

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

revtes@fiocruz.br

Escola Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio

Brasil

de Oliveira Carvalho, Simone Bueno; Rondelo Duarte, Lucia; Amadio Guerrero, José
Manoel

PARCERIA ENSINO E SERVIÇO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COMO CENÁRIO
DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Trabalho, Educação e Saúde, vol. 13, núm. 1, enero-abril, 2015, pp. 123-144

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756985008>

- 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

PARCERIA ENSINO E SERVIÇO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COMO CENÁRIO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

PARTNERSHIP IN EDUCATION AND WORK AT A BASIC HEALTH UNIT AS A TEACHING-LEARNING SCENARIO

ASOCIACIÓN ENSEÑANZA Y SERVICIO EN UNIDAD BÁSICA DE SALUD COMO ESCENARIO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Simone Bueno de Oliveira Carvalho¹

Lucia Rondelo Duarte²

José Manoel Amadio Guerrero³

Resumo O objetivo do estudo foi conhecer a percepção de docentes, discentes e profissionais das unidades básicas de saúde sobre a integração ensino-serviço no curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. A amostra do estudo foi constituída por 14 docentes, 36 alunos do sexto ano e 38 profissionais de seis unidades parceiras, que responderam a um questionário semiestruturado sobre a integração ensino-serviço e sua evolução. As respostas discursivas foram analisadas segundo a técnica do discurso do sujeito coletivo, e as respostas às questões fechadas foram analisadas segundo a distribuição de frequência. Verificou-se que 73,9% dos respondentes (a maioria de adultos jovens e mulheres) perceberam avanços na integração ensino-serviço nos últimos anos, 'com idas e vindas', pois 'é um processo', 'um aprendizado que leva tempo'. Os temas fortemente evidenciados foram os interesses distintos entre os atores, o envolvimento da universidade, a participação do aluno na unidade de saúde, a comunicação, a estrutura da unidade básica e o conhecimento da realidade.

Palavras-chave educação médica; unidade básica de saúde; integração ensino-serviço.

Abstract The study aimed to get to know the views of professors, students, and professionals at basic health units on the teaching-work integration at the College of Medical Sciences and Health at the Pontifical Catholic University of São Paulo. The study sample consisted of 14 professors, 36 sixth year students, and 38 professionals from six partner units, who answered a semi-structured questionnaire on the teaching-work integration and its evolution. The discursive replies were analyzed using the collective subject discourse technique, while the answers to closed questions were analyzed based on frequency distribution. It was found that 73.9 percent of the respondents (most of whom young adults and women) noted progress in the teaching-work integration in recent years, 'with comings and goings,' because 'it is a process,' 'learning that takes time.' The topics that appeared with most emphasis were the distinct interests among the players, the involvement of the university, the student's participation at the health unit, communications, the structure of the basic unit, and knowledge of reality.

Keywords medical education; Basic Health Unit; teaching-work integration.

Introdução

A implantação da lei de diretrizes e bases da educação nacional de 1996 (LDB/1996) (Brasil, 1996) e das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em medicina de 2001 (DCNEM/2001) (Brasil, 2001) induziram várias mudanças, entre as quais se destaca a intenção de formação de profissionais mais bem preparados para atender às necessidades de saúde da população e do sistema de saúde pública do país – Sistema Único de Saúde (SUS). Os cenários de ensino médico, até então predominantemente hospitalocêntricos, se diversificaram em direção à atenção primária em saúde (APS) e passaram progressivamente a integrar o cotidiano das unidades básicas de saúde (UBS).

A discussão a respeito da necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde até então vigente no país remonta aos anos 1960 e 1970 do século passado, influenciado pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma-Ata, União Soviética, em 1978 (Declaração, 1978). Naquela época, profissionais de saúde e líderes comunitários de muitos países juntaram suas forças no movimento pioneiro ‘Programas de Saúde com Base na Comunidade’ (*Community-Based Health Programs – CBPH*) (Werner, Sanders e Weston, 1997).

Desde então, surgiram iniciativas baseadas na comunidade em diversos países que enfrentavam determinantes sociais e ambientais da saúde, questões relacionadas às estruturas político-econômicas e às relações de poder. Na América Latina, os métodos do educador brasileiro Paulo Freire (1994) de desenvolvimento de consciência foram adaptados à educação em saúde e à promoção da saúde (Organização Mundial da Saúde, 2005). Importante fonte de inspiração e referência para a reforma sanitária de diversos países nos anos 1980 e 1990, inclusive no Brasil, e de muitas inovações no ensino médico, essa política, divulgada internacionalmente, ficou conhecida como ‘Saúde para Todos no Ano 2000’ e propunha a APS como a chave para que essa meta fosse atingida.

Além da reorientação do modelo assistencial, a noção de APS divulgada em 1978 propunha muito mais que um pacote de cuidados básicos: um sistema de saúde universal, estruturado como uma rede abrangente de atenção básica, integrada e resolutive, concebendo a saúde como um direito humano (Matta e Morosini, 2009).

No contexto nacional, a partir da década de 1970, durante o processo de abertura democrática, além da alta incorporação tecnológica, destacou-se o movimento sanitário que influenciou a inclusão do direito à saúde na nova Constituição de 1988, abrindo espaço para a criação do SUS como lei constitucional (Amoretti, 2005).

Alguns países como o Brasil desenvolveram políticas para fortalecer a APS como estratégia para organizar os serviços e promover a equidade em

saúde, renovando uma abordagem abrangente de APS (Starfield e Shi, 2002). No Brasil, nos anos 1990, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde (ABS), sendo esta definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (World Health Organization, 2008). Dessa maneira, o governo priorizou programas e estratégias que resultaram em alta resolubilidade a baixo custo (Santana e Carmagnani, 2001), entre elas o Programa Saúde da Família (PSF).

Em 2011, foi estabelecida a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica e para a Estratégia Saúde da Família (ESF), que amplia o escopo da atenção básica e reafirma a saúde da família como principal estratégia para organização da atenção básica (Brasil, 2011).

Paralelamente aos esforços dos governos na mudança de seus modelos de atenção à saúde, não tardou para a comunidade acadêmica, tanto nacional como internacional, constatar que a educação médica, também construída sobre o modelo flexneriano, não estava formando profissionais com o perfil desejado, com vocação e habilidades para atender toda a gama de ações necessárias para a proteção à saúde (Nunes, 2010).

A partir do final dos anos 1980, o movimento de mudança na educação médica multiplica-se e ganha força. A crise da saúde e a crise de identidade da corporação médica produzidas pela capitalização do setor contribuíram, decisivamente, para a intensificação desse processo de mudança (Feuerwerker, 1998). O aumento indiscriminado de escolas médicas, as quais só no Brasil em 2013 chegam a 197 (Nassif, 2010), pode ser apresentado como um exemplo da mercantilização do setor.

Segundo Briani (2003), as principais reformas curriculares se iniciaram a partir da I Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo, na Escócia, em 1988, e foram por ela claramente influenciadas. Seus princípios orientaram os movimentos de transformação e inovação da educação médica em diversos países, inclusive no Brasil. A reflexão sobre as implicações pedagógicas, científicas e institucionais de transformar o ensino médico foi fundamental para a reformulação curricular, o redirecionamento referente à docência médica, à gestão acadêmica e à incorporação técnico-científica (Facchini, Piccini e Santos, 1998). Esse movimento mobilizou escolas e atores da saúde e veio ao encontro da necessidade de formação de profissionais com competência para atender à demanda de saúde da população com qualidade e resolubilidade, em todos os níveis de atenção do SUS (Brasil, 2006).

A transformação da educação médica proposta nas DCNEMs representa a superação do modelo biomédico, dominante desde o relatório Flexner (Nunes, 2010) de 1910, considerado tecnicista em relação ao paradigma da integralidade (Almeida, 1999). Esse novo paradigma propõe foco na saúde e

não na doença, integração do ciclo básico com o clínico e aproximação da teoria com a prática, por meio da articulação entre universidade e sistema de saúde, em seus diferentes graus de complexidade (Brasil, 2009). As DCNEMs (Brasil, 2001) recomendam ainda que essa aproximação seja precoce, já no primeiro ano do curso de graduação em medicina.

Considerando-se os princípios de universalidade, humanização, equidade, participação popular, hierarquização e regionalização (Mattos, 2006), o paradigma da integralidade (Farah e Mauad, 2004) encontrou, na rede básica de saúde, um cenário privilegiado de ensino-aprendizagem.

Nas unidades onde está implantada a ESF, devido à territorialização e ao cadastramento da população, é possível conhecer melhor os usuários e seus familiares, o estilo de vida, os recursos de saneamento básico e de infraestrutura, as características socioeconômicas e as doenças prevalentes naquela comunidade, além das condições de vulnerabilidade, recursos de acesso aos serviços públicos de saúde, educação e transportes, entre outros (Junqueira, 2010). Essas unidades de saúde, apesar de suas dificuldades e limitações, proporcionam ao aluno vivência e conhecimento da realidade e integração entre o serviço e a comunidade. Nesse espaço, profissionais do serviço, docentes, usuários e alunos trocam saberes, modos de ser e de ver o mundo (Piccini, Facchini e Santos, 2000).

A integração entre serviços e ensino contribui para melhorar a formação dos profissionais da saúde, aproxima teoria de prática e propicia reflexão sobre essa prática, levando à transformação e à consolidação do modelo de atenção à saúde proposto para o SUS (Trigueiro, 2002).

Segundo Albuquerque et al. (2008), a integração ensino-serviço se dá quando ocorre o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde. Incluem-se, aqui, os gestores, para garantir a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, formação profissional e desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

As limitações para maior integração entre a universidade e os serviços dizem respeito, principalmente, ao fato de que nessas organizações – a universidade, de um lado, e os serviços de saúde, de outro – são desenvolvidos processos de trabalho distintos. Desse modo, a universidade se volta mais para a produção do conhecimento, ‘o saber’, e os serviços estão mais voltados para a produção da assistência em saúde, ‘o fazer’.

Esse distanciamento precisa ser superado pela sensibilização dos atores envolvidos nesse processo por meio de medidas como a construção de espaços permanentes de diálogo. A identificação das necessidades do serviço pela universidade que resultem em pactos de contribuição docente/discente, a participação dos profissionais do serviço e usuários nas discussões sobre o processo ensino-aprendizagem, o envolvimento efetivo do professor

no serviço, entre outras medidas (Paulus Júnior e Cordoni Júnior, 2006), devem auxiliar nessa superação.

A integração ensino-serviço ainda encontra dificuldade em avançar, como apontam Moimaz e colaboradores (2010), pela dificuldade de inserção dos alunos em algumas áreas, falta de investimentos públicos, tanto de infraestrutura como de pessoal, além da mudança curricular. Também o desenvolvimento docente, a diversificação dos cenários e as parcerias com os serviços de saúde ainda são muito incipientes e representam desafios a serem enfrentados.

Para Feuerwerker (2002), o grande desafio do ensino médico moderno é enfrentar as eventuais deficiências a ele relacionadas e as resistências oriundas de diversos setores, principalmente quando as mudanças implicam sair do hospital, trabalhar em outros cenários e reorientar a formação em direção a um perfil mais geral. Nesse sentido, acrescentam-se às dificuldades citadas a resistência de parte do alunado em ter sua formação profissional direcionada quase que exclusivamente para o exercício profissional no SUS, como indicam Erdmann e colaboradores (2009).

A literatura (Brasil, 2006; Lampert, 2012) mostra que sem profissionais com sólida formação em APS se torna difícil a tarefa de reorganizar o modelo de saúde baseado na APS. Apesar das inúmeras dificuldades de integração, os melhores resultados têm sido alcançados com esforços mútuos, das instituições de ensino em conjunto com os serviços. Sem essa parceria, absolutamente necessária, as mudanças, que são imprescindíveis, ficam inviáveis.

Na reforma curricular do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), optou-se pelo ensino de práticas em atenção à saúde (PAS) em unidades de saúde do município de Sorocaba. Assim originou-se o módulo de PAS, presente nos seis anos do curso de medicina, inclusive no estágio curricular denominado internato. Esse módulo se integra com os outros módulos, em cada ano do curso de graduação, por meio de eixos temáticos e de habilidades. Com realização em vários cenários de práticas, nos diferentes níveis de atenção à saúde, tem como prioritário o campo de prática da ESF (Santana e Carmagnani, 2001; World Health Organization, 2008).

Por meio de convênio firmado entre a FCMS-PUC-SP e a Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba, é garantido o acesso de docentes e discentes dos cursos de medicina, enfermagem e ciências biológicas a todas as UBS e aos demais serviços de saúde municipais para a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão. Portanto, os estudantes têm oportunidade de realizar suas práticas em diversas unidades de saúde, conhecer a heterogeneidade da população, conviver com as diferentes realidades dos bairros e seus perfis epidemiológicos, bem como interagir com equipes de profissionais e docentes de diversas áreas. Esse panorama, além da aplicação das

metodologias ativas na formação dos futuros médicos, vem facilitar o processo de ensino-aprendizagem, bem como possibilita a interação com os profissionais de saúde, que passam a ser facilitadores no processo da educação em saúde, contribuindo como agentes de mudança no contexto da atenção à família.

Decorridos 13 anos da publicação das DCNEMs e no décimo ano de implantação do novo currículo do curso médico da FCMS com ampla inserção dos alunos nas UBSs, o processo de articulação ensino-serviço na atenção básica foi instituído. Nessa articulação, é necessário que haja coerência entre os projetos do serviço e da academia, que os profissionais do serviço sintam-se corresponsáveis pela formação dos futuros profissionais e os docentes sintam-se parte do serviço (Albuquerque et al., 2008).

Diante dessa complexidade, é importante compreender a integração ensino-serviço com base na percepção dos atores envolvidos, buscando diferenciar o que os aproxima e o que os distancia desse processo e assim apontar os avanços necessários.

Este estudo teve como objetivos conhecer a percepção dos alunos e docentes do curso de medicina e dos profissionais dos serviços sobre a integração ensino-serviço nas UBSs e identificar, na perspectiva desses atores, possíveis caminhos para fortalecer essa relação.

Percurso metodológico

Este artigo é resultado de um estudo descritivo,⁴ com abordagem qualitativa, conduzido por meio de entrevistas com atores-chave da parceria ensino-serviço.

A amostra do estudo foi selecionada intencionalmente. Constituiu-se de 14 docentes que acompanharam as atividades práticas do curso médico nas UBSs (quatro deles também eram profissionais das unidades), 36 alunos do sexto ano e 38 profissionais das equipes de saúde de seis UBSs parceiras que recebem alunos, intitulados profissionais dos serviços. Esses colaboradores responderam a um questionário semiestruturado, com questões abertas e fechadas, sobre a integração ensino-serviço, elaborado com base na literatura da área e utilizando os indicadores da integração ensino-serviço: estrutura dos serviços, espaços de diálogo entre ensino e trabalho, identificação das necessidades do serviço e cenários de prática, participação dos profissionais de serviço nas discussões educacionais, corresponsabilidade dos profissionais do serviço na formação dos futuros profissionais e satisfação dos atores na perspectiva de interação/contribuição. Além disso, o instrumento contemplou variáveis referentes à caracterização dos colaboradores, conhecimento sobre as DCNEMs, percepção sobre a evolução da integração

ensino-serviço, planejamento conjunto do processo ensino-aprendizagem e contribuições para a integração ensino-serviço.

O pré-teste do instrumento de coleta de dados foi aplicado em colaboradores com características semelhantes aos sujeitos da pesquisa, resultando em ajustes na versão final do instrumento.

As respostas às questões de livre discurso foram organizadas em um quadro por questão com as expressões-chave e ideias centrais do discurso de cada colaborador. Com as expressões-chave de ideias centrais semelhantes, foram construídos discursos-síntese que expressam um discurso coletivo, segundo o método do discurso do sujeito coletivo (DSC) (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

Baseado nos pressupostos da teoria das representações sociais (Sêga, 2000), esse método de organização de dados resulta em depoimentos coletivos, construídos com extratos de diferentes depoimentos individuais e redigidos na primeira pessoa do singular, configurando a opinião de um 'eu ampliado' (Lefèvre e Lefèvre, 2003). O DSC empregado por Lefèvre e Lefèvre (2003), que representa os impasses na expressão do pensamento coletivo, busca responder à autoexpressão do pensamento ou opinião coletiva, respeitando a dupla condição qualitativa e quantitativa.

A organização e a análise dos dados referentes às questões fechadas foram realizadas de acordo com os seguintes passos: classificação do material segundo as variáveis e categorias de respondentes, inserção e armazenamento dos dados em banco de dados Excel for Windows e análise de frequência.

O projeto de pesquisa foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FCMS-PUC-SP em 13/09/2011, protocolo n. CAAE-0087.0.154.154-11, de acordo com a resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, garantido o sigilo das suas identidades.

Resultados e discussão

O perfil da maioria dos colaboradores desta pesquisa é de adultos jovens e mulheres. Os médicos foram maioria entre os respondentes, bem como predominantes o tempo de formação de 16 anos ou mais e o tempo de vivência no ensino médico de um a três anos entre os profissionais que participaram do estudo.

Sobre a satisfação dos colaboradores em relação aos indicadores da integração docente-assistencial, verificou-se que o relacionamento entre os atores, a identificação das necessidades dos serviços pela universidade, a

participação do serviço no ensino-aprendizagem e o pacto de contribuições docente/discente foram os indicadores com melhores índices de satisfação. Entretanto, instalações físicas das unidades, equipamentos, negociação de espaços, horários e tecnologias obtiveram menores índices de satisfação.

A proporção de colaboradores da pesquisa que conhecem as DCNEMs (23,9%) e dos que confirmam a existência de planejamento conjunto do processo ensino-aprendizagem (29,5%) é pequena. Porém, 73,9% dos respondentes sentiram que houve evolução na integração ensino-serviço nos últimos anos.

Nas sugestões e nos comentários para contribuir para a integração ensino-serviço, as ideias centrais (temas) que apresentaram as maiores proporções de expressões-chave foram: envolvimento da universidade, participação do aluno na UBS, comunicação, estrutura da UBS, conhecimento da realidade. Dentre estas, envolvimento da universidade, comunicação e estrutura da UBS foram temas compartilhados pelas três categorias de respondentes (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição das ideias centrais dos discursos sobre as sugestões e os comentários para a integração universidade-serviço segundo as categorias de colaboradores e frequência das expressões-chave – Sorocaba, SP, 2011.

Ideias centrais	Docente e docente profissional	Aluno	Profissional do serviço	Expressões-chave	
	N.	N.	N.	N.	%
Envolvimento universidade	3	5	3	11	15,1
Participação do aluno na UBS	0	4	5	09	12,3
Comunicação	3	2	3	08	10,9
Estrutura da UBS	3	4	1	08	10,9
Conhecimento da realidade	2	0	4	06	8,2
Integração universidade-serviço	2	1	2	05	6,8
Planejamento	2	1	2	05	6,8
Conscientização	2	2	0	04	5,5
Envolvimento do serviço	2	2	0	04	5,5
Integração como processo	2	0	1	03	4,1
Corpo docente	1	2	0	03	4,1
Ampliar agenda	0	0	2	02	2,8
Integração de protocolos	0	1	1	02	2,8
Objetivos de aprendizagem do PAS	0	2	0	02	2,8
Comissão técnica científica CMS	1	0	0	01	1,4

Fonte: Os autores.

Os temas (ideias centrais) dos discursos sobre as sugestões para a integração entre universidade e serviço foram agrupados considerando-se os indicadores adotados neste estudo, dando visibilidade às ‘questões estruturais’ (estrutura das UBS, integração de protocolos, corpo docente, ampliação da agenda de atendimento dos profissionais da UBS, objetivos de aprendizagem na prática de atenção à saúde); aos ‘espaços de diálogo’ (comunicação, comissão técnica científica no conselho municipal de saúde, integração universidade-serviço, conscientização, planejamento); e aos ‘espaços de atuação’ (envolvimento da universidade, participação do aluno na UBS, envolvimento do serviço, conhecimento da realidade da comunidade/serviço).

Os temas acerca dos comentários sobre a integração ensino-serviço abrangem: integração ensino-serviço como processo, demonstrado pelo discurso “há idas e vindas, pois a integração é um aprendizado (...) portanto vivenciar o processo leva tempo”; “o PET-Saúde foi a ferramenta mais efetiva para o aprendizado entre universidade/serviço”; e integração universidade-serviço, demonstrado pelo discurso “a integração universidade/serviço é muito boa; os alunos facilitam o atendimento com algumas famílias”.

Como a maioria dos colaboradores sentiu que houve evolução na integração ensino-serviço, optamos por considerar os discursos das sugestões como contribuições para o desenvolvimento desse processo, portanto ‘indicadores em construção’; e os discursos dos comentários como temas que apontam para ‘indutores da articulação ensino e serviço’.

Neste estudo, os discursos sobre a necessidade de se melhorar a estrutura dos cenários de ensino-aprendizagem recaíram principalmente na questão do espaço físico insuficiente ou inadequado, e essa parece ser uma preocupação mais da academia que do serviço.

Em vários estudos (Cavalheiro e Guimarães, 2011; Gil et al., 2008; Souza e Carcereri, 2011), a inadequação do espaço físico é frequentemente lembrada quando se avaliam as dificuldades ou entraves à articulação ensino-serviço, pois dificulta o entrosamento e o diálogo entre estudantes, professores e profissionais.

A solução para os problemas estruturais envolve a negociação de espaços, a distribuição dos alunos em outras unidades da rede básica, em outros equipamentos da sociedade e em outras atividades como a visita domiciliária. Aliadas a um processo permanente de negociação, essas medidas podem ser importantes para otimização dos espaços físicos nos cenários de ensino-aprendizagem. As mediações são essenciais, abrangendo a estrutura dos serviços, a equipe, o docente, o grupo de alunos e as situações criadas, porque só as vivências não são suficientes. Os limites presentes nas estruturas de ensino e de assistência trazem condições nem sempre favoráveis aos projetos institucionais, assim como desafios e a necessidade de construção de projetos compartilhados (Garcia, 2001).

As diretrizes para o ensino da APS no curso médico estabelecem que essa prática deve ser realizada em unidades de saúde da família, ou similares, integradas à rede municipal, articuladas com a rede de atenção à saúde (RAS), com estrutura adequada para o recebimento de estudantes e para um efetivo processo de ensino-aprendizagem (Demarzo, 2009).

Os alunos do curso de medicina, em grupos de vinte, eram acompanhados por um professor nas atividades do PAS (atualmente, a proporção de alunos por professor é menor). Entre esses docentes há médicos sanitaristas, ou seja, com formação em saúde coletiva, mas também especialistas de diversas áreas como cirurgiões, ortopedistas, endocrinologistas, pediatras. O debate sobre a formação para o SUS, antes restrita aos docentes da área de saúde coletiva, deve incluir todos os atores envolvidos nesse processo, considerando-se o princípio da integralidade das práticas de saúde (Cavalheiro e Guimarães, 2011).

Nesse contexto, há um professor em construção, pois a interação com ações de promoção da saúde, a participação social-comunitária, a proteção e a vigilância em saúde em articulação com a gestão local do sistema de saúde são importantes estratégias de formação em saúde integral na lógica do SUS (Oliveira e Dallari, 2011; Souza e Carcereri, 2011). Por isso, precisamos refletir e investir na formação contínua dos docentes, nas melhorias dos vínculos, remuneração e solidificação da carreira docente. A formação contínua implica triangulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes (Silva e Garcia, 2008).

É importante ressaltar que as diretrizes para o ensino da APS na graduação em medicina preconizam a participação do médico especialista em medicina da família e comunidade como docente e preceptor, em parceria com outros profissionais com vivência e competência em APS (Demarzo, 2009). Essa diretriz reafirma o discurso de dois alunos e um docente profissional do serviço: “Há necessidade de maior número de docentes envolvidos e professores com formação em PSF nos horários em que os alunos estiverem na UBS.”

Além da estrutura física das UBSs e do perfil do docente que ensina nesses serviços, surge no discurso de um aluno e de um profissional do serviço a preocupação com a utilização de protocolos da rede básica de saúde. Os protocolos devem se agregar ao cotidiano, de forma reflexiva e crítica, contribuindo para o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS (Castro e Shimazaki, 2006), e são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Dada a validade científica dos protocolos, cabe às universidades revisar ou, se necessário, ajudar e contribuir na elaboração dos protocolos do serviço.

Acreditamos que haja a necessidade de aprofundamento de conhecimentos teóricos para os profissionais da rede básica de saúde e os alunos de

modo que os instrumentos que apoiam a assistência (protocolos) sejam incorporados efetivamente ao cotidiano. A criação de comissões locais para a discussão e a implantação de protocolos em serviço pode ser uma política favorável à integração ensino e serviço.

Os discursos dos colaboradores desta pesquisa sobre a conscientização de todos os envolvidos no processo ensino-aprendizagem em serviço e a dificuldade de comunicação entre os parceiros remetem para a necessidade de se investir no processo de construção de novas relações ensino-serviço-comunidade, sensibilizando-se gestores, universidades e lideranças comunitárias (Costa, 2008).

Como indica Mishima (1995), há interesses diferentes: de um lado, o serviço de saúde (fazer); e do outro, a universidade (saber). Embora haja interesses distintos, neste estudo a preocupação com a melhoria da comunicação entre a universidade e a UBS foi compartilhada por docentes, discentes e profissionais do serviço. No estudo de Costa e colaboradores (2012) sobre a percepção de alunos do quinto período do curso médico acerca da formação para a ESF, a falta de comunicação entre a unidade de saúde da família e a faculdade foi um dos aspectos apontados. É preciso que os atores encontrem um caminho comum, e o diálogo é o melhor caminho (Moraes et al., 2010).

A divulgação do projeto pedagógico para os alunos e parceiros do serviço, para que tenham clareza dos objetivos de aprendizagem e metas que precisam ser alcançadas; o esclarecimento da comunidade sobre o projeto docente assistencial; e a apresentação dos protagonistas do processo de trabalho na unidade e como se dá esse processo aos alunos é o que almejam os colaboradores do presente estudo. O discurso discente sobre sugestões para o PAS sugere que, embora esse módulo seja um componente curricular do curso de medicina com seus objetivos e estratégias de aprendizagem bem definidos, o currículo real não se materializa para alguns alunos como o currículo prescrito.

Além da divulgação do projeto pedagógico, é preciso propiciar ambientes de diálogo, ampliar espaços de interlocução entre universidade, serviços, lideranças comunitárias, conselhos de saúde, para que os participantes compartilhem conquistas, dificuldades, anseios, experiências e, sobretudo, discutam o papel de cada um na formação profissional e na reorganização da atenção básica (Brasil, 2013).

A comunicação é fundamental em qualquer processo de ensino-aprendizagem, assim como nas atividades de planejamento. No ensino em serviço, o planejamento conjunto é um componente importante para a integração e tem interface com a comunicação.

Em nosso estudo, apenas oito colaboradores dos 26 que acreditam existir planejamento conjunto do processo ensino-aprendizagem nas UBS descreveram

como se dá esse planejamento, mas não se referiram ao seu conteúdo. No entanto, nos espaços de diálogo, o discurso do planejamento pede

reunião com coordenadores da unidade para saber os anseios da UBS, discutir os objetivos da integração (...); reuniões também com os funcionários técnicos para estabelecimento de meta e público-alvo para o trabalho (...) tema a ser trabalhado e objetivo para que a unidade também possa se programar para receber estes alunos (Carvalho, 2013 p. 45).

Tal planejamento deve ser construído em parceria com todos os envolvidos no processo (docentes, discentes, profissionais e comunidade) em consonância com os princípios dos SUS e as necessidades locais das unidades. O planejamento de metas e ações com a equipe local da UBS nas reuniões mensais das equipes e com a população nas reuniões dos conselhos locais e municipal seria um avanço importante.

O planejamento conjunto que esperávamos encontrar nesta investigação diz respeito ao encontro em que todos os participantes, mediante ‘conversas, negociação, discussão’, aprendessem e ensinassem e, assim, colaborassem para a construção coletiva da prática pedagógica de forma a atender às necessidades da academia e do serviço (Cavalheiro e Guimarães, 2011).

Segundo Souza e Carcereri (2011), a integração ensino-serviço é vista como potencial estratégia colaboradora do processo de mudança de práticas na formação em saúde, apesar de haver grupos resistentes. O processo de mudança de práticas se desenvolve a partir da reestruturação curricular. A integração ensino-serviço é um dos eixos que buscam solidificar a proposta curricular, por meio de ações diversas na interface do ensino com o serviço. Essa aproximação, já garantida pela reforma curricular do curso de medicina da FCMS-PUC-SP, precisa ser estreitada, como demonstra o discurso “maior integração entre os docentes e pessoal da unidade de saúde, pois mais contato poderia levar a melhoria para ambas as partes” (Carvalho, 2013, p. 44). Vale ressaltar que esse discurso é compartilhado pela academia e pelo serviço. Como diria Blank (2006), nesta peça do Teatro da Vida Real os atores e autores buscam maneiras de firmar relações entre as instituições.

Os colaboradores deste estudo pedem ‘maior envolvimento da universidade por meio de projetos científicos contando com a participação de orientador e aluno’; consideramos que sejam pesquisas que resultem na modificação dos cenários, nas quais os serviços e os trabalhadores sejam coautores dessa produção (Alves, Cardoso e Dimkoski, 2005; Fortuna et al., 2011). A valorização de saberes de todos os atores envolvidos aumenta o vínculo; este vínculo deve ser fortalecido e reforçado com todos os participantes.

A sugestão de ‘criação de consultas específicas para o grupo da faculdade’ remete à separação entre quem aprende, ensina e cuida; é uma pro-

posta interessante se essas consultas fizerem parte da rotina da UBS e tiverem continuidade mesmo na ausência do aluno. Já a proposta de 'integrar a grade teórica e prática nas atividades e programas da UBS' recusa a separação. Mas como cuidar ensinando e pesquisando? Este é o desafio que se apresenta aos atores da articulação ensino-serviço.

(...) em geral pesquisadores, professores e estudantes frequentam os serviços de saúde como visitantes, como expectadores (*sic*) que precisam de alguns casos para exemplificar suas teorias, praticar suas habilidades, coletar materiais para pesquisas. (...) (professor ensina, pesquisador pesquisa, trabalhador cuida, usuário é cuidado, estudante aprende) (Fortuna et al., 2011, p. 1.698).

Gil e colaboradores (2008), em seus achados, acreditam que, apesar da histórica trajetória de integração ensino-serviço no curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina, o caminho está longe de ser uma política consolidada para os parceiros envolvidos. A falta de mecanismos mais perenes, tanto na universidade como nos serviços, ainda fragiliza o processo de articulação ensino-serviço-comunidade na atenção básica.

As novas experiências, ainda tímidas, precisam ser compartilhadas com as muitas escolas brasileiras, e novos ensaios relatando os conhecimentos adquiridos precisam ser publicados. As boas experiências já divulgadas devem ser consideradas e tomadas como exemplo, embora existam obstáculos e dificuldades a serem superados e especificidades próprias de cada instituição.

Nos serviços, a grande demanda de atendimentos é apontada como a maior causa de falta de tempo para que os profissionais possam dedicar atenção aos alunos (Oliveira, 2003).

O aprofundamento das discussões sobre o papel dos profissionais da rede básica no processo de formação na saúde e a importância de os serviços se tornarem corresponsáveis pela formação profissional se fazem necessários (Gil et al., 2008).

Outro fator importante que interfere na articulação academia/serviços de saúde, que limita esse processo, é a rotatividade dos trabalhadores de saúde, que tende a acarretar prejuízos nas práticas, na vinculação com as famílias atendidas e com os alunos (Morais et al., 2010). Em nossa pesquisa, enfrentamos a rotatividade de profissionais. Em algumas UBSs, houve a troca de quase toda a equipe. Verificamos que 40,3% dos colaboradores referiram tempo de vivência no ensino médico de um a três anos, portanto estão no cenário da articulação ensino-serviço há pouco tempo.

Embora no presente estudo a participação do serviço no ensino-aprendizagem tenha sido considerada satisfatória por 56,1% dos respondentes, constatou-se nos discursos de alunos e docentes que deve haver maior envolvimento do serviço no processo ensino-aprendizagem, acolhendo adequadamente

o aluno. Interessante observar que os representantes do serviço não compartilham essa necessidade com a academia.

Igualmente, os docentes não compartilham com alunos e profissionais do serviço a percepção de que a participação do aluno na UBS deve ser ampliada. Essas constatações mostram que os interesses são diferentes e que há um distanciamento entre os atores envolvidos.

Reuniões conjuntas entre os segmentos parceiros e escutas mais cuidadosas das equipes de saúde podem ser alternativas de enfrentamento dessas questões. Sentimentos positivos de simpatia, respeito, amizade favorecem a cooperação e a interação. Todavia, o comentário ‘os alunos facilitam o atendimento com algumas famílias’ mostra um trabalho conjunto, em que há complementaridade, portanto manifestando uma forma de interação da universidade com o serviço.

Na interface da tríade profissional-usuário-aluno está o discurso sobre o conhecimento da realidade do serviço e da comunidade; “os alunos deveriam conhecer o diagnóstico de saúde da UBS e compreender melhor a realidade do serviço/comunidade”. Esta é uma recomendação das DCNEMs e é um dos princípios do SUS para uma medicina voltada para as reais necessidades da população.

O planejamento das ações precisa ser contextualizado, e as atividades realizadas devem atender às reais necessidades do serviço/comunidade. Isso pressupõe diagnóstico, planejamento conjunto e avaliação; compartilhamento de produção e produto.

Sá e Miranda (2008) consideram importante destacar que esse cenário é mutável e dinâmico, pois os diferentes elementos que estruturam e organizam nossa sociedade estão em constante conflito, despertando a necessidade de inclusão de temas e questões contemporâneas, mesmo que ainda não estejam visualizados no âmbito da comunidade.

Apesar de ser incipiente a integração ensino-serviço em nosso meio, a universidade tem procurado desenvolver ações junto à UBS e à comunidade local como proposto pelo módulo de Prática de Atenção em Saúde. No curso de medicina da FCMS-PUC-SP, os primeiros passos em direção às mudanças vieram com a reforma curricular e com muita luta por parte dos docentes envolvidos nesse processo. Como em todas as formas de mudança, ocorre sempre alguma resistência, mas para que o ‘novo’ tenha lugar, é necessário abrir espaços, ousar e desafiar.

Para um curso médico de mais de cinquenta anos, tradicionalmente voltado para a área hospitalar, não foi pouco passar a introduzir todos os alunos de todos os anos nas UBSs, provocando inicialmente muito espanto, curiosidade e quiçá dúvidas aos atores, pois agora eles estavam em outro cenário, despidos das paredes do grande hospital, indo ao encontro da comunidade. Igualmente, foi ousada a mudança do paradigma pedagógico ao se adotar como estratégia as metodologias ativas de aprendizagem.

Segundo Moraes et al. (2010), para mudar é necessário conhecer, discutir, repensar e reorientar. A FCMS-PUC-SP implantou as metodologias ativas e, pela problematização, procura fazer com que os alunos conheçam o contexto social, problematizem a realidade e desvelem a aplicabilidade dos saberes. A aprendizagem baseada em problema desperta nos alunos uma tendência à reflexão entre o ideal e o possível para a saúde. Assim, para se pensar em transformar as práticas vigentes, é preciso se apropriar da realidade concreta, social e de saúde, refletindo à luz dos ideais e propondo um novo modelo, que deve ser incorporado e reproduzido por todos os envolvidos.

O processo de mudança, lento por sua própria complexidade, requer agregação de docentes e profissionais, possibilitando-lhes experimentar, refletir e incorporar novos conceitos, provocando integração ensino-serviço de fato. Caetano, Diniz e Soares (2009) mostram a necessidade de se repensar a prática numa proposta de criar outros possíveis caminhos para consolidação da integração docente assistencial que sejam úteis para os usuários dos serviços, alunos, profissionais da assistência e docentes.

A incorporação dos universos da academia e do trabalho perpassa por processos dinâmicos muito complexos, pois envolve pessoas de diferentes formações e com propósitos diversos. A integração real de pessoas ocorre com a aproximação, para interagir com seus conhecimentos e habilidades adquiridos na academia, no trajeto profissional ou na própria experiência de vida (Pereira, 2007).

A articulação ensino-serviço é incipiente, mas avança, como responderam os colaboradores desta pesquisa. Podem ser considerados indutores dessa construção a reforma curricular, o ensino problematizador, os cenários de prática além dos muros do hospital, o convênio entre a universidade e a secretaria municipal de saúde, o Programa Ensino ao Trabalhador de Saúde (PET-Saúde).

O PET-Saúde surge no discurso coletivo como um instigador da integração ensino e serviços. Vem na forma de incentivo governamental, passa a integrar o profissional de saúde ao universo do ensino aprendizagem e proporciona valorização, conhecimento e troca de saberes, utilizando educação permanente e oportunidades de discussão dentro do ambiente da UBS. A elaboração de projetos em parceria tem o potencial de promover a valorização do profissional e o processo de ensino. Entre os colaboradores desta pesquisa, 34% participam de algum projeto Pró-Saúde ou PET-Saúde, e são várias as produções resultantes dessa parceria, entre elas a publicação que trata de protocolo em saúde mental pactuado na UBS.

Um aspecto relevante do PET-Saúde é o desenvolvimento de ferramentas para estimular o aprendizado, pois “torna mais atrativas as práticas em saúde nas unidades locais a fim de aumentar a adesão dos estudantes, docentes e equipe local” (Gil et al., 2008, p. 230).

O PET-Saúde é apontado como um fator que estimula e influencia a satisfação do aluno, bem como possibilita a construção de opiniões conjuntas com a participação de vários cursos da área da saúde, contribuindo significativamente para a integração ensino-serviço (Finkler, Caetano e Ramos, 2011; Neumann e Miranda, 2012; Pereira, 2007).

Considerações finais

O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo tem limitações e representa uma aproximação ao objeto da pesquisa; pode ser influenciado por sentimentos e emoções dos respondentes, bem como os aspectos abordados podem ter significados diferentes para cada sujeito pesquisado. Embora o questionário favoreça a coleta de dados mais ampla em curto espaço de tempo, não possibilita a interação entre pesquisador e pesquisado.

Vale destacar o ineditismo do estudo em nosso meio e sua importância no cenário nacional, visto que há carência de estudos publicados sobre a articulação ensino-serviço no curso médico na perspectiva dos seus participantes. Igualmente, a análise das questões de livre discurso na ótica das representações sociais permitiu

iluminar o campo social pesquisado, resgatando nele o universo das diferenças e semelhanças entre as diferentes concepções e visões sobre eventos de saúde e doença dos atores sociais ou sujeitos coletivos que o habitam (Lefèvre, Lefèvre e Figueiredo, 2010, p. 3).

Pesquisas futuras – incluindo a percepção dos usuários no quadrilátero docente, aluno, profissional, usuário – seriam bem-vindas, bem como pesquisas abordando a articulação ensino-serviço no curso de enfermagem que interage com os estudantes de medicina nas UBSs.

A UBS vem se mostrando um cenário fértil ao desenvolvimento do ensino-aprendizagem e da integração ensino e serviços de saúde. Conforme as recomendações das DCNEMs, os novos profissionais estão sendo formados na diversidade de cenários.

Os espaços de interseção entre ensino e serviço são importantes para a formação em saúde e também para a consolidação do SUS, mas são também palcos de conflitos e dificuldades. Não há culpados. Embora haja interesses distintos, nem sempre são antagônicos (Albuquerque et al., 2008). Cada instituição carrega a sua história de construção e inserção no modelo assistencial vigente, e certamente há em comum o compromisso ético com a vida na prática do cuidado em saúde.

Uma articulação entre ensino e serviço mais estreita exige mediações complexas, pois há desigualdades e contradições na relação entre academia, serviços e comunidade. Pressupõe construção de projetos coletivos, responsabilidade compartilhada, espaços de diálogo solidário e, sobretudo, negociação.

O comentário “há idas e vindas, pois a integração é um aprendizado, (...) portanto vivenciar o processo leva tempo” (Carvalho, 2013, p. 46) é emblemático e se refere à articulação ensino serviço como processo, portanto em construção. Por isso, requer esforço conjunto da universidade e do serviço, planejamento político e pedagógico e incentivo, entre outras medidas.

O distanciamento que existe emergiu nos discursos dos colaboradores deste estudo e é, sobretudo, no diálogo e na negociação que a distância será vencida.

A disposição para o diálogo, para relações solidárias, para um projeto centrado na linha do cuidado ao usuário, é um caminho possível. Instrumentos e mecanismos mais perenes tanto na universidade como nos serviços são essenciais.

As melhorias de infraestrutura, as políticas que incentivam a participação e o envolvimento de todos e a educação permanente são importantes, mas atitudes como convivência e escuta respeitosa, negociação e parcerias em projetos conjuntos são construídas nos espaços de diálogo e de atuação, cenários da aprendizagem, no dia a dia por docentes, estudantes, profissionais e usuários.

Colaboradores

Simone Bueno de Oliveira Carvalho foi responsável pela elaboração do artigo. Lúcia Rondelo Duarte e José Manoel A. Guerrero foram, respectivamente, orientadora e co-orientador da pesquisa e auxiliaram na elaboração e na revisão do artigo. Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

Resumen El objetivo del estudio fue conocer la percepción de docentes, docentes y profesionales de las unidades básicas de salud sobre la integración enseñanza-servicio en el curso de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de São Paulo, Brasil. La muestra del estudio estuvo constituida por 14 docentes, 36 alumnos de sexto año y 38 profesionales de seis unidades asociadas, que respondieron a un cuestionario semiestructurado sobre la integración enseñanza-servicio y su evolución. Las respuestas discursivas se analizaron según la técnica del discurso del sujeto colectivo, y las respuestas a las preguntas cerradas se analizaron según la distribución de frecuencia. Se observó que el 73,9% de los respondientes (la mayoría adultos jóvenes y mujeres) percibieron avances en la integración enseñanza-servicio en los últimos años, con 'idas y venidas', pues 'es un proceso', 'un aprendizaje que lleva tiempo'. Los temas más destacados fueron los intereses distintos entre los actores, la participación de la universidad, la participación del alumno en la unidad de salud, la comunicación, la estructura de la unidad básica y el conocimiento de la realidad.

Palabras clave educación médica; unidad básica de salud; integración enseñanza-servicio.

Notas

¹ Prefeitura de Sorocaba, Sorocaba, São Paulo, Brasil.

Mestranda do curso de Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde, da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontificia Universidade Católica de São Paulo. <sicarvalho@sorocaba.sp.gov.br>

Correspondência: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Rua Capitão Bento Mascarenhas Jequitinhonha, 1.635, Jardim América, CEP 18046-692, Sorocaba, São Paulo, Brasil.

² Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, São Paulo, Brasil.

Doutora em Ciências Biológicas-Enfermagem pela Pontificia Universidade Católica de São Paulo.

<lrduarte@pucsp.br>

³ Prefeitura de Sorocaba, Sorocaba, São Paulo, Brasil.

Mestrando do curso de Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde, da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontificia Universidade Católica de São Paulo.

<jmaguerrero@gmail.com>

⁴ Este artigo é resultado da pesquisa intitulada *A Unidade Básica de Saúde como cenário para o ensino-aprendizagem do profissional médico: reflexões sobre a parceria ensino e serviço*, apresentada como trabalho de conclusão de curso do Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, de autoria de Simone Bueno de Oliveira Carvalho.

Referências

- ALBUQUERQUE, Verônica S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, cv. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.
- ALMEIDA, Marcio J. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
- ALVES, Luciana V. V.; CARDOSO, Letícia S.; DIMKOSKI, Elton D. Percepção do Programa Saúde da Família a partir de estagiários do projeto VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Paraná, v. 7, n. 3, p. 266-271, 2005.
- AMORETTI, Rogério A. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.
- BLANK, Danilo. A propósito do cenário e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 27-31, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *SUS: avanços e desafios*. Brasília, DF: CONASS, 2006.
- BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases de educação nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 22 jul. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2013. 70 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS ParticipaSUS*. 2. ed. Brasília, DF, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2011.
- BRASIL. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.
- BRIANI, Maria C. *História e construção social do currículo na educação médica: a trajetória do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp*. 2003. 204f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- CAETANO, Joselany. A.; DINIZ, Rita C. M.; SOARES, Enedina. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 638-644, 2009.
- CARVALHO, Simone B. de O. A Unidade Básica de Saúde como cenário para o ensino-aprendizagem do profissional médico: reflexões sobre a parceria ensino e serviço. 103f. Trabalho final (Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde) – Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, PUC-SP, Sorocaba, 2013.

- CASTRO, Abilio. J. R.; SHIMAZAKI, Maria. E. (Orgs.). *Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2006.
- CAVALHEIRO, Maria T. P.; GUIMARÃES, Aloide L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. *Caderno FNEPAS*, Campinas, v. 1, dez. 2011.
- COSTA, Lauriana M. Aprendizagem na convivência: o estágio curricular em enfermagem. *Revista Eletrônica Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 1178-1179, 2008. Disponível em: <www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/v10n4a34.htm>. Acesso em: 7 fev. 2013.
- COSTA, José R. B. et al. Formação médica na Estratégia de Saúde da Família: percepções discentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 387-400, 2012.
- DECLARAÇÃO de Alma-Ata. 1978. Disponível em: <www.mp.ro.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=42536&folderId=42469&name=DLFE-32330.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2013.
- DEMARZO, Marcelo M. P. Diretrizes para a integração ensino-serviço-comunidade na formação em atenção primária à saúde e medicina de família e comunidade. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, 2009.
- ERDMANN, Alacoque L. et al. O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 288-294, 2009.
- FACCHINI, Luiz. A.; PICCINI, Roberto. X.; SANTOS, Rogerio. C. *Aspectos históricos e conceituais em educação médica*. 1998. Disponível em: <http://dc125.4shared.com/doc/bVgZCQPM/preview.html>. Acesso em: 23 dez. 2006.
- FARAH, Beatriz F.; MAUAD, Neuza M. Refletindo sobre a prática docente: contribuição do Promed/UFJF. *Revista APS [online]*, Juiz de Fora, v. 7, n. 1, p. 40-6, 2004.
- Disponível em: <www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Docentes2.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2013.
- FEUERWERKER, Luiz. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.
- FEUERWERKER, Luiz. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- FINKLER, Mirelle; CAETANO, João C.; RAMOS, Flávia R. S. Integração 'ensino-serviço' no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1.053-1.067, 2011.
- FORTUNA, Cinira M. et al. A pesquisa e a articulação ensino-serviço na consolidação do Sistema Único de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. esp. 2, p. 1696-1700, 2011.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994.
- GARCIA, Maria A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 89-100, 2001.
- GIL, Célia R. R. et al. Interação ensino, serviço e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino aprendizagem na atenção básica. *Revista Brasileira Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 230-239, 2008.
- JUNQUEIRA, Simone R. *Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe*. 2010. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.
- LAMPERT, Jadete B. O papel da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) no processo de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. In: STREIT, D. et al.

- (Orgs.). *Educação médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais*. Rio de Janeiro: ABEM, 2012. p. 32. (Capítulo 2).
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana M. C. *O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Desdobramentos, 2003.
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana M. C.; FIGUEIREDO, Regina. Comunicação em saúde e discurso do sujeito coletivo: semelhanças nas diferenças e diferenças nas diferenças. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 1-8, abr. 2010.
- MATTA, Gustavo C.; MOROSINI, Márcia V. G. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio César F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 21 mar. 2013.
- MATTOS, Danielle. *As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe*. 2006. 169 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- MISHIMA, Silvana M. *Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto*. 1995. 355f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.
- MOIMAZ, Suzely A. S. et al. Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 69-79, 2010.
- MORAIS, Fátima R. R. et al. A reorientação do ensino e da prática em enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 3, 2010.
- NASSIF, Antonio C. N. *Escolas médicas do Brasil*. Brasília, DF: EscolasMedicas.com.br, 2010. Disponível em: <www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>. Acesso em: 21 jan. 2013.
- NEUMANN, Cristina R.; MIRANDA, Camila Z. Ensino de atenção primária à saúde na graduação: fatores que influenciam a satisfação do aluno. *Revista Brasileira Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, p. 42-49, 2012.
- NUNES, Everardo D. Cem anos do relatório Flexner. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p. 956, 2010.
- OLIVEIRA, Ana M. C.; DALLARI, Sueli G. Vigilância sanitária, participação social e cidadania. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 617-624, 2011.
- OLIVEIRA, Marilda S. O papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. *Olho Mágico*, Londrina, v. 10, n. 2, p. 37-39, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores*. Rio de Janeiro: OMS, 2005.
- PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Espaço para Saúde*, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.
- PEREIRA, Juliana. G. *Articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: em foco o distrito do Butantã*. 134f. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem – Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- PICCINI, Roberto X.; FACCHINI, Luiz A.; SANTOS, Rogério C. (Orgs.). *Preparando a transformação da educação médica brasileira: Projeto CINAEM III Fase – relatório 1999-2000*. Pelotas: UFPel; 2000.
- SÁ, Paulo K.; MIRANDA, João C. Análise sobre o desenvolvimento de cenários em atenção básica no curso médico da Faculdade de Medicina de Petrópolis/FASE/RJ. *Cadernos ABEM*, Rio de Janeiro, v. 4, 2008.

SANTANA, Milena L.; CARMAGNANI, Maria I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SÊGA, Rafael A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Anos 90 [on line]*, Porto Alegre, n. 13, p. 128-133, 2000. Disponível em: <www.ufrgs.br/ppghist/anos90/13/13art8.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2012.

SILVA, Ana L. B.; GARCIA, Maria A. A. Perfil do docente de medicina e sua participação na reformulação curricular. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA PUC-CAMPINAS, 13., Campinas, 2008. *Anais eletrônicos...* Campinas: PUC-Campinas, 2008. Disponível em: <www.puccampinas.edu.br/websist/portal/pesquisa/ic/pic2008/resumos/Resumo/%7BF42E0A47-A3EE%204A95-A202-4F2DF0B4B8C7%7D.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

SOUZA, Ana L.; CARCERERI, Daniela L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. *Interface: Comunicação, Educação, Saúde*, Botucatu, v. 15, n. 39, 2011.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leicy. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, Amsterdam, v. 60, n. 3, p. 201-218, Jun. 2002.

TRIGUEIRO, Michelangelo G. S. *O clone de Prometeu: a biotecnologia no Brasil: uma abordagem para a avaliação*. Brasília, DF: UnB, 2002.

WERNER, David; SANDERS, David; WESTON, Jason. *Questioning the Solution: the Politics of Primary Health Care and Child Survival*. Palo Alto: Healthwrights, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More than Ever*. Geneva: WHO, 2008.

Recebido em 27/06/2013

Aprovado em 05/08/2013