

Experiências docentes e discentes

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE MEDICINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

TEACHING-SERVICE-COMMUNITY INTEGRATION IN THE MEDICINE COURSE: AN EXPERIENCE REPORT

INTEGRACIÓN EDUCACIÓN-SERVICIO-COMUNIDAD EN EL CURSO DE MEDICINA: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Tammy Stephanie Massolin Albrecht Costa¹

Graciela Soares Fonsêca²

Resumo

O trabalho objetiva relatar a experiência de integração ensino-serviço-comunidade, a partir do olhar de uma estudante, durante os três primeiros semestres de um curso de Medicina. Inicialmente, no primeiro semestre, foram trabalhados conceitos fundamentais relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Atenção Primária à Saúde (APS). No segundo semestre, o enfoque foi a Vigilância em Saúde, tratando das Vigilâncias em Saúde do Trabalhador, Ambiental, Epidemiológica e Sanitária e, do diagnóstico comunitário, que foi objeto de prática no Centro de Saúde da Família (CSF). Durante as aulas teóricas do terceiro semestre, o campo da Saúde do Trabalhador e da Saúde Ambiental foi estudado e seus conhecimentos aplicados nas vivências, por meio de um momento de Educação Permanente e visitas domiciliares. Diante disso, infere-se que, com a integração ensino-serviço-comunidade, o estudante consegue relacionar de forma efetiva aspectos teóricos e práticos do trabalho em saúde, desenvolve um olhar crítico para saúde e contribui para o fortalecimento das políticas públicas, qualificando, assim, sua formação acadêmica.

Palavras-chave: Educação Médica. Saúde Coletiva. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

Abstract

The study aims to relate the experience of teaching-service-community integration from the perspective of a student during the first three semesters of the Medicine course. Initially, in the first semester, fundamental concepts related to the Unified Health System (SUS) and Primary Health Care (PHC) were worked on. In the second semester, the main approach was the Health Vigilance, studying about the Worker Health Vigilance, Environmental, Epidemiological and Sanitary and the community diagnosis, which practiced at the Family Health Center (CSF). During the theoretical classes of the third semester, the field of Occupational Health and Environmental Health was studied and its knowledge applied in the experiences, through a moment of Permanent Education and home visits. Thus, conclude that, with the teaching-service-community integration the student is able to effectively relate theoretical and practical aspects of a health work, develop a critical view health and contribute to strengthening the public policies and your academic background.

¹ Estudante do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: tammy_massolin@hotmail.com

² Cirurgiã-dentista, professora adjunta do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: gal_sf@hotmail.com

Keywords: Medical Education. Public Health. Primary Health Care. Family Health.

Resumen

El trabajo objetiva relatar la experiencia de integración educación-servicio-comunidad, por la mirada de una estudiante, durante los tres primeros periodos de un curso de Medicina. Inicialmente fueron trabajados conceptos fundamentales acerca del Sistema Único de Salud y ala Atención Primária. En el segundo periodo el enfoque fue la Vigilancia en Salud, tratando específicamente la Vigilancia en Salud del trabajador, ambiental, epidemiológica, sanitaria y del diagnóstico comunitario que fue el objeto de la práctica en la Unidade Basica de Salud. En las clases teóricas del tercer período, el campo de la salud del trabajador e de la salud ambiental fue estudiado y sus conocimientos aplicados en la practica, por médio de la Educación Permanente y de visitas a los domicilios. Fue destacado que los estudiantes consiguieron relacionar de forma efectiva aspectos teóricos y prácticos del trabajo en salud, desarrollando un criterio crítico con respecto a la salud y que contribuye para el fortalecimiento de las políticas públicas.

Palabras clave: Educación Médica. Salud Pública. Atención Primaria de Salud. Salud de la Familia.

Introdução

Antes da implementação e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), era muito difundido no Brasil um modelo de saúde que reduzia o objeto do trabalho à doença, seu diagnóstico e seu tratamento, não levando em conta o paciente e os variados processos que podem influenciar a saúde de um indivíduo ou de uma população (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011; BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013). Nesta perspectiva, a formação dos profissionais da saúde também foi direcionada para essa prática individualista, curativa e não voltada para o social (CECCIM; CARVALHO, 2011).

Com as transformações nos modos de fazer e pensar saúde, tornou-se imperativo readequar a formação dos profissionais com vistas à produção de saúde pautada na clínica ampliada, visando não somente a cura das doenças, mas a prevenção, a reabilitação e os cuidados paliativos (HAFNER et al., 2010). Além disso, tornou-se necessário a formação de profissionais com um olhar ampliado, que leve em conta os anseios sociais e que garanta maior autonomia dos pacientes na produção do próprio cuidado (FONSÊCA; JUNQUEIRA, 2017). Dentre uma série de propostas indutoras de reorientação da formação em saúde e provimento de profissionais com perfis direcionados ao trabalho no SUS, intensificadas no início dos anos 2000, destaca-se, para o recorte apresentado nesse manuscrito, o Programa Mais Médicos (PMM) instituído pela Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de, dentre outras proposições, promover mudanças na formação médica (BRASIL, 2013; CAMPOS; PEREIRA-JÚNIOR, 2016; SCHEFFER, 2016).

Uma das alterações decorridas do PMM foi a elaboração de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina, a partir da Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Essas diretrizes buscaram orientar a formação médica no país a fim de que, ao final da graduação, o graduando seja capaz de considerar a realidade dos indivíduos

e contribuir para a integralidade e para o acesso universal dos serviços, além de exercer a Medicina baseada na ética e de forma humanizada. Além disso, as DCN requerem, desde as séries iniciais, a inserção dos estudantes de Medicina na rede de serviços de saúde, permitindo a articulação dos conhecimentos e habilidades desenvolvidas, além da compreensão da Atenção Básica como norteadora dos demais serviços e da relevância do que é ofertado na rede (BRASIL, 2014).

A integração entre o ensino, o serviço e a comunidade viabiliza a aproximação com esses objetivos uma vez que permite o desenvolvimento de um trabalho coletivo de estudantes, mediante supervisão de seus professores, e de trabalhadores que compõem as equipes profissionais (PIZZINATO et al., 2012) a realidade cotidiana do trabalho em saúde, podendo refletir acerca das atividades ali desenvolvidas e dos problemas sociais encontrados (GUSMÃO; CECCIM; DRACHLER, 2015; VENDRUSCULO et al., 2016).

O curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), situado no município de Chapecó, região oeste do estado de Santa Catarina, foi implementado em 2015 a partir de reivindicações de movimentos populares e das vagas autorizadas via PMM. É um curso organizado com base nas novas DCN e estruturado em Componentes Curriculares Regulares (CCR) (SCHEFFER, 2016; SOUZA; FRIESTINO; FONSÊCA, 2017).

Ao longo do curso, os acadêmicos passam por oito CCR de Saúde Coletiva (um em cada semestre), sendo os dois últimos voltados para o ensino da Medicina de Família e Comunidade. É por meio destes CCR que os estudantes são subdivididos em grupos tutoriais (de cinco ou seis alunos) e são inseridos em vivências nos Centros de Saúde da Família (CSF) – como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são denominadas no município – do primeiro até o oitavo semestre, de forma que o aprendizado seja contínuo, vinculado aos conteúdos teóricos desses e de outros CCR do curso e que a complexidade dos mesmos seja progressiva (SOUZA; FRIESTINO; FONSÊCA, 2017).

O presente artigo objetiva relatar a experiência de integração ensino-serviço-comunidade, a partir do olhar de uma estudante, desenvolvida nos CCR Saúde Coletiva I, II e III, durante os três primeiros semestres do curso de Medicina da UFFS, em um CSF do município de Chapecó, Santa Catarina.

A integração ensino-serviço-comunidade nas fases iniciais do curso de Medicina: caminhos para uma formação médica pautada na integralidade do cuidado

A experiência relatada foi realizada entre o segundo semestre de 2016 e os dois semestres de 2017 (os três primeiros semestres do curso) e vivenciada por um grupo de cinco

estudantes quando cursavam os CCR Saúde Coletiva I, II e III, sob a tutoria de uma docente do grupo de Saúde Coletiva. Vale ressaltar que o CSF onde foram realizadas as vivências do CCR atende uma população em sua maior parte urbana, mas também uma população rural do município de Chapecó. Ainda, atende as demandas da Atenção Primária desse território e, para isso, conta com três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) formadas por médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS).

Primeiro semestre

No primeiro semestre do curso, no CCR Saúde Coletiva I, os estudantes foram apresentados às discussões que envolvem o conceito de saúde e o processo saúde-doença. Perceber como o entendimento do processo saúde-doença foi se transformando ao longo dos anos e como as práticas de saúde se organizaram de modo coerente com essa compreensão é fundamental para futuros profissionais de saúde.

A articulação entre a teoria apresentada em sala de aula e a prática vivenciada nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) favoreceram reflexões sobre a complexidade do conceito de saúde sendo ele compreendido de forma mais abrangente, como resultante de todas as questões ligadas ao ser humano, podendo envolver o físico, o mental, o social e até mesmo o material (BATISTELLA, 2007). Em consonância, a aproximação com os usuários dos serviços e seus territórios revelaram a importância de a saúde ser um direito constitucional e o papel dos profissionais de saúde na garantia desse direito.

Além disso, houve um aprofundamento acerca do campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva que engloba a epidemiologia, o planejamento, a administração em saúde e as ciências sociais, visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, a articulação das redes de serviços e a integração entre profissionais, pacientes e o espaço em que convivem (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Durante essa fase do curso da graduação, também foi abordada a determinação do processo saúde-doença, que não pode ser caracterizado apenas fisiopatologicamente, mas também socialmente, pois cada indivíduo vai perceber e manifestar a doença de uma maneira particular. Além disso, há que se considerar as questões envolvidas no adoecimento, ou seja, quais são os fatores que levaram este indivíduo a adoecer, podendo ser biológicos, sociais, psicológicos e, até mesmo, econômicos (BRASIL, 2012).

Ainda nesta fase, foram tratados outros assuntos como a influência que o território onde as pessoas vivem exerce no processo de adoecimento, os princípios e diretrizes do SUS

(integralidade, equidade, universalidade, descentralização, controle social, regionalização e hierarquização) e a estruturação da APS, sendo ela a porta de entrada preferencial dos usuários no SUS, garantindo a proteção e manutenção da saúde e a prevenção de agravos (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009; BRASIL, 2017).

Nessa mesma fase, as vivências propiciaram o conhecimento da APS e sua estruturação, bem como o funcionamento dos CSF, além dos serviços por eles ofertados e a dinâmica de trabalho da equipe multiprofissional, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017). Além disso, os acadêmicos realizaram, em conjunto com os ACS, visitas domiciliares (VD), iniciando a compreensão das relações entre as características sociais e o processo de saúde e doença, aproximando-se dos usuários do CSF no sentido de visualizar a conformação do vínculo, o cuidado oferecido pelas equipes do CSF e o fluxo dessas pessoas na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A imersão na realidade dos serviços de saúde e o contato com as comunidades do território referentes foram capazes de sensibilizar os estudantes, já no início do curso, para as questões envolvidas no processo saúde-doença que são amplas e vão além do conhecimento puramente biológico e técnico, mas abrangem outras questões que podem ser ditas mais subjetivas, como as questões sociais, emocionais, culturais e psicológicas que envolvem o indivíduo (NOGUEIRA, 2014).

Segundo semestre

Ao longo do segundo semestre do curso, os acadêmicos cursaram o CCR de Saúde Coletiva II que se dedicou ao estudo da Vigilância em Saúde, oportunizando o entendimento do diagnóstico comunitário, que faz parte do processo de trabalho da ESF. É por meio da territorialização que o diagnóstico de saúde de uma comunidade é realizado, permitindo assim, conhecer o território, identificar as relações sociais, econômicas e culturais que permeiam a dinâmica do local e, ainda, detectar problemas e necessidades de saúde. Dessa forma, esse diagnóstico facilita as ações pois, a partir das informações obtidas, é possível que o serviço realizado seja mais direcionado e resolutivo (BORGES; TAVEIRA, 2012; TOMASI; SOUZA; MADUREIRA, 2018).

Ademais, foi apresentada e discutida a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), a Vigilância Ambiental em Saúde, a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária (VISA).

No campo prático, os acadêmicos conheceram os setores da vigilância da Secretaria de Saúde municipal, além de ouvir explanações dos respectivos coordenadores sobre a

organização e funcionamento de cada setor. O responsável pela VISA mostrou como funcionam as três principais atividades realizadas por essa vigilância: a liberação de novo alvará sanitário, a sua renovação e o atendimento a denúncias recebidas pelo setor (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010).

Já o coordenador da Vigilância em Saúde do Trabalhador comentou sobre as ações realizadas dentro do setor que se baseiam em um eixo principal: o suporte técnico para a rede SUS. Esse suporte se subdivide em três eixos: o primeiro, responsável por reconhecer o usuário como trabalhador e capacitar a rede (podendo ser de baixa, média ou alta complexidade) para notificar situações relacionadas à saúde desse trabalhador para depois, devolverem as informações geradas através das notificações para as redes notificadoras; o segundo é o suporte técnico para a notificação juntamente à VISA e o terceiro, o acompanhamento do trabalhador na reabilitação, que vai além da reabilitação física, mas envolve também, a capacidade desse usuário para retomar a sua capacidade funcional (GOMEZ, 2011; MACHADO, 2011).

A coordenadora da Vigilância Epidemiológica ressaltou, além das funções do setor, a importância de alguns sistemas de notificação que geram dados para a vigilância, como o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) alimentado, principalmente, pela lista dos 48 agravos de notificação compulsória estabelecida pela Portaria nº 204 de 2016 (BRASIL, 2016). A partir da notificação desses agravos, a Vigilância Epidemiológica produz os indicadores de prevalência e incidência. Há também o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) que, dentre seus objetivos, reúne informações epidemiológicas sobre os nascimentos de todo o território para subsidiar ações referentes à saúde da mulher e criança e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que produz dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos no Brasil, dentre outros sistemas.

No CSF, os discentes realizaram o diagnóstico comunitário de duas microáreas do território e puderam constatar grandes discrepâncias entre elas, no que tange à fonte de renda e poder aquisitivo dos usuários, infraestrutura, geografia, atuação dos agentes governamentais, e especialmente quanto à prevalência de alguns agravos. A partir disso, ampliaram a compreensão sobre a determinação social do processo saúde-doença e verificaram a relevância do diagnóstico de comunidade dentro da Estratégia de Saúde da Família, pois esta permite planejar e executar ações a partir da realidade examinada em cada região, proporcionando assim, intervenções mais específicas e efetivas por levar em conta as necessidades encontradas.

Vivenciaram, ainda, ações relacionadas à vigilância, sobretudo no que tange aos fluxos de identificação de agravos de notificação compulsória, doenças prevalentes, estratégias de controle e abordagem realizada pela equipe do CSF.

Neste momento do curso, foi possível aprofundar conhecimento no que diz respeito às funções do SUS que nem sempre são notadas do ponto de vista da população, mas que são fundamentais para que o objetivo principal do sistema de saúde seja alcançado. Ou seja, que seja um serviço capaz de oferecer uma atenção à saúde de qualidade à população, pautada em informações e ações pertinentes à realidade dos indivíduos atendidos. Por isso, nesta etapa do curso, foi abordada a questão das vigilâncias, que funcionam como um suporte para a Rede de Atenção à Saúde no que diz respeito a notificações, geração de informações e dados, fiscalização, entre outros.

Terceiro semestre

Por fim, no terceiro semestre, com o CCR Saúde Coletiva III, os acadêmicos foram introduzidos ao campo da Saúde do Trabalhador com exposições, seminários e aulas teóricas que trataram das relações entre trabalho/trabalhador e saúde e de sua importância, afinal, grande parte dos indivíduos estão ou já estiveram inseridos no sistema de trabalho. Uma das principais funções da Saúde do Trabalhador é identificar a relação entre os agravos de saúde com a forma de trabalho dos indivíduos e notificar os casos em que essa relação seja positiva (PINHEIRO et al., 2012).

Nesse mesmo período do curso, os discentes participaram de aulas teóricas e exposições que trataram da Saúde Ambiental, campo que busca romper a distância entre a saúde e o meio ambiente, correlacionando o processo saúde-doença das coletividades com fatores ambientais. Quando há essa aproximação entre a saúde coletiva e o ambiente, pode-se produzir conhecimento, realizar ações de vigilância, prevenir agravos que estejam relacionados ao ambiente e garantir uma saúde à população pautada nos princípios da sustentabilidade. Vale ressaltar, ainda, que é uma área interdisciplinar pois conta com a epidemiologia, toxicologia, setores de vigilância, engenharia, entre outros (ROHLFS et al., 2011; TAMBELLINI; MIRANDA, 2012; QUANDT et al., 2014).

Quando foram ao CSF, a partir de uma demanda da coordenação, os estudantes tiveram a oportunidade de participar de um momento de Educação Permanente com a equipe de saúde com vistas à sensibilização dos trabalhadores sobre a importância da realização de notificações dos agravos relacionados à saúde do trabalhador e acidentes de trabalho. Sendo assim, os acadêmicos puderam explicar um pouco do que haviam aprendido em sala de aula sobre o assunto para os trabalhadores da unidade. Também realizaram VD aos usuários que sofreram acidentes ou apresentavam agravos relacionados ao trabalho no intuito de verificar como se dá todo o processo desde que um acidente de trabalho acontece ou quando umnexo causal entre a

condição de saúde e o trabalho é estabelecido, bem como quais os procedimentos tomados a partir disso.

Os acadêmicos foram novamente sensibilizados para questões que muitas vezes passam despercebidas, mas que influenciam diretamente a saúde dos indivíduos, como é o caso da saúde do trabalhador. Percebe-se que ao longo do curso a visão da clínica ampliada e centrada na pessoa está sendo difundida, ou seja, a valorização e reconhecimento integral do paciente e de suas vivências (ambiente onde vive, com quem vive, onde trabalha, como se sente), indo além do conhecimento puramente biológico (BRASIL, 2004).

Ressignificando a experiência

A experiência relatada, ainda que restrita a um cenário específico nos períodos iniciais do curso e registrada a partir da percepção de uma única acadêmica, reforça o potencial (trans)formador da integração ensino-serviço-comunidade para formar médicos com perfis adequados para desenvolver um trabalho de qualidade no SUS e responder aos anseios sociais (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Além disso, vivenciar e observar os cenários reais do trabalho em saúde viabilizaram maior entendimento sobre a organização do SUS, seus princípios, diretrizes, serviços, além de permitir vivenciar o serviço ordenador da RAS. Dessa forma, o estudante teve a oportunidade de reconhecer a importância e organização do SUS (ALBUQUERQUE et al., 2008; BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013; FONSÊCA et al., 2014; BULGARELLI et al., 2014).

Ainda, ao se deparar com a realidade encontrada no cotidiano de trabalho e estar junto de profissionais de saúde, o aluno pode identificar facilidades e qualidades do serviço e se perceber como protagonista do fortalecimento do SUS e de mudanças éticas e políticas que podem impactar indivíduos e coletivos (BULGARELLI et al., 2014; MARANHÃO; MATOS, 2018).

Outra questão relevante encontra-se na visualização do trabalho em equipe multiprofissional, impossível de ser compreendido em sua essência no interior das salas de aulas. É no mundo do trabalho que as equipes se organizam e se articulam com vistas a superar os inúmeros desafios, evidenciando a importância de cada profissional no trabalho coletivo (CECCIM, 2019).

Por fim, frisa-se que o serviço e os profissionais de saúde são também modificados em virtude da presença dos estudantes, pois a articulação das atividades rotineiras dos profissionais com a participação dos estudantes, contribui para a continuidade da aprendizagem dessas equipes multiprofissionais (GUIZARDI et al., 2011), como ocorreu no

momento de sensibilização acerca da importância das notificações relacionadas a agravos decorrentes do trabalho feita pelos estudantes para os trabalhadores do CSF, por exemplo.

É imprescindível ressaltar que, a despeito de todo o potencial formador da integração ensino-serviço-comunidade, há uma série de desafios e empecilhos para a efetivação dessas práticas no cotidiano da formação em saúde. No contexto apresentado, destacam-se as relações ainda frágeis e em construção entre a UFFS e a Secretaria de Saúde do município, a excessiva rotatividade de profissionais da APS, incluindo o gestor – o que dificulta um planejamento longitudinal – e a resistência de alguns estudantes com relação as práticas formativas em serviços.

Considerações Finais

A experiência de integração ensino-serviço-comunidade nas fases iniciais do curso de Medicina da UFFS, campus Chapecó, reforça a importância de garantir uma formação em saúde pautada pela realidade dos serviços e da comunidade, o que contribui para a construção de competências e habilidades fundamentais para a garantia do cuidado integral à saúde.

A partir das potencialidades e fragilidades encontradas, torna-se possível pensar em estratégias capazes de fomentar ações de integração ensino-serviço-comunidade, no cenário apresentado e em outras instituições, com vistas a alcançar o perfil do profissional médico requerido pelas DCN e pela sociedade.

Referências

ALBUQUERQUE, V. 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, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F; CORBO, A. D. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-49.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. S. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 610-613, 2011.

BORGES, C.; TAVEIRA, V. R. Territorialização. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 241-47.

BULGARELLI, A. F. et al. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 351-362, 2014.

BRANDÃO, E. R. M.; ROCHA, S. V.; SILVA, S. S. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: reorientando a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 573-577, 2013.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 24 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Especialização em Saúde da Família**: processo saúde-doença. São Paulo: UNIFESP, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: a clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 fev. 2016. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 24 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 24 maio 2019.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA-JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde na integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ/ABRASCO, 2011. p. 69-92.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832018000601739&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2019.

FONSÊCA, G. S. et al. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 571-583, 2014.

FONSÊCA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. Políticas de reorientação da formação, qualificação e provimento profissional em saúde: itinerários e interfaces das estratégias indutoras de mudanças. In: SILVA-FILHO, C. C.; GARCIA JÚNIOR, C. A.; KOVALESKI, D. F. (org.). **VER-SUS Santa Catarina: itinerários (trans)formadores em saúde**. Tubarão: Copiart, 2017. p. 118-152. Disponível em: <<http://fliphtml5.com/wskm/cbyq/basic>>. Acesso em: 29 maio 2019.

GOMEZ, C. M. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configurações e transformações. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 23-34.

GUIZARDI, F. L. et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (ed.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ/ABRASCO, 2011. p. 153-177.

GUSMÃO, R. C.; CECCIM, R. B.; DRACHLER, M. L. Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 19, n. 1, p. 695-707, 2015.

HAFNER, M. L. M. B. et al. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1715-1724, 2010.

MACHADO, J. M. H. Perspectivas e pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 67-85.

MARANHÃO, T.; MATOS, I. B. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 55-66, 2018.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

NOGUEIRA, M. I. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 909-930, 2014.

O'DWYER, G.; REIS, D. C. S.; SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3351-3360, 2010.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, 2015.

PINHEIRO, T. M. M. et al. Saúde do Trabalhador. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 935-964.

PIZZINATO, A. et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, 2012.

QUANDT, F. L. et al. Saúde Ambiental e atenção à saúde: construção e ressignificação de referências. **Cad. Saúde Colet. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 150-157, 2014.

ROHLFS, D. B. et al. A Construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil. **Cad. Saúde Colet. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 391-398, 2011.

SCHEFFER, M. Para muito além do Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2664-2666, 2016.

SOUZA, J. V. G. S.; FRIESTINO, J. K. O.; FONSÊCA, G. S. Geografia e saúde na graduação em medicina: da territorialização à construção de um mapa inteligente no serviço. In: **Anais...** Dourados: Universidade Federal da Grande Dourados, 2017. p. 1088-95. Disponível em: <<http://www.geosaude.org/anais>>. Acesso em: 23 maio 2019.

TAMBELLINI, A. T.; MIRANDA, A. C. Saúde e Ambiente. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEBES e Fiocruz, 2012. p. 1037-1073.

TOMASI, Y. T.; SOUZA, J. B.; MADUREIRA, V. S. F. Diagnóstico comunitário na estratégia saúde da família: potencialidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 12, n.6, p. 1546-1553, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/230505/29180>>. Acesso em: 27 maio 2019.

VENDRUSCULO, C. et al. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 3-12.