúde;
- Fortalecer o desenvolvimento comunitário em aspectos relacionados à saúde.

Em 1985, contando também com o apoio da Fundação W. K. Kellogg, foi criada a Rede Unida, a partir de um encontro histórico entre profissionais da saúde, docentes e pesquisadores, na cidade de Ouro Preto, Minas Gerais. O objetivo da Rede era enfatizar a promoção da saúde e melhorar a qualificação da educação dos profissionais da saúde, criando cenários que realmente permitissem a vivência da integração docente assistencial que, desde década de 70, não era proporcionada nos cursos de saúde. Nesse contexto, não havia contato direto entre os pacientes e os futuros profissionais de saúde. A Rede Unida, juntamente com a ABRASCO e o CEBES, discutiram e impulsionaram mudanças nos currículos dos cursos de graduação da saúde de forma a orientar que os estudantes tivessem esse contato logo após término das disciplinas do ciclo básico, além de propor experiências inovadoras como o Internato Rural (DIAS, 2020).

Destaca-se, no mesmo período, um estudo – também apoiado pela Fundação Kellogg – realizado pela ABEM em parceria com a Federação Panamericana de Educação Médica (FEPAFEN), cuja evidência foi de que, apesar de se conhecer a necessidade de articulação entre ensino e serviço, os projetos docente-assistenciais necessitavam de transformações e envolvimento das equipes multiprofissionais (KISIL, 1993).

Em relação ao trabalho de equipes multiprofissionais, as transformações na assistência, apesar das dificuldades econômicas, iniciaram logo após a implementação do SUS, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse programa colocou em prática as ações de medicina preventiva, reordenando a demanda em saúde com a intervenção precoce antes da chegada da demanda à Unidade de Saúde. Em 1994, o PACS tornou-se o Programa Saúde da Família (PSF), que trouxe a noção de territorialização e da família como um núcleo programático de saúde (GONÇALVES JR; GAVA; DA SILVA, 2017).

O sistema de saúde foi evoluindo de tal modo que o PSF se tornou estruturante e passou a ser definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2006, com a reorganização da Atenção Básica. Isso se deu a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que foi revista em 2011 e, mais recentemente em 2017. Em 2008 foram organizados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar a resolutividade da ESF mediante a participação de profissionais de diversas especialidades (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Diferentemente de outros países e órgãos internacionais, como o Banco Mundial, que demonstravam o entendimento da atenção primária destinada a populações economicamente desfavorecidas e com ações de baixa complexidade, no Brasil, a APS torna-se a ordenadora do sistema. Tal fato resgata as propostas da Declaração de Alma-Ata com ênfase em um modelo de saúde com acesso universal, sem distinção na garantia ao acesso (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013) .

Diante disso, convém destacar atributos da APS, que são 4 essenciais e 3 derivados:

Os atributos essenciais são (PINTO; GIOVANELLA, 2018):

1. Acesso de primeiro contato: com exceção das emergências, manter um serviço de saúde como local de cuidado para cada problema que surgir.
2. Longitudinalidade: atenção continuada e desenvolvimento de relação de confiança entre usuário e equipe de saúde.
3. Integralidade: desenvolver ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.
4. Coordenação: o cuidado deve acontecer de forma integrada a outros profissionais ou serviços.

Os atributos derivados são (PINTO; GIOVANELLA, 2018):

1. Orientação familiar: o contexto de família do indivíduo deve ser considerado.
2. Orientação comunitária: observar a relação do indivíduo com a comunidade e seus dados epidemiológicos.
3. Competência cultural: toda a equipe deve se adaptar às características culturais da população assistida de modo a tornar a comunicação facilitada.

Considerando que o ensino em saúde deve ter como objetivo preparar os profissionais para responderem às necessidades de saúde da população, que é afetada – e muito – pelo contexto social, a UBS se torna o local onde é possível desenvolver projetos de ensino-aprendizagem que permitam ao estudante vivenciar o processo saúde-doença de forma mais ampla. Inserido na APS é possível observar os aspectos familiares e sociais do usuário, muito além da doença (CODATO, 2017). O objetivo hoje, de acordo com as DCN, é que o egresso adquira, ao longo de sua formação, a visão social e o conceito ampliado de saúde, devendo cada universidade fazer a adequação às diretrizes, em seus cenários de práticas na APS (FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014).

Podemos observar, portanto, três momentos distintos na educação médica brasileira nos últimos 70 anos (FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014):

- De 1950 a 1970: as maiores preocupações estavam direcionadas à gestão e determinação de objetivos na educação médica;
- De 1970 a 1990: busca da coerência no ensino: alinhar as necessidades locais de saúde às competências desenvolvidas durante a graduação;

- 1990 aos dias atuais: a discussão sobre a influência da educação médica sobre a saúde da população.

4.2 O ENSINO MÉDICO NO SÉCULO XXI: DAS INICIATIVAS DE MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA ÀS DCN DE 2014

As DCN de 2014 são resultantes de questionamentos que remontam à década de 1960, período em que se questionava nas graduações a dissociação entre ensino e trabalho, resultando em profissionais pouco habilitados em lidar com as necessidades sociais. O objetivo era solucionar o “*conflito entre instrução e formação, entre adestramento e educação*”, que se somava à dissociação entre teoria e prática no ensino, como conceituado por Antonio Manoel dos Santos Silva em sua reflexão sobre a Universidade no limiar do século XXI (SILVA, 1999). Surgiram, então, na Europa e nas Américas, nas duas últimas décadas do século XX, planos de revisão curricular (PUCCINI et al., 2008).

Nessa perspectiva de mudanças no ensino em geral, em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação propõe que os cursos de nível superior devem ser submetidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, sob responsabilidade do Conselho Nacional de Educação. O texto do documento que traz as orientações para as Diretrizes propõe (BRASIL, 1997):

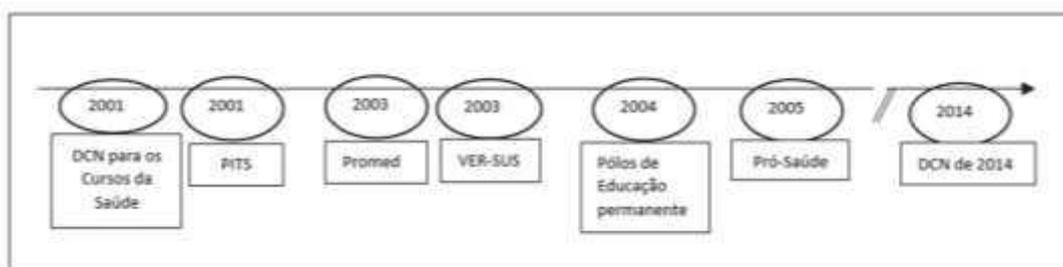
“Entende-se que as novas diretrizes curriculares devem contemplar elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

(...) Finalmente, devem incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania. Os cursos de graduação precisam ser conduzidos, através das Diretrizes Curriculares, a abandonar as características de que muitas vezes se revestem, quais sejam as de atuarem como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, passando a orientar-se no sentido de oferecer uma sólida formação básica preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional”.

Ao revisar os textos das diretrizes curriculares dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, é possível notar interface com a Constituição de 1988, de modo a construir a formação de profissionais da saúde na perspectiva de implantação do SUS (ROCHA, 2017). Na Medicina, a primeira diretriz curricular data de 2001 e a segunda, vigente até o presente momento, foi publicada em 2014.

Especificamente no ensino médico no Brasil, as últimas duas décadas foram marcadas por iniciativas de mudanças, somadas às DCN, como ilustrado na figura 1.

Figura 1: Iniciativas de mudanças curriculares no Brasil - 2001 a 2014.



Fonte: A autora (2020)

Em 2001 foram implementadas as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Saúde. Dentre os objetivos, destaca-se a preocupação em formar profissionais capazes de serem resolutivos no SUS e de aprender a aprender, conceito que também está presente nas DCN para os cursos de Medicina de 2014. Também já havia a proposta de articular os sistemas de saúde e a educação superior, tendo o SUS como elemento integrador (OLIVEIRA et al., 2008).

No mesmo ano, o Ministério da saúde desenvolveu o PITS- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, que pretendeu promover uma organização das ações em saúde baseadas no PSF (Brasil, 2003). Havia como objetivo possibilitar a permanência de médicos e enfermeiros naquele programa, em pequenos municípios onde não havia médico e integrar as instituições de ensino e os serviços de saúde com a capacitação profissional (OLIVEIRA et al., 2008).

Em 2003 foi criado o Promed – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – cujas propostas eram a programação de estágios em hospitais universitários e em toda rede de serviços. Outro objetivo

importante era a capacitação dos alunos da graduação de modo a estarem preparados para o novo funcionamento do SUS, com a expansão da ESF, requerendo uma formação médica mais generalista (OLIVEIRA et al., 2008). Como forma de viabilizar essas mudanças, o Promed apresentava como objetivo o fortalecimento do papel do Ministério da Saúde como orientador das propostas de formação dos profissionais da saúde, por meio de incentivo técnico-financeiro (FARAH; MAUAD, 2004).

Ainda no ano de 2003 foi implementado o Programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – o VER-SUS – cujos objetivos relevantes eram a integração entre as universidades e o sistema de saúde local, possibilitando que os estudantes vivenciassem os problemas, avanços e peculiaridades do SUS, através de experiências nos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2008).

Mantendo a implantação de iniciativas inovadoras, em 2004, O Ministério da Saúde criou os Polos de Educação Permanente, que dentre suas propostas tinha o objetivo de debater e instituir mudanças na educação permanente e no ensino formal em saúde com foco no fortalecimento do SUS (OLIVEIRA e colab., 2008; BRASIL, 2004).

Seguindo a mesma proposta do Promed, de 2003, o Pró-Saúde, em 2005, foi instituído com o objetivo de promover a integração entre ensino e serviços públicos de saúde e que pudessem levar à formação de profissionais capazes de responder às necessidades concretas da população brasileira (BRASIL, 2007). Essa discussão remete à mesma problematização ocorrida no final do século XIX, outro momento em que também se questionou uma formação voltada para as necessidades da população (AMARAL, 2007).

As novas DCN para o curso de Medicina foram publicadas em 2014 e evidenciaram a preocupação em considerar os aspectos biológicos, humanísticos e socioculturais no cuidado em saúde, de forma multiprofissional e interdisciplinar (FERREIRA, 2019). Elas definem a formação em três grandes áreas: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde e propõe que a formação médica tenha as seguintes características (BRASIL, 2014):

- Geral
- Humanista

- Crítica
- Reflexiva
- Ética
- Capaz de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde
- Integrada a ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde
 - Socialmente responsável e que tenha compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana e da saúde integral do ser humano
 - Comprometida com a determinação social do processo de saúde e doença.

Nota-se a grande preocupação nas diretrizes com a formação de médicos generalistas que sejam capazes de atuar tanto na atenção básica como na urgência/emergência de modo efetivo e que tenham resolutividade na promoção da saúde e na redução de riscos(MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019).

Em conformidade com o que é proposto pelas DCN de 2014, a WONCA- World Organization of Family Doctors, organização mundial de médicos de família e à qual a Sociedade Brasileira de Medicina de Família é ligada, preconiza que a atuação do médico de família e comunidade tenha as seguintes características:

- Visão do paciente de forma integral, considerando aspectos biopsicossociais, espirituais e com desenvolvimento de ações preventivas personalizadas;
- Capacidade de escolher a tecnologia adequada para cada caso individualmente;
- Liderança da comunidade, sendo confiável;
- Trabalho integrante da equipe com desenvolvimento de trabalho em unidade;
- Preservação e melhoria do cuidado, respondendo de forma integral às necessidades dos usuários;
- Comunicação, propagando atitudes saudáveis no cuidado à saúde (ARIAS-CASTILLO et al., 2010).

4.3 CENÁRIO EM APS E GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Diante do conflito entre as necessidades requeridas pelo SUS e as propostas de mudanças curriculares tornou-se imprescindível a mudança dos cenários de prática de ensino-aprendizagem.

Cenário de aprendizagem é um conceito aplicado em diversas áreas do conhecimento e tem sido empregado como um método em que, a partir da antecipação de problemas e proposição de soluções, é possível pensar sobre o futuro. Constitui-se uma forma de permitir que o aprendiz pense de forma diferente daquelas usadas rotineiramente e desenvolvam o pensamento crítico e criativo, além de desenvolver a capacidade de resolução de problemas. O objetivo é fazer com que as pessoas se desvinculem de formas de pensamento pré-concebidas e, diante de problemas concretos, seja possível a antecipação de soluções (PIEIDADE; PEDRO; MATOS, 2018).

Somam-se a esse conceito as ideias propostas pelo filósofo norte americano John Dewey, grande influenciador da educação em vários países, incluindo o Brasil, no século XX. Segundo seus conceitos, o aprendizado deveria estar fundamentado na solução de problemas, com o entendimento de que deveria aprender fazendo, conjugando prática e necessidade de conhecer a teoria. Essa ideia é oposta ao ensino médico tradicional, que separa teoria e prática (CUNHA, 2001; GOMES et al., 2012; SCHMIDT, 2009).

Para compreender a escolha da APS como cenário de aprendizagem é relevante compreender também as ideias de dois autores, influentes na Educação no século XX, a respeito da epistemologia pós-positivista: Thomas Kuhn, físico norte-americano e Ludwig Fleck, médico e cientista. Suas principais contribuições estão no ensino de práticas científicas ou especializadas em seus aspectos psicossociais, cognitivos e pedagógicos (TESSER, 2008).

Partindo dos pressupostos de Kuhn e Fleck, o modelo de ensino médico anterior era pautado no paradigma biomecânico, que direciona a uma visão mecânico-causal do adoecimento. Há a busca por causas micromateriais que expliquem as doenças e o que há de mais importante é a intervenção sobre essas causas. Coloca-se, então, o hospital como o local adequado ao desenvolvimento de um ensino clínico, biológico e epidemiológico, onde se aprenderia a ser médico.

Todavia, esse ambiente também é propício à formação de profissionais biologicistas, indelicados, autoritários, e intervencionistas (TESSER, 2008).

Para esses pensadores, o aprendizado do aluno é fortemente influenciado pelo exemplo observado em seus professores. No paradigma biomédico, se esses são praticantes de uma medicina hospitalocêntrica especializada, será o que os alunos colocarão em prática, uma vez que seguem o exemplo de seus educadores? Da mesma forma, o aprendizado centrado nas doenças, autoritário e técnico faz com que o aluno internalize esses preceitos e reduza o paciente a um número de leito ou ao nome de uma doença ou sinal observado em um exame físico (TESSER, 2008).

O objetivo de construir um SUS melhor, com a participação de médicos generalistas, humanistas, capazes de integrar as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e de perceber os determinantes sociais do processo saúde-doença é diametralmente oposto ao modelo hospitalocêntrico (TESSER, 2008). Soma-se a isso o fato de que as unidades de APS, logo após a implantação, não conseguiam corresponder às propostas do SUS em promover uma atenção integral, apresentavam baixa resolutividade e baixa adesão da população. A solução encontrada, e que tem sido praticada, é a vinculação do ensino prático ao SUS, privilegiando a atenção básica. Iniciava-se, então, um processo de desconstrução da hegemonia do modelo biomédico a ser substituído pela medicina centrada no paciente, na pessoa (ADLER; GALLIAN, 2014).

Considera-se, então, como movimento de mudança, a inserção do estudante de medicina no SUS, desde os períodos iniciais da graduação em conformidade com o que começou a ser proposto com as DCN de 2001, ao valorizar a ética, cidadania, e promover o comprometimento com as condições de saúde da sua região. Com isso, desconstrói-se a ideia de que a teoria teria que vir antes da prática, conduzindo o acadêmico a construir seu conhecimento e desenvolver os valores preconizados (BRASIL, 2001).

Diante dessa realidade, são duas mudanças propostas desde as DCN de 2001 e mantidas nas de 2014: a inserção do estudante em atividades práticas no SUS desde os primeiros períodos e a escolha da APS como cenário de aprendizagem. As características da APS e, de forma mais específica, das

Estratégias de Saúde da Família que favorecem essa escolha estão relacionados, principalmente, aos aspectos da integralidade do cuidado, a partir da observação do processo saúde-doença em sua dimensão biopsicossocial (GOMES et al., 2012).

Convém ressaltar alguns dos aspectos essenciais que configuram a APS como o cenário de aprendizagem alinhado às competências requeridas no profissional médico atual (CODATO, L.A. e colab., 2017). São eles:

I. Foco na integralidade do cuidado

As UBS's, diferente de outros níveis de atenção à saúde, permitem que o estudante vivencie diferentes momentos de cuidado: promoção à saúde, diagnóstico, tratamento de doenças agudas e crônicas e reabilitação. Além disso, a vivência na APS permite a compreensão da influência social no contexto saúde-doença, pois é possível conhecer muito além da doença, uma vez que são observadas as condições de vida e o ambiente onde vive o usuário do serviço que está recebendo o cuidado.

II. Longitudinalidade do cuidado

Em hospitais e ambulatórios especializados, o estudante, em poucas situações, terá a oportunidade de rever um paciente, ao contrário do que acontece na APS, onde será possível fazer visitas domiciliares, acompanhar o desenvolvimento de tratamentos instituídos por outros profissionais e conhecer as condições de vida do paciente.

III. Permite uma postura ativa do estudante

Preconiza-se, nas DCN de 2014, que o graduando deva aprender a aprender e desenvolver a curiosidade. Nesse sentido, a curiosidade, no contexto de ensino-aprendizagem, possibilita que o estudante esteja ocupado em buscar e apreender com indivíduos distintos em um novo espaço existencial. Com isso, surgem as inquietações frente às realidades observadas e vivenciadas na APS, motivando a aprender a aprender ativamente e de modo contínuo. O estudante torna-se protagonista e responsável pelo seu aprendizado porque aprende por experimentar e não por ter o conhecimento ofertado.

IV. Vínculo com a equipe

O discente, ao chegar ao espaço de trabalho de uma equipe já constituída e que, muitas vezes, trabalha no mesmo lugar há alguns anos, necessitará exercer a empatia e consolidação de vínculos para conviver com a equipe e desenvolver as atividades, características necessárias ao profissional ao final de sua graduação. Esse exercício de empatia pode não ocorrer, porém isso tornará a permanência do estudante dificultada. A forma como o estudante se comporta e se apresenta para a equipe é determinante neste sentido.

V. Atividades executadas em espaços compartilhados

Essa vivência em espaço compartilhado possibilita ao estudante uma vivência intensa de experiências que permitirão uma melhor compreensão da realidade, levando a integração ensino-serviço a uma dimensão mais profunda de “ser-com-outra”, mediante a organização de tarefas focadas no ensino-aprendizagem que favoreçam essa integração.

Fica evidente, portanto, que o desenvolvimento das atividades práticas de ensino-aprendizagem na atenção básica permite que os estudantes percebam o processo saúde-doença de uma forma mais ampla e vivenciem aspectos ambientais, familiares e sociais conjugados à dimensão biológica. Essas percepções, com tamanha amplitude, não são possíveis no ambiente hospitalar, onde o foco é a doença com suas complicações e manejo clínico (CODATO, L.A. e colab., 2017).

4.4 AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E HABILIDADES PRECONIZADAS PELAS DCN

No campo educacional, competência pode ser definida como a *“capacidade de aplicar adequadamente conhecimento e habilidades para alcançar um determinado resultado em um contexto concreto”*, conforme o Comitê de Revisão de Qualidade Educacional da Austrália (AUSTRÁLIA, 1985).

Esse conceito traz o entendimento de que ser competente é mais amplo que saber sobre determinado assunto.

De acordo com Perrenoud (1999), sociólogo suíço referência na área da educação, competência pode ser definida como a situação em que o indivíduo

possa ser capaz de ter uma ação eficaz apoiada em conhecimentos sem confinar-se a eles. A figura 2 ilustra essa definição.

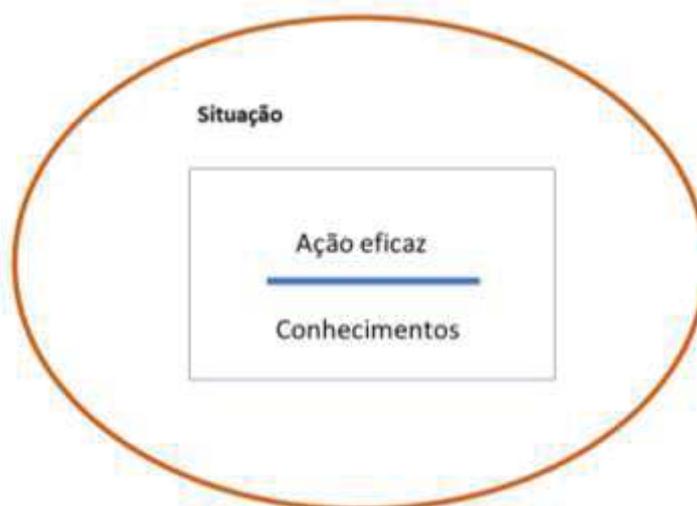


Figura 2: Definição de competência. Fonte: A autora (2021)

No ambiente de ensino e aprendizagem, conhecimento e competências estão intrinsecamente ligados, uma vez que, quanto maior for a complexidade de uma ação, maior será a necessidade de competência (PERRENOUD, 1999). Para o autor, a construção das competências ocorre em conjunto com a evolução dos esquemas mentais, responsáveis por mobilizar os conhecimentos adquiridos e são as experiências acumuladas que garantem essa mobilização. Entretanto, para que as competências se transformem em uma prática significativa e eficaz, é necessário que sejam internalizadas de forma reflexiva.

As DCN de 2014 definem competência como:

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

Neste mesmo documento há a divisão das competências em três grandes áreas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde.

A competência envolve três domínios distintos:

- ✓ Cognitivo: saber sobre

- ✓ Psicomotor: saber fazer
- ✓ Afetivo: saber ser

Nesse contexto, os métodos tradicionais de ensino demonstram ser limitados em atingir os três domínios, tornando necessárias metodologias ativas de aprendizagem, em um contexto em que mestre e aluno partilham e constroem o conhecimento novo (PUCCINI et al., 2008).

Uma estratégia de ensino com objetivo de aproximar os estudantes da prática profissional é a diversidade de cenários de ensino-aprendizagem. Nesse sentido essa aproximação com o cotidiano da população contribui para o desenvolvimento de um olhar crítico direcionado aos reais problemas enfrentados (CHINI, 2018).

Surge, então, a necessidade de se avaliar como esse processo de ensino-aprendizagem do estudante de medicina nos cenários dos serviços do SUS, em especial na APS, tem ocorrido e quais seus avanços e limitações. Pesquisas têm sido desenvolvidas, em diferentes cenários de instituições de ensino médico, com o objetivo de se conhecer como a relação ensino-serviço tem ocorrido e seu impacto na formação de futuros médicos que possam atuar no SUS. No quadro abaixo são apresentadas algumas pesquisas que se dedicaram a estudar tais aspectos do ensino médico.

Quadro 1: Publicações sobre a inserção de estudantes da saúde na APS.

Título da publicação	Ano/Autor	Objetivos	Conclusões
Desenvolvimento discente no estágio em estratégia saúde da família	2014 João Klínio Cavalcante et al.	Análise do desenvolvimento da permanência de estudantes na ESF na Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	Desenvolvimento da autonomia do estudante; Desenvolvimento de relacionamento com as equipes de trabalho e com os usuários; Sentimento de frustração em relação a situações sem resolutividade; Estabelecimento de primeiro contato com o paciente, desenvolvimento da capacidade de lidar com problemas indiferenciados.
Percepção dos Internos e Recém-Egressos do Curso de Medicina da PUC-SP sobre Sua Formação para Atuar na Atenção Primária à Saúde	2018 Tatchia Puertas Garcia Poles	Avaliação quanto ao julgamento do aluno de Medicina quanto a sentir-se preparado para trabalhar na APS ao final da graduação	O número de participantes que se considera preparado para atuar na APS é acima de 70%; A inserção dos estudantes na APS desde o início do curso foi apontada como positiva e importante no desenvolvimento da humanização do atendimento e do aprendizado para lidar com as doenças crônicas de maior prevalência.

Atenção Primária como Cenário de Prática na Percepção de Estudantes de Medicina	2011 Alice Werneck Massote et al.	Investigar a percepção dos estudantes do oitavo período da FM/UFMG sobre as atividades realizadas nos centros de saúde, tomando como referência as propostas do SUS para a APS	Relacionamento satisfatório com profissionais das equipes, com boa receptividade; Falta de espaço físico para os estudantes nos centros de saúde, mas sem prejuízo às atividades propostas; Contribuição para a formação médica com conhecimento da APS na prática, associada à medicina integral.
A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária	2014 Flávia Cristina Castilho Conterno Carácio et al.	Conhecer a percepção de egressos e docentes dos cursos de Medicina e Enfermagem em relação ao preparo para atuação na APS	A inserção do estudante de medicina na APS apenas no início do curso sem retornar na fase final reforça a ideia de valorização da medicina especializada; Estudantes consideram ter uma formação diferenciada devido ao fato de iniciarem as práticas na ESF desde o primeiro ano do curso; Os estudantes de medicina não escolhem trabalhar na Atenção Básica por motivos financeiros, e culturais, que não dependem da formação.
A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde	2018 Swheelen de Paula Vieira	Identificar a correlação entre a formação médica e o que é preconizado para atuação na APS de acordo com as DCN de 2014	Dificuldade de formar profissionais para o SUS, sendo que o sistema não é valorizado pelo governo e os profissionais formados vão para o sistema privado; Dificuldades em relação a rotatividade de médicos na APS; Os alunos apresentam planos pessoais de se especializarem na residência médica.

Percebe-se que os estudos analisados apresentam resultados que confirmam o papel relevante da APS no processo ensino-aprendizado médico e os desafios para sua melhoria, como romper com a não escolha pela carreira como médico de medicina de família e comunidade, a não fixação dos recém-formados na APS e as barreiras estruturais dos serviços de saúde.

No local onde o presente estudo foi aplicado, o curso de Medicina iniciou em 2014, tendo as ementas das unidades de ensino revisadas em setembro de 2018.

O projeto pedagógico do curso de Medicina onde o estudo foi aplicado foi pautado nas DCN de 2001 e adequado às de 2014. As práticas na APS são iniciadas no primeiro período e o estudante permanece na mesma UBS até o oitavo período, construindo vínculo com a equipe.

Do primeiro ao terceiro período o estudante é supervisionado por preceptores que são enfermeiros, terapeutas ocupacionais e profissionais da educação física. Participam de atividades de visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, acompanhamento de vacinação e participam de campanhas desenvolvidas na UBS.

A partir do quarto período, continuam desenvolvendo as mesmas atividades e, além dessas, passam a acompanhar as atividades do preceptor médico e assistindo às consultas e participando do exame físico.

No internato, durante seis meses, há a permanência em alguma das 31 ESF, onde são realizados atendimentos, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde, sob a supervisão de um preceptor médico. Além desse período, ainda no internato, o estudante permanece por mais dois meses em UBS localizada em zona rural.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa exploratória quanti-qualitativa.

A fase quantitativa foi desenvolvida para responder os objetivos:

- 1) Identificar quais os atributos, vivenciados na APS por preceptores e estudantes, foram considerados como relevantes para a formação médica.
- 2) Identificar se os estudantes e preceptores se apropriaram das competências propostas pela DCN/2014, a partir da inserção em cenários de aprendizagem na APS.

Para alcançar essas respostas foi aplicada uma abordagem usando de questionários e posterior análise estatística dos dados.

A fase qualitativa foi elaborada para responder os objetivos específicos:

- 1) Compreender qual o significado de competência na percepção dos preceptores e estudantes do curso de medicina na APS.
- 2) Descrever os limites e potencialidades vivenciados nas práticas do ensino médico na APS pelos preceptores e estudantes.

Para alcançar esses objetivos houve a realização de grupos focais com interpretação dos dados em nível subjetivo com foco em significados, motivações e atitudes dos participantes envolvidos (SOUZA; KERBAUY, 2017; TAQUETTE; MINAYO, 2016).

As abordagens qualitativa e quantitativa, embora apresentem naturezas distintas, não apresentam relação de oposição e nem de continuidade, mas um método pode promover questões que podem ser aprofundadas no outro (MINAYO; SANCHES, 1993).

5.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em uma Faculdade de Medicina localizada em um município da Zona da Mata mineira, com 108.763 habitantes (IBGE, 2020). Trata-se de uma instituição de ensino privada e é a única que oferece curso de

graduação em medicina, no município, com oferta de 100 vagas por ano, com ingresso semestral desde a turma 5. Antes o ingresso era anual.

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Estudantes de Medicina e todos os preceptores que atuam na Atenção Primária vinculados à Faculdade de Medicina onde foi realizado o estudo e que desenvolveram atividades práticas na APS durante o período mínimo de 1 ano e concordaram em participar do estudo durante o semestre em que a coleta de dados foi realizada. Foram 27 preceptores, incluindo médicos (21) e outros profissionais da saúde (6) e 294 estudantes e 37 egressos.

A instituição onde o estudo foi aplicado foi escolhida em função de o curso de Medicina ter sido adequado às DCN de 2014 e os estudantes estarem inseridos na APS desde o primeiro período. Soma-se a esses fatores o vínculo da pesquisadora com a instituição, onde exerce as atividades como docente.

No período de realização do estudo ocorreu a pandemia causada pelo novo coronavírus, iniciada em 2020, e que trouxe a necessidade de manter o distanciamento social. Em função disso, houve alteração em relação ao planejamento inicial, que era de fazer a pesquisa com todos os alunos matriculados no curso de Medicina da instituição que estivessem nas práticas na APS há pelo menos um ano. Como houve um período de 5 meses em que os alunos do 1º ao 8º período não tiveram práticas de atendimento aos pacientes, em função da pandemia, alunos do 2º e 3º períodos foram excluídos do estudo por não mais atenderem aos critérios de inclusão.

Além disso, também, em função da pandemia causada pelo novo coronavírus iniciada em março de 2020, o Ministério da Educação publicou a portaria nº 383 em 09 de abril de 2020 dispondo sobre a antecipação da colação de grau para graduandos em Medicina, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia, como forma de ampliar o número de profissionais em exercício. Dessa forma, estudantes da primeira turma de Medicina da instituição onde o estudo foi aplicado anteciparam a colação de grau para abril de 2020. Apesar do início da coleta dos dados ter iniciada em outubro de 2020, optou-se por manter a participação dos egressos, na pesquisa, por considerar importante conhecer e analisar a percepção

destes sobre o tema abordado pois mantiveram atividades de ensino e aprendizagem durante todo o curso.

Outra consequência da disseminação mundial do novo coronavírus, exigindo o distanciamento social, foi a alteração do cronograma inicialmente previsto. A coleta de dados, que estava inicialmente planejada para ocorrer de abril a agosto de 2020, ocorreu de outubro de 2020 a março de 2021 (BRASIL, 2020).

Estas alterações foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através de uma emenda do projeto original (parecer número 4.249.362, emitido em 31 de agosto de 2020).

A Tabela 1 mostra a distribuição do número de alunos e preceptores que foram convidados a participar da pesquisa.

Tabela 1. Distribuição dos alunos e preceptores de curso de graduação de Medicina de acordo com o ano em curso

ANO	Nº DE ALUNOS*	Nº DE PRECEPTORES
3º ANO	110	4
4º ANO	93	5
5º ANO	39	5
6º ANO	81	3
TOTAL	331	27

Observações:

- 1- Alguns preceptores participam das práticas em mais de um ano.
- 2- OS EGRESSOS inicialmente faziam parte do grupo de alunos do 6º ano.

* Número variável de acordo com o preenchimento de vagas a cada semestre

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram os estudantes e preceptores inseridos em atividades na atenção básica em uma Faculdade de Medicina, do primeiro ao oitavo período e do internato de atenção básica.

Os critérios de exclusão foram estudantes que, no semestre em que foi realizada a da coleta de dados, não estavam com atividades práticas na atenção

básica. Também foram excluídos os preceptores que estavam afastados temporariamente das atividades por questões de licença médica ou por outros motivos.

5.5 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu no período de outubro de 2020 a março de 2021.

A **primeira fase** da pesquisa constituiu de aplicação de um questionário, com respostas objetivas, aos alunos da graduação e egressos em Medicina que estavam desenvolvendo (ou desenvolveram) atividades práticas na APS, a fim de responder os seguintes objetivos específicos:

1) Identificar se os estudantes e preceptores se apropriaram das competências propostas pela DCN/2014, a partir da inserção em cenários de aprendizagem na APS;

2) Identificar quais os aspectos relevantes atribuídos vivenciados na APS pelos preceptores e estudantes que são relevantes para a formação médica.

Nesse questionário os estudantes e egressos foram identificados por códigos, de modo a manter o anonimato. Os questionários apresentados nos Apêndices 1 e 2 incluem dados sociodemográficos e questões envolvendo as variáveis do estudo:

- Posição ocupada na Universidade (preceptor ou estudante ou egresso).

Para os **preceptores** foram aplicadas as seguintes variáveis:

- Formação;
- Tempo na preceptoria;
- Vínculo com a atenção básica;
- Conhecimento da ementa da disciplina e das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina de 2014 (DCN/ 2014).

Para os **estudantes do primeiro até o quarto ano** foram aplicadas as variáveis:

- Período em curso;
- Formação anterior (caso já tenha cursado graduação anteriormente).

- Motivação para cursar medicina;
- Disciplinas em que há contato com a atenção primária à saúde;
- Conhecimento das DCN e como o obtiveram.

Para os **estudantes do internato (quinto e sexto ano) e egressos**, foram aplicadas as mesmas variáveis dos demais estudantes e também:

- Área de interesse de atuação após a conclusão do curso.

A **segunda fase** constituiu de formação de grupos focais de discussão, para responder os seguintes objetivos específicos:

- 1) Compreender qual o significado de competência na percepção dos preceptores e estudantes do curso de medicina na APS;
- 2) Descrever os limites e potencialidades vivenciados nas práticas do ensino médico na APS pelos preceptores e estudantes.

O grupo foi constituído partindo do princípio da homogeneidade, com a característica em comum entre os participantes o fato de estarem cursando o mesmo ciclo da graduação (ciclo clínico ou internato). Demais características como gênero, idade e formação anterior foram distribuídas de forma aleatória, usando como critério sorteio eletrônico, de acordo com ordem na lista de matriculados na disciplina ligada à Atenção Básica. A pesquisadora desempenhou o papel de moderadora (GATTI, 2005).

O número de participantes foi escolhido baseado em publicações sobre a técnica que sugerem de seis a 12 participantes (GATTI, 2005), ou seis a 15 (BACKES et al., 2011; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Optou-se por trabalhar com oito estudantes em cada grupo focal. Foram formados 3 grupos de estudantes, distribuídos conforme descrito na tabela no Quadro 2:

Quadro 2: Formação dos grupos focais com alunos de curso de graduação em Medicina, segundo a turma vinculado

Grupo	Turma que o aluno está vinculado
Grupo 1	Turmas 1, 2 e 3
Grupo 2	Turmas 3 e 4
Grupo 3	Turmas 5, 6 e 7

- ❖ 6° ano (turmas 1, 2, 3), 5° ano (turmas 3 e 4), 4° ano (turma 5) e 3° ano (turmas 6 e 7).

Os grupos focais ocorreram em salas amplas e arejadas da Universidade, previamente reservadas, e não havia a presença de docentes ou preceptores no momento da discussão, além da pesquisadora. A duração de cada grupo foi de 45 minutos aproximadamente.

Foi utilizado um roteiro com três perguntas norteadoras, baseadas nas competências e habilidades descritas na DCN/2014 (BRASIL, 2014) do curso de Medicina.

As perguntas norteadoras dos grupos focais com os estudantes foram:

1. Quais os principais desafios e potencialidades das vivências nas práticas na APS para o ensino médico?
2. As DCN apontam competências e habilidades para a formação de um médico. Que compreensão vocês têm sobre tais conceitos?
3. O que vocês apontam como mais relevante que a vivência no serviço de APS trouxe para sua formação?

A **terceira fase** foi a aplicação de questionário individual para os 27 preceptores e a formação de um grupo focal com oito deles, escolhidos aleatoriamente.

As perguntas norteadoras dos grupos focais com os preceptores foram:

1. Quais os principais desafios e potencialidades das vivências nas práticas na APS para o ensino médico?
2. Como podem ser compreendidos os significados e a apropriação da noção de competência e habilidades propostas pela DCN?
3. Em que contribuiu a sua vivência como preceptor em serviços de APS para o desenvolvimento de competências e habilidades do aluno?

As discussões dos grupos, tanto de estudantes como de preceptores, foram gravadas por meio de telefone celular multifuncional (*smartphone*), mediante permissão dos participantes por meio de assinatura do termo de consentimento. Em seguida foram transcritas integralmente para a análise do seu conteúdo.

5.6. ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos, da Universidade Federal de Juiz de Fora, com o número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 25904719.3.0000.5147. A aprovação foi deferida em 03 de janeiro de 2020, com o parecer nº3.793.514.

A pesquisa seguiu as normas da resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foram garantidos o anonimato dos participantes da pesquisa, bem como do nome da instituição onde será realizado o estudo. Todos os participantes foram voluntários e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido por meios eletrônicos.

Foi necessária a carta de anuência da instituição à qual os estudantes e preceptores estão vinculados.

O estudo apresentou risco mínimo. Os riscos envolvidos foram relacionados à exposição acidental do participante e de suas opiniões. Para minimizar esse risco, os estudantes e preceptores foram identificados por códigos e todo material coletado ficará sob a guarda da pesquisadora responsável.

Os benefícios são o melhor conhecimento da aplicação das DCN/2014 para o curso de Medicina, nas práticas desenvolvidas na Atenção Básica por preceptores e estudantes de Medicina. A partir desse conhecimento, poderão ser reforçados os pontos positivos e instituir mudanças nos aspectos de maior fragilidade na instituição participante, contribuindo para melhora da formação médica.

6 ANÁLISE DE DADOS

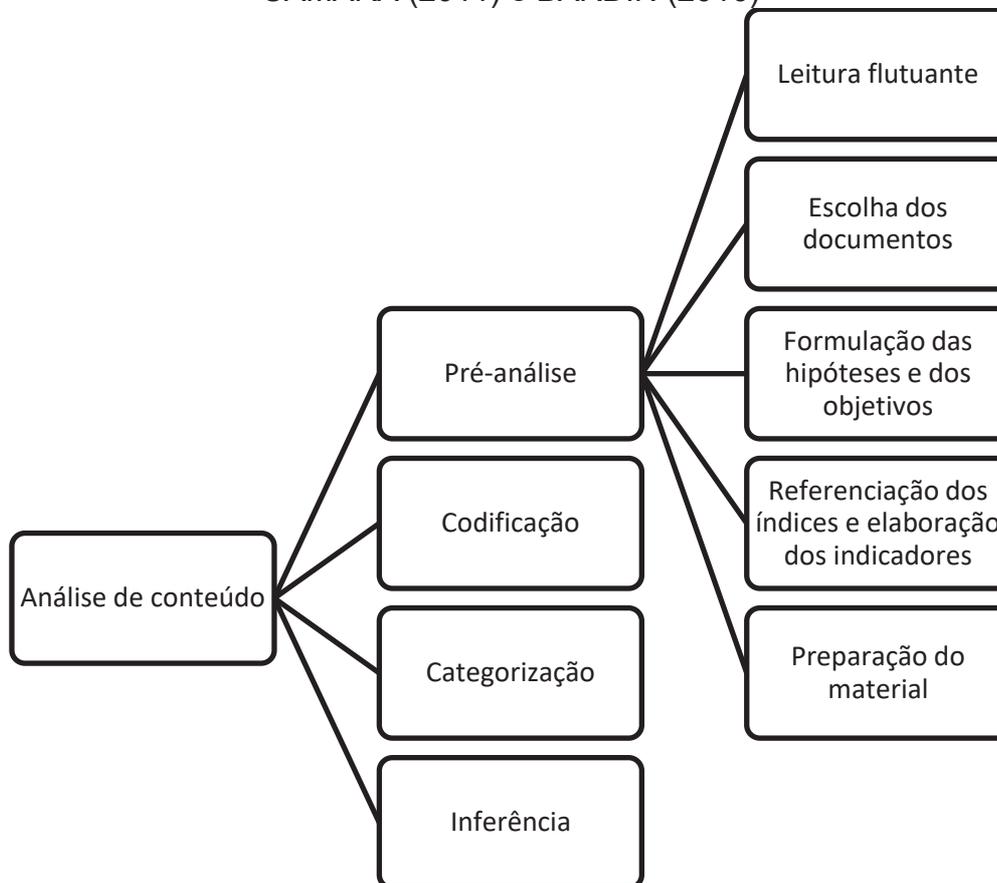
Os questionários foram aplicados por meio do Google Forms e, ao final do período de coleta, os dados foram compilados para o programa Excel, da Microsoft, e analisados pelo programa SPSS.25.

As discussões dos grupos focais foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016). Essa técnica de tratamento de dados foi proposta pela professora Laurence Bardin, da Universidade de Paris V, em 1977, com a publicação da obra “*Analyse de Contenu*” (Análise de Conteúdo).

Essa técnica de análise de dados busca o entendimento das estruturas e características que estão implícitas nos trechos das mensagens a serem analisadas. Será necessário, portanto, além de compreender o discurso, buscar o significado da mensagem (CÂMARA, 2013).

Seguindo a técnica de Bardin, as discussões foram analisadas de acordo com as seguintes etapas (BARDIN, 2016), conforme ilustrado na Figura 3:

Figura 3: Fluxograma das etapas da técnica de Bardin, adaptado de CÂMARA (2011) e BARDIN (2016)



6.1 ORGANIZAÇÃO DA ANÁLISE

Essa fase é constituída das seguintes etapas:

1. Pré análise

A pré-análise é feita em etapas:

a) **Leitura flutuante:** Análise das transcrições das conversas dos grupos focais, de modo a conhecer o conteúdo e estabelecer as primeiras impressões.

b) **Escolha dos documentos:** Seleção dos trechos das conversas, percebendo principalmente as falas relacionadas às DCN, percepções dos estudantes de medicina e práticas na atenção básica, seguindo a regra da exaustividade.

c) **Formulação das hipóteses e dos objetivos:** observação das falas, no sentido de conhecer a percepção de estudantes e preceptores quanto à aplicação das propostas da DCN de 2014 para o curso de Medicina nas atividades práticas realizadas na atenção básica.

d) **Referenciação dos índices e elaboração dos indicadores:** observação da repetição de temas nos discursos e determinação dos índices a serem analisados.

e) **Preparação do material:** edição das transcrições.

2. Codificação: etapa em que será feito o tratamento do material transcrito, de modo a agregar as falas.

3. Categorização: etapa em que ocorrerá a separação das conversas transcritas em grupos temáticos com alocação em temas específicos.

4. Inferência: interpretação dos resultados e seus significados.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em função da pandemia iniciada em 2020, causada pelo novo coronavírus, e diante da transição para o ensino remoto na instituição onde foi aplicado o estudo, os questionários foram aplicados por meios digitais, usando a plataforma Google Forms. Esta mudança no planejamento inicial foi previamente comunicada ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, que autorizou o uso de meios digitais por meio do parecer número 4.249.362, emitido em 31 de agosto de 2020.

Os grupos focais foram realizados de forma presencial em momentos em que as regras de isolamento estavam menos rígidas, com decreto da onda amarela na região. Os participantes usaram máscara durante as discussões e não houve prejuízo na qualidade do áudio. Os grupos foram realizados em salas amplas e ventiladas e foi respeitado o distanciamento social entre os participantes.

7.1 RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

As perguntas a respeito das percepções das vivências nas práticas na Atenção Básica apresentavam quatro opções de resposta:

1. Discordo totalmente
2. Discordo mais do que concordo
3. Concordo mais do que discordo
4. Concordo totalmente

7.1.1 Resultado dos questionários aplicados com os estudantes e egressos

O questionário foi aplicado em 294 estudantes e 37 egressos, totalizando um universo de 331 pessoas, sendo respondido por 237 (71,6%).

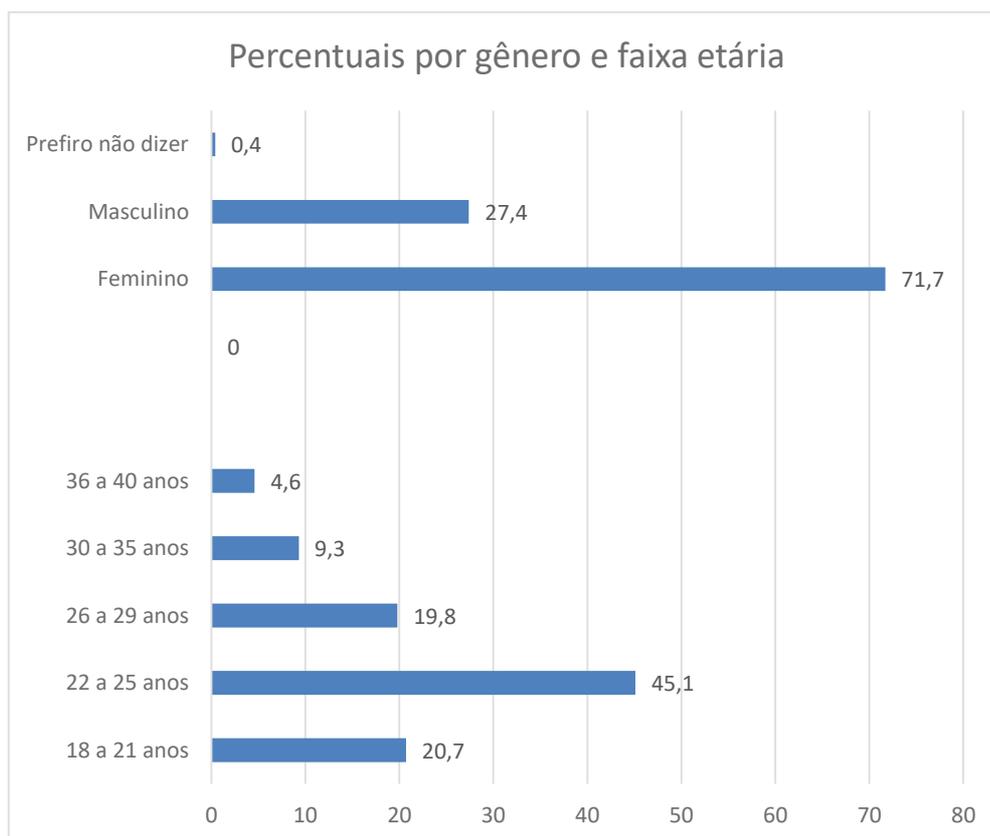
As perguntas aplicadas aos estudantes e egressos estão nos Apêndices 1, 2 e 3. O questionário foi constituído por três seções:

- Seção 1- Dados sociodemográficos.
- Seção 2- Perguntas sobre as percepções na vivência das práticas na Atenção Básica.
- Seção 3- Perguntas destinadas aos egressos que haviam concluído a graduação seis meses antes da coleta de dados.

7.1.1.1 Resultados sociodemográficos

A faixa etária mais frequente entre os estudantes respondentes foi entre 22 e 25 anos (45,1%) e a maioria foi do gênero feminino (71,7%) (Figura 4).

Figura 4: faixa etária e gênero de estudantes de curso de graduação em medicina e egressos de universidade da zona da mata mineira



Na caracterização sociodemográfica foi constatado, também, que, para 76,8% dos estudantes, o curso de medicina é a primeira graduação e 56,5% não possuem financiamento governamental para os estudos. Observou-se que, enquanto usuários dos sistemas de saúde, 57,8% buscam consulta em plano de saúde privado e 74,3% havia frequentado UBS antes das práticas na Atenção Básica para vacinação. A Tabela 2 mostra os percentuais.

Tabela 2: Informações sociodemográficas de estudantes do curso de Graduação em medicina e egressos de uma Universidade da Zona da Mata Mineira

Item perguntado	Percentual (%)
-----------------	----------------

Graduação anterior	
Não, medicina é a minha primeira graduação	76,8
Sim, sou graduado em outro curso na área de ciências da saúde	8
Sim, sou graduado em enfermagem	5,5
Sim, sou graduado em fisioterapia	3
Sim, sou graduado em outro curso na área de ciências exatas	2,5
Sim, sou graduado em odontologia	1,7
Sim, sou graduado em outro curso na área de ciências humanas	1,7
Sim, sou graduado em outro curso de área não especificada	0,4
Financiamento para custear a graduação	
Não possuo	56,5
Fundo de Financiamento Estudantil (Fies)	35
Programa Universidade para Todos (ProUni)	8
Principal local onde busca atendimento médico eletivo	
Médico cadastrado no plano de saúde que sou conveniado	57,8
Médico que faz consulta particular	23,6
Na UBS em que estou cadastrado (a) no local onde resido	18,1
Já frequentava UBS antes de iniciar as Práticas na Atenção Básica?	
Sim, para vacinação.	43
Não, conheci uma UBS ao ingressar na graduação em Medicina.	25,7
Sim, como paciente para consulta médica.	18,1
Sim, durante outra graduação já cursada.	5,9
Sim, pois já trabalhei em UBS.	4,6
Sim, como paciente para consulta com outros profissionais da saúde.	2,1

7.1.1.2 Resultados do questionário aplicado aos estudantes e egressos sobre as percepções na APS

A Tabela 3 mostra os resultados em percentuais do questionário aplicado aos estudantes e egressos recém-formados:

Tabela 3: Resultados dos questionários aplicados aos estudantes e egressos de curso de Graduação em Medicina de uma Universidade da Zona da Mata Mineira.

	Discordo Totalmente	Discordo mais do que Concordo	Concordo mais do que discordo	Concordo Totalmente
1				
	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu me torne um médico com maior facilidade em perceber a determinação social do processo de saúde e doença.			
	0,8	3,8	19,9	75,5
2				
	Eu percebo que as práticas na UBS me ajudam a aprender com outros profissionais da atenção básica na identificação e discussão dos problemas (compreender a relevância do trabalho multiprofissional e interprofissional com as equipes de saúde).			
	0,4	5,1	23,2	70,9

3	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu perceba a relação dos dados e das informações obtidas, correlacionando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais ligados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos.	1	1,3	22,8	75,1
4	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu me torne um médico apto a incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão considerando-se, ainda, os seus valores e crenças.	0	2,1	24,5	73
5	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu tenha intenção de me especializar em Medicina de Família.	21,5	38,4	24,5	15,2
6	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu tenha uma formação humanista, crítica e reflexiva.	1,3	3,8	23,2	71,3
7	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu me prepare para atuar como generalista (não especializado em qualquer área específica da Medicina) na Rede de Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família), elaborando diagnósticos e tratando as doenças mais prevalentes.	2,1	9,7	26,6	61,2
8	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu exerça a profissão na Rede de Atenção Básica desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.	8	4,2	24,5	70
9	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu seja acessível e mantenha a confidencialidade das informações a mim confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral	0,4	2,1	20,7	76,4
10	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu desenvolva raciocínio e percepção crítica sobre principais limitações e potencialidades das vivências nas práticas na APS para o ensino e aprendizado médico.	0,8	2,1	18,1	78,5

7.1.1.3. Resultados do questionário aplicado aos recém-egressos sobre locais de trabalho

De 37 recém-egressos, 19 (51,3%) responderam.

As respostas demonstram que 60% trabalha na Atenção Básica e a maior motivação (52%) é o fato de julgarem ser o local onde sentem maior segurança, como ilustrado nas Figuras 5 e 6.

Figura 5: Locais de trabalho dos egressos da primeira turma do curso de Medicina, Universidade da Zona da Mata Mineira.

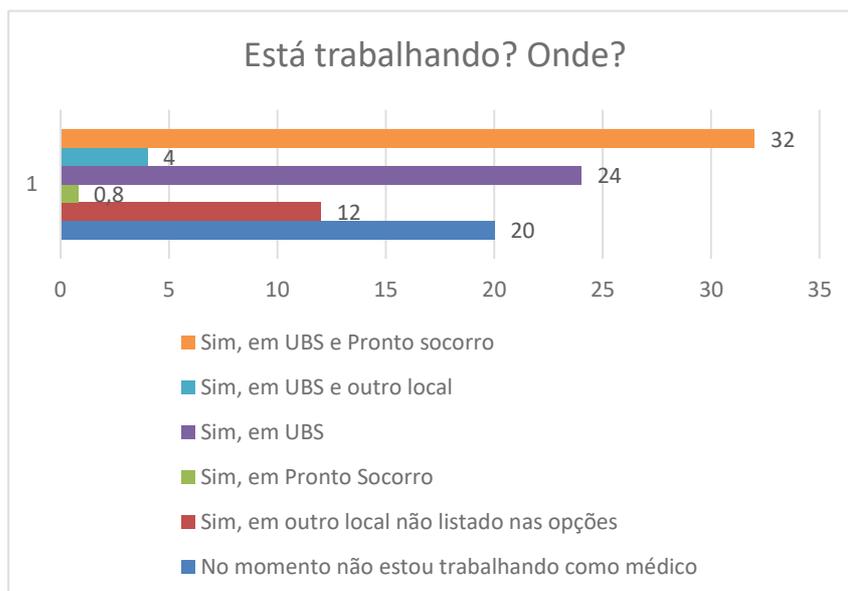
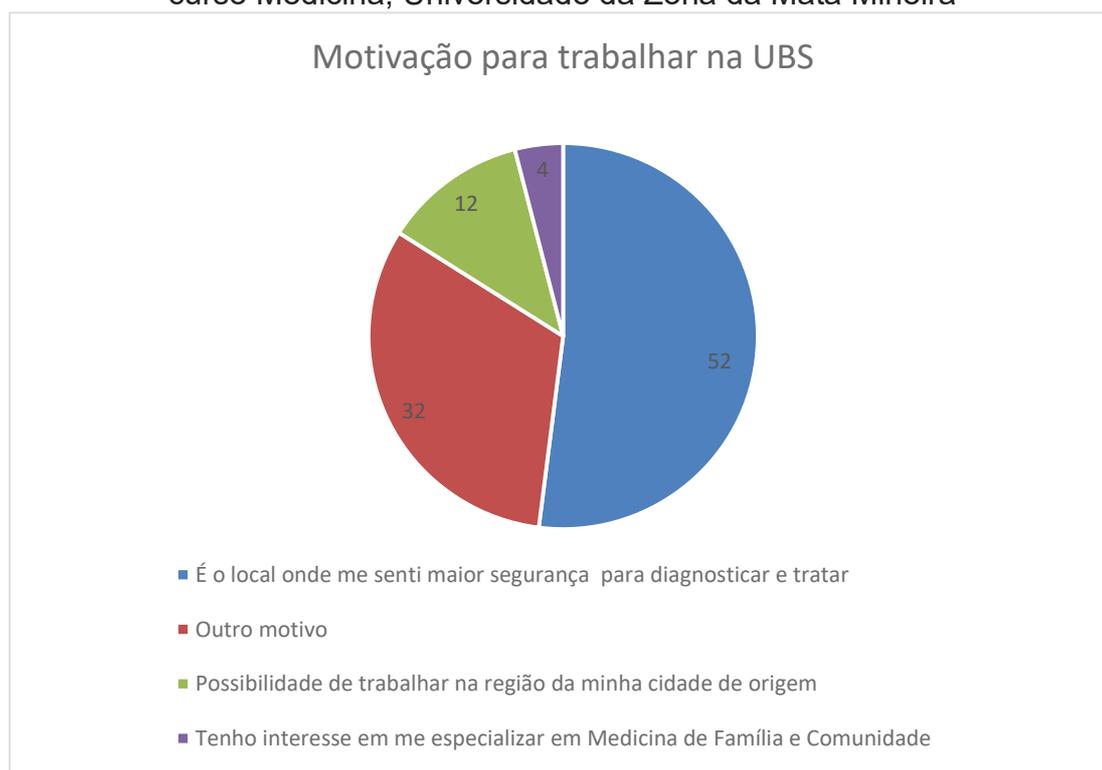


Figura 6: Motivação para trabalhar na UBS, dos egressos da primeira turma do curso Medicina, Universidade da Zona da Mata Mineira



Foram testadas correlações, utilizando o Teste Qui-quadrado, entre as seguintes variáveis do questionário:

1. Todas as perguntas do questionário e o ciclo do curso (1 ao 2 ano, 3 ao 4 ano e 5 ao 6 ano);

2. Todas as perguntas do questionário e possuir alguma graduação concluída antes de ingressar no curso de Medicina;

3. Todas as perguntas do questionário e ter frequentado UBS antes de iniciar curso de Medicina.

Ao testar as correlações, não houve significância estatística para nenhuma delas.

Observou-se que os estudantes, a partir do sétimo período (quarto ano) e egressos, apresentaram **maior frequência (69,8%) em discordar** da intenção de escolher a MFC como especialidade quando comparado aos demais anos. Nesta fase da formação, a partir do sexto período, na instituição onde o estudo foi aplicado, os estudantes começam a ter práticas em outras especialidades médicas: pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral e especialidades da clínica médica. Essa maior frequência em discordar da intenção de cursar MFC pode estar relacionada à identificação com outras áreas médicas. O resultado da presente pesquisa é divergente ao encontrado por Campedelli-Lopes e col. (2016), em estudo realizado com estudantes de medicina de uma universidade pública paulista, que identificou aumento do interesse em trabalhar na APS entre os estudantes do sexto ano (47%) em relação aos do terceiro ano (20,9%).

De acordo com Corsi (2014), em estudo que investigou os fatores que influenciam na escolha da especialidade médica, a decisão da escolha é influenciada principalmente pela personalidade, além de valores pessoais e estilo de vida. Com o contato na prática, os estudantes podem identificar-se mais com alguma área de atuação. Nesse estudo o retorno financeiro também foi apontado como fator relevante na escolha da carreira. Quando analisado o contato com UBS antes da graduação e já ser graduado em outro curso também não houve influência na escolha de intenção de especializar-se ou não em MFC. De forma semelhante ao estudo de Corsi (2014), o estudo de Rodrigues (2020), que analisou os fatores influenciadores na escolha pela MFC, encontrou que aspectos pessoais influenciam na decisão, bem como as características da especialidade e do programa de residência (CORSI et al., 2014; RODRIGUES; DUQUE; SILVA, 2020).

Apesar de a maioria dos estudantes expressar que as práticas na APS não contribuem para que tenham intenção de se especializar em MFC, quando

observamos os egressos nota-se que a maior parte escolheu trabalhar na atenção básica, apontando como principal motivo o fato de sentirem ser o local onde sentem mais segurança para diagnosticar e tratar. Esse achado está em concordância com o estudo de Poles (2018) que, na investigação da percepção de internos e recém-egressos sobre a formação para atuar na Atenção Primária, encontrou que mais de 70% dos participantes desse estudo, aplicado na PUC/SP, afirmaram sentir bem ou muito bem preparados para atuação na APS. Além do preparo, destaca-se também o fator de que egressos da graduação médica enxergam a atenção básica como oportunidade de primeiro emprego, como observado nos estudos de Soares (2020) e Chehuen Neto (2014). Este último, realizado com acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e médicos atuantes em Juiz de Fora, encontrou um percentual de 63% dos estudantes com intenção de atuar como generalista antes da especialização e 40,6% dos médicos formados participantes haviam atuado como generalistas antes de se especializarem (CHEHUEN NETO, 2014; SOARES, 2020).

7.1.2 Resultado dos questionários aplicados com os preceptores

De um universo de 27 foram 19 respondentes, totalizando 70,4% dos preceptores.

As perguntas aplicadas aos preceptores encontram-se no Apêndice 3. O questionário foi constituído de duas seções:

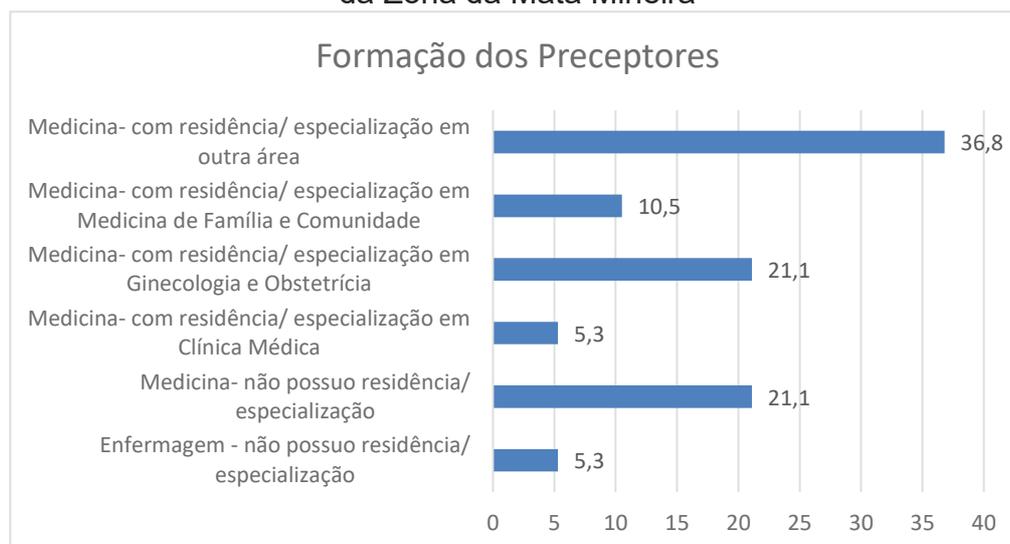
- Seção 1- Dados sociodemográficos.
- Seção 2- Perguntas sobre as percepções na vivência como preceptor das práticas dos estudantes na atenção básica.

7.1.2.1 Resultados sociodemográficos

A maioria (63,3%) dos preceptores são médicos com especialização em outra área – clínica médica ou ginecologia e obstetrícia – e apenas 10,5% possuem especialização em MFC; e 21,1% não possuem especialização. Entre os preceptores enfermeiros (5,3%), nenhum possui especialização (Figura 6). Dentre os motivos de haver um baixo percentual de preceptores com formação em MFC

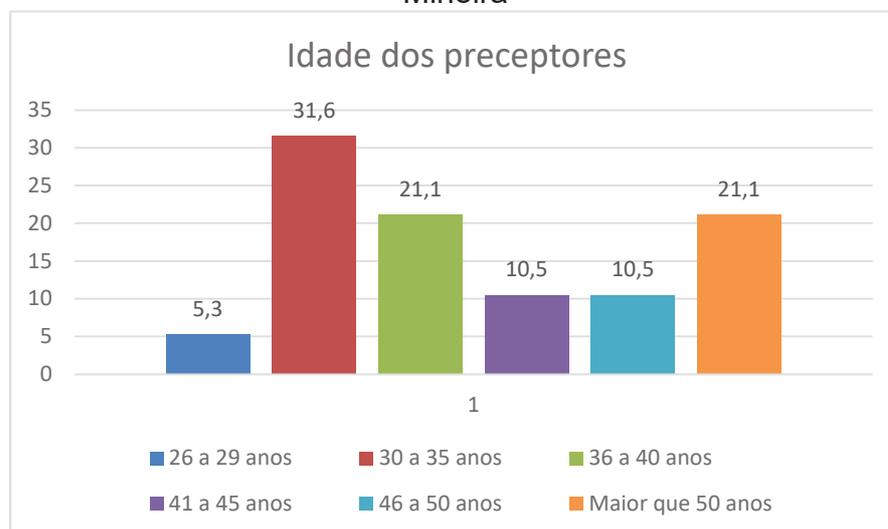
nesta localidade é possível destacar o fato de não haver residência médica nesta especialidade no município e o fato de a prefeitura trabalhar com contratos temporários sem seguridades trabalhistas, de modo que não há incentivo com plano de carreira e não há segurança na permanência do profissional na rede em longo prazo. Soma-se a este fato o fator financeiro, considerando que a bolsa de residência médica paga cerca de um terço do valor recebido pelo médico com contrato de 40 horas. Soares (2020) aponta que os vínculos precários em que não são contemplados direitos trabalhistas têm crescido no setor público, provocando insegurança e instabilidade dos profissionais, de modo a contribuir com a alta rotatividade. Por outro lado, para aqueles que têm a intenção de trabalhar de forma temporária na ESF, a fragilidade de vínculo contratual acaba sendo um fator positivo pela possibilidade de ter a rescisão facilitada (SOARES, 2020). No entanto, este último fator agrava a situação de não fixação do profissional na APS e implica no não cumprimento de princípios da APS como a longitudinalidade do cuidado e criação de vínculo com a equipe e com comunidade. Portanto, o perfil de preceptores identificados na pesquisa revelou uma carência de formação em APS e MFC que pode impactar no modelo oferecido de ensino aos graduandos de medicina.

Figura 7: Formação dos preceptores após a graduação, Faculdade de Medicina da Zona da Mata Mineira



A faixa etária predominante entre os preceptores foi de 30 a 35 anos (Figura 8).

Figura 8: Faixa etária dos preceptores, Faculdade de Medicina da Zona da Mata Mineira



Observou-se que a maioria dos preceptores é do gênero masculino e que a faixa de maior frequência de tempo de conclusão da graduação foi de 11 a 15 anos, representando 26,3% (Figuras 8 e 9). A maior parte apresenta tempo de atuação na UBS entre 1 e 5 anos (Figura 10). Esse perfil ocorre devido ao fato de muitos trabalharem na atenção básica como forma de ter uma remuneração fixa que é complementada com outras atividades, como atendimento em consultório e/ou plantões na emergência.

Figura 9: Gênero dos preceptores, Faculdade de Medicina da Zona da Mata Mineira

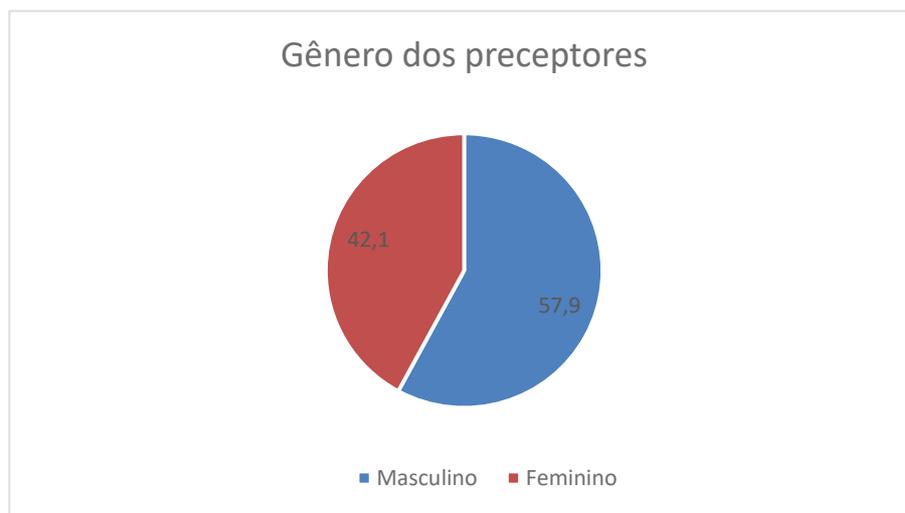


Figura 10: Tempo de conclusão da graduação dos preceptores, Faculdade Medicina da Zona da Mata Mineira

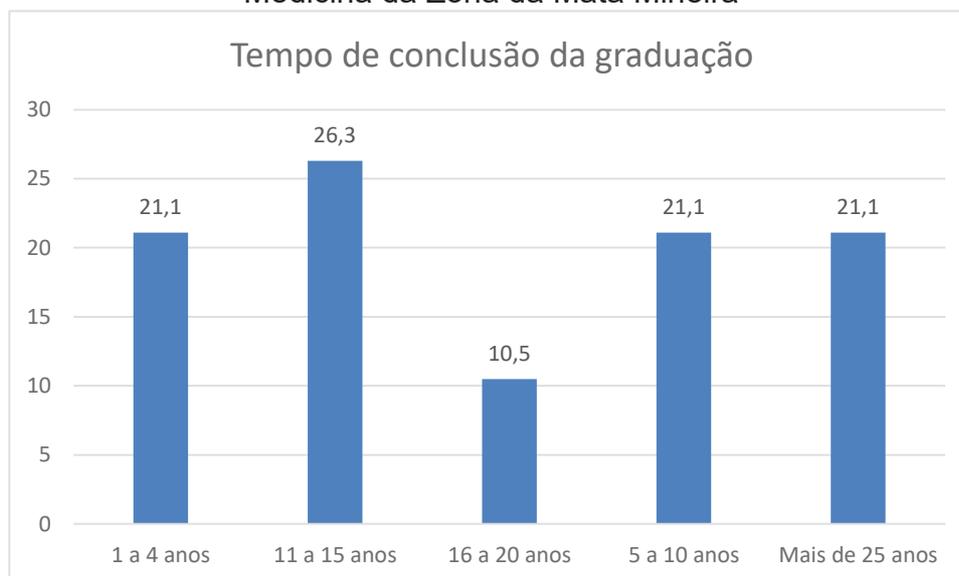
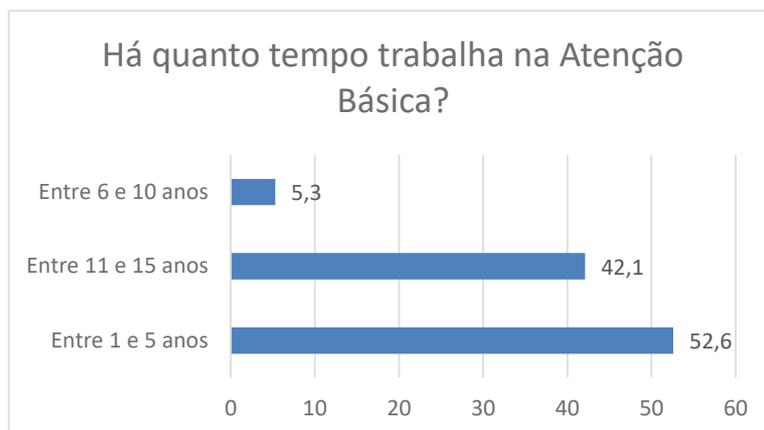
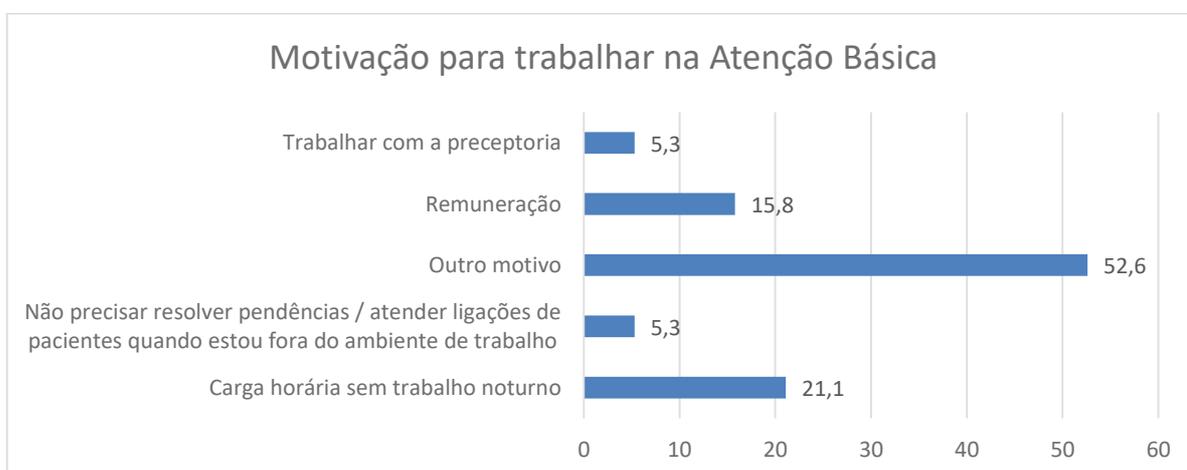


Figura 11: Há quanto tempo os preceptores atuam na UBS, Faculdade Medicina da Zona da Mata Mineira



Foi questionada também a maior motivação para trabalhar na UBS. A resposta de 52,6 % dos participantes, que aparece como “outro motivo” na figura 12, foi de trabalhar enquanto aguarda para fazer uma especialização e a resolutividade do sistema. A busca por trabalhar na APS de modo temporário, até concluir uma especialização, está de acordo com o estudo de Soares (2020), que encontrou em pesquisa sobre atração e retenção de profissionais da saúde na ESF que 77% dos entrevistados pretendiam sair desta atuação profissional para cursar residência médica/ especialização(SOARES, 2020). De forma semelhante, Sardá Junior (2020), também aponta que mesmo médicos que fazem residência médica em MFC pretendem atuar nessa especialidade no SUS de forma temporária(SARDÁ JÚNIOR et al., 2020).

Figura 12: Motivação dos preceptores em atuar na UBS, Faculdade Medicina da Zona da Mata Mineira



7.1.2.2 Resultados do questionário sobre as percepções na APS

A Tabela 4 mostra os resultados do questionário aplicado aos preceptores, com os percentuais de cada resposta:

Tabela 4: Resultados do questionário aplicado aos preceptores de uma Faculdade de Medicina da Zona da Mata Mineira

	Discordo totalmente	Discordo mais do que concordo	Concordo mais do que discordo	Concordo totalmente
1	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que os estudantes tenham maior facilidade em perceber a determinação social do processo de saúde e doença.			
	0	0	21,1	78,9
2	Eu percebo que as práticas na UBS ajudam os estudantes a aprenderem com outros profissionais da atenção básica na identificação e discussão dos problemas (compreender a relevância do trabalho multiprofissional e interprofissional com as equipes de saúde).			
	0	0	21,1	78,9
3	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que os estudantes percebam a relação dos dados e das informações obtidas, correlacionando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais ligados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos.			
	0	0	15,8	84,2
4	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que os estudantes se tornem médicos aptos a incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão considerando-se, ainda, os seus valores e crenças.			
	0	0	47,4	52,6
5	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que os estudantes tenham intenção de se especializarem Medicina de Família.			
	0	47,4	36,8	15,8
6	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que os estudantes tenham uma formação humanista, crítica e reflexiva.			
	0	0	26,3	73,7
7	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que o estudante se prepare para atuar como generalista (não especializado em qualquer área específica da Medicina) na Rede de Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família), elaborando diagnósticos e tratando as moléstias mais prevalentes?			
	5,3	5,3	31,6	57,9
8	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que o estudante exerça a profissão na Rede de Atenção Básica desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo?			
	0	5,3	26,3	68,4
9	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que o estudante seja acessível e mantenha a confidencialidade das informações a ele confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral.			
	5,3	10,5	26,3	57,9
10	Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que o estudante desenvolva raciocínio e percepção crítica sobre principais limitações e potencialidades das vivências nas práticas na APS para o ensino e aprendizado médico.			
	0	5,3	26,3	68,4

Observando as tabelas 3 e 4 é possível constatar que tanto estudantes e egressos quanto preceptores apresentam percepções semelhantes quanto ao papel das práticas na UBS no processo formativo. As diferenças entre os dois grupos apareceram nas perguntas a respeito dos atributos de confidencialidade das informações, com menor concordância por parte dos preceptores (57,9%) em relação aos alunos (76,4%). Este dado chama atenção por se tratar de um aspecto de implicações na relação médico-paciente, bem como no ato legal do exercício da profissão.

Também foi observada diferença na concordância sobre aptidão do egresso para atuar na atenção básica com 61,2% de concordância entre os estudantes e 57,9% entre os preceptores. O presente estudo apresenta percentual um pouco mais baixo do que o encontrado no estudo conduzido por Poles e col. (2018), no qual mais de 70% dos estudantes internos e egressos se sentiram preparados ou muito bem preparados para atuar na atenção primária.

Na percepção a respeito da inclusão da perspectiva do indivíduo, da família e da comunidade no processo terapêutico, os estudantes apresentaram um percentual de concordância total (73%) maior que os preceptores (52,6%). As atividades de ensino-aprendizagem na APS da escola médica pesquisada, prevê a inserção dos estudantes nas equipes de trabalho para vivenciar os momentos de planejamento, visando ao acompanhamento do indivíduo, da família e da comunidade. Entre os estudantes, embora houvesse destaque para o foco do atendimento no indivíduo, houve maiores referências às relações intrafamiliares no processo de saúde e adoecimento do que na percepção dos preceptores. Essas percepções antecipadas nas respostas dos questionários puderam ser mais bem exploradas durante os grupos focais.

O estudo demonstrou que, tanto os estudantes e egressos quanto preceptores, **discordaram mais do que concordaram** que as práticas na UBS contribuem para que os graduandos tenham intenção de se especializar em MFC. Esta decisão tem sido discutida em outros estudos realizados no Brasil e em outros países.

A respeito da escolha da MFC como carreira, Sardá Jr (2020) destaca que os principais pontos de motivação para os médicos desejarem atuar na APS são

envolvimento em causas sociais, bem como escolhas políticas. Nesse mesmo estudo, que buscou identificar os motivos para a escolha de fazer a residência em MFC, foi evidenciado que os condicionantes de busca por outras especialidades estão relacionados à busca por melhores salários e prestígio social aliada a dificuldades inerentes aos serviços de saúde, como a saturação de serviços e sucateamento (SARDÁ JÚNIOR et al., 2020).

Outro estudo semelhante de Rodrigues (2020) buscou identificar os fatores associados à escolha da MFC como especialização e destaca que são variados os motivos envolvidos na escolha da especialidade médica, como as características pessoais, o contato prévio com especialidades diversas, estilo de vida, prestígio social, remuneração entre outros. Outro importante fator destacado é o fato de que as autoridades de saúde e gestores do governo também têm potencial de influenciar nos fatores que determinam as escolhas por parte dos médicos recém-formados (RODRIGUES; DUQUE; SILVA, 2020).

Em relação especificamente ao prestígio social, Soares (2020) cita que, na visão de médicos e acadêmicos de medicina, o médico generalista apresenta menor prestígio social em relação ao especialista (SOARES, 2020).

Amin (2018), em trabalho realizado no Reino Unido, buscando identificar os fatores que levam à escolha da carreira na Atenção Primária, identificou que vivenciar boas experiências na atenção primária é fundamental para aumentar o número de médicos com atuação generalista. Destaca ainda a necessidade de investimento em recursos no sistema de saúde pública que terá como benefícios o incentivo para especialização e fixação de médicos para atuarem no sistema (AMIN et al, 2018).

Torna-se evidente também a preocupação com as escolhas dos egressos, uma vez que o bom funcionamento do sistema de saúde é diretamente afetado por uma má distribuição e desproporção entre as especialidades médicas. É fundamental que haja um equilíbrio entre as necessidades da população e o interesse profissional (Rodrigues, 2020). Diante da busca pela atuação na ESF de forma temporária, sem a intenção de fixação, torna-se preocupante a ausência de vínculo profissional, comprometendo a criação de atividades e ações junto à

comunidade e o exercício pleno da longitudinalidade dentro da atuação médica (SOARES, 2020).

Nota-se então que as vivências dos estudantes e egressos na APS, desde o início do curso, trazem impactos positivos na formação como a aquisição de habilidades e apropriação de competências propostas pelas DCN, porém, não emerge o desejo de construção da carreira médica na Atenção Básica. O estudante vê na MFC uma possibilidade de trabalho temporário após a conclusão da graduação e se sente preparado para isso, mas não projeta a permanência. Esse fato reforça a necessidade de que sejam revistas as condições de trabalho na Atenção Básica, de modo a despertar o interesse na permanência, como um plano de carreira e formas de contrato com seguridades para o trabalhador.

7.2 RESULTADOS DOS GRUPOS FOCAIS

Foram realizados 4 grupos focais nas dependências da faculdade onde o estudo foi conduzido. Cada grupo contava com 6 a 8 participantes e as discussões duraram cerca de 40 minutos. Os grupos foram realizados de acordo com os períodos em curso no semestre em que foi realizado o grupo focal. Como inicialmente o ingresso dos estudantes era anual e, após cinco semestres passou a ser semestral, não havia todos os períodos em curso durante todos os semestres. A organização aconteceu conforme explicado no quadro abaixo:

Quadro 3: Formação dos grupos focais com estudantes e preceptores de uma Faculdade de Medicina da Zona da Mata Mineira

Grupo focal	Alunos Participantes
Grupo 1	Recém formados e alunos do 12° e 10° períodos
Grupo 2	Alunos do 11° e 9° períodos
Grupo 3	Alunos do 7°, 6° e 5° períodos
Grupo 4	Preceptores

A discussão teve o áudio gravado e foi integralmente transcrita mediante escuta e digitação.

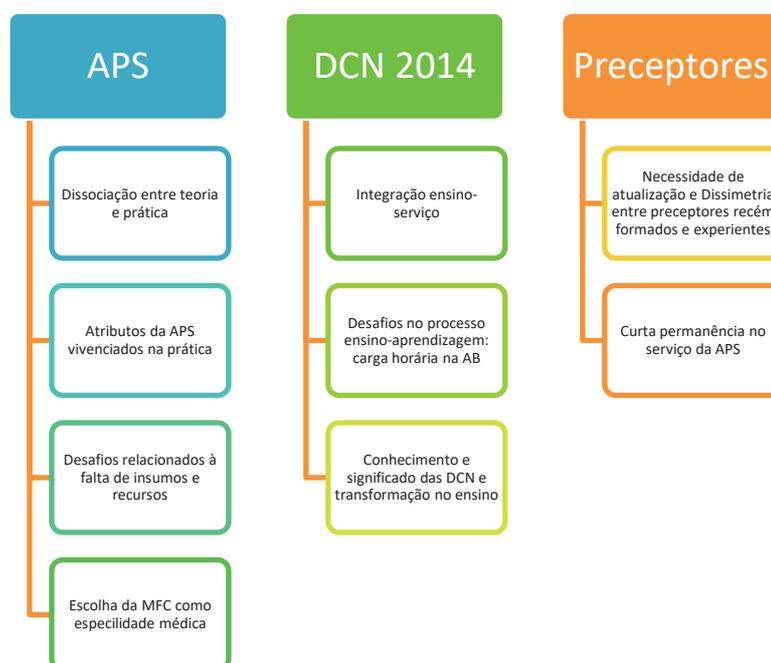
Após esse processo foi realizada a leitura das transcrições na pré-análise e codificação, categorização e inferência dos temas observados.

Foram encontradas três grandes categorias temáticas:

- 1) Características da APS;
- 2) DCN 2014;
- 3) Preceptores;

Dentro dessas grandes categorias foram percebidos temas recorrentes nas discussões, mostrados no fluxograma a seguir:

Figura 13: Relação de APS, DCN e Preceptores. Fonte: A Autora (2021)



1. CATEGORIA APS

Atributos da APS vivenciados na prática

Em vários momentos da discussão do grupo focal foram mencionados, de forma direta ou indireta, os atributos da APS.

Primeiro contato

Foi percebido e valorizado que o estabelecimento do primeiro contato com os pacientes permitiu, aos estudantes, lidar com problemas não selecionados e indiferenciados de cada usuário do serviço, como demonstrado nas seguintes falas:

Aluno 1

“A atenção primária é uma grande porta aberta, a gente pode se deparar com qualquer tipo de coisa, não estar estrito a uma especialidade, a uma faixa etária, a uma classe social. Então é muito diverso a questão de paciente e doença, é um local que a gente tem para aprender.”

Aluno 5

“Pela atenção primária ser a porta de entrada, todo mundo vai procurar a atenção primária antes do especialista, eu acho que o simples fato de a gente ter isso desde o primeiro período, ajudou muito, o contato, o simples fato da gente ter isso desde o primeiro período a sala de espera, foi de um conhecimento imensurável.”

Integralidade

Aluno 9

“Você vê um paciente como um todo e, querendo ou não, você vê o paciente como um todo na atenção básica.”

Longitudinalidade

Aluno 11

“Uma vantagem é você ter uma maior proximidade com o paciente, você consegue ir na casa dele, você consegue ver ele por um tempo maior, nós ficamos desde o primeiro até o oitavo período, na mesma UBS, então eu consegui acompanhar alguns pacientes por mais de 1 ano, então eu via dependentes de álcool, a melhora e a recaída, e foi muito bom.”

Aluno 12

“Eu concordo muito com o que eles falaram, eu acho que até agora na faculdade a gente, por exemplo, passava o medicamento pro paciente e depois não fazia ideia do resultado daquilo, e aí na UBS você vê no outro dia ou alguém te conta, então você reforça mais a sua responsabilidade, você pensa mais na sua conduta.”

Aluno 7

“Então, eu acho isso um ganho muito positivo do que se a gente ficasse só na teoria dentro da sala de aula e até mesmo a gente consegue perceber o nosso desenvolvimento desde as pequenas coisas que é conversar com o paciente, é fazer o acolhimento do paciente, fazer a pré-consulta, conhecer o território no qual a gente vai estar inserido entendeu?! Então os dispositivos sociais, essas ferramentas são muito importantes, sabe?! Então eu vejo como algo muito positivo estar desde o primeiro semestre na prática, eu acho que a prática é um ponto muito enriquecedor e, assim, as equipes né?!”

Aluno 13

“O que eu achei interessante é que a gente pode conhecer o que que é a função de cada profissional, na minha UBS tem o NASF, poder vivenciar, conversar com diferentes profissionais, na minha foi importante saber a contribuição que cada um tem, a importância de cada um. E achei super importante que no começo não ser preceptor médico para a gente entender e ver com outros olhos e aprender a respeitar os outros profissionais, porque talvez se a gente tivesse de cara preceptor médico, não teria outros olhos para os demais profissionais. A importância que a equipe multidisciplinar tem para um setor de saúde.”

Essa percepção por parte dos estudantes dos atributos do SUS durante as práticas na atenção básica também foi observada no estudo de Poles (2018), que buscou avaliar, por meio de questionários, se o aluno no final do curso de Medicina e o recém-egresso se julgam preparados para atuar na APS. Esse estudo evidenciou que as práticas na atenção básica, desde o primeiro ano, diversificam

as atividades práticas realizadas e os temas que se destacaram como positivos pelos participantes foram a promoção de saúde, prevenção de doenças e oportunidades de exercer atividades em equipes multiprofissionais (POLES et al., 2018).

Atendimento humanizado e medicina centrada na pessoa

As falas a seguir exemplificam a percepção a respeito do atendimento humanizado e medicina centrada na pessoa:

Aluno 4

“Eu acho que o que eu preciso é ser um bom médico, acho que é o que mais me ensinou, se eu for ruim, meus pacientes vão ser muito mal assistidos, então essa vivência mais perto me fez ver que poderia ser minha mãe, podia ser eu, porque eu já fui mal atendido por médico.”

Aluno 18

“Ter muito a questão a humanidade, a gente ter um contato muito maior com o paciente, ali você tá vendo o paciente todo dia, eu acho que essa questão da humanidade é muito importante na atenção básica, mais que as outras especialidades.”

Aluno 13

“Uma coisa que eu aprendi é que a gente tem que mostrar pro paciente a responsabilidade dele no tratamento, o sucesso do tratamento não depende só do médico, é preciso um acordo médico-paciente.”

Preceptor 1

“Conversar, melhorar a relação médico-paciente, então isso, os futuros médicos, isso vai ser benéfico em todos os sentidos, em qualquer especialidade que ele venha trabalhar depois, né?!”

A percepção da humanização como ponto positivo da inserção dos estudantes desde o início do curso na atenção primária foi elucidada no estudo de

Poles (2018). Essa vivência proporciona a humanização da relação médico-paciente e possibilita o conhecimento das doenças mais comuns na população (POLES et al., 2018)

Cavalcante e colaboradores (CAVALCANTE; SOARES; CORREIA, 2014) realizaram estudo com objetivo de analisar o desenvolvimento da permanência de estudantes de medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) na ESF. O estudo concluiu que houve desenvolvimento da autonomia do estudante; desenvolvimento de relacionamento com as equipes de trabalho e com os usuários; experiência de sentimento de frustração em relação a situações sem resolutividade; estabelecimento de primeiro contato com o paciente e desenvolvimento da capacidade de lidar com problemas indiferenciados.

Também o estudo desenvolvido por Massote e colaboradores (2011), com estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) objetivou investigar a percepção dos estudantes do oitavo período sobre as atividades realizadas nos centros de saúde, tomando como referência as propostas do SUS para a APS. A pesquisa concluiu que houve a percepção de relacionamento satisfatório dos estudantes com profissionais das equipes, com boa receptividade; da falta de espaço físico para os estudantes nos centros de saúde, mas sem prejuízo às atividades propostas e da contribuição para a formação médica com conhecimento da APS na prática, associada à medicina integral.

Competência cultural

Aluno 9

“E pra eles isso é muito importante, um chá que eles tomam eles acham que vai acontecer um milagre, e você não pode desprezar só porque pra ele aquilo ali é o correto e pra você não é, o nosso papel é fazer ele entender: mas olha na medicina, é diferente, então a senhora pode fazer tudo que tem na medicina alternativa, mas depois a senhora volta para a medicina tradicional que é a única coisa que vai dar jeito”.

A competência cultural pode ser definida como a habilidade por parte de quem promove assistência à saúde e, ter uma compreensão e ser capaz de responder às necessidades culturais e linguísticas dos pacientes. É uma habilidade

diferente da competência clínica e juntamente com essa possibilita alto nível de alcance dos objetivos da APS. Além disso, aperfeiçoamento deste atributo derivado melhora a satisfação e a adesão do paciente (DAMASCENO, 2018).

O estudo qualitativo de Massote (2011) também evidenciou que a imersão do estudante na prática da APS possibilita a percepção da influência de questões culturais, econômicas e sociais no processo saúde-doença (MASSOTE; BELISÁRIO; GONTIJO, 2011). O mesmo achado foi elucidado no estudo de Troncon (2011), que mostrou que o contato dos estudantes com um número variado de casos, em diferentes estágios de desenvolvimento dos agravos em saúde, proporciona uma aproximação entre o aprendizado e as necessidades de saúde da comunidade onde o aluno está inserido (TRONCON, 1999).

Orientação comunitária e trabalho em equipe

Aluno 7

“Então, eu acho isso um ganho muito positivo do que se a gente ficasse só na teoria dentro da sala de aula e até mesmo a gente consegue perceber o nosso desenvolvimento, desde as pequenas coisas que é conversar com o paciente, é fazer o acolhimento do paciente, fazer a pré-consulta, conhecer o território o qual a gente vai estar inserido entendeu?! Então os dispositivos sociais então essas ferramentas são muito importantes, sabe?! Então eu vejo como algo muito positivo estar desde o primeiro semestre na prática, eu acho que a prática é um ponto muito enriquecedor e, assim, as equipes, né?!”

Aluno 13

“O que eu achei interessante é que a gente pode conhecer o que que é a função de cada profissional, na minha UBS tem o NASF, poder vivenciar conversar com diferentes profissionais, na minha foi importante saber a contribuição que cada um tem, a importância de cada um. E achei super importante que no começo não ser preceptor médico para a gente entender e ver com outros olhos e aprender a respeitar os outros profissionais, porque talvez se a gente tivesse de cara preceptor médico não teria outros olhos para os demais profissionais. A importância que a equipe multidisciplinar tem para um setor de saúde”.

O aprendizado do trabalho em equipe é um ponto importante destacado na DCN de 2014, que traz como objetivo na formação o aprendizado do trabalho interprofissional e a vivência do trabalho em equipe multiprofissional em diversos cenários de ensino-aprendizagem e nos três níveis de atenção do SUS (DCN, 2014). Como levantado por Codato (2017), a convivência do estudante com a equipe multiprofissional permite que haja o estabelecimento de vínculo e a geração de empatia, possibilitando troca de conhecimento e experiências entre os alunos e os profissionais (CODATO, 2017).

Aliado a isso, a fala do aluno ressalta a importância do contato com preceptores de outras formações na saúde além da medicina. Na instituição onde o estudo foi aplicado, do primeiro ao terceiro período os preceptores são enfermeiros, fisioterapeutas e profissionais da educação física. Isso possibilita visões ainda mais ampliadas e diversas do processo saúde-doença e do relacionamento com o paciente.

Dissociação entre a prática e a literatura sobre a APS

Uma temática recorrente nos grupos focais foi o contraste que os estudantes observam entre o que é proposto na literatura sobre a APS e as ações que ocorrem na prática. As falas a seguir exemplificam essa percepção:

Aluno 4

“Então, a gente aprende a teoria, mas não aplica a teoria, porque para aplicar isso é muito difícil”.

Aluno 6

“Uma coisa que eu nunca vi um médico fazer é a coordenação do tratamento ao paciente. Por exemplo, eu nunca ouvi acontecer referência e contrarreferência”.

Aluno 2

“Um desafio muito grande é desmistificar a Medicina baseada nos exames laboratoriais dentro da UBS, porque, assim, os pacientes têm muito essa visão de

que “eu tenho que fazer exame do meu corpo inteiro para eu ver alguma doença que eu tenho e não está manifestando e é a obrigação do médico passar todos os exames que eu quiser” – isso a gente vê na UBS e isso é muito difícil de desmistificar, pois muitos médicos continuam com essa mesma mentalidade também. E aí a gente aprende uma coisa na teoria, de que você faz rastreamento em tal idade e em tal idade não é indicado ficar pedindo exame para todo mundo e chega na prática você vê exatamente o contrário disso”.

Aluna 3

“Então, assim, o que a gente aprende na teoria que a Atenção Básica deveria suprir 80%, resolver os problemas de saúde em 80%, a gente não faz isso, ou passa para frente ou faz igual a Aluna 2 falou, encaminha, pede exame sem necessidade. E não segue o que deveria ser feito na Atenção Básica”.

Aluna 19

“Eu fiquei um pouco frustrado do atendimento em si, eu imaginava que iria atender o paciente como um todo, auscultar, ver a respiração, fazer o exame físico, tem paciente que vai e tipo nem toca sabe?! Eu senti mesmo esse distanciamento, prega aquela coisa na teoria, de proximidade, de criar o vínculo, mas eu não vi isso nas consultas, pelo contrário, eu vejo um distanciamento muito grande, tipo, nem examina fisicamente o paciente. Aí isso me fez afastar”.

Preceptor 2

“A pessoa quer ganhar dinheiro, mas deixa a qualidade de lado, e a Medicina de Família dá uma qualidade de vida boa pro médico, ele tá ali, às vezes não gosta de emergência, não gosta de dar plantão 24h, igual um monte de gente gosta, mas eu acho que falta um pouquinho de estímulo”.

Aluno 3

“E, querendo ou não, a gente tem preceptores lá e, querendo ou não, são pessoas, então, você vai ter as coisas boas e as coisas ruins dele, tentar fazer as coisas boas dele e as ruins que você faria diferente, como qualquer coisa da vida

nossa, a gente saber dosar isso. Por isso, hoje eu nunca julgo mais nenhum médico, porque tem condutas que você tem que saber da história, porque tanto a equipe, tanto o paciente, como ele foi atendido, o contexto, muda tudo. Aí você pensa, nossa isso aqui tá mal escrito, mas você tem uma equipe que está dizendo vamos doutora, vamos, vamos, vamos! Essa mulher vai ganhar um bebê! Então eu não julgo mais questão de chegar um mal escrito, de um médico lá, porque eu não sei o contexto que ele estava para atender o paciente, se tinha uma equipe chata, se tinha uma equipe que não tá nem aí e que quer liberar”.

Aluno 18

“Ele é nosso espelho, é nossa inspiração, então, se ele for um preceptor bom, a gente vai ter uma visão muito boa sobre aquilo, mas se ele for um preceptor ruim ou mais ou menos, a gente não vai ter uma boa impressão sobre aquela área”.

Aluno 19

“E a gente até aprende atender do jeito deles, porque cada UBS se você for pegar para comparar as pessoas que estão lá estão se espelhando no médico, o jeito que o médico trata os pacientes, o jeito que o médico faz a receita, se você for para uma UBS diferente você vai até estranhar o jeito “mas eu aprendi assim”, até o jeito de cumprimentar o paciente”.

Essa percepção também foi corroborada no estudo quanti-qualitativo de Lima (2020), que destaca a maior necessidade de fundamentação teórica na prática dos preceptores, que muitas vezes adotam condutas sem o uso de diretrizes clínicas. Nesse mesmo estudo é destacado que o emprego dessas diretrizes constitui uma dificuldade em todo o País (LIMA et al., 2020).

Desafios relacionados à falta de insumos e recursos

Somam-se à dissociação entre teoria e prática, as dificuldades relacionadas à escassez de recursos materiais na atenção básica. Os estudantes expressaram esse ponto da seguinte forma:

Aluno 18

“Outra coisa também é que falta muito material básico. Por exemplo, semana passada foi uma idosa fazer lavagem de ouvido e não tinha scalp, nem seringa na unidade não tinha nada, não tinha como lavar o ouvido dela, a gente não conseguiu lavar”.

Preceptor 7

“Os desafios do SUS mesmo, das falhas do SUS, porque é um exame que não vai chegar, é uma propedêutica, uma terapêutica que você não vai poder prescrever porque tem dificuldades de ter acesso aos exames e a questão da equipe”.

Preceptor 5

“Eu acredito assim, depende muito da estrutura de onde o aluno está, da estrutura do profissional, porque, assim, a realidade é bem diferente da parte teórica. Então, assim, eu acho que depende muito da estrutura para você trabalhar, tanto profissionalmente quanto para quem está do outro lado”

Como é apontado por Barría-Pailaquilen (2013), a estrutura física adequada, além de equipamentos adequados às necessidades, são de grande importância na aplicação da prática baseada em evidências (AMERICA, 2013). O estudo de Soares (2020), sobre fatores de atração e retenção de profissionais na ESF, também encontrou as condições físicas e de materiais como fator de influência. Nesse estudo é descrito que algumas unidades são precárias e outras funcionam em locais sem o planejamento adequado (SOARES, 2020). No município onde o presente estudo foi aplicado, algumas UBS foram construídas e planejadas para funcionamento como estabelecimento de saúde e outras funcionam em casas residenciais que foram adaptadas para se tornarem as unidades de saúde.

Escolha da MFC como especialidade médica

A respeito da escolha da MFC como especialidade médica, nos grupos focais, a discussão evidenciou o que foi constatado inicialmente nos questionários, com pouco interesse dos estudantes em seguir carreira na área. As seguintes falas são representativas disso:

Aluno 6

“Particularmente é porque eu sou da área cirúrgica, mas, assim, tirando isso, eu acho que a burocracia e essa incapacidade de você não escalonar, você não sobe, fica estagnado, você vai ficar ali e acabou, né!? Você vai viver daquilo dali e, como tem muita interferência política, você fica muito refém na mão dos outros, não é, por exemplo, uma carreira que você vai abrir o consultório que é seu consultório e você vai trabalhar e fazer a sua clientela, ali você está dependente da população do SUS e você só está ali porque você foi colocado, porque daqui a pouco você pode não estar mais. Então você fica muito refém de política, de contato. Então, assim, não é o tipo de carreira que eu seguiria!”

Preceptor 5

“Bem, a causa disso é uma cultura que a gente tem na medicina há muitos anos, aqui no Brasil a gente tem que ser especialista, mas na minha faculdade, por exemplo, eu não sabia nada de atenção básica, então eu não tive prática, eu só tive clínica, clínica, clínica e é isso e aquilo, tanto que, da turma, eu tô até hoje na atenção básica e uma colega só fez residência o resto do pessoal não tá não, e as dificuldades também, igual a gente fala da questão da valorização, claro que se a medicina na família pagasse bem financeiramente e tivesse recurso igual há 30 anos atrás, quando surgiu a medicina da família, que equivalia a um salário hoje dos outros cursos de residência, na época pagava cerca de 30mil reais.”

Como discutido no questionário dos estudantes e na etapa sociodemográfica dos preceptores, os principais fatores que levam os estudantes a não optarem por se especializar em MFC estão ligados principalmente à ausência de um plano de carreira, fragilidades contratuais e aptidão pessoal por outras especialidades.

Um dos estudantes que participaram dos grupos focais, por outro lado, demonstrou interesse em seguir carreira na MFC, principalmente por perceber resolutividade no sistema.

Aluno 14

“O tanto que a equipe é resolutiva, o tanto que ele é resolutivo e isso, parece que estou fazendo o processo contrário, eu cheguei na medicina sem ter muito brilho nos olhos pela atenção primária e a parte desses encontros, dessas aulas

que a gente está tendo lá desde o primeiro período mas agora, principalmente agora, que a gente começou acompanhar o médico da unidade, meus olhos têm brilhado mais para atenção primária à saúde, porque eu vejo que se atenção primária à saúde de fato for resolutiva, ela resolve muitos problemas da saúde pública do Brasil, principalmente questão do financiamento, porque aí os gastos vão ser menores. Claro que no hospital tudo é mais caro, tudo é mais invasivo, tudo é mais demorado, então, assim, eu sou um pouco suspeito a falar, mas eu tenho me sentido muito motivado com atenção primária.”

Fica evidente a notoriedade por parte dos estudantes a respeito dos atributos do SUS. Somente com o ensino teórico não seria possível a mesma percepção do sistema. Como exemplificado na fala do Aluno 9 sobre a integralidade, em que ele diz que “querendo ou não você vê o paciente como um todo”, deixa claro como é importante manter o paralelo entre teoria e prática, uma vez que, se não houvesse o conhecimento teórico, a percepção prática também não seria possível. Além disso, o profissional conclui a graduação com uma melhor preparação para atuar no SUS uma vez que conhece os atributos por tê-los vivenciado.

Por outro lado, pelo fato de conhecerem a teoria e a prática, confrontam as informações entre o que tem sido proposto e o que ocorre de fato e há um desapontamento sobretudo com a atitude de profissionais que agem em desacordo com que é aprendido na teoria. A fala da Aluna 3 na discussão sobre a dissociação entre a prática e a literatura sobre a APS, quando suscita a questão de encaminhamento de pacientes e solicitação de exames complementares sem critérios definidos.

Convém ressaltar também que os profissionais que atendem na Atenção Básica podem ter atitudes em desacordo com o que é proposto na literatura por falta de comprometimento com o sistema, uma vez que muitos atuam como MFC sem atrelar essa atividade a um projeto de carreira, mas como algo temporário. Esse problema apresenta a mesma raiz no distanciamento dos estudantes em optar pela escolha da MFC como especialidade: ausência de plano de carreira, fragilidades contratuais e expectativa de remuneração mais elevada.

2. DCN 2014

Conhecimento e significados das DCN e transformação do ensino

Quando levantada a pergunta acerca do conhecimento das DCN, os estudantes, em sua maior parte, apontam que não têm conhecimento ou obtiveram por meio de uma situação específica. As falas a seguir exemplificam isso:

Aluno 2

“Eu acho que não, em relação essas competências não são tão bem passadas pela faculdade, o que é mais passado é a teoria, que é tudo muito bonitinho, mas, na prática, a gente não vê, e sobre essas DCN eu estou no sexto período e a gente não viu e até hoje não sei, tipo, qual que é a competência e habilidades para formação, eu acho que isso seria importante da gente saber de como fazer e não é passado”.

Aluno 6

“Eu nem nunca tinha escutado falar disso”. (Sobre as DCN)

Aluno 7

“Eu também não”. (Sobre as DCN)

Aluno 16

“Pra te falar a verdade, eu nunca li, eu só sei o que tá escrito porque quando a gente pediu a redução da carga horária no internato, aí a gente foi até a coordenadora do curso e ela disse que não poderia acontecer isso por conta do MEC, que estipulou um tempo mínimo da atenção primária e eu acho que é basicamente isso, que eu sei”.

Esse achado é semelhante ao observado no estudo de Meireles (2019), que constatou que 56% dos estudantes, no trabalho realizado, desconheciam as DCN de 2001 e 2014. Estudo semelhante, de Menezes (2020), constatou o desconhecimento do Projeto Pedagógico do Curso por parte dos estudantes de Medicina (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019; MENEZES et al., 2020).

O conhecimento das DCN por parte dos estudantes é importante para que compreendam os objetivos do curso e possam se apropriar das oportunidades de

aprendizagem em cada fase e sejam capazes de construir o seu próprio conhecimento. Considerando ainda o tempo de formação de 6 anos, ter a clareza dos objetivos e propósitos inseridos na formação permite uma reflexão mais profunda sobre o conhecimento e a construção do “aprender a aprender”.

Nas discussões percebe-se que os estudantes e egressos que participaram dessa pesquisa não tiveram contato com as DCN de modo que pudessem discutir sobre as propostas das diretrizes. Fica evidente também a dificuldade em definir as competências, emergindo um problema: o estudante adquire os conhecimentos sem se apropriar dos objetivos da sua formação.

Integração Ensino-serviço

Uma importante mudança, com a inserção dos estudantes na atenção básica, são as transformações positivas que ocorrem com a integração ensino-serviço

Preceptor 1

“Você também reforma o serviço, então, você forma o aluno e reforma o SUS, então é uma das vantagens que eles falam de você seguir o aluno desde o início, por meio da portaria, ministério da saúde, da educação montaram juntos os DCNs e tal, uma das questões é essa, a gente precisa de formar um bom profissional da área da saúde e não é só médico, é enfermeiro, técnico, fisioterapeuta, todos voltados para esse serviço, então como eles vão trabalhar no SUS, a formação tem que ser dentro do SUS, né?!”

Aluna 3

“O que eu achei interessante é que a gente pode conhecer o que que é a função de cada profissional. Na minha UBS tem o NASF, poder vivenciar conversar com diferentes profissionais, na minha foi importante saber a contribuição que cada um tem, a importância de cada um. E achei super importante que no começo não ser preceptor médico para a gente entender e ver com outros olhos e aprender a respeitar os outros profissionais, porque talvez se a gente tivesse de cara preceptor médico não teria outros olhos para os demais profissionais. A importância que a equipe multidisciplinar tem para um setor de saúde.”

Sobre esse tema, o estudo de Silva (2020) observou que houve mudanças no comportamento da equipe, que passou a ser mais acolhedora e receptiva com os pacientes. Também foi descrito que a população sente maior confiança no serviço quando há a presença de estudantes e, destaca-se também, a melhora da qualidade na assistência (SILVA et al., 2020).

Destaca-se também, como apontado por Rezende (2019) a necessidade de integrar teoria e prática, uma vez que, ao viver a experiência, o aprendizado ocorre de forma mais profunda e motivada (REZENDE, 2019).

Desafios no Processo Ensino-Aprendizagem: a carga horária na Atenção Básica

Embora uma parte dos estudantes tenha concordado sobre os benefícios da inserção na APS desde o primeiro período, uma parte discorda sobre o tempo dedicado às práticas na Atenção Básica. As colocações dos estudantes foram expressas da seguinte forma:

Aluno 17

“Eu acho ruim essa forma de visão porque acaba que você perde muita coisa, fala que faz isso por conta do médico, de formar um médico generalista, aí chega na UBS só dá vertigem, quando que eu rodei no otorrino?! Ombro, deslocação de ombro, dor articular, dor na coluna lombar, só dá isso na UBS; quando que a gente viu isso aqui? Você não está formando um médico generalista”.

Aluno 19

“A gente ficar no internato da UBS batendo cabeça, tipo assim, chegou um monte de coisa e você não sabe, talvez se você trouxesse um pouco desse tempo pro ambulatório específico de Clínica, entendeu? Talvez a gente chegasse lá na frente mais preparado”.

Aluno 20

“Aí diminuiria encaminhamento, exame complementar, porque a gente forma também sem saber”.

Aluno 21

“Porque vai formar Médico da Família e Comunidade mais capaz. Porque...beleza! Chegaum cara com vertigem eu vou encaminhar... Por que? Porque eu não sei tratar! Porque eu não tive prática. Acho que a gente tinha que ter mais especialidades, igual era antes no currículo, que você roda em todas”.

Aluno 10

Eu creio que é uma perda de tempo ter 8 períodos de atenção à saúde, sabendo que a gente poderia explorar campos muito maiores na medicina, falo isso porque eu estou no sétimo período e eu estou tendo um oftalmo dentro da atenção à saúde, uma especialidade que eu acho que deveria ser à parte e não dentro da atenção primária.

Aluno 6

“Fica sendo uma coisa monótona por 8 períodos”.

Aluno 7

“Uma coisa muito monótona, na minha UBS a mesma coisa, eu tenho pressão alta e diabetes, quero trocar receita, praticamente toda quinta-feira é isso”.

As colocações que discordam que as práticas na APS deveriam iniciar no primeiro período do curso estão em desacordo com o estudo de Poles (2018) que evidenciou como ponto positivo a inserção do aluno na atenção básica desde o início da graduação. E nesse estudo o motivo apontado para ser de aspecto positivo é o fato de que essas práticas propiciam a humanização da relação médico-paciente e conhecimento das doenças mais comuns na população (POLES et al., 2018). Quanto à carga horária de saúde coletiva antes do internato, não existem recomendações com limites da carga horária. O estudo de Oliveira (2021) sobre esse tema encontrou variabilidade na mediana da carga horária entre as escolas médicas e ainda que as medianas foram maiores em escolas não gratuitas, como é a deste estudo(OLIVEIRA; MARTINI; GROSSEMAN, 2021).

Convém ressaltar ainda que deve ocorrer inserção do aluno na atenção básica desde o início do curso e ser mantida de forma contínua (RORIGUES, 2020). Isso proporciona o conhecimento do sistema de saúde e não apenas do método clínico. Soma-se a isso o fato de que o aprendizado é potencializado pelo

contato com a realidade. Diante do propósito de “aprender a aprender”, como é proposto pela DCN de 2014, é importante salientar que:

“O aprendizado deveria estar centrado no estudante na pessoa, o que levaria o discente a um maior interesse por aprender sobre a pessoa, e não somente sobre a doença”.(OLIVEIRA; SOUZA, 2020)

A respeito da percepção de alguns estudantes sobre a necessidade maior de contato com especialidades médicas, o estudo de Vieira (2018) reforça que o processo formativo na medicina ainda carrega uma valorização do ambiente hospitalar. Soma-se a isso o fato de que ainda não foram totalmente elucidadas quais estratégias podem ser, de fato, eficazes na mudança desse contexto. Convém ressaltar, ainda, que a expectativa de vida da população aumentou nos últimos anos e cresce também a demanda no tratamento de doenças crônicas, requerendo, portanto, uma APS ainda mais resolutiva, reduzindo a dependência do encaminhamento ao especialista (VIEIRA, 2018).

Também em 2018 foi publicado um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, aplicado em nove cursos públicos e privados nas cinco regiões do Brasil. Foi conduzido por Vieira e colaboradores (2018) com o objetivo de identificar a correlação entre a formação médica e o que é preconizado para atuação na APS de acordo com as DCN de 2014. As principais conclusões da pesquisa mostraram que existe a dificuldade de formar profissionais para o SUS, com baixa valorização do sistema pelo governo e consequente migração de profissionais formados para o sistema privado. Identificou-se, ainda, as dificuldades em relação a rotatividade de médicos na APS e que os alunos apresentam planos pessoais de se tornarem especialistas com a residência médica.

As falas evidenciam um distanciamento entre as expectativas dos estudantes e as propostas das DCN revelando um desconhecimento das propostas das Diretrizes. Por trazerem culturalmente uma expectativa de receber um ensino centrado em especialidades, nota-se uma dificuldade de compreensão da formação generalista com foco no atendimento da atenção básica e que avalia criteriosamente os casos que devem ser encaminhados ao especialista.

Outro ponto importante é o fato de que as DCN preconizam o “aprender a aprender” durante a formação. Dessa forma o estudante ao final da graduação, terá

condições de aprender, buscar conhecimento sobre os assuntos que ele ainda não domina.

Outro ponto também referente à DCN é sobre a integração ensino-serviço, preconizada que ocorra no SUS. Pelo fato de os estudantes permanecerem na mesma UBS durante a graduação é possível a criação de vínculo com as equipes e a comunidade o que possibilita trocas de conhecimentos melhora na qualidade da assistência.

Quanto à carga horária, a inserção dos estudantes desde o início do curso na Atenção Básica, permite conhecimentos e vivências que não seriam possíveis em uma sala de aula ou laboratório. As falas dos alunos mostram uma necessidade de diversificação de atividades ao longo dos períodos com objetivos de aprendizagem progressivos a cada semestre.

Fica evidente também o questionamento sobre a necessidade de vivenciar a prática em outras especialidades. Todavia, pelo projeto proposto pelas DCN, o aprendizado das áreas específicas, como a otorrinolaringologia e oftalmologia, deve ocorrer no contexto da APS, com foco nos conhecimentos essenciais para o médico generalista. Isso deixa clara a necessidade de haver preceptores com formação em MFC, que prepara o profissional para o atendimento resolutivo e com critérios para encaminhamento ao especialista.

2.PRECEPTORES

A preceptoria é defendida com uma importante função no processo formativo e na aprendizagem prática nos cenários de serviços de saúde. No entanto, falta reconhecimento do papel do preceptor tornando as ações assistenciais priorizadas no cotidiano dos serviços O trabalho de preceptoria deve ser fundamentado em processos de ensino-aprendizagem ofertados em experiências do cotidiano dos serviços (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

As Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina, publicadas em 2012 em um trabalho conjunto entre a ABEM e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), propõem que haja parceria entre as instituições de ensino superior e os gestores de saúde. É necessário que os preceptores tenham as atividades de assistência, ensino e

educação permanente já previstas em contrato e com espaço físico e recursos adequados (DEMARZO et al., 2012).

Curta permanência dos médicos no serviço da APS

De modo semelhante ao observado na coleta de dados do questionário, com constatação de que a maioria dos preceptores não tem formação de base em MFC e não veem o trabalho na ESF como plano de carreira, nos grupos focais esse fato sobressaiu com a fala dos alunos de que a rotatividade de preceptores é alta.

Aluno 10

“Eu acho que outro problema também é que, tipo assim, hoje na maioria das vezes o cargo de médico de família que trabalha na UBS as pessoas tratam isso como um emprego temporário – “eu vou fazer isso até eu passar na residência”.

Um dos estudantes apontou a quebra da longitudinalidade como consequência desse fato.

Aluno 11

“O profissional que está lá agora tentando mudar isso é o profissional que vai sair rápido, então quem vai dar continuidade a esse trabalho? Então, assim, toda vez que você começa um ciclo, volta para um novo profissional, ou às vezes não, que faz tudo aquilo que a gente aprende que não era para fazer e na hora que o outro profissional que chega depois tem que tentar mudar tudo de novo, então não tem uma continuidade do cuidado da população”.

Aluno 18

“Principalmente por isso que o cargo é um cargo de passagem na maioria das vezes, o médico não quer viver daquilo dali ele quer prosperar fazer outras coisas e como você não tem incentivo para você subir né?! De nível social econômico e tudo as pessoas acabam não querendo fazer aquilo dali pelo resto da vida e por isso que um sistema que tem como base fazer um tratamento continuado, longitudinal, acaba não tendo justamente por causa disso, porque acaba tendo essa rotatividade alta. E cada um implementa o sistema da maneira que quer, entendeu? Então eu acho que essa é uma das maiores dificuldades que a gente tem lá.”

Os estudos de Rezende (2019) e Soares (2020) também destacaram a dificuldade de fixação de profissionais na ESF como um aspecto de importante atenção. Os motivos encontrados para a rotatividade foram a falta de autonomia do médico, remuneração, desejo de especializar-se, burocratização, rotina pouco variada, dificuldades com a estrutura física, fragilidade dos contratos de trabalho, dificuldades para referenciar pacientes e ausência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além de ter que atender uma população maior do que o preconizado pelas diretrizes (SOARES, 2020). Uma das grandes barreiras no desenvolvimento da ESF é a rotatividade de médicos (CAMPOS; MALIK, 2008).

Convém ressaltar que a curta permanência de médicos em unidades de saúde não é uma situação exclusiva da APS. O primeiro estudo sobre a dificuldade de profissionais da saúde em se fixarem no local de trabalho foi realizado pela Fundação Kellogg, a mesma que financiou estudos na educação médica, criada em 1930 (MATTOS, 1997). O estudo foi realizado nos Estados Unidos em 1950 com foco nos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar e encontrou uma rotatividade de 63 % no ano do estudo (ANSELM I et al, 1997;CAMPOS e MALIK, 2008)

Em outros estudos sobre o tema constatou-se que alta frequência de mudança de local de trabalho está relacionada principalmente à insatisfação no trabalho (PIERANTONI, 2015). O grau de satisfação juntamente com o *status* profissional e o salário tornam o profissional motivado. E a motivação é fundamental para que haja desenvolvimento de competências e desejo de melhorias de resultados (CAMPOS; MALIK, 2008). Soma-se a isso o fato de que entre os profissionais médicos tem havido uma queda no grau de satisfação a nível mundial (NYLENNA; GULBRANDSEN, 2005).

Quando analisados fatores geográficos, a rotatividade é maior nas regiões Centro-Oeste (58,2%) e Sudeste (62%) e em municípios com população entre dez mil e cem mil habitantes de acordo com o estudo de Pierantone (2015). Esse estudo analisou a rotatividade entre médicos em cargos de trabalho. O município onde foi realizado o estudo fica na região Sudeste e no último censo de 2010 tinha uma população de 100.765 pessoas, perfazendo o perfil de maior risco para rotatividade (IBGE,2021).

Formação de profissionais da APS: necessidade de atualização e dissimetria entre preceptores recém-formados e os mais experientes

Nas discussões dos grupos focais um outro tema recorrente foi a necessidade de formação adequada e de atualização por parte dos preceptores e a diferença entre preceptores recém-formados e os mais experientes. Foi evidenciado que os estudantes se identificam melhor com aqueles que têm menos tempo de atuação, com formação semelhante a que estão vivenciando.

Aluno 1

Eu tive a oportunidade de pegar um preceptor antigo que não teve essa atenção básica mesmo na faculdade e eu passei uma semana de experiência com o preceptor que teve a atenção básica mesmo, teve vários anos de atenção básica, você vê que a conduta dele é totalmente diferente, a conduta é da atenção básica, o exame é da atenção básica, desde o início da patologia do paciente até o final, não é igual os antigos que quando você tá com dor na barriga eu vou olhar a dor na barriga, não vou olhar mais nada, só isso, ele não, ele faz a atenção completa do paciente.

Aluno13

O que eu posso falar é que eu pelo menos notei uma mudança, eu tô com recém-formado, é muito diferente do que você rodar, porexemplo, com um preceptor mais velho as coisas são completamente diferentes; hoje em dia eu vejo muito menos em encaminhamento, muito mais vontade de você resolver o problema, muito mais restrição em você passar exame, passar especialmente medicamentos benzodiazepínicos. Eles estão mais atualizados, a relação muito mais íntima de cuidado e preocupação, que é completamente diferente de algumas pessoas mais velhas que não estão nem aí, simplesmente estão ali para cumprir horário, sabe?

Aluno 8

“A Atenção Básica não está pronta para receber a gente porque os profissionais que tão lá não tiveram o que a gente está tendo”

Aluno 15

“A desvantagem, eu acho que é a baixa qualidade técnica de preceptores, então, a gente fica muito prejudicado, porque a gente precisa que os médicos da atenção primária sejam muito bons, porque tem uma discrepância muito grande dependendo de quem você acompanha, tem médico que não deixava eu nem atender. Então, a qualidade do profissional faz toda a diferença na comunidade e para os acadêmicos, essa é a minha perspectiva”.

Aluno 21

“Acho que é uma questão também é a preparação do preceptor para receber a gente, do primeiro ao quarto era uma preceptora não médica, mas eu achava ela excelente, mas eu via que diferenciava muito, tinha preceptor que era mais rígido, tinha preceptor que era mais bonzinho e eu vejo que o preceptor médico também, tem unidades com preceptores muito melhores do que a minha por exemplo, não falando mal, mas é uma qualidade, você vai ter uma vivência, você vai ter uma visão, querendo ou não, diferente dos que estão com preceptores melhores, até de fazer você gostar mais ou menos da UBS”.

Aluno 11

“Talvez a falta de perfil e a falta de capacitação para esse preceptor não médico e até mesmo para o preceptor médico talvez pode ser algo que esteja faltando muito também, né?! Para sempre estar capacitando e até mesmo para sempre poder estar recebendo esse aluno e compreender o papel desse aluno ali, e, outra coisa que eu acho que é um desafio muito grande é a falta do médico de família e comunidade, talvez se em todas as UBS de Muriaé, todos os médicos fossem médicos de família e comunidade, talvez a maneira deles entenderem a nossa formação, receber a gente e contribuir ali seria diferente, porque quando você fala que a sua médica falou que médico tem que ficar só em consultório atendendo de doença e síndrome, a impressão que eu tenho é que ela não sabe o papel da atenção primária, entendeu?!”

Aluno 23

“A falta de mão de obra qualificada na atenção primária, é muita gente despreparada, com conduta nada a ver, e para nossa experiência como acadêmico, assim, a gente vê conduta que é totalmente errada dentro das especialidades”.

Aluno 17

“A Atenção Básica não está pronta para receber a gente porque os profissionais que tão lá não tiveram que a gente está tendo”.

Aluno 6

“Mas isso novamente tem muita relação com quem está instruindo a gente e isso é diferente porque o nosso preceptor tem uma boa formação e ele quer que a gente cresça também”.

Preceptora 2

“Essa é a nova realidade das novas diretrizes. As novas diretrizes, eu acho que elas modificaram muito a forma de ensinar medicina, né?! Com essa questão da prática na atenção primária, que foi uma coisa que para mim faltou no curso, apesar de ter tido uma parte teórica muito boa, eu lembro, assim, quando eu formei eu comentei que não tinha chegado eu não me sentia médica, eu não tinha segurança para sentar em um consultório e fazer uma consulta, um atendimento, eu achava que eu não sabia porque eu não tinha colocado a mão, não tinha feito essa parte prática assim, como a gente vê os alunos fazendo hoje, né?!”

A fala deste preceptor confirma que para potencializar o desenvolvimento das competências no processo de ensino-aprendizagem médico é necessário a formação dos educadores. Docentes e preceptores precisam ter suas próprias competências potencializadas para fomentar a de seus alunos. Ao relatar sua própria experiência de aprendizagem e as defasagens de aprendizado das competências, o preceptor reafirma que algumas práticas necessitam ser revistas para que o processo de formação médica seja atingido em seu sentido mais amplo.

Preceptor 3

“O médico que tem 16 anos de experiência, que tem o título de especialista não ganha um centavo a mais do que o médico recém-formado, que iniciou a carreira agora, né?! E o plano de carreira? Eu acho que isso que desestimula todo mundo de entrar e seguir um trabalho na atenção básica”.

O estudo de Rezende (2019) corrobora essa ideia. Nesse estudo, que buscou conhecer a percepção discente e docente sobre o desenvolvimento curricular, foi também percebido que professores e preceptores muitas vezes não

dominam o conhecimento necessário na área. Isso sinaliza também, como encontrado no presente estudo, a necessidade de médicos com formação em MFC, fator apontado como desafio no ensino no referido estudo. (REZENDE et al., 2019)

Essa escassez de profissionais com formação em MFC, e que se mantém atualizados e com intenção de se fixar na MFC, foi tema discutido no tópico sobre os resultados sociodemográficos do questionário aplicado aos preceptores. O estudo de Rezende (2019) também aponta essa mesma dificuldade diante do fato de que muitos preceptores não vislumbram a Atenção Básica como local de trabalho permanente e preferencial, como também discutido no tópico sobre a curta permanência de médicos na APS. Os contratos de trabalho vulneráveis, desejo de fazer uma especialização e ainda a influência política nas decisões de contratações, como corroborado no estudo de Soares (2020), são fatores que desestimulam os médicos a se fixarem na APS (REZENDE *et al*, 2019; SOARES, 2020).

Sobre a preceptoria fica claro que os desafios estão relacionados a esferas mais amplas que o próprio ensino, com dificuldades estruturais como a dificuldade de fixação de profissionais na Atenção Básica e o próprio fato de que há preceptores que estão na UBS de forma temporária. A influência dos preceptores nos estudantes é de grande impacto e o fato de não enxergarem a MFC como uma carreira corrobora para que os estudantes adquiram o mesmo olhar. É evidente a necessidade de reestruturação do trabalho no SUS de modo a ter um plano de carreira que atraia a fixação dos profissionais e estimule os profissionais em formação a seguirem esse caminho.

8 CONCLUSÃO

Consideramos que a questão central deste estudo foi contemplada, na medida em que os estudantes e os preceptores revelaram percepções sobre a aplicação das DCN de 2014 nas atividades desenvolvidas na APS, ao longo do curso de graduação, destacando os principais avanços e desafios da instituição.

Na percepção dos alunos e preceptores, as práticas na APS propiciam uma formação crítica, humanística e reflexiva, como é proposto pelas DCN de 2014. Também contribuem na percepção da determinação social do processo saúde-doença, e permite que os atributos do SUS sejam vivenciados durante o período de formação.

Embora preparem o estudante para trabalhar na Atenção Básica, notou-se que essas vivências não contribuíram para promover a intenção do estudante em se especializar em Medicina de Família e Comunidade.

A temática sobre aquisição de competências e habilidades e conhecimento das DCN durante a graduação de medicina evidenciou o desenvolvimento discente e mostrou que os alunos percebem sua vivência na prática, mas não demonstram conhecimento a respeito do seu conteúdo teórico e não tiveram experiências de discussões com seus professores e preceptores. Esse resultado aponta para a possibilidade de ampliar a discussão no projeto pedagógico da instituição pesquisa da sobre a inserção do conteúdo teórico sobre a temática no momento em que alunos e preceptores estejam atuando na prática da APS. Acredita-se que esse modelo amplie a percepção destes atores sobre as DCN e seus impactos na formação médica.

Os resultados apresentados por esta pesquisa e pelas referências bibliográficas utilizadas demonstram que, apesar do esforço em realizar as reformas no SUS, é necessário integrar ensino-serviço-comunidade através de cenários conjuntos de aprendizagem, com profissionais dos serviços que estejam capacitados para atuar como preceptores, articulados com a academia, proporcionando que o graduando de medicina seja capaz de compreender os objetivos de aprendizagem e seu papel

no serviço de APS. Não é suficiente, para fortalecimento do SUS e para melhorias do ensino médico, apenas a utilização dos serviços da APS para o ensino.

A sociedade está em constante transformação e refletir sobre o modelo de ensino sempre será necessário. A transição do modelo hospitalocêntrico de ensino para um formato centrado no paciente e na APS precisa ocorrer, não apenas nos currículos das escolas médicas, mas também na mudança de pensamento de todos os envolvidos: docentes, discentes, coordenadores e gestores do SUS.

Como limitações desta pesquisa destaca-se a mudança da metodologia imposta pelo início da pandemia de covid-19, em março de 2020, que impossibilitou realizar a coleta de dados com estudantes de todos os anos do curso que permitiria conhecer as percepções dos dois anos iniciais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Márcio José. **Educação Médica e Saúde**: Possibilidades de Mudança. Rio de Janeiro: Editora UEL, 1999.

ALMEIDA, Marcio José De. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 3, n. 4, p. 123–132, 1999.

ADLER, Maristela Schiabel; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Formação médica e serviço único de saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 38, n. 3, p. 388–396, 2014. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/s0100-55022014000300014.

ALMEIDA, Marcio José De. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 123–132, 1999. ISSN: 1414-3283. DOI: 10.1590/s1414-32831999000100010.

AMARAL, Jorge Luiz Do. **Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro Instituto De Medicina Social Duzentos Anos De Ensino Médico No Brasil**. [S. l.], n. 021, 2007. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/arquivos/duzentos_anos_de_ensino_medico_no_brasil.pdf.

AMERICA, Latin. Practice Based on Evidence: An opportunity for quality care. **Practice Based on Evidence: An opportunity for quality care**, [S. l.], v. 31, n. 2, p. 181–182, 2013. ISSN: 0120-5307.

AMIN, Maslah; CHANDE, Shiv; PARK, Sophie; Joe Rosenthal & Melvyn Jones (2018): Do primary care placements influence career choice: What is the evidence?, **Education for Primary Care**, DOI 10.1080/14739879.2018.1427003

ANSEMI, M.L; ANGERAMI, L.S, Gomes ELR. **Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto**. Rev Panam Salud Publica/Pan American Public Health 1997; 2(3): 44-50.

ANTÔNIO, José; NETO, Chehuen. Formação médica generalista : percepção do profissional e do estudante. **HU Revista**, [S. l.], v. 40, n. 1 e 2, p. 15–25, 2014.

ARIAS-CASTILLO, Lilian; TORO, Cesar Brandt; FREIFER, Sandra; FERNÁNDEZ, Miguel Ángel. Perfil do médico de família e comunidade. Definição Iberoamericana. **Wonca**, [S. l.], p. 1, 2010.

BACKES, Dirce Stein; COLOMÉ, Juliana Silveira; ERDMANN, Rolf Herdmann; LUNARDI, Valéria Lerch. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo da Saude**, [S. l.], v. 35, n. 4, p. 438–442, 2011. ISSN: 01047809. DOI: 10.15343/0104-7809.2011354438442.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. [S. l.], v. 91, n. 5, p. 1689–1699, 2001. ISSN: 00157120. ISBN: 9788578110796. DOI: 10.1017/CBO9781107415324.004.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. [s.l.: s.n.]. ISBN: 8589545016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf.
CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 179–191, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>.

BRASIL. **Portaria nº 383, de 9 de abril de 2020**. Dispõe sobre a antecipação da colação de grau para os alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia, como ação de combate à pandemia do novo coronavírus - Covid-19. Brasília: DOU Diário Oficial da União. Publicado no DOU 13 de abril de 2020.

CAMPOS, Cláudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAMPEDELLI-LOPES, Andréa Maria; BICUDO, Angélica Maria; ANTÔNIO, Maria Angélica R. de Góes M. A evolução do interesse do estudante de medicina a respeito da Atenção Primária no decorrer da graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 621-626, 2016.

CAVALCANTE, João Klínio; SOARES, Francisco José Passos; CORREIA, Divanise Suruagy. Desenvolvimento discente no estágio em estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 38, n. 1, p. 15–24, 2014. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/s0100-55022014000100003.

CHINI, Helena; AMARAL, Eliana. A Aprendizagem Baseada em Casos da Atenção Primária à Saúde nas Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 42, n. 2, p. 45–53, 2018.

CODATO, Adriano. Os mecanismos institucionais da ditadura de 1937: Uma análise das contradições do regime de interventorias federais nos estados. **Historia (Brazil)**, [S. l.], v. 32, n. 2, p. 189–208, 2013. ISSN: 01019074. DOI: 10.1590/S0101-90742013000200010.

CODATO, Lucimar Aparecida Britto; GARANHANI, Mara Lúcia; GONZÁLEZ, Alberto Durán. **Percepções de profissionais sobre o**. [S. l.], 2017. DOI: 10.1590/S0103-73312017000300012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000300012>.

CONTERNO, Solange de Fátima Reis; LOPES, Roseli Esquerdo. Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil:

origens históricas e fundamentos teóricos. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 993–1016, 2016. ISSN: 1982-5765. DOI: 10.1590/s1414-40772016000300016.

CORSI, Paulo Roberto; FERNANDES, Érika Lopes; INTELIZANO, Priscila Marques; MONTAGNINI, Carla Carolina Borges; BARACAT, Felipe Iankelevich; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida. Fatores que influenciam o aluno na escolha da especialidade médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 38, n. 2, p. 213–220, 2014. ISSN: 1981-5271. DOI: 10.1590/s0100-55022014000200008.

CUNHA, Marcus Vinicius Da. John Dewey e o pensamento educacional brasileiro: a centralidade da noção de movimento. **Revista Brasileira de Educação**, [S. l.], n. 17, p. 86–99, 2001. ISSN: 1413-2478. DOI: 10.1590/s1413-24782001000200007.

DALL'AGNOL, Carice Maria; TRENCH, Maria Helena. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Gaucha de Enfermagem**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 5–25, 1999.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 36, n. 1, p. 143–148, 2012. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/S0100-55022012000100020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100020&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 abr. 2019.

DIAS, Miriam Thais Guterres (org.) et al. **Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde / Organizadores: Miriam Thais Guterres Días, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Denise Bueno e Alcindo Antônio Ferla; Prefácio de Emerson Elias Merhy e Maria Augusta Nicoli. – 1. ed. Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2020**

DOS SANTOS, Nelson Rodrigues. 30 years of SUS: The beginning, the pathway and the target. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 1729–1736, 2018. ISSN: 16784561. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06092018.

FARAH, Beatriz Francisco; MAUAD, Neuza Marina. Refletindo sobre a prática docente : contribuição do PROMED / UFJF. [S. l.], p. 40–46, [s.d.].

FRANCO, Camila Ament Giuliani dos Santos; CUBAS, Marcia Regina; FRANCO, Renato Soleiman. The Medicine Curriculum and Competences Proposed for Curriculum Guidelines. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 38, n. 2, p. 221–230, 2014. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/S0100-55022014000200009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a09v38n2.pdf>.

GATTI, Bernardete Angelina. **Introduzindo o Grupo Focal. Organização e Desenvolvimento do Trabalho com Grupos Focais. Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas 2005.**

GOMES, Andréia Patrícia; COSTA, José Roberto Bittencourt; JUNQUEIRA, Túlio da Silva; ARCURI, Mariana Beatriz; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. 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, 2012. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/s0100-55022012000600014.

GONÇALVES JR, Oswaldo; GAVA, Gustavo Bonin; DA SILVA, Murilo Santos. Programa mais médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: Um balanço analítico do programa. **Saude e Sociedade**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 872–887, 2017. ISSN: 01041290. DOI: 10.1590/s0104-12902017170224.

HEIDMANN, Ivonete T. S. Buss; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel De; BOEHS, Astrid Eggert; WOSNY, Antonio de Miranda; MONTICELLI, Marisa. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 352–358, 2006. ISSN: 0104-0707. DOI: 10.1590/s0104-07072006000200021.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar em Revista**, [S. l.], n. 25, p. 127–141, 2005. ISSN: 0104-4060. DOI: 10.1590/0104-4060.370.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico de 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/muriae/panorama>. Acesso em: 16 mai. 2021

KEMP, Amy; EDLER, Flávio. A reforma médica no Brasil e nos Estado Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **Historia, ciencias, saude--Manguinhos**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 569–583, 2004. ISSN: 01045970. DOI: 10.1590/s0104-59702004000300003.

KISIL, M. A Fundação W. K. Kellogg e o desenvolvimento da enfermagem na America Latina. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 37–42, 1993. ISSN: 01041169. DOI: 10.1590/s0104-11691993000100005.

KUSSAKAWA, Diogo Hiroshi Beçon; ANTONIO, Clesio Acilino; PORTELINHA, Ângela Maria Silveira. As contribuições das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 aos projetos político-pedagógicos dos cursos de Medicina do Brasil. **Revista Internacional de Educação Superior**, [S. l.], v. 5, p. e019012, 2019. ISSN: 2446-9424. DOI: 10.20396/riesup.v5i0.8653495.

LAURENCE BARDIN. **Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70. São Paulo: Edições 70** 2016. ISBN: 978-85-62938-04-7. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>.

LIMA, Ivana Cristina Vieira De; SHIBUYA, Beatriz Yumi Rodrigues; PEIXOTO, Maria das Graças Barbosa; LIMA, Leilson Lira De; MAGALHÃES, Paulo Sávio

Fontenele. Análise do Internato em Medicina da Família e Comunidade de uma Universidade Pública de Fortaleza-CE na Perspectiva do Discente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 44, n. 1, p. 1–8, 2020. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/1981-5271v44.1-20190211.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 42, n. 4, p. 66–73, 2018. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n4rb20180065.

MARTINS, Milton De Arruda. Professor titular da Universidade de São Paulo; Presidente da Associação Brasileira de Educação MédicaHolanda. [S. l.], p. 5–6, 2008.

MASSOTE, Alice Werneck; BELISÁRIO, Soraya Almeida; GONTIJO, Eliane Dias. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 35, n. 4, p. 445–453, 2011. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/s0100-55022011000400002.

MATTOS, Maria Cristina Iwama De. Ensino médico: o que sabemos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 193–196, 1997. ISSN: 1414-3283. DOI: 10.1590/s1414-32831997000200016.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho; FERNANDES, Cássia do Carmo Pires; SILVA, Lorena Souza e. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 43, n. 2, p. 67–78, 2019. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n2rb20180178.

MENEZES, Márcia Mendes; XAVIER, Mariza Dias; DIAS, Orlene Veloso; COSTA, Simone de Melo. (Des) conhecimento do Projeto Pedagógico de Curso de Graduação em Medicina entre Estudantes. **Revista Unimontes Científica**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 1–8, 2020. ISSN: 2236-5257. DOI: 10.46551/ruc.v22n2a13.

MINAYO, Maria Cecilia de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 237–248, 1993. ISSN: 0102-311X. DOI: 10.1590/s0102-311x1993000300002.

MIYASAKA, Lincoln Sakiara. Minha visão da prática médica na China. [S. l.], v. 16, n. 1, p. 42–43, 2011.

MISSAKA, Herbert; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, set. 2011

NYLENNA M.; GULBRANDSEN, P. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994-2002. **BMC Health Services Research**, v. 4, p. 44, 2005.

OLIVEIRA, Daniel Almeida De; SOUZA, Eder Viana De. From Family Doctor to Student Preceptor in the Brazilian Unified Health System: Experience Report. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 44, n. 4, 2020. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/1981-5271v44.4-20190254.ing.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 66, n. spe, p. 158–164, 2013. ISSN: 1984-0446. DOI: 10.1590/s0034-71672013000700020.

OLIVEIRA, N. A. **Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros**. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2007.

OLIVEIRA, Neilton Araújo De; MEIRELLES, Rosane Moreira Silva De; CURY, Geraldo Cunha; ALVES, Luiz Anastácio. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 333–346, 2008. DOI: 10.1590/s0100-55022008000300008.

OLIVEIRA, Sofia Romay; MARTINI, Athos Paulo Santos; GROSSEMAN, Suely. Carga horária de saúde coletiva antes do internato em escolas médicas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 45, n. 1, p. 1–11, 2021. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/1981-5271v45.1-20200273.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do sistema único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. **Historia, Ciências, Saúde - Manguinhos**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 15–35, 2014. ISSN: 01045970. DOI: 10.1590/S0104-59702014000100002.

PERRENOUD, Philippe; MAGNE, B. C. **Construir: as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PIEIDADE, João; PEDRO, Ana; MATOS, João Filipe. Cenários De Aprendizagem Como Estratégia De Planificação De Aulas Na Formação Inicial De Professores : O Exemplo Da Área De Aulas Na Formação Inicial De Professores : O Exemplo Da Área De. **Práticas na Docência da Pós-Graduação: tecnologias e significâncias -M. Alencastro & R. Santos (Eds.)**, [S. l.], v. São Luiz:, n. November, 2018.

PIERANTONI, Celia Regina et al. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 637-647, 2015

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). **Ciencia e Saude Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 1903–1913, 2018. ISSN: 16784561. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018.

POLES, Tatchia Puertas Garcia; OLIVEIRA, Raquel Aparecida; ANJOS, Rosana Maria Paiva; ALMEIDA, Fernando Antônio. Percepção dos Internos e Recém-Egressos do Curso de Medicina da PUC-SP sobre Sua Formação para Atuar na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 42, n. 3, p. 121–128, 2018. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n3rb20170072.

PUCCHINI, Rosana Fiorini; SAMPAIO, Lucia de Oliveira; BATISTA, Nildo Alves; STELLA, Regina Celes de Rosa; PUCCHINI, Rosana Fiorini. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social**, [S. l.], p. 53–69, 2008. ISBN: 9788561673666. DOI: 10.7476/9788561673666.0004.

REZENDE, Joffre Marcondes De. 12 - A institucionalização do ensino médico. [S. l.], p. 121–129, 2009. ISBN: 9788561673635.

REZENDE, Valter L. M.; ROCHA, Barbara Souza; NAGHETTINI, Alessandra; FERNANDES, Marcos Rassi; REGINA, Edna; PEREIRA, Silva. após Diretrizes Curriculares de 2014 Views of teachers and students on curricular. [S. l.], v. 43, n. 3, p. 91–99, 2019.

RODRIGUES, Lucia Helena Guimarães; DUQUE, Taciana Barbosa; SILVA, Reneide Muniz Da. Fatores Associados à Escolha da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 44, n. 3, 2020. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/1981-5271v44.3-20190212.

SARDÁ JÚNIOR, Jamir; DIAS, Israel Domingos; ROS, Marco Aurélio Da; OLIVEIRA, Gabrielly Bos De. Condicionantes Motivacionais Escolha Residência Multiprofissional Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 44, n. 3, p. 1–9, 2020. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/1981-5271v44.3-20190046.

SCHEFFER, Mario; CASSENOTE, Alex; GUILLOUX, Aline Gil Alves; MIOTTO, Bruno Alonso; MAINARDI, Giulia Marcelino. **Demografia Médica no Brasil 2018**. [s.l: s.n.]. ISBN: 9788587077554. Disponível em: www.portalmedico.org.br.

SCHMIDT, Ireneu Aloisio. e a Educação Para uma Sociedade Democrática. [S. l.], 2009.

SILVA, Antonio Manoel dos Santos. A Universidade no limiar do século XXI. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 11–26, 1999. ISSN: 1414-3283. DOI: 10.1590/s1414-32831999000100002.

SILVA, Moniquelly Barbosa Da; RIOS, Izabel; VITAL JÚNIOR, Pedro Félix; SILVA, Andréa Tenório Correia Da. Barreiras e Facilitadores do Processo Ensino-Aprendizagem de Estudantes de Medicina na Atenção Primária, no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 44, n. 2, 2020. ISSN: 0100-5502. DOI: 10.1590/1981-5271v44.2-20190175.

SOARES, Cíntia Araújo Siqueira. **Atração e retenção de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família: um estudo na Região Oeste de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte: UFMG; 2020.

SOUZA, Kellcia Rezende; KERBAUY, Maria Teresa Miceli. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia quantitativa-qualitativa na pesquisa em educação. **Educação E Filosofia**, [S. l.], v. 31, n. 61, p. 21–44, 2017. ISSN: 01026801. DOI: 10.14393/revedfil.issn.0102-6801.v31n61a2017-p21a44.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos Brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 417–434, 2016. ISSN: 18094481. DOI: 10.1590/S0103-73312016000200005.

TESSER, Charles Dalcante. Contribuições das Epistemologias de Kuhn e Fleck para a Reforma do Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 98–104, 2008. ISSN: 0100-4042. DOI: 10.1590/s0100-40422008000800052.

TRONCON, Luiz de Ernesto Ameida. ENSINO CLÍNICO NA COMUNIDADE. Medicina (Ribeirão Preto. Online). [S. l.], v. 32, n. 3, p. 335–344, 1999.

VIEIRA, Swheelen de Paula; PIERANTONI, Celia Regina; MAGNAGO, Carinne; NEY, Márcia Silveira; MIRANDA, Rômulo Gonçalves De. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. spe1, p. 189–207, 2018. ISSN: 0103-1104. DOI: 10.1590/0103-11042018s113.

VARELA, Alex; XAVIER, Andréa Lemos. Departamento de Pesquisa. Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**. Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Capturado em 26 de fev. 2020. Online. Disponível na Internet <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>

WHO 1998. The World Health Report 1998: **Life in the 21st Century - A Vision for All**. WHO, Genebra 241 pp.

World Federation for Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement in Medical Education. 2003. Acesso em 26 de fevereiro de 2020. Disponível em: <http://www.medicalcouncil.ie/Education/Career-Stage-Undergraduate/WFME-Global-Standards-for-Quality-Improvement-in-Medical-Education.pdf>

APÊNDICES

Apêndice 1- Questionário sociodemográfico individual para os estudantes de Medicina do primeiro ao sexto ano

1) Identifique o período da graduação que está cursando. Caso esteja com disciplinas em mais de um período, considere o período da disciplina Atenção à Saúde:

1° 2° 3° 4° 5° 6°
7° 8° 9° 10° 11° 12°

2) Qual a sua faixa etária?

- a) Menor de 18 anos
- b) 18 a 21 anos
- c) 22 a 25 anos
- d) 26 a 29 anos
- e) 30 a 35 anos
- f) 36 a 40 anos
- g) 41 a 45 anos
- h) 46 a 50 anos
- i) Maior que 50 anos

3) Qual o seu gênero?

- a) Masculino
- b) Feminino
- c) Outro. Qual? _____

- 4) Possui alguma graduação concluída anterior ao ingresso no curso de Medicina?
- a) Não, Medicina é a minha primeira graduação
 - b) Sim, sou graduado em enfermagem
 - c) Sim, sou graduado em odontologia
 - d) Sim, sou graduado em fisioterapia
 - e) Sim, sou graduado em fonoaudiologia
 - f) Sim, sou graduado em outro curso na área de ciências da saúde
 - g) Sim, sou graduado em outro curso na área de ciências humanas
 - h) Sim, sou graduado em outro curso na área de ciências exatas
 - i) Sim, sou graduado em outro curso de área não especificada
- 5) Possui algum tipo de financiamento para custear a graduação?
- a) Não possuo
 - b) Sim, possuo FIES
 - c) Sim, possuo ProUni
- 6) Quando precisa de consulta médica ambulatorial, onde busca atendimento?
Desconsidere consultas informais com o seu preceptor.
- a) Na UBS em que estou cadastrado (a) no local onde resido.
 - b) Médico cadastrado no plano de saúde que sou conveniado
 - c) Médico que faz consulta particular
- 7) Antes de iniciar as práticas na Atenção Básica na Graduação em Medicina, você já havia frequentado uma UBS?
- a) Sim, como paciente para consulta médica.
 - b) Sim, como paciente para consulta com outros profissionais da saúde.
 - c) Sim, para vacinação.
 - d) Sim, pois já trabalhei em UBS.
 - e) Sim, durante outra graduação já cursada.

- f) Não, conheci uma UBS ao ingressar na graduação em Medicina.

Apêndice 2- Questionário individual para os estudantes e egressos de Medicina do primeiro ao sexto ano

Considerando as atividades práticas na UBS (Unidade Básica de Saúde), responda as perguntas abaixo. Assinale apenas uma opção.

- 1) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu me torne um médico com maior facilidade em perceber a determinação social do processo de saúde e doença.
 - a) Discordo totalmente
 - b) Discordo mais do que concordo
 - c) Concordo mais do que discordo
 - d) Concordo totalmente

- 2) Eu percebo que as práticas na UBS me ajudam a aprender com outros profissionais da atenção básica na identificação e discussão dos problemas (compreender a relevância do trabalho multiprofissional e interprofissional com as equipes de saúde)
 - a) Discordo totalmente
 - b) Discordo mais do que concordo
 - c) Concordo mais do que discordo
 - d) Concordo totalmente

- 3) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu perceba a relação dos dados e das informações obtidas, correlacionando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais ligados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos
 - a) Discordo totalmente
 - b) Discordo mais do que concordo
 - c) Concordo mais do que discordo

- d) Concordo totalmente
- 4) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu me torne um médico apto a incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão considerando-se, ainda, os seus valores e crenças.
- a) Discordo totalmente
- b) Discordo mais do que concordo
- c) Concordo mais do que discordo
- d) Concordo totalmente
- 5) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu tenha intenção de me especializar em Medicina de Família.
- a) Discordo totalmente
- b) Discordo mais do que concordo
- c) Concordo mais do que discordo
- d) Concordo totalmente
- 6) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu tenha uma formação humanista, crítica e reflexiva.
- a) Discordo totalmente
- b) Discordo mais do que concordo
- c) Concordo mais do que discordo
- d) Concordo totalmente
- 7) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu me prepare para atuar como generalista (não especializado em qualquer área específica da Medicina) na Rede de Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família), elaborando diagnósticos e tratando as moléstias mais prevalentes?

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo mais do que concordo
- c) Concordo mais do que discordo
- d) Concordo totalmente

8) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu exerça a profissão na Rede de Atenção Básica desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo?

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo mais do que concordo
- c) Concordo mais do que discordo
- d) Concordo totalmente

9) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu seja acessível e mantenha a confidencialidade das informações a mim confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral.

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo mais do que concordo
- c) Concordo mais do que discordo
- d) Concordo totalmente

Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que eu desenvolva raciocínio e percepção crítica sobre principais limitações e potencialidades das vivências nas práticas na APS para o ensino e aprendizado médico.

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo mais do que concordo
- c) Concordo mais do que discordo
- d) Concordo totalmente

Apêndice 3- Questionário para alunos que concluíram a graduação em 2020.1

- 1) Você está trabalhando? Em qual local?
 - a) Sim, em Pronto Socorro
 - b) Sim, em CTI
 - c) Sim, em UBS
 - d) Sim, em UBS e Pronto socorro
 - e) Sim, em UBS e outro local
 - f) Sim, em outro local não listado nas opções
 - g) No momento não estou trabalhando como médico

- 2) Caso esteja trabalhando na Atenção Básica, qual foi a sua principal motivação?
 - a) Tenho interesse em me especializar em Medicina de Família e Comunidade
 - b) Possibilidade de trabalhar na região da minha cidade de origem
 - c) É o local onde me senti maior segurança para diagnosticar e tratar
 - d) Outro motivo

Apêndice 4- Questionário sociodemográfico individual para os preceptores nas atividades desenvolvidas na Atenção Básica

1)Qual a sua formação?

- a) Enfermagem com residência/ especialização em Medicina de Família e Comunidade
- b) Enfermagem com residência/ especialização em outra área
- c) Enfermagem - não possuo residência/ especialização
- d) Fisioterapia
- e) Terapia Ocupacional
- f) Medicina- possuo residência/ especialização em Medicina de Família e Comunidade
- g) Medicina- possuo residência/ especialização em Pediatria
- h) Medicina- possuo residência/ especialização em Ginecologia e Obstetrícia
- i) Medicina- possuo residência/ especialização em Clínica Médica
- j) Medicina- possuo residência/ especialização em outra área
- k) Medicina- não possuo residência/ especialização
- l) Outra formação. Especifique: _____

2) Qual a sua faixa etária?

- a) 22 a 25 anos
- b) 26 a 29 anos
- c) 30 a 35 anos
- d) 36 a 40 anos
- e) 41 a 45 anos
- f) 46 a 50 anos
- g) Maior que 50 anos

3) Qual o seu gênero?

- a) Masculino
- b) Feminino
- c) Outro. Qual? _____

4) Há quanto tempo concluiu a graduação?

- a) Menos de 1 ano
- b) 1 a 4 anos
- c) 5 a 10 anos
- d) 11 a 15 anos
- e) 16 a 20 anos
- f) 21 a 25 anos
- g) Mais de 25 anos

5) Há quanto tempo trabalha na Atenção Básica?

- a) Há menos de 1 ano
- b) Entre 1 e 5 anos
- c) Entre 6 e 10 anos
- d) Entre 11 e 15 anos
- e) Entre 16 e 20 anos
- f) Há mais de 20 anos

6) Qual a sua maior motivação para trabalhar na Atenção Básica

- a) Remuneração
- b) Resolutividade do sistema
- c) Trabalhar com a preceptoria
- d) Carga horária sem trabalho noturno
- e) Não precisar resolver pendências / atender ligações de pacientes quando estou fora do ambiente de trabalho
- f) Estou temporariamente na Atenção Básica enquanto busco uma especialização.

Apêndice 5- Questionário individual para os preceptores nas atividades desenvolvidas na Atenção Básica

Considerando as atividades práticas na UBS (Unidade Básica de Saúde), responda as perguntas abaixo. Assinale apenas uma opção.

- 1) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que os estudantes tenham maior facilidade em perceber a determinação social do processo de saúde e doença.
 - a) Discordo totalmente
 - b) Discordo mais do que concordo
 - c) Concordo mais do que discordo
 - d) Concordo totalmente

- 2) Eu percebo que as práticas na UBS ajudam os estudantes a aprenderem com outros profissionais da atenção básica na identificação e discussão dos problemas (compreender a relevância do trabalho multiprofissional e interprofissional com as equipes de saúde).
 - a) Discordo totalmente
 - b) Discordo mais do que concordo
 - c) Concordo mais do que discordo
 - d) Concordo totalmente

- 3) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que os estudantes percebam a relação dos dados e das informações obtidas, correlacionando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais ligados ao adoecimento e à vulnerabilidade de grupos.
 - a) Discordo totalmente
 - b) Discordo mais do que concordo
 - c) Concordo mais do que discordo
 - d) Concordo totalmente

- 4) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que os estudantes se tornem médicos aptos a incluir a perspectiva dos usuários, família e comunidade, favorecendo sua maior autonomia na decisão do plano terapêutico, respeitando seu processo de planejamento e de decisão considerando-se, ainda, os seus valores e crenças.
- a) Discordo totalmente
 - b) Discordo mais do que concordo
 - c) Concordo mais do que discordo
 - d) Concordo totalmente
- 5) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que os estudantes tenham intenção de me especializarem em Medicina de Família.
- a) Discordo totalmente
 - b) Discordo mais do que concordo
 - c) Concordo mais do que discordo
 - d) Concordo totalmente
- 6) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que os estudantes tenham uma formação humanista, crítica e reflexiva.
- a) Discordo totalmente
 - b) Discordo mais do que concordo
 - c) Concordo mais do que discordo
 - d) Concordo totalmente
- 7) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que o estudante se prepare para atuar como generalista (não especializado em qualquer área específica da Medicina) na Rede de Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família), elaborando diagnósticos e tratando as moléstias mais prevalentes?
- a) Discordo totalmente
 - b) Discordo mais do que concordo
 - c) Concordo mais do que discordo

- d) Concordo totalmente
- 8) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que o estudante exerça a profissão na Rede de Atenção Básica desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo?
- a) Discordo totalmente
 - b) Discordo mais do que concordo
 - c) Concordo mais do que discordo
 - d) Concordo totalmente
- 9) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que o estudante seja acessível e mantenha a confidencialidade das informações a ele confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral.
- a) Discordo totalmente
 - b) Discordo mais do que concordo
 - c) Concordo mais do que discordo
 - d) Concordo totalmente
- 10) Eu percebo que as práticas na UBS contribuem para que o estudante desenvolva raciocínio e percepção crítica sobre principais limitações e potencialidades das vivências nas práticas na APS para o ensino e aprendizado médico.
- e) Discordo totalmente
 - f) Discordo mais do que concordo
 - g) Concordo mais do que discordo
 - h) Concordo totalmente

Anexo1

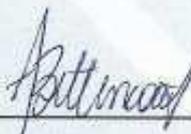
Carta de anuência da instituição onde o estudo será realizado



DECLARAÇÃO

Eu, Alexandre Horacio Couto Bittencourt, na qualidade de responsável pelo Centro Universitário Unifaminas, autorizo a realização de a pesquisa intitulada **Cenários da APS: percepção dos estudantes e preceptores do curso de Medicina** a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **Pascale Gonçalves Massena**"; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

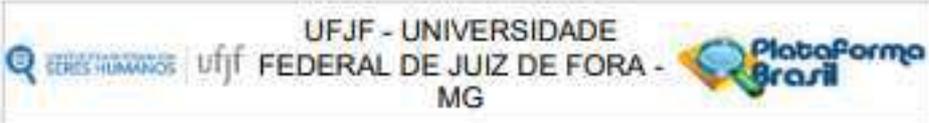
Juiz de Fora, 12 de novembro de 2019

ASSINATURA  **Prof. Dr. Alexandre H. C. Bittencourt**
Coordenador de Pesquisa

Av. Cristiano Ferreira Varella, 655 - Bairro Universitário - Maratá - Minas Gerais - CEP 36880-233 - Caixa Postal, 351
Tel.: (32) 3729-7500 - Fax: (32) 3729-7505 - unifaminas.edu.br

Anexo2

Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa (CEP)

											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP											
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA											
Título da Pesquisa: Cenários da Atenção Primária em Saúde: percepção dos estudantes e preceptores do curso de Medicina											
Pesquisador: Pascale Gonçalves Massena											
Área Temática:											
Versão: 2											
CAAE: 25904719.3.0000.5147											
Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE											
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio											
DADOS DO PARECER											
Número do Parecer: 3.793.514											
Apresentação do Projeto:											
Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.											
Objetivo da Pesquisa:											
Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.											
Avaliação dos Riscos e Benefícios:											
Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.											
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:											
O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013-CNS.											
<table border="1"> <tr> <td>Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N</td> <td>CEP: 36.035-900</td> </tr> <tr> <td>Bairro: SÃO PEDRO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: MG</td> <td>Município: JUIZ DE FORA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (32)2102-3788</td> <td>Fax: (32)1102-3788</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: cep.propensq@ufjf.edu.br</td> </tr> </table>		Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N	CEP: 36.035-900	Bairro: SÃO PEDRO		UF: MG	Município: JUIZ DE FORA	Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788		E-mail: cep.propensq@ufjf.edu.br
Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N	CEP: 36.035-900										
Bairro: SÃO PEDRO											
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA										
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788										
	E-mail: cep.propensq@ufjf.edu.br										
Página 01 de 03											



Continuação do Parecer: 3.793.514

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1489653.pdf	02/01/2020 21:40:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_cenarios_APS_UFJF.docx	02/01/2020 21:24:07	Pascale Gonçalves Massena	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_Pesquisa_.docx	23/12/2019 15:40:57	Pascale Gonçalves Massena	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Cenarios_da_APS.docx	23/12/2019 15:40:36	Pascale Gonçalves Massena	Aceito
Outros	Instrumentos_de_pesquisa_cenarios_da_APS.docx	19/11/2019 08:08:42	Pascale Gonçalves Massena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_confidencialidade.pdf	13/11/2019 23:21:28	Pascale Gonçalves Massena	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia_cenarios_APS.pdf	13/11/2019 23:17:08	Pascale Gonçalves Massena	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Cenarios_APS.pdf	13/11/2019 23:12:55	Pascale Gonçalves Massena	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 03 de Janeiro de 2020.

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 35.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br