

FORMAÇÃO MÉDICA, ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERDISCIPLINARIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE ARTICULAÇÕES NECESSÁRIAS

Leonardo Cançado Monteiro Savassi^{1, 2}

Elizabeth Costa Dias²

Eliane Dias Gontijo²

RESUMO

Relata-se a experiência de implantação de atividade curricular obrigatória, de 225 horas, em três semestres sequenciais do curso médico da Universidade Federal de Minas Gerais, voltada para o desenvolvimento de competências na prática em serviço. Descrevem-se as estratégias educacionais utilizadas para oportunizar aos estudantes: o reconhecimento da Rede de Atenção à Saúde e seu território, a determinação social do processo saúde-doença, o processo de trabalho das equipes, o estabelecimento de vínculo e relações interpessoais. Pautadas pela intencionalidade pedagógica e pela cooperação entre instituição formadora e serviços de saúde, as ações foram mediadas por docentes e contaram com participação ativa da equipe profissional nas atividades desenvolvidas em unidades de saúde, território e domicílios. A adequada compreensão da Atenção Primária à Saúde e a valorização de ações de promoção da saúde desenvolvidas a partir das necessidades de saúde das comunidades abordadas foram evidenciadas nos portfólios reflexivos sobre a prática, demonstrando o êxito da iniciativa.

Palavras-chave: Educação médica. Atenção Primária à Saúde. Saúde da família. Políticas públicas de saúde.

Recebido em: 29/05/2017

Aprovado em: 30/01/2018

¹ Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, Brasil.

² Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

MEDICAL TRAINING, PRIMARY CARE AND INTERDISCIPLINARITY: EXPERIENCE REPORT ON NECESSARY JOINTS

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Elizabeth Costa Dias

Eliane Dias Gontijo

ABSTRACT

We report a compulsory curricular implantation experience of 225 hours in three sequential semesters of the Federal University of Minas Gerais medical course, focused on the skills development in service practice. The educational strategies for student development are described as: health care network recognition and its territory, the social determination of health-disease process, the work process of the equipment, the establishment of bond and the interpersonal relations. Guided by pedagogical intentionality and health services cooperation, actions were tutored by teachers and accounted with specialized team participation in the activities developed in Health Units, territory and households. An adequate evaluation of Primary Health Care and a valuation of Health Promotion actions developed from the addressed communities health needs were evidenced in the reflexive portfolios about the practice, demonstrating the initiative success.

Keywords: Medical education. Primary Health Care. Family health. Public health policy.

Received on: 29/05/2017

Approved on: 30/01/2018

INTRODUÇÃO

A formação em saúde, na graduação, demanda ações na perspectiva da integralidade da atenção envolvendo estudantes que, tutorados por docentes e profissionais qualificados, articulem teoria e prática, valorizando os aspectos biopsicossocioambientais na prestação de cuidados, nos diversos cenários dos serviços. Entretanto, professores e alunos de instituições de ensino superior (IES), em especial, nas atividades desenvolvidas junto às equipes de saúde da família (eSF), muitas vezes, desconsideram a organização do processo de trabalho da Atenção Primária e a importância da ação interdisciplinar, com perda significativa para o processo pedagógico (BRASIL, 2013; FEUERWERKER; SENA, 2002).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina enfatizam a formação profissional de egressos com perfil contemporâneo, generalista, humanista, crítico e com competências gerais e específicas para a prática qualificada (BRASIL, 2001; 2014). Persiste, porém, o paradigma do processo formativo e da regulação do sistema assistencial influenciado por intensa incorporação e especialização tecnológicas, em especial da indústria farmacêutica e de equipamentos, o que interpõe distorções entre as necessidades de saúde da população e a atuação na rede de serviços e das instituições formadoras (ZOBOLI, 2008).

Dentre as políticas públicas de incentivo à mudança, o Programa Nacional de Reorientação na Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), iniciativa conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2005), apoiou o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), que, entretanto, não foram capazes de eliminar o viés utilitarista de serviços de saúde e reorientar a formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012).

Em 2013, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM) com a finalidade de formar médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS); garantir investimentos em infraestrutura por meio da criação de vagas e de cursos de graduação em Medicina; estimular a inserção dos estudantes na Atenção Primária; e ampliar a assistência médica em locais de difícil fixação de profissionais (BRASIL, 2013). O PMM reacendeu a discussão sobre a oportunidade de reestruturar os projetos pedagógicos das escolas médicas, com foco na formação de profissionais capazes de atuar no SUS, com prioridade na Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito da estratégia Saúde da Família.

As novas DCN, aprovadas em 2014, mantiveram a vinculação da formação médico-acadêmica às necessidades de saúde da população e ao SUS. Esse documento estabeleceu a formação por competências profissionais, a utilização de metodologias ativas de aprendizagem, além de definir três grandes áreas de competência: a Atenção à Saúde, a Gestão em Saúde e a Educação em Saúde (BRASIL, 2014; 2015).

Formar por competências implica desenvolver a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com situações, problemas e dilemas da vida real e a certificação derivada desse processo expressa legitimação social de pessoas que passam a ser reconhecidas como capazes de atuar na carreira médica (GONTIJO *et al.*, 2013; PERRENOUD, 1999). Nessa concepção, o indivíduo forma-se pelo diálogo estabelecido entre ele e o contexto. A formação inicia-se a partir de demandas e organiza-se para que os estudantes aprendam por meio de ações – *aprender fazendo* – e se enriqueçam com o compartilhamento de experiências (WESTBROOK; TEIXEIRA, 2010). Outra característica importante é a intencionalidade pedagógica, compreendida como ação consciente e previamente planejada e executada, capaz de conduzir o estudante no processo de aprender. Sem interação social e intencionalidade, não existe aprendizagem!

Na APS, a atenção pauta-se pelos princípios de acesso com equidade, integralidade e humanização, com qualidade da atenção, cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade. A Gestão em Saúde considera as dimensões do cuidado, da valorização da vida, da tomada de decisões, contextualizadas ao mundo real; a comunicação e o trabalho em equipe; a liderança; o fomento à construção participativa do sistema de saúde e à participação social. Na Educação em Saúde, o foco é a gestão do conhecimento, de forma interprofissional, tutorada, compromissada e contextualizada (BRASIL, 2014).

Em consonância com as políticas de formação médica, foi criada a disciplina Iniciação à Atenção Primária em Saúde (IAPS), que objetiva a construção do conhecimento sobre a realidade de saúde da população e, assim, a capacitação dos futuros médicos nas políticas públicas de saúde do país e na organização e no funcionamento do SUS.

A inserção oportuna dos estudantes nos serviços de saúde, desde o início do curso, possibilita uma vivência na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir da Atenção Primária, permitindo uma análise holística da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (MENDES, 2012; SOTO-AGUILERA; ROBLES-RIVERA; FAJARDO-ORTIZ, 2016).

Apesar da adoção de políticas estratégicas de reorientação da formação médica em curso no país, Adler e Gallian (2014) identificaram número reduzido de artigos publicados entre 2002 e 2012 sobre experiências de ensino de graduação médica no SUS, em contraposição a mais de uma centena de estudos teóricos publicados dentro do tema, no mesmo período (ADLER; GALLIAN, 2014).

Assim, o presente artigo discute o processo de implantação de atividade curricular obrigatória, denominada Iniciação à Atenção Primária em Saúde (IAPS), desenvolvida no curso médico da UFMG, entre agosto de 2014 e dezembro de 2015, refletindo sobre as competências desenvolvidas, as relações entre o sistema formador e os serviços de saúde, os acertos e desafios para a inserção de alunos de Medicina na Atenção Primária. Apesar de a integração ensino-serviço-comunidade ser considerada estratégia pedagógica de excelência para a formação de bons profissionais em saúde, desde Alma Ata em 1978, no âmbito das escolas médicas, continua a existir um fosso entre a proposta e a realidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 1978).

Problemas e dificuldades no âmbito das instituições de ensino médico, em especial a resistência de docentes que não acreditam e/ou se recusam a deixar o conforto das práticas tradicionais, somam-se às questões próprias dos serviços de saúde, dentre elas, sobrecarga de trabalho das equipes, limitações de espaço físico, vulnerabilidade diante de interesses do gestor, dentre outros, dificultando a integração ensino-serviço. Todos esses constituem obstáculos a serem superados.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA DISCIPLINA IAPS

A disciplina IAPS, com carga horária total de 225 horas, distribuídas em três semestres letivos, a partir do segundo semestre do curso médico, tem como objetivo propiciar ao aluno conhecer a organização da RAS do município; identificar, vivenciar as relações interpessoais envolvendo o sujeito e os profissionais de saúde nas diversas dimensões e refletir sobre elas; conhecer os determinantes do processo de saúde-doença com vistas à promoção da saúde e à prevenção de agravos; e propor, executar e avaliar ações coletivas de intervenção, visando à melhoria da qualidade de vida da comunidade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Os 160 alunos matriculados em cada semestre são divididos em subturmas de 14 estudantes, inseridas em doze unidades de saúde selecionadas em parceria com a gestão do SUS de Belo

Horizonte, de acordo com os critérios previamente estabelecidos: existência de equipes completas de Saúde da Família e oferta de estágios a alunos de outros cursos da área da Saúde da UFMG, no sentido de favorecer a troca e o enriquecimento das experiências. Como estratégia educacional, os alunos devem permanecer na mesma UBS e com o mesmo professor durante os três semestres, fortalecendo o vínculo com a equipe e o território.

Desde o início, a IAPS foi proposta como atividade interdisciplinar, com participação de docentes das diversas áreas clínicas e da Saúde Pública da Faculdade, propiciando ao estudante vivências ativas e críticas, estimulando-o a valorizar e a pensar a saúde na integralidade.

A programação da disciplina privilegia a discussão sobre a determinação social do processo saúde-doença; a concepção e o modelo de atenção do SUS e a organização da UBS e do território adstrito, de acordo com a divisão político-institucional dos distritos sanitários do SUS-BH; o processo de trabalho das equipes de saúde, os papéis dos diversos profissionais e as relações com os usuários, com ênfase no Programa de Saúde da Família.

As atividades começam com o reconhecimento da estrutura e do papel da UBS na organização da rede de atenção e no processo de trabalho das equipes. Em sequência, as atividades se ampliam para o território, com análise da situação de saúde da população e desenvolvimento de conceitos básicos de planejamento, acesso e utilização de informações de saúde disponíveis nos bancos de dados do SUS, entrevistas com profissionais e informantes-chave. A entrada no território das equipes da UBS, com acompanhamento dos agentes comunitários de saúde (ACS), permite a identificação de problemas a serem trabalhados em projetos de intervenção específicos nas etapas posteriores, abrangendo temas como saúde escolar, cuidado com a população de rua, saúde do idoso, dentre outras, com ênfase na promoção da saúde e/ou na prevenção de agravos, em sintonia com as prioridades definidas pelas equipes da UBS e pelos moradores.

Dentre as competências de gestão do sistema de saúde prescritas nas DCN, os alunos desenvolvem atitudes e conhecimentos sobre a historicidade crítica do SUS, entendendo a contínua construção e aprimoramento do sistema, pela percepção contextualizada da sua organização. Mediante visitas roteirizadas a pontos de atenção da RAS e análises críticas sobre a evolução histórica da organização dos serviços de saúde, os alunos têm a oportunidade de ultrapassar a visão fragmentada e transversal das dificuldades e desafios enfrentados pelo SUS.

Essa percepção é aprofundada no cotidiano das UBS, levando os alunos a se surpreenderem positivamente quanto ao volume de atividades desenvolvidas e à dedicação dos profissionais de saúde envolvidos no processo de atenção. O contato com a diversidade de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação na APS mostrou-se altamente pedagógico no sentido de apresentar aos alunos a real complexidade de um serviço acessível ao cidadão e abrangente quanto às possibilidades de cuidado.

As IAPS trabalham no desenvolvimento de análises críticas da situação de saúde da população do território, as quais envolvem a percepção, sempre tutorada presencialmente pelos docentes, do papel da UBS na atenção aos indivíduos, sob a ótica dos atributos da APS (acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado), e, em especial, quanto aos aspectos derivativos: o foco na comunidade, na família e a competência cultural.

A estratégia de se valer da tutoria de professores tem razão de ser: estando no espaço do outro, do mundo do trabalho, professores compartilham as decisões sobre conteúdos, campos, estágios e vivências com os gestores e trabalhadores da saúde, num exercício de *apreender* a realidade, mais que *aprender* teorias (ANASTASIOU, 2007). Portanto, o professor age como tutor no sentido de estabelecer guias flexíveis para o aprendizado, enquanto o aluno, por sua vez, assume o papel de conduzir o próprio processo de aprendizagem a partir de diferentes realidades. Esse é um desafio importante para estudantes que acabam de deixar o ensino médio e são confrontados com a necessidade de ter maior autonomia acadêmica.

Por outro lado, a ida ao mundo real transforma o ensino, e o próprio professor, que, para assumir o papel de tutor, passa a negociar com a realidade, vivenciar os desafios da interinstitucionalidade e apreender novas vivências. Esse exercício de cooperação exige flexibilidade, protagonismo e a capacidade de trabalhar o contexto com o estudante de forma articulada, enquanto profissional da educação que adentra o espaço de produção de práticas de saúde (FEUEWEKER, 2004). Assim, na lógica do *saber-fazer*, exige-se do professor esse papel de tutoria frente às situações que se desenrolam de maneira menos previsível.

Para conhecer e vivenciar a atuação das equipes, os alunos visitam o local de moradia das pessoas e analisam criticamente os determinantes da saúde presentes no território e nos domicílios, adentrando, junto aos ACS e agentes de controle de endemias (ACE), os diferentes cenários que compõem a vida dos moradores, identificando os elementos fundamentais para um entendimento abrangente da saúde destes.

A atividade permite aos alunos analisarem criticamente a situação de saúde para propor intervenções locais contextualizadas e, com isso, desenvolver visão sistêmica dos processos de saúde-adoecimento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Merecem destaque os relatos discentes sobre as mudanças dos conceitos e percepções que tinham acerca das barreiras existentes para que o paciente-usuário siga uma dieta saudável, por exemplo, ou pratique atividades físicas prescritas para a promoção da saúde, ou mesmo acerca de fatores da ambiência intradomiciliar determinantes do adoecimento das pessoas, a despeito da prescrição e da orientação médica (CHAMPION; SKINNER, 2008).

Também a vivência de ações de vigilância em saúde, com enfoque nas vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador, desenvolvidas pelas equipes amplia a percepção dos estudantes quanto aos impactos ou às contribuições do serviço de saúde na melhoria da qualidade de vida das pessoas (DIAS *et al.*, 2009).

O aprendizado em unidades em que coexistem ações de diferentes cursos da área da saúde permitiu, ainda que de maneira preliminar, a integração de alunos de Medicina com os de Enfermagem e Odontologia. A atuação em cenários de prática da APS com alunos de diferentes períodos desses cursos articulou atividades catalisadas por gestores e profissionais de saúde locais que resultaram em ações educativas integradas em unidades de saúde e em escolas locais e no desenvolvimento de ações conjuntas com os usuários. Algumas atividades desenvolvidas em escolas municipais e estaduais dentro do território de atuação das UBS deram origem a projetos de intervenção que posteriormente germinaram ações de extensão universitária em consonância com o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007).

Além disso, a vivência em setores dentro de um cenário real de prática logo ao início do curso oportunizou o entendimento do papel multiprofissional da atenção à saúde e a percepção da importância do trabalho em equipe com ações sinérgicas integrando diferentes saberes e metodologias. As visitas domiciliares possibilitaram aos estudantes aprender sobre a abordagem das famílias, considerando a vulnerabilidade territorial e familiar (COELHO; SAVASSI, 2004).

A utilização de ferramentas de representação das famílias, como o genograma e o ecomapa, permitiu o desenvolvimento de habilidades, dentre elas, as de educação e comunicação em saúde com ênfase na promoção de ambientes saudáveis (para crianças e idosos), de uso seguro

de medicamentos e vigilância ambiental e em saúde do trabalhador, no caso da existência de atividade produtivas no domicílio e no peridomicílio (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005; WATERS; WATSON; WETZEL, 1994).

As visitas domiciliares às famílias vulneráveis propiciaram aos alunos entender os elementos que cercam a complexidade clínica e social dessas pessoas. A entrada no domicílio contribuiu para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, de realização de entrevistas e coleta de dados, de classificação da vulnerabilidade familiar, de representação gráfica das famílias e da relação dos alunos com a comunidade e, por fim, do exercício da educação em saúde (COELHO; SAVASSI, 2004).

Observou-se que os alunos apreenderam conceitos básicos de educação popular em saúde e de comunicação, os quais possibilitaram intervenções benéficas, planejadas conjuntamente com as equipes e/ou a gerência da UBS, em consonância com as necessidades do serviço. A interação com os usuários possibilitou dar voz aos seus anseios quando os estudantes ainda não estão contaminados com a necessidade de seguir roteiros rígidos de anamnese, o que possibilita um olhar ampliado para a saúde (TOWLE, 2016).

Assim, o desenvolvimento de atividades com as equipes propicia ao estudante uma visão da relação entre trabalhador de saúde e usuário, nos diversos espaços de trabalho e setores das unidades, como acolhimento, classificação de risco, consultórios, sala de observação, odontologia, imunizações. Os alunos passam a perceber como a abordagem individual à saúde é realizada sob os mais diversos formatos, remetendo à diversidade de ofertas da APS para o cidadão, além de compreender a função e a importância do trabalho de cada membro das equipes de APS.

Ao final da IAPS e em concordância com a proposta de integração transversal de cada período, os alunos são apresentados a elementos de abordagem individual, que a rigor começa nas visitas domiciliares, na vigilância de doenças crônicas e com o método clínico centrado na pessoa, o qual será retomado nos períodos subsequentes do ciclo clínico (STEWART *et al.*, 2010).

As avaliações dos alunos são pautadas na verificação contínua do desenvolvimento de competências essenciais para a prática cotidiana e na elaboração de relatório técnico, seguindo roteiro previamente distribuído, que enfoca a análise situacional da saúde na área

de abrangência, com posterior apresentação oral, no formato de seminário, para os demais colegas, incluindo reflexão crítica sobre os obstáculos encontrados e os limites superados.

No final de cada semestre, os alunos, sob a supervisão docente, apresentam uma síntese dos trabalhos à equipe da UBS, que também avaliam as atividades e fazem críticas e sugestões, contribuindo para o processo ensino-aprendizagem. Ao término das atividades do terceiro semestre, os resultados da intervenção realizada pelos alunos são apresentados em evento formal realizado na Faculdade de Medicina, com a participação de representantes dos níveis local e regional dos serviços.

O estímulo às reflexões seriadas, ao longo dos três semestres, converteu-se na entrega de produtos intermediários que foram analisados como portfólios reflexivos sobre a prática, sempre apresentados localmente à equipe das unidades onde ocorrem os estágios. Propõe-se o portfólio como “instrumento de avaliação que aponta para uma ruptura do modelo técnico e quantitativo de avaliação para uma perspectiva reflexiva” (AMBROSIO, 2003, p. 45). Apesar de o portfólio demandar do professor o acompanhamento intensivo das produções e manifestações escritas dos estudantes, ele representa uma compilação das atividades percebidas como relevantes, após um processo de análise crítica (ALVES, 2003). Essa filtragem dos conteúdos que têm significado para o aprendiz constitui condição essencial para a aprendizagem significativa (AUSUBEL, 1982).

Avaliações cognitivas contextualizadas são realizadas em cada período, mas representam percentual inferior a 30% da avaliação semestral.

Ao longo de evocações seriadas sobre o SUS, realizadas nos três semestres, pôde-se observar a significação progressiva das ações realizadas nos diferentes pontos da rede e uma mudança da visão sobre o SUS, na condição de política pública e de construção social. Observa-se a desconstrução do mito forjado pelos meios de comunicação, aproximando-se do SUS real, com potencialidades e limitações. Elas confluem para uma análise das virtudes e das fragilidades que cercam o sistema para entendê-lo na plenitude, transitando de uma visão de insuficiência pautada pela mídia para uma compreensão da oferta ampliada de serviços.

Os portfólios individuais dos alunos expressam bem esse processo, traduzido, por exemplo, pela mudança da palavra geradora, síntese do exercício realizado no início e ao final de cada

um dos três semestres. Em uma das turmas, por exemplo, a primeira síntese foi *SUS-susto*, e terminou ao final do terceiro semestre como *SUS-cidadania*.

Mas também é preciso reconhecer, na perspectiva de superar, as muitas dificuldades enfrentadas para se viabilizar uma experiência pedagógica com essa envergadura, envolvendo tantos sujeitos. Se, por um lado, ensinou vivências e reflexões importantes para a formação dos futuros médicos, por outro, ainda é um desafio sair do ambiente protegido do *campus* universitário para uma comunidade de periferia. Para alguns alunos, representa quase um choque cultural. As insuficiências da Rede de Atenção à Saúde se tornam mais gritantes; a desagregação familiar e o abuso machucam a sensibilidade; a violência presente no território assusta; as vulnerabilidades sociais e comunitárias desafiam a busca de soluções coletivas e individuais, que se complementam, mas não estão facilmente acessíveis.

Por outro lado, a oportunidade do trabalho em equipe e a valorização da contribuição de todos no enfrentamento dos sérios e complexos problemas de saúde da população demandam distintos saberes e habilidades para a solução dessas questões e constroem reconhecimento e respeito profissionais que, certamente, deixarão boas marcas indelévels na atuação dos estudantes de Medicina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito do pouco tempo de funcionamento da disciplina, a IAPS demonstrou ser oportuna para a inserção de alunos no campo da APS desde os primeiros períodos do curso e trouxe ricas reflexões sobre essa vivência, revelando potencial transformador da formação do estudante da área de saúde, ao propiciar o desenvolvimento de competências relacionadas ao cuidado e ao permitir uma visão contextual da rede de atenção e do processo saúde-doença da população.

A interação com a equipe de saúde permitiu aos alunos conhecer e valorizar o trabalho desse grupo, oportunizando a vivência ativa e crítica na APS. A interação entre profissionais, alunos e professores de outras áreas da saúde representou, em algumas unidades, o início de ações interdisciplinares, estabelecendo a semente para se fomentarem futuras ações de integração no âmbito da graduação.

A presença do docente junto aos alunos no campo da prática traz a ele a oportunidade de acompanhar localmente o desenvolvimento de competências, tutorando o aluno quanto às habilidades, aos conhecimentos e às atitudes fundamentais na formação deste. A tutoria no mundo real, centrada no desenvolvimento dessas competências, propicia oportunidade única de centrar o ensino no aluno, numa primeira volta da espiral do aprendizado em saúde coletiva e em APS.

A possibilidade de desenvolver ações e intervenções fortalece a formação de médicos críticos, sujeitos do próprio percurso pedagógico, aprendendo a desempenhar tarefas e a se envolver como cidadãos e futuros profissionais com protagonismo no enfrentamento dos desafios do SUS. Sob esse aspecto, os alunos conseguem se capacitar quanto às políticas públicas de saúde, na organização e no funcionamento do SUS, valorizando a APS no atendimento às necessidades de saúde da população.

A eventual adaptação do conteúdo programático à imprevisibilidade da realidade diária das UBS gerou, às vezes, momentos de tensão e conflito, uma vez que os alunos no ciclo básico estão habituados a um formato tradicional do processo de ensinar, mais conteudista e formal, o que os torna pouco adaptados à improvisação. Por outro lado, esse desafio se traduziu em um momento privilegiado de desenvolvimento da criatividade desses alunos em situações concretas do mundo real.

Embora haja um longo caminho a ser trilhado, a experiência com o seguimento dessa coorte de mais de uma centena de estudantes durante três semestres, em primeira vivência no SUS, pode ser considerada exitosa. Iluminou a necessidade de intencionalidade pedagógica e de planejamento compartilhado das atividades entre os professores e os profissionais atuantes nos serviços, e, também, a importância do protagonismo do estudante para dar significado ao próprio processo de aprendizagem. Dessa maneira, a instituição formadora consegue alcançar uma inserção sistêmica no SUS, com resultados fundamentais para a formação contemporânea, a qual exige um profissional cientificamente qualificado, dotado de excelência técnica e compromisso social.

REFERÊNCIAS

ADLER, Maristela S.; GALLIAN, Dante M. C. Formação médica e serviço único de saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 38, n. 3, p. 388-396, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2016.

ALVES, Leonir. Portfólios como instrumentos de avaliação dos processos de ensinagem. In: ANASTASIOU, Léa C.; ALVES, Leonir P. (Org.). *Processos de ensinagem na universidade*. Joinville, SC: Editora Univille, 2003.

AMBROSIO, Márcia. *O uso do portfólio no ensino superior*. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

ANASTASIOU, Léa C. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: ANASTASIOU, Léa C.; ALVES, Leonir P. (Org.). *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. 7. ed. Joinville: Univille, 2007.

AUSUBEL, David P. *A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo: Moraes, 1982.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União (DOU)*, 4 set. 2005, n. 212, seção 1, p. 111.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8606-saudenaescola-decreto6286-pdf-1&category_slug=agosto-2011-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 24 abr. 2016.

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 União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 23 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 União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, Francisco E.; AGUIAR, Raphael A. T.; BELISÁRIO, Soraya A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CAMPOS, Francisco C. C.; FARIA, Horácio P.; SANTOS, Max A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/24>. Acesso em: 24 abr. 2016.

CHAMPION, Victoria L.; SKINNER, Celette S. The Health Belief Model. In: GLANZ, Karen; RIMER, Barbara K.; VISWANATH, K. *Health Behavior and health education: theory, research and practice*. 4. ed. San Francisco (US): Jossey-Bass, 2008. p. 45-66.

COELHO, Flavio L. G.; SAVASSI, Leonardo C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev. Bras. Med. Família Comunid.*, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

DIAS, Elizabeth C.; RIGOTTO, Raquel M.; AUGUSTO, Lia G. S.; CANCIO, Jacira; HOEFEL, Maria da G. L. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, p. 2.061-2.070, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600013&lng=en>. Acesso em: 24 abr. 2016.

FEUEWEKER, Laura C. M. Gestão dos processos de mudanças na graduação em Medicina. In: MARINS, João J. N.; REGO, Sérgio; LAMBERT, Jadete B.; ARAÚJO, José G. C. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 17-39.

FEUERWERKER, Laura C. M.; SENA, Rosani R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências. *Interface Comunic. Saúde Educ.*, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/icse/v6n10/04.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2016.

GONTIJO, Eliane D.; ALVIM, Cristina; MEGALE, Luís; MELO, José R. C.; LIMA, Maria E. C. Matriz de competências essenciais na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 37, n. 4, p. 526-539, 2013.

MENDES, Eugênio V. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2016.

NASCIMENTO, Lucila C.; ROCHA, Semiramis M. M.; HAYES, Virginia E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto Contexto Enferm.*, v. 14, n. 2, p. 280-286, abr./jun. 2005.

PERRENOUD, Philippe. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SOTO-AGUILERA, Carlos A.; ROBLES-RIVERA, Karina; FAJARDO-ORTIZ, Guillermo. Actividades profesionales confiables (APROC): un enfoque de competencias para el perfil médico. *Rev Fundación Educ. Med. FEM*, v. 19, n. 1, p. 55-62, 2016.

STEWART, Moira; BROWN, Judith B.; WESTON, Wayne W.; MCWHINNEY, Ian R.; MCWILLIAM, Carol L.; FREEMAN, Thomas. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TOWLE, Angela. Onde está a voz do paciente na educação profissional em saúde? *Interface Comunic. Saúde Educ.* v. 20, n. 57, p. 285-288, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200285&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2016.

WATERS, Ian; WATSON, Willian; WETZEL, Willian. Genograms. Practical tools for family physicians. *Can Fam Physician*. v. 40, p. 282-287, 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2380035/pdf/canfamphys00096-0076.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

WESTBROOK, Robert B.; TEIXEIRA, Anísio. John Dewey. Tradução de José Eustáquio Romão e Verone Lane Rodrigues. Recife: Fundação Joaquim Nabuco: Editora Massangana, 2010. 136 p. (Coleção Educadores). Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me4677.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / UNITED NATIONS CHILDRENS' FUND (WHO/UNICEF). *Primary Health Care: report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR*. Geneva: WHO, set. 1978. <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 maio 2018.

ZOBOLI, Elma L. C. P. Educação médica: negócio da universidade, não da indústria farmacêutica. *Interface Comunic. Saúde Educ.*, v. 4, Ed. Especial, p. 906-908, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a19v1227.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2016.

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Médico de família e comunidade, pediatra, mestre e doutor em Educação em Saúde, especialização em Saúde da Família, qualificação em Gestão do SUS. Docente do Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Saúde Mental e Coletiva (DEMSC) da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto. Docente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais.

savassi@ufop.edu.br

Elizabeth Costa Dias

Especialista em Medicina do Trabalho em 1973, em Saúde Pública, pela Escola Nacional de Saúde Pública/Escola de Saúde de Minas Gerais, em 1980, mestre em Medicina Tropical em 1981 e doutora em Saúde Coletiva, área de Saúde Ocupacional pela Universidade Estadual de Campinas em 1994 e pós-doutorado na Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, USA em 2001. Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG.

bethdias@medicina.ufmg.br

Eliane Dias Gontijo

Médica pela Universidade Federal de Minas Gerais, mestre e doutora em Medicina (Medicina Tropical) pela Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-doutorado em 2005 na Fiocruz. Professora titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social (FMUFMG), na área de Epidemiologia.

egontijo@medicina.ufmg.br