



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Fidelis de Almeida, Patty; Oliveira Bastos, Matheus; Agostinho Condé, Michele; Janoni
Macedo, Natália; de Mattos Feteira, Julia; Pacelli Botelho, Felipe; da Silva, Rodolpho Luiz
Trabalho de Campo Supervisionado II: uma experiência curricular de inserção na
Atenção Primária à Saúde

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 20, núm. 58, julio-septiembre, 2016, pp.
777-786

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180146193025>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

reDalyC.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Trabalho de Campo Supervisionado II:

uma experiência curricular de inserção na Atenção Primária à Saúde

Patty Fidelis de Almeida^(a)
 Matheus Oliveira Bastos^(b)
 Michele Agostinho Condé^(c)
 Natália Janoni Macedo^(d)
 Julia de Mattos Feteira^(e)
 Felipe Pacelli Botelho^(f)
 Rodolpho Luiz da Silva^(g)

Introdução

A Constituição Federal de 1988 define que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação da força de trabalho para o setor, o que ainda representa um dos maiores desafios para a universalidade e sustentabilidade do sistema público de saúde no país¹. Aprovadas entre 2001 e 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde reforçam que a formação de seus trabalhadores deve contemplar as necessidades do SUS, atuação em equipe e atenção integral². Contudo, conforme interroga Almeida Filho³, após mais de dez anos de existência da Lei das DCN, as universidades brasileiras ainda constroem a formação com base em currículos fechados e disciplinares, pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde, que incentivam a especialização precoce e o trabalho individual.

Neste contexto, o currículo do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), implementado a partir de 1994, tem como imagem-objetivo

[...] a interdisciplinaridade, repensar permanentemente os conhecimentos na área médica, em função do desenvolvimento da ciência e tecnologia, e formar um médico humanista, com compromisso social e comportamento ético, além de um técnico com habilidades psicomotoras.⁴ (p.19)

Em todos os ciclos, busca-se privilegiar a inserção dos alunos na rede de serviços de saúde do SUS, valorizando a Atenção Primária à Saúde (APS) como cenário privilegiado de aprendizagem, considerando aspectos de uma formação usuário-centrada e apresentando outras possibilidades frente à especialização precoce. Em outra perspectiva, Scheffer⁵ aponta que adaptar os conteúdos da graduação à prática em APS e modificar a formação inicial dos egressos é uma das estratégias que apresenta resultados mais favoráveis entre as iniciativas para futura fixação em locais remotos, outro desafio permanente para o SUS.

O currículo do curso de Medicina na instituição está estruturado em três programas: Programa Teórico Demonstrativo (PTD), Programa Prático-Conceitual (PPC) e Programa de Internato — e suas respectivas fases, cada uma com

^(a) Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF). Rua Marquês do Paraná, 303, 3º andar, prédio anexo ao HUAP, Centro. Niterói, RJ, Brasil. 24030-210. patty.fidelis@pq.cnpq.br
^(b,c,d,e,f,g) Acadêmicos, Faculdade de Medicina, UFF, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. bastos.o.matheus@gmail.com; micheleconde@hotmail.com; nati_janoni@hotmail.com; julinha.nit@hotmail.com; felipebotelho@id.uff.br; rodolpho_luiz_silva@hotmail.com

duração de um ano. Paralelamente, ocorre o Programa de Iniciação Científica, integrado ao PPC, complementado por atividades optativas. Durante os quatro primeiros anos de curso, o PTD e o PPC ocorrem simultaneamente⁶.

Na primeira fase, com duração de dois semestres letivos, o PTD aborda o ser humano nas suas características biofisiomorfológicas e psíquicas, enquanto o PPC discute os determinantes históricos, sociais, ambientais e epidemiológicos do processo saúde/doença. Na segunda fase, com mesma duração, o PTD aborda mecanismos de agressão e defesa biológicos, físicos, químicos e psíquicos, ao passo que o PPC, no qual se localiza o componente Trabalho de Campo Supervisionado II (TCSII), baseia-se nos processos de agressão e defesa na perspectiva do coletivo. Na terceira fase, o PTD aborda: a interpretação de sinais e sintomas, semiótica, exames complementares e desenvolvimento emocional; e o PPC, a capacidade de agir, de forma integral, para promover, proteger e recuperar a saúde. Na fase quatro, trabalha-se com: diagnóstico e tratamento das patologias mais frequentes em Pediatria, Adolescência, Tocoginecologia, Medicina Clínica, Cirúrgica e Psiquiátrica no PTD, e o exercício do diagnóstico, tratamento e aplicação de medidas de intervenção de caráter coletivo, nos níveis secundário e terciário, no PPC. Os dois últimos anos do curso são destinados ao Programa de Internato⁶.

O componente curricular Trabalho de Campo Supervisionado II é desenvolvido na segunda fase e faz parte do Programa Prático-Conceitual. Em geral, são formados grupos de até oito integrantes, acompanhados por um preceptor/docente da UFF. Ao longo de dois períodos, busca-se compreender: as necessidades de saúde da população na perspectiva dos determinantes sociais, a constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as redes de apoio social, o papel das ações intersetoriais, da vigilância à saúde, a dinâmica do serviço no atendimento às demandas da população, as relações de poder e cooperação na equipe, e o papel do profissional de saúde no desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

As atividades desenvolvidas são acompanhadas e ressignificadas cotidianamente ao final de cada vivência no campo, por meio de diálogos e debates entre discentes e preceptor/docente, e, em alguns momentos, com os profissionais dos serviços de saúde. Também são registrados relatos mensais e resenhas de referências bibliográficas que apoiam a prática. A avaliação processual é realizada por meio da produção de um portfólio reflexivo.

Metodologia e práticas de TCSII alinham-se aos princípios que regem as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina instituídas pela Resolução nº 3/2014⁷, que estabelece os princípios, fundamentos e finalidades da formação. Preconiza que a inserção do aluno nas redes de serviços do SUS deve ocorrer desde os períodos iniciais e ao longo do curso, com base no conceito ampliado de saúde⁷.

Considerando as reflexões acima, o presente relato tem como objetivo sistematizar, descrever e analisar as contribuições da inserção sistemática na APS como dispositivo de mudança na formação médica, no contexto de Trabalho de Campo Supervisionado II, na perspectiva de alunos e preceptor, de forma a debater e interrogar as potencialidades da APS como cenário de formação em saúde.

Descrição da experiência e do cenário de prática

Este trabalho apresenta o relato de experiência de um grupo de discentes e preceptor do curso de Medicina da UFF, no contexto do componente curricular Trabalho de Campo Supervisionado II. Durante os 3º e 4º períodos, em 2014, as atividades de TCS II foram desenvolvidas em uma Unidade do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói. Ao longo dos semestres, foram acompanhadas todas as ações desenvolvidas na unidade e o funcionamento da rede de referência e dos equipamentos sociais do território.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) comportava quatro equipes de PMF, que se distinguem das equipes de Saúde da Família, sobretudo, pela composição e pelo quantitativo de população adscrita. Cada equipe do PMF era composta por: dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS), responsáveis por cerca de duas mil pessoas distribuídas em setores, uma técnica de enfermagem e um médico. Na unidade lócus da experiência, havia duas enfermeiras para as quatro equipes, sendo esta outra

diferença em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF). As condições de vida do território são bastante heterogêneas – da “Zona Sul” ao “Sertãozinho” – como nomeiam os profissionais da equipe, sendo parte considerável do bairro desprovida de serviços públicos essenciais como saneamento básico e coleta regular de lixo, além do enfrentamento de questões de violência urbana.

Da experiência do campo, acompanhada por relatos mensais das vivências produzidos individualmente e reflexões cotidianas coletivas por meio de roda de conversa após cada encontro no campo, emergiram cinco categorias de análise, sistematizadas a partir de um processo de *brainstorm*, e, também, com base na análise de conteúdo dos portfólios e referências teóricas e empíricas sobre o tema. As categorias apresentadas a seguir foram utilizadas para descrever, refletir e analisar as contribuições da inserção na APS em períodos iniciais do curso de Medicina, como um possível dispositivo de mudanças na formação em saúde, particularmente, na formação médica.

Reconstrução do conceito de complexidade em saúde e de hierarquia da rede

Faz parte do imaginário social e profissional que os serviços de APS constituem um nível de baixa complexidade no sistema de saúde, que se reproduz na prática e formação médica. Essa concepção é reafirmada pela noção de que, na APS, se encontram problemas de saúde “mais simples”, os quais requerem tecnologias menos sofisticadas. Estudos realizados com profissionais da ESF apontam que a grande maioria refere não desfrutar do mesmo reconhecimento profissional que os especialistas⁸, situação também observada no campo.

Os dois semestres de atuação na UBS nos permitiram reconstruir o conceito de complexidade, levando-nos à reflexão sobre diversos determinantes da saúde, para além do parâmetro tecnológico utilizado para categorizar os níveis hierárquicos do sistema. Em muitos casos observados durante consultas, visitas e grupos, as tecnologias duras se mostraram insuficientes ou, às vezes, inadequadas para responder às necessidades de saúde dos usuários e comunidade, ao passo que as leves e leve-duras foram mais apropriadas e sensíveis. Tais conceitos, conhecidos por meio dos textos de referência⁹, puderam ser “experenciados” no cotidiano, tornando-se portadores de sentido, ponto de partida para a aprendizagem significativa.

Assim, a primeira inversão construída a partir da prática na APS foi a do tradicional vértice da pirâmide, modelo que, correntemente, nos remete à concepção de hierarquia. Como em outras experiências de inserção no SUS, segundo Leal et al.¹⁰, na prática, os estudantes passam a compreender como os serviços estão estruturados, bem como as condições para responder ou não às necessidades dos indivíduos e coletividades, e como tais constrangimentos limitam os resultados esperados pelos profissionais de saúde.

A despeito da proposta de construção das RAS, na prática, percebemos que o fluxo dos usuários em busca do cuidado segue percursos formais e informais, desobedecendo às tentativas de constituição das redes, com porta de entrada preferencial pela APS. Contudo, a experiência ratificou que o processo de regulação assistencial não pode ser reduzido à marcação de procedimentos, sem processos de microrregulação do acesso, com priorização de casos ou acompanhamento dos tempos de espera.

O aspecto mais dramático do acesso à retaguarda terapêutica se desvelou nas falas dos usuários em situações mais vulneráveis, como nos casos de suspeita de câncer. Nestas situações, sobretudo os profissionais de enfermagem, buscavam, por intermédio da equipe de supervisão ou diretamente no nível central, viabilizar o atendimento, o que nem sempre era possível. Outra solução era a indicação da busca direta pelos serviços de urgência, como forma de entrada nos serviços de maior densidade tecnológica. Nestes casos, como também demonstraram outros estudos¹¹, a desarticulação com a rede de urgência/emergência deixava o usuário “à deriva”, literalmente perdido entre uma ilha de serviços de saúde, que pouco nos remetia às teorias sobre a RAS.

A ausência de coordenação do cuidado pela APS, sobretudo nos casos mais graves, trouxe à tona outro aspecto dramático do sistema de saúde – os fluxos informais. Os profissionais médicos buscavam outros colegas que pudessem viabilizar a entrada do usuário no serviço de referência, ou, o próprio usuário – especialmente aqueles com forte rede social e familiar –, dramaticamente “corriam atrás” de atendimento. Inúmeros foram os casos, com e sem sucesso, do ponto de vista individual.

Sobretudo no que se refere à atenção hospitalar, nos mobilizou a constatação de que o Hospital Universitário, referência para o município e para a região de saúde, lócus ainda privilegiado de formação acadêmica, atuasse tão pouco integrado à rede SUS, do qual faz parte. Conforme apontam Barata et al.¹²: “O desenvolvimento da assistência realizada pelos HEs (hospitais de ensino), bem como de suas atividades didáticas e de pesquisa, por vezes estruturou-se de forma isolada dos demais serviços assistenciais, razão pela qual é muito importante discutir e aperfeiçoar sua integração com a rede SUS” (p. 7).

A quase ausência de contrarreferência minimizava a capacidade de o PMF atuar como coordenador do cuidado, com sérias implicações para a qualidade da atenção, com duplicação de exames e planos terapêuticos muitas vezes conflitantes. Tal situação era evidenciada nas consultas e visitas domiciliares, com o usuário como “porta-voz” de suas prescrições, vítima de um cuidado fragmentado.

A experiência em TCSII pareceu nos indicar que o sistema local de saúde se estrutura como “ilhas” – “nem pirâmide, nem círculo”¹³. Como lição aprendida, que dificilmente se repetirá nos demais ciclos da formação, destacou-se a importância do papel ativo do profissional de saúde, que, mesmo diante da fragmentação sistêmica, pode estabelecer práticas, como o registro nos prontuários e guias de referência, com alguma capacidade de minimizar a falta de integração do cuidado. O contato interprofissional também poderia colaborar para uma atenção mais coordenada e a conformação de redes que, de acordo com Franco¹⁴, acontecem onde há desejo ou vontade de cuidar, no encontro entre trabalhadores e usuários.

Organização do processo de trabalho na APS e a longitudinalidade do cuidado

Gomes et al.¹⁵, com base em estudo qualitativo realizado em Unidades de Saúde da Família, identificaram três perfis do encontro médico-paciente: o encontro centrado no paciente, aquele sem entendimento e o realizado a curto prazo, destacando que a interação clínica é afetada por características pessoais do médico, o agir profissional e, também, por problemas na organização dos serviços¹⁵.

Destacou-se, na prática da equipe no PMF, que o conhecimento diferenciado sobre os usuários, incorporando elementos de seu histórico de saúde, condições de vida, rede social e personalidade, que compõe a “clínica ampliada”¹⁶, representam aspectos fundamentais para a realização de diagnóstico e tratamento mais assertivos, caracterizando encontros “centrados no paciente”. Nesse sentido, mesmo as consultas médicas “a curto prazo” mais direcionadas para uma resolução prescritiva, eram precedidas por um considerável conhecimento sobre o usuário, construído pelo longo tempo de atuação dos médicos em uma mesma equipe – o que caracteriza um dos atributos de uma APS abrangente e integral – a longitudinalidade¹⁷.

Outra característica do PMF em questão foi a baixa rotatividade de profissionais, o que facilitava e fortalecia o acompanhamento longitudinal, gerando a possibilidade da construção de vínculos duradouros. Conforme destacado por Campos et al.¹⁸, a construção do caso clínico efetivada em vários encontros, ao longo do tempo, contribui para o aumento da confiança entre profissionais e usuários, o que pôde ser observado no campo.

As vivências levaram o grupo a refletir sobre como este tipo de atendimento não é encontrado em serviços de urgência/emergência e nem em Unidades de Pronto Atendimento. Questionou-se o modelo de medicina liberal, pautado na assistência individual e dissociada dos determinantes mais amplos da saúde, sendo inevitáveis comparações com o padrão de consulta geralmente ofertada pelo sistema privado de saúde, baseada no modelo queixa-conduta, marcado, muitas vezes, por um encontro “a curto prazo” ou “sem entendimento”.

Por outro lado, a territorialização, que caracteriza a organização da atenção básica no país, em geral, não tem sido problematizada pelas equipes de saúde no que se refere ao estabelecimento do vínculo¹⁸, realidade observada no cotidiano do serviço. Nos casos em que não foram estabelecidos vínculos ou em que houve falta de empatia entre médico e usuário, não foram negociadas ou discutidas estratégias para flexibilizar a organização do processo de trabalho a fim de manter a vinculação do usuário à unidade, e não necessariamente à equipe de adscrição territorial.

Em conformidade com outros estudos, também se observou que elementos relacionados à organização do processo de trabalho nem sempre favoreciam o vínculo. Profissionais da equipe atribuíam a busca por meio de demanda espontânea como uma incompreensão da comunidade sobre a forma de funcionamento do PMF, que seria um serviço para “promoção e prevenção”, e que os casos de urgência deveriam buscar o pronto-atendimento. Não foram observadas discussões em equipe sobre as estratégias de acolhimento, no sentido de torná-lo um dispositivo para melhoria das relações do serviço com os usuários e para garantia do acesso.

Por outro lado, conforme destacam Tesser et al.¹⁹, a proposta de acolhimento a ser implementada deveria apresentar um conjunto de serviços, não restritos somente à consulta médica. A própria configuração do PMF em Niterói, na qual ainda não há um enfermeiro para cada equipe, na maioria dos casos, faz com que todas as modalidades de consulta clínica, programadas e espontâneas, fiquem sob responsabilidade do médico. Ainda assim, observou-se que as profissionais técnicas de enfermagem, de fato, exerciam uma escuta diferenciada, distante de um primeiro contato “burocrático”, sempre buscando resolver os problemas dos usuários, mas com um leque restrito de ações a serem ofertadas.

Inserção no território e o papel do Agente Comunitário de Saúde

Assim como disposto na Política Nacional de Atenção Básica²⁰, a prática ratificou que o ACS representava o elo mais forte da equipe com o território. Dentre outras responsabilidades, também orientavam quanto à utilização dos serviços disponíveis na RAS e equipamentos sociais da área. Antes da inserção no PMF, o grupo praticamente desconhecia as atribuições ou, mesmo, a existência do ACS nas equipes de saúde, bem como sua importância no contexto da ESF, sendo TCSII, provavelmente, o único componente curricular que permitirá o trabalho conjunto com este profissional.

As razões para o desconhecimento, com base nas reflexões do grupo, se deviam a diversos fatores. O primeiro deles é que, no município de Niterói, a implantação do PMF não incluía, em seus primórdios, o ACS. Além disso, o pertencimento da maioria dos alunos de medicina a classes econômicas A e B, como ratificam outros estudos²¹, são fatores condicionantes do pouco conhecimento e utilização dos serviços públicos de saúde, pelo menos em seu componente assistencial ambulatorial.

Na experiência do grupo, a “parceria” com o ACS destacou-se como o principal diferencial de TCSII em relação aos demais componentes do currículo. Nesse sentido, a diversificação dos cenários de aprendizagem representou estratégia exitosa, sobretudo para a aproximação dos estudantes com a vida cotidiana da população e a consciência crítica sobre os problemas que afetam sua saúde. Conforme apontam Leal et al.¹⁰, em análise de experiências como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS, a inserção dos discentes em espaços de reorientação das práticas em saúde possibilita conhecer diferentes cenários de atuação profissional, bem como especificidades e complementariedades entre as profissões na busca pela integralidade.

A despeito da reconhecida importância das informações e impressões do ACS oportunizadas pela profunda inserção territorial, as mesmas não eram registradas de forma sistemática nos prontuários – prática que, na opinião do grupo, agregaria qualidade e ampliaria as possibilidades de abordagem de determinados casos, especialmente os mais complexos.

Também foi alvo de reflexão o fato de que a tarefa de “entregar as referências”, ou seja, a marcação dos procedimentos especializados, a cargo do ACS, ocupasse tempo expressivo deste profissional. Embora esta tenha se constituído na forma predominante de informar datas/horários de consultas especializadas²², parece ser premente a discussão do tema no contexto do processo de trabalho da ESF, para que o ACS não seja identificado como o “entregador de referências” e faça desta sua principal função.

A inserção territorial demonstrou, na prática, a importância das ações intersetoriais e como a capacidade de intervenção nos determinantes sociais da saúde era enfraquecida pela ausência de articulação setorial, seja no nível local ou na formulação macropolítica, como demonstram estudos de avaliação da ESF²³.

Quem é o médico da APS?

Para atuação no PMF, assim como na maioria das equipes de Saúde da Família no país, não é obrigatória residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Nas quatro equipes, nenhum dos médicos havia cursado residência na área. No país, à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculada ao Ministério da Educação, cabe a regulação, supervisão e avaliação da residência médica no país, cujo princípio deveria ser atender às necessidades do SUS. Contudo, conforme destacam Carvalho e Souza²⁴, em relação à CNRM há certa submissão às regras do mercado, que acaba se tornando o principal indutor das escolhas deste profissional na escolha da residência.

Embora a ausência de formação em MFC minimize o leque de possibilidade de atuação na APS, por outro lado, na experiência do campo, observou-se que os médicos traziam, em geral, importantes contribuições de suas especialidades para a equipe, o que possibilitava a realização de interconsultas na lógica do apoio matricial, diminuindo a necessidade de encaminhamento para unidades especializadas, em alguns casos. Em relação às visitas domiciliares e demais estratégias de inserção territorial, percebemos que o profissional médico foi aquele que menos se envolveu nestas ações, com prática restrita às consultas individuais. Embora o longo tempo de inserção na equipe permitisse certa “competência cultural”, atributo da APS¹⁷, a presença no território ampliaria o leque de ferramentas à disposição da clínica, bem como o acesso de importante contingente da população em total situação de vulnerabilidade, sobretudo, idosos, com limitações psicomotoras.

A experiência vivenciada apontou que a formação em MFC poderia agregar à formação médica, além do conhecimento clínico ampliado em relação aos problemas de saúde mais recorrentes, o olhar para o usuário em suas diversas inserções – comunitária, no mundo do trabalho, cultural, entre outras. Conforme destaca Anderson et al.²⁵, a especialidade de MFC apresenta potencial transformador para a prática médica, para a formação e, também, para o desenvolvimento de pesquisas em bases mais humanas e comunitárias.

Outros espaços de aprendizagem: atuação em ações de promoção da saúde

No decorrer de TCSII, o grupo realizou inúmeras ações de promoção da saúde, como: grupo de gestantes, idosos, atividades na sala de espera e na escola. Tais ações nos permitiram compreender outra dimensão do cuidado, subestimada na formação médica – a produção de autonomia e “empoderamento” do usuário para fazer escolhas sobre sua própria saúde.

Este espaço promovido por meio de TCSII com inserção na APS representou aprendizado único para o grupo, pela possibilidade de desenvolver competências de comunicação, de linguagem, e, especialmente pelo estabelecimento de relações mais horizontais, sem o peso e poder representados pelo “jaleco branco”. Também se evidenciou o espaço das práticas promocionais como dispositivo de transformação social e deslocamento de um olhar prescritivo e julgador para uma escuta empática, mobilizadora de afetos, dimensão relegada no processo de formação dos profissionais da saúde.

A participação em grupo de gestantes, atividades de sala de espera, atuação na escola possibilitou ao grupo aproximar-se de um conjunto de ferramentas “lúdicas”, pouco fomentadas na formação em saúde, na qual ainda predomina a orientação biologicista, voltada para as especialidades e valorização de avaliações cognitivas com base em acúmulo de informações. Segundo Silva et al.²⁶, a implementação das DNC pressupõe incorporação da prática criativa ao ambiente de ensino-aprendizagem, de forma a despertar o potencial criativo, de autonomia e autogestão.

As atividades lúdicas mobilizaram a capacidade de agir cooperativamente, com troca de experiências, de informações, busca por solução coletiva dos problemas, contrapondo-se ao ambiente extremamente competitivo do curso de Medicina. Assim como em estudo realizado por Silva et al.²⁶ para analisar experiências de aprendizado com metodologias lúdicas, percebeu-se que foram colocadas, em prática, competências como: trabalho em equipe, criatividade e alternativas frente à resolução de problemas não previstos.

Além disso, as falas e sentimentos mobilizados durante as rodas de conversa nos grupos de educação em saúde trouxeram reflexões e experiências jamais vivenciadas em outros espaços

acadêmicos e que, sem dúvida, provocaram mudanças permanentes na interpretação da realidade e de questionamento do agir médico. Mais uma vez, destacou-se o aprendizado junto aos ACS, principais responsáveis pelo planejamento e execução de ações promocionais.

Aliás, a promoção da saúde foi um eixo transversal durante as vivências. A experiência do TCSII indicou que pode ser desenvolvida nos diferentes cenários de prática nos quais estávamos inseridos, como: as pré-consultas, as visitas domiciliares e o acompanhamento de consultas médicas. Assim, desenvolvemos uma compreensão do conceito que transcende ações com grupos específicos, o que contribuiu para a percepção de que promoção se faz a cada encontro com o usuário.

Considerações finais

A experiência vivenciada e relatada neste trabalho sinaliza ser a Atenção Primária à Saúde um potente campo de formação e transformação da prática médica, e que o dispositivo de TCSII mostra-se em acordo com as propostas de diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem presentes nas diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde.

As categorias que sistematizaram as vivências na APS apontam inflexões de diversas ordens no tradicional Ensino Médico, ainda com forte dissociação entre teoria e prática. Desmontar a pirâmide de complexidade e hierarquização da rede, conhecer os fluxos informais que operam em sua ausência, ou, mesmo, os fluxos virtuosos que se constroem na relação profissionais-usuários, usuários-usuários e profissionais-profissionais, movidos pelo desejo de cuidar¹⁴, certamente ganham sentidos e cores. O atributo da longitudinalidade, presente na literatura¹⁷ e políticas²⁰, ganha nomes, sobrenomes e apelidos, produzindo uma clínica resolutiva e humanizada, sendo um diferencial importante na prática médica. Mesmo os efeitos da reconhecida falta de formação em MFC pareciam ser, em parte, minimizados pela longa permanência da equipe na mesma unidade e pelo apoio matricial interno e ofertado pelo nível central. Ainda assim, reconhece-se a necessidade de políticas e criação de cultura de valorização da residência em MFC, sobretudo, para os novos egressos.

Um aspecto a ser ressaltado diz respeito à incorporação, no cenário de formação médica, de atores como o ACS. Como um dos princípios de TCSII é o acompanhamento das ações de toda a equipe, sem hierarquias, a visita domiciliar, protagonizada pelo ACS, assumia o mesmo *status* da consulta médica no alcance dos eixos e competências previstos para o componente curricular. Por meio das ações de promoção da saúde, novas competências foram desenvolvidas, abrindo espaço para: criatividade, formas de comunicação e linguagem compreensíveis, e capacidade de ação diante de situações inesperadas.

Por fim, algumas considerações que extrapolam o âmbito de TCSII, mas que indagam o alcance da reforma curricular. Observamos que, de certo modo, a implementação do currículo do curso de Medicina reafirma o ideário de desvalorização da APS, visto que a inserção sistemática na APS é garantida apenas nos 3º e 4º períodos. A partir da terceira fase – na qual se inicia a abordagem de sinais e sintomas, semiótica e medidas para proteção, recuperação da saúde –, o cenário de práticas dissipa-se pela rede, com concentração em unidades hospitalares, sobretudo, no Hospital Universitário, no qual os discentes tendem a permanecer até o fim do internato, com apenas algumas exceções.

A ruptura nos períodos subsequentes reforça o imaginário social e presente nas instituições formadoras, de que a APS seria lugar apenas de atividades preventivas e promocionais, na qual não se pratica a "clínica"; enquanto a medicina "de verdade", de alta complexidade, é realizada no hospital, alimentando o ciclo de desvalorização do trabalho e da importância da atenção básica. Finalizando este relato, compartilhamos, com Gomes et al.²⁷, algumas reflexões. A principal resposta às necessidades de reforma curricular levadas a cabo pelas instituições superiores de ensino concentrou-se em mudanças metodológicas do processo de ensino-aprendizagem, o que se mostrou insuficiente. Por outro lado, destacam que não seria possível atribuir, ao cenário da APS isoladamente, a responsabilidade de formar novos médicos, tampouco seria o caso de cair na falácia de trocar o hospital pela APS, como forma de enfrentamento dos diversos problemas na formação médica. Os autores apontam que a adoção de um novo método de ensino pode, de alguma forma, constituir novo problema, na medida em que mascara uma questão de base, qual seja, a necessidade de formação de médicos capazes de operar em outra lógica social.

Colaboradores

Todos os autores relacionados trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
2. Almeida M, organizador. *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida; 2003.
3. Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1677-82.
4. Koifman L, Saippa-Oliveira G, organizadores. A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado 1: da trajetória histórica à atualidade. In: Koifman L, Saippa-Oliveira G, organizadores. *Cadernos do preceptor: história e trajetórias*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS, UERJ/ISC-UFF/Abrasco; 2014. p. 13-30.
5. Scheffer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):637-40.
6. Universidade Federal Fluminense. Currículo do Curso de Medicina. Niterói: UFF; 2010 [acesso 2015 Jul 3]. Disponível em: http://www.dabt.com.br/uploads/1/5/4/3/15430658/curriculo_do_curso_de_medicina_da_universidade_federal_fluminense.pdf
7. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2014.
8. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(2):84-95.
9. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
10. Leal JAL, Melo CMM, Veloso RBP, Pereira RB, Juliano IA. Novos espaços de reorientação para formação em saúde: vivências de estudantes. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):361-71.
11. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(2):286-98.
12. Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV. Hospitais de Ensino e o Sistema Único de Saúde. *RAS*. 2010; 12(46):7-14.
13. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica*. 1997; 13(3):469-78.
14. Franco TB. Redes de cuidado: conexão e fluxo para o bom encontro com a saúde. In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB, organizadores. *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: EDUFBA; 2015. p. 89-113.
15. Gomes AMA, Caprara A, Landim LOP, Vasconcelos MGF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2012; 22(3):1101-19.
16. Hafner MLMB, Moraes MAA, Marvulo MML, Braccialli LAD, Carvalho MHR, Gomes R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15 Supl 1:1715-24.

17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2002.
18. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008.
19. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Cienc Saude Colet. 2010; 15(3):3615-24.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
21. Gurgel LGF, Guimarães RP, Beatrice LCS, Silva CHV. Perfil dos discentes ingressos do Centro de Ciências da Saúde UFPE. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(2):180-7.
22. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seild H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saude Debate. 2014; 38:13-33.
23. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCA, et al. Family Health: limits and possibilities for an integral primary health care in Brazil. Cienc Saude Colet. 2009; 14(3):783-94.
24. Carvalho MS, Souza MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface (Botucatu). 2013; 17(47):913-26.
25. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. Rev Bras Med Fam Com. 2007; 3(11):157-72.
26. Silva LVS, Tanaka PSL, Pires MRGM. BANFISA e (IN)DICA-SUS na graduação em saúde: o lúdico e a construção de aprendizados. Rev Bras Enferm. 2015; 68(1):124-30.
27. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira TS, Arcuri MB, Siqueria-Batista R. Atenção Primária à Saúde e formação médica: entre episteme e práxis. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(4):541-9.

O componente curricular Trabalho de Campo Supervisionado II (TCS II), a partir da diversificação de cenários de aprendizagem, propõe a inserção na Atenção Primária à Saúde (APS) desde os períodos iniciais do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense, em Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Este trabalho apresenta a experiência de discentes e preceptor de TCS II, em uma Unidade Básica de Saúde, nos 3º e 4º períodos. Da experiência do campo, acompanhada por meio de relatos escritos e reflexões, emergiram categorias utilizadas para descrever e analisar as contribuições da inserção sistemática na APS como dispositivo de mudança na formação médica. Conclui-se que a APS como cenário de aprendizagem é um espaço capaz de oferecer novas perspectivas de formação em saúde, com base nas necessidades de saúde da população, devendo permanecer como um espaço de prática nos períodos subsequentes do curso, o que, efetivamente, ainda não acontece.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Educação Médica. Currículo.

Supervised Field Work II: a curricular experience of insertion in Primary Health Care

Through the diversification of learning scenarios, the curriculum component Supervised Field Work II (SFW II) proposes to insert Primary Health Care from the early semesters of the Medical training in the Fluminense Federal University em Niterói, Rio de Janeiro, Brazil. This paper presents the experience of SFW II students and a preceptor in a Primary Care Unit (PHC) during the 3rd and 4th semesters of the medical degree. From the experience gained during the practice, and the follow-up done by written reports and reflections, several categories were used to describe and analyze the contributions of the systematic insertion in the PHC as a tool for change in medical education. It was concluded that the PHC as a learning scenario represents an environment that offers students a new perspective of health training, based on the population's health needs, and that it must remain as a practice scenario in subsequent semesters of the training, which is not yet the case.

Keywords: Primary Health Care. Medical Education. Curriculum.

Trabajo de Campo Supervisado II: una experiencia curricular de inserción en la Atención Primaria para la Salud

El componente curricular Trabajo de Campo Supervisado II (TCS II), con base en la diversificación de escenarios de aprendizaje, propone la inserción en la Atención Primaria para la Salud (APS) desde el inicio del curso de Medicina de la Universidad Federal Fluminense, en Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Este trabajo presenta la experiencia de los estudiantes y el preceptor de TCS II, en una Unidad Básica de Salud, durante el segundo año del curso. A partir de la experiencia, acompañada por relatos escritos y reflexiones, emergieron categorías utilizadas para describir y analizar las contribuciones de la inclusión sistemática de la APS como dispositivo de cambio en la formación médica. La APS como escenario de aprendizaje es capaz de ofrecer nuevas perspectivas de formación en salud, con bases en las necesidades de salud de la población. Concluimos que la misma debería permanecer como un espacio de práctica a lo largo del curso, lo que, efectivamente, aún no ocurre.

Palabras clave: Atención Primaria para la Salud. Educación Médica. Currículo.

Recebido em 28/09/15. Aprovado em 30/11/15.