



FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

FLÁVIA CRISTINA CASTILHO CARÁCIO

**A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA ATUAÇÃO EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

MARÍLIA  
2013

Flávia Cristina Castilho Carácio

A formação do profissional de saúde para atuação em Atenção Primária

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em “Ensino em Saúde” da Faculdade de Medicina de Marília para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Ensino em Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luzmarina Ap. Doretto Braccialli

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lucieni de Oliveira Conterno

Marília

2013

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa,  
desde que seja citada fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

Carácio, Flávia Cristina Castilho

A formação do profissional de saúde para atuação em  
Atenção Primária / Flávia Cristina Castilho Carácio. - - Marília,  
2013.

103 f.

Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) - Faculdade  
de Medicina de Marília.

1. Atenção primária à saúde. 2. Escolas de enfermagem.  
3. Escolas médicas.

Flávia Cristina Castilho Carácio

A formação do profissional de saúde para atuação em Atenção Primária

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em “Ensino em Saúde”, da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Ensino em Saúde.

Comissão Examinadora:

Handwritten signature: *Maria José Sanches Marin*  
Profª Drª Maria José Sanches Marin  
Faculdade de Medicina de Marília

Handwritten signature: *Maria Amélia de Campos Oliveira*  
Profª Drª Maria Amélia de Campos Oliveira  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Handwritten signature: *Ossi Lázaro Pinheiro*  
Prof. Dr. Ossi Lázaro Pinheiro  
Faculdade de Medicina de Marília

Handwritten signature: *Luzmarina Aparecida Doretto Bracciali*  
Profa. Dra. Luzmarina Aparecida Doretto Bracciali  
Faculdade de Medicina de Marília

Data de aprovação: 2.5/06/2013

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por estar presente em cada detalhe da minha vida;

Ao **Andre**, meu querido marido, pela dedicação e apoio sem medida;

Aos meus filhos **Lucca** e **Matteo**, que me ensinam a ser uma pessoa melhor;

A toda a minha **Família**, pelo incentivo durante esse percurso;

Aos meus inúmeros **Amigos** queridos, pela compreensão;

A minha orientadora **Profª Drª Luzmarina**, mentora e amiga de todos os momentos;

A minha coorientadora **Profª Drª Lucieni**, pela paciência e carinho;

A querida **Profª Drª Maria Amélia** que não mediu esforços para ajudar;

A **Profª Drª Maria José** pela valiosa contribuição no estudo;

Aos **Professores da Pós-graduação** por possibilitar a qualificação necessária;

A coordenação e funcionários da **Pós graduação** que sempre me auxiliaram;

A estudante **Cacau**, uma jóia rara que encontrei no caminho, pelo apoio;

A todos os **Profissionais** que participaram do estudo;

Aos funcionários da biblioteca que em nome da **Helena** eu agradeço a todos;

A **Vanessa e o Nelson** pelo enorme apoio;

E aos funcionários da **Unidade de Educação** pela contribuição.

***Epígrafe***

---

*“Toda experiência de aprendizagem se inicia com uma experiência afetiva. É a fome que põe em funcionamento o aparelho pensador. Fome é afeto. O pensamento nasce do afeto, nasce da fome.”*

*(Rubem Alves, 2004)*

## RESUMO

A formação do profissional da saúde na perspectiva da integralidade deve possibilitar o desenvolvimento de uma prática resolutiva por meio de um conjunto de ações de saúde, sustentadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de que ocorra a produção do cuidado. Este estudo analisa a formação de enfermeiros e médicos da Faculdade de Medicina de Marília para a atuação em Atenção Primária, identificando as concepções dos docentes, coordenadores e egressos com relação à formação após a reforma curricular dos cursos. Trata-se de um estudo realizado em dois momentos, primeiro um estudo quantitativo, de corte transversal, utilizando um questionário do tipo Likert a fim de avaliar o preparo dos egressos nos cursos de enfermagem e medicina para as ações em Atenção Primária, do qual participaram 174 sujeitos, entre coordenadores, docentes e egressos desses cursos. Em um segundo momento foi realizado um estudo exploratório e qualitativo, por meio de entrevistas com 21 sujeitos, representantes de todas as categorias que participaram da primeira etapa. Os resultados revelaram que ambos os cursos vem preparando os profissionais para atuar com território definido para realizar ações individuais e coletivas, acolhimento com vínculo e responsabilização, atendimento inicial às urgências e trabalho em equipe. Entretanto, vem preparando pouco para as ações de gestão, cuidado coletivo, participação social e para as atividades educativas. Verificou-se ainda, que o uso das metodologias ativas e a introdução dos estudantes desde o início da graduação na Atenção Primária tem sido importante para a construção do conhecimento em ambos os cursos. As principais conclusões do estudo apontam para a necessidade do fortalecimento da parceria ensino serviço e de estratégias que busquem o alinhamento da formação do médico para atuação em Atenção Primária.

**Palavras-chave:** Atenção primária a saúde. Ensino de enfermagem. Ensino médico.



## **ABSTRACT**

The professional health formation, in perspective of integrality should enable the development of a resolute practice by means of groups of health actions, sustained by the Unique Health System's principles and guidelines, in order that occurs the production care. This study seeks to analyze the training of nurses and doctor at the Marilia Medicine College in Primary Care acting, identifying the conceptions of professors, coordinators and graduation students related to training after the curriculum reform of the courses. This is a study conducted in two stages, first a quantitative, cross-sectional, using a Likert questionnaire to assess the preparedness of graduates in medicine and nursing courses for First Care actions, which was involved 174 individuals, among coordinators, teachers and graduates of these courses. In the Second, it was performed an exploratory and qualitative study, by interviews with 21 individuals, representatives of all categories that participated in the first stage. The results revealed that both courses has been preparing professionals to work with defined territory to achieve individual and collective actions, with host bond and accountability, initial care to the emergency room and teamwork. However, a little has been preparing for the actions of management, social participation and educational activities. It was also found that the use of active methodologies and the introduction of students since the beginning of the course in Primary Care acting has been important for the construction of knowledge in both courses. The main findings of the study point to the need of strengthening of the partnership between the teaching service and the strategies that seek alignment of medical training to work in Primary Care.

**Keywords:** Primary health. Nursing education. Medical education.

## ***Lista de Figuras e Tabelas***

---

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Mapa da rede de serviços de saúde Marília – SP, 2012.....	40
Figura 2 - Figura do complexo Famema, 2012.....	41

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Caracterização dos 174 participantes do estudo, entre egressos, docentes e coordenadores da Faculdade de Medicina de Marília e da Secretaria Municipal de Saúde, Marília, 2012.....	49
Tabela 2 - Caracterização dos 21 participantes entrevistados, Marília, 2012.....	51
Tabela 3 - Resposta dos 174 participantes do estudo, utilizando escala de Likert em relação ao preparo dado pelos cursos de enfermagem e medicina da Faculdade de Medicina de Marília para atuação na Atenção Primária, Marília, 2012.....	66
Tabela 4 - Resposta as perguntas com relação ao preparo dos cursos de enfermagem e medicina da Faculdade de Medicina de Marília para atuar na Atenção Primária de acordo com a função dos participantes, Marília, 2012.....	69

## ***Lista de Siglas***

---

## LISTA DE SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
CNE	Conselho Nacional de Educação
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
IDA	Integração Docente Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET SAUDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRO SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROMED	Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PSF	Programa Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Marília
SUS	Sistema Único de Saúde
UNI	Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais da Saúde
UPP	Unidade de Prática Profissional

## APRESENTAÇÃO

O interesse em estudar a formação do profissional de saúde para atuar na Atenção Primária está relacionado com o início da minha vida profissional como enfermeira de Unidade de Saúde da Família localizada na área rural do município de Marília. Ao me deparar com uma prática complexa de trabalho, composta por uma diversidade de situações sociais e demográficas que iam além das doenças e da realização com destreza das técnicas aprendidas durante a faculdade, questionei-me sobre como obter conhecimento para atuar nesse cenário a fim de poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida daquela comunidade.

Dentre as maiores angústias vivenciadas no início do trabalho destacaram-se o planejamento das ações em saúde, o trabalho em equipe, a intersetorialidade, as ações educativas, a necessidade de ampliar o olhar para o cuidado coletivo, dentre tantos outros desafios postos no contexto da Atenção Primária.

Logo após esse início, surgiu a possibilidade de realizar o curso de especialização em Saúde da Família ministrado pela Famema, que foi uma grande oportunidade para a discussão das práticas em saúde, especialmente por ter ocorrido por meio de metodologias ativas e com um grupo de colegas que estavam vivenciando situações semelhantes em Atenção Primária, contribuindo assim muito para o desenvolvimento de um olhar mais crítico e ampliado sobre a realidade da vida e saúde das pessoas e das coletividades.

Nos últimos sete anos, atuei na coordenação da Atenção Primária no município de Marília e pude olhar novamente para a questão da formação, mas sob um novo ângulo: o desafio de receber novos profissionais com as mais diversas formações em saúde e perceber a forma como concebem e desenvolvem sua prática junto às equipes de saúde, o que me possibilitou compreender a necessidade do fortalecimento da formação em saúde para a qualificação do trabalho em Atenção Primária.

Observei que a maioria dos profissionais reproduz o modelo biomédico, centrado na doença e no cuidado individual, obtendo uma resolução temporária das

necessidades trazidas pelos usuários, e não trabalhando na perspectiva do cuidado integral. As ações das equipes para o cuidado coletivo e participação social são pontuais e pouco frequentes. Na maioria das equipes o trabalho é vivenciado com limitações, visto que prevalece a prática fragmentada do conhecimento, com alta rotatividade dos profissionais, gerando a descontinuidade das propostas da equipe.

Além disso, acompanhando os profissionais, percebi que estes ingressam no mercado de trabalho com pouca bagagem crítica em relação à complexidade desse cenário, sendo em sua maioria, construída nas relações de trabalho no dia a dia, e assim apresentando limitações para a atuação. Os momentos para reflexão que podem auxiliar nesse processo são poucos, o que dificulta a aquisição de novas ferramentas que possam ser utilizadas para tornar o trabalho mais resolutivo e prazeroso, e por isso, sendo necessário ultrapassar esse momento e introduzir educação permanente junto aos serviços de saúde.

A Famema, em sua trajetória, por meio das mudanças curriculares e da inserção de docentes e estudantes em projetos articulados junto ao serviço, vem buscando superar o descompasso que existe entre as relações da formação e o serviço, procurando formar profissionais críticos e com possibilidades de atuar frente às necessidades do contexto do SUS. Nesse sentido, a proposta curricular atual dos cursos de enfermagem e medicina da Famema vem privilegiando a inserção precoce dos estudantes nos serviços de saúde, com uso de metodologias ativas em ambos os cursos, o que possibilita ao estudante compreender melhor a dimensão da Atenção Primária.

Por fim, sendo a formação do profissional da saúde um desafio frente à complexidade das ações que estão postas no cenário de prática, a Famema tornou-se um importante objeto de estudo a fim de compreender como os coordenadores, docentes e os egressos dessa instituição que passaram por uma formação diferenciada a partir das mudanças curriculares dos cursos de medicina e enfermagem concebem o preparo dos cursos para atuar frente ao contexto da Atenção Primária.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
2.1 O contexto do trabalho em saúde para a formação profissional.....	21
2.2 A formação do profissional da saúde para atuar na Atenção Primária .....	24
2.3 A formação do enfermeiro .....	28
2.4 A formação do médico.....	30
2.5 O processo de ensino e aprendizagem na Famema .....	31
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>35</b>
3.1 Objetivo geral.....	35
3.2 Objetivos específicos .....	35
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>37</b>
4.1 Tipo do estudo .....	37
4.2 Local do estudo .....	38
4.3 População do estudo .....	41
4.4 Coleta de dados.....	42
4.5 Análise dos dados .....	43
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>47</b>
5.1 Caracterização dos grupos estudados.....	47
5.3 Metodologia ativa e a formação dos estudantes na Famema.....	57
5.4 Estratégias necessárias para a transformação da formação na Famema .....	59
5.5 Formação profissional e as ações desenvolvidas na Atenção Primária. ....	63
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>70</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>84</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>89</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>91</b>





## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo buscou compreender a formação de enfermeiros e médicos da Famema para atuar na Atenção Primária, visto que a formação dos profissionais de saúde nessa instituição vem passando por importantes mudanças ao longo dos anos em seus currículos e métodos de ensino aprendizagem, considerando os princípios e diretrizes do SUS, na busca pela melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades, preparando os profissionais para a atuação junto a Atenção Primária.

Nesse sentido, a Famema tem proporcionado a formação dos profissionais de saúde em consonância com as mudanças no cenário nacional de educação em saúde marcada pela adesão a vários projetos, como o de Integração Docente Assistencial - IDA em 1983 e Uma Nova Iniciativa - UNI em 1992 para a formação dos profissionais de saúde.<sup>1</sup>

Em 1997, foi elaborado um novo projeto educacional para o curso de Medicina, denominado Projeto FAMEMA 2000, fortalecido pelo Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina - PROMED, que introduziu as metodologias ativas em ambos os cursos.<sup>1</sup>

Foi assim que a Famema realizou a primeira mudança curricular dos cursos de medicina e enfermagem em 1997 e 1998, respectivamente, privilegiando em uma extensa parte dos currículos a formação junto à Atenção Primária. Em consonância com a atual política de formação para os cursos da saúde, em 2003 a Famema realizou a segunda mudança curricular com a introdução do currículo integrado e organizado por competências, que inseriu precocemente os estudantes de ambos os cursos na Atenção Primária.<sup>2</sup>

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE em 2005 reforçou a utilização das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com a formação centrada no estudante como sujeito da aprendizagem, tendo o professor o papel de facilitador do processo de construção de conhecimento, o que fortaleceu o novo currículo e vem buscando por meio da

prática de trabalho de docentes e coordenadores a formação generalista, voltado para o mercado de trabalho dos profissionais de saúde.<sup>2</sup>

Nesse sentido, a formação do profissional de saúde na Famema vem buscando fortalecer a parceria entre os cenários de prática e a faculdade, a fim de, permitir ao estudante o entendimento das necessidades que as pessoas demandam em todas as dimensões do cuidado nos serviços de saúde. O Pacto pela Vida e de Gestão em defesa do SUS reforçou o papel do município na articulação e cooperação com as mudanças na formação, por meio da elaboração dos projetos políticos de saúde e de educação, comprometidos com a transformação da prática profissional.

Dessa forma, o SUS deve ser o ordenador da formação dos profissionais de saúde e a formação precisa ser um pilar estruturante que possibilite a construção do conhecimento a partir da vivência da prática. As unidades de saúde da família têm sido cenário tanto para a formação, como para a prática dos profissionais de saúde e devem produzir o cuidado por meio de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, frente às necessidades dos diferentes territórios, sendo o centro de comunicação e articulação com os serviços de saúde.<sup>3</sup>

A Estratégia de Saúde da Família como Política Nacional foi formulada pelo Ministério da Saúde em 1994 para possibilitar mudanças nas práticas dos profissionais de Atenção Primária, a fim de atender de forma resolutiva as necessidades de saúde da população. Para tanto, ocorreram nesses últimos anos, ampliações nas diretrizes em Atenção Primária na busca da qualificação dos serviços para oferecer cuidados mais amplos, integrados e apropriados, enfatizando a prevenção e a promoção como forma de garantir o acesso universal.<sup>4</sup>

A complexidade do cenário nas Unidades de Saúde da Família em função da realidade social que as famílias vivenciam faz com que os profissionais sintam que tenham que atuar com um arsenal de atributos e recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos, o que causa a sensação de impotência e despreparo profissional para atuar na Atenção Primária. Esse sentimento de inadequação ou insuficiência de preparo para o trabalho muitas vezes é relacionado à falta conhecimento suficiente durante a formação.<sup>5</sup>

O que se observa é que o profissional recém-formado distancia-se da prática ampliada, vivenciando a racionalização do cuidado nas especialidades médicas que, em sua maioria, não possuem um programa ampliado, constituído por diferentes profissionais que atuam de forma complementar, focalizando o aprendizado em procedimentos, técnicas e patologias que são identificadas e tratadas com medicamentos e aparelhos de alta tecnologia, nos ambulatórios de média e alta complexidade, sem a articulação com os serviços de Atenção Primária.<sup>3</sup>

Na grande maioria das especialidades médicas são valorizadas as intervenções imediatistas, que se utilizam das tecnologias duras e leve-duras e que não possibilitam ao especializando a co-responsabilidade no cuidado integral compreendendo que a tecnologia resulta de um produto, que pode ser um bem durável ou uma teoria, em bens ou produtos simbólicos e podem ser classificadas em leve quando falamos de relações, acolhimento, gestão de serviços; em leve-dura quando nos referimos aos saberes mais estruturados e duros quando envolvem os equipamentos tecnológicos, estas, permeiam o processo de trabalho sendo ao mesmo tempo processo e produto.<sup>5</sup>

Tendo em vista a complexidade das necessidades e dos problemas de saúde no Brasil, as instituições de ensino superior devem buscar a construção de um modelo pedagógico que considere as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. Além do conhecimento técnico de cada área de atuação, o futuro profissional precisa ser instrumentalizado para atuar frente às necessidades de saúde da população por meio da atuação interdisciplinar e multiprofissional, a fim de garantir o cuidado integral.<sup>3</sup>

Dentro dessa proposta, a Famema adotou a inserção precoce dos estudantes nos vários cenários de prática junto as Unidades de Saúde da Família, a fim de potencializar a prática profissional em um processo de ação-reflexão- ação, de forma articulada com a equipe local, para o reconhecimento de todo esse processo construído diariamente pelas equipes, tendo o foco as necessidades de saúde da população.<sup>2</sup>

A formação para área da saúde deve abarcar a produção de subjetividades, habilidades técnicas, de pensamento e conhecimento adequados para as

necessidades do sistema de saúde, objetivando transformações nas práticas e na própria organização do trabalho, a fim de atender as diversas dimensões das necessidades de saúde das pessoas e das coletividades.<sup>6</sup>

A relevância do tema reside na busca para entender o que acontece com a formação dos profissionais de saúde que, mesmo saindo de uma formação generalista, com o uso de metodologias ativas no processo de ensino e aprendizagem, posteriormente não demonstram interesse por essa área, nem apresentam um bom desempenho no trabalho junto a Atenção Primária, o que tem sido percebido pelos profissionais como uma questão cultural, que está relacionada com o mercado de trabalho na lógica capitalista, que desestimula a opção pelo trabalho na Atenção Primária durante e após a formação.

Frente a esta problemática, tem se como questão de estudo: Qual a contribuição da graduação da Famema para a atuação do médico e do enfermeiro na Atenção Primária?

***Referencial Teórico***

---

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O contexto do trabalho em saúde para a formação profissional

Na prática dos serviços de Atenção Primária prevalece a atuação dos profissionais em ações curativas, individuais e fragmentadas, com grande idealização na formação na especialização médica, contradizendo a necessidade de mudança para práticas inovadoras que considerem as atuais políticas públicas de saúde para a transformação das práticas nos serviços de saúde rumo à integralidade do cuidado.<sup>7</sup>

A situação de crise em que se encontram os serviços do SUS no que diz respeito à forma como vem sendo construído o processo de implantação das equipes de saúde da família e a falta de qualificação das equipes existentes é motivo de grande preocupação.<sup>8</sup>

Há inúmeros desafios a enfrentar na saúde pública atualmente, considerando que não é possível oferecer atenção integral à saúde de forma isolada, sem a articulação das relações técnicas e políticas. Por isso, a qualificação dos trabalhadores do SUS é de fundamental importância.<sup>8</sup>

Nesse sentido, é preciso enfrentar mudanças na atuação dos profissionais de saúde, que vem desconsiderando a potencia das práticas interdisciplinares, visto a necessidade de outros saberes para lidar com as complexas demandas trazidas pelo usuário e seus familiares aos serviços de saúde, o gera insatisfação nos profissionais e a descontinuidade do cuidado.<sup>7</sup>

A desvalorização do profissional ocorre quando situações complexas são tratadas superficialmente, vivenciando uma prática de trabalho pouco resolutiva, que não possibilita de fato a melhoria da qualidade de vida das pessoas e coletividades. Com isso, aumenta a busca por serviços de urgência e emergência, modulada pela incapacidade de articulação do sistema para oferta resolutiva e compatível com as necessidades da Atenção Primária.<sup>8</sup>

A organização da Atenção Primária é um caminho potente para a reorientação das práticas em saúde, mas precisa ser revista na forma como vem sendo desenvolvida pelos profissionais, sendo necessário implementar espaços de discussão, análise e reflexão no cotidiano do trabalho e dos referenciais que as orientam. Para tanto, é necessário a construção de novas formas de agir, tendo em vista os desafios da integralidade, das redes de atenção e da participação popular.<sup>9</sup>

As ações de saúde devem estar pautadas nas necessidades de cada território, sendo que na Atenção Primária é possível resolver a grande maioria dos problemas de saúde demandados pelos usuários, possibilitando aos profissionais o encaminhamento para uma rede de serviços quando necessário, de forma que possa coordenar esse processo. Entretanto, esse ainda é um movimento novo para os profissionais de saúde e desafiador para as equipes de Atenção Primária e requer para tanto, dentre muitas operações de trabalho, o preparo deles para a constituição de equipes que possam atuar de forma transdisciplinar.<sup>8</sup>

A Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, em 1978, foi um marco inicial importante para a organização da Atenção Primária por meio da declaração de Alma-Ata, culminando mais tarde no Movimento Sanitarista no Brasil em que houve a sistematização das bases conceituais do SUS no final da década de 80, ampliando a discussão da integralidade.

Atualmente com a organização da Política Nacional de Atenção Básica de 2011, o que se busca é auxiliar os profissionais a desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Para tanto, utiliza tecnologias de alta densidade tecnológica que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território, observando critérios de vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.<sup>10</sup>

Assim, os profissionais da Atenção Primária devem considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando a atenção integral, com a intencionalidade de dar diretriz a esse processo, em que a Atenção Primária deve ser desenvolvida por um conjunto de ações de saúde em âmbito individual e



coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.<sup>10</sup>

Para isso, requer que os profissionais e as equipes que integram a Atenção Primária utilizem mecanismos para organização e funcionamento das unidades, acolhendo e resolvendo a maioria dos problemas de saúde da população com o estabelecimento de vínculo e co-responsabilização, garantindo a longitudinalidade do cuidado prevista pela portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.<sup>10</sup>

É papel dos profissionais que atuam em Atenção Primária a definição do território de atuação, a programação e a implementação de atividades de acordo com as necessidades da população, com ações que priorizem os grupos de risco por meio de acolhimento, com escuta qualificada e classificação de risco. Sua responsabilidade é prestar assistência resolutiva à demanda espontânea e realizar o primeiro atendimento às urgências e às ações programadas de forma contínua e planejadas, de forma interdisciplinar e em equipe, por meio das ações individuais e coletivas, dentro e fora do espaço da unidade de saúde, conforme as necessidades das coletividades.<sup>10</sup>

Para que os profissionais da Atenção Primária possam coordenar a integralidade em seus vários aspectos é necessário articular as ações programáticas e as demandas espontâneas com as ações de prevenção e promoção à saúde, vigilância, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e gestão necessárias para garantir o cuidado, deslocando o processo de trabalho, que atualmente está centrado em procedimentos, para que o foco da equipe esteja no usuário.<sup>10</sup>

De forma que o processo de trabalho ocorra, são exigidos esforços tanto do profissional de saúde, como das articulações políticas e técnicas em saúde, com o uso de ferramentas para gerir esse processo a fim de possibilitar uma prática resolutiva do sistema de saúde que deve estar organizado de forma a contribuir com essa prática.<sup>11</sup>

O sistema de saúde vem sendo concebido em uma lógica de funcionamento em que a Atenção Primária é a principal articuladora do SUS, por meio do trabalho nas Redes de Atenção à Saúde, que, dentre tantas outras frentes de atuação e reorganização, como o processo do financiamento do sistema, precisa repensar a questão da formação de profissionais voltados para essa realidade de atuação.<sup>12</sup>

Entretanto, embora o modelo de atenção à saúde esteja posto em teoria, na prática ainda requer muito empenho de todos os atores envolvidos para que sejam enfrentadas as situações de saúde que são complexas e estão postas no dia a dia dos gestores e dos profissionais de saúde.<sup>11</sup>

No cotidiano dos serviços, ainda são muitos os problemas que vem sendo enfrentados pelos estudantes e profissionais nas unidades, tanto do ponto de vista da fragilidade do sistema em âmbito maior, quanto das dificuldades locais; como o estrangulamento das especialidades, a falta de articulação dos serviços de saúde, a precariedade da gestão da clínica e a dificuldade de desenvolver ações educativas, voltadas para as ações coletivas em co-responsabilidade com a comunidade.<sup>11</sup>

A formação dos profissionais da saúde para Atenção Primária nesse sentido precisa trazer mudanças concretas nas práticas dos serviços de saúde para que possa alterar os cenários de formação, junto às unidades de Saúde da Família, que atualmente são desestimulantes para o estudante visto a precariedade dos serviços, sendo contraditório a vivência do cenário real com as necessidades de mudança do sistema para uma nova concepção de saúde.<sup>11</sup>

## **2.2 A formação do profissional da saúde para atuar na Atenção Primária**

O ensino em saúde é alvo de críticas quanto à capacidade de cumprir as finalidades gerais de seus programas e desenvolver no estudante o protagonismo requerido pelos futuros profissionais envolvidos com a co-gestão do sistema de saúde. A formação pode ser um espaço privilegiado para construção da prática generalista. Uma proposta transformadora dos processos de formação e organização dos serviços deveria ser alicerçada na articulação adequada entre o sistema de saúde, suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras.<sup>13</sup>

A formação dos profissionais de saúde precisa evoluir a fim de buscar a construção de um profissional capaz de conduzir de forma autônoma seu processo de aprendizagem ao longo da vida; capaz de se adaptar às mudanças, raciocinando criticamente e tomando decisões fundamentadas em sua própria avaliação.<sup>14</sup>

A formação generalista é um caminho potente visto que possibilita a valorização do vínculo com o usuário, ao contrário da prática observada atualmente, que apresenta relações unilaterais, determinado pelo poder do profissional da saúde, onde ele diz o que deve ser feito e o usuário acata, de forma passiva, as orientações.<sup>13</sup>

Com relação à graduação dos profissionais de saúde, observa-se que a formação generalista é pouco valorizada tradicionalmente. No caso da medicina, desenvolveram-se inúmeras especialidades, o que dificulta pensar no cuidado de forma integral, visto que o aprendizado ocorre de maneira fragmentada, desestimulando o estudante para a aquisição do conhecimento de forma ampla e crítica no contexto nas situações de saúde. Os cursos de graduação em saúde continuam voltados para conteúdos especializados, que permeiam os currículos e multiplica-se em disciplinas e conteúdos.<sup>13</sup>

A concepção diferenciada que se busca na educação está organizada em torno dos quatro pilares do conhecimento, sendo eles: “aprender a conhecer”, que leva em conta as rápidas alterações provocadas pelo progresso científico e as novas formas de atividade econômica e social; “aprender a fazer”, a fim de adquirir não somente qualificação profissional, mas, de maneira mais ampla, competências que tornem o sujeito apto a enfrentar as diferentes situações; “aprender a ser”, para melhor desenvolver sua personalidade com autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal; “aprender a viver juntos”, para desenvolver o conhecimento acerca dos outros e, a partir daí, criar um espírito novo que conduza à realização de projetos comuns.<sup>15</sup>

A formação do profissional da saúde necessita de uma estrutura que permita e facilite o trânsito entre teoria e prática. Os docentes devem ser mediadores fundamentais nessa relação, orientando e facilitando o processo de ensino e aprendizagem. A participação dos serviços de saúde nesse processo, com seus

profissionais desempenhando o papel de preceptores e supervisores de estudantes, contribui para a definição e a organização de um currículo que possibilite a prática do estudante voltado para o desenvolvimento em conjunto com as atividades das equipes de saúde.<sup>16</sup>

Desta forma, a função do docente é de dar sustentação às atividades educativas que se iniciam com a familiarização do estudante com o novo processo pedagógico que passa a vivenciar. Essa prática educativa estimula o estudante a expor suas idéias, dúvidas, sentimentos, conhecimentos e valores, sem medo de ser ridicularizado, punido ou sofrer outras consequências comuns no ensino tradicional.<sup>16</sup>

No trabalho pedagógico o estudante deve assumir um papel ativo de reflexão da prática, numa trajetória estimulante, que possibilite a construção de significados, o desenvolvimento de capacidades para o trabalho em saúde, o reconhecimento das próprias dificuldades e a elaboração de propostas para sua superação.<sup>16</sup>

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) articuladas com as propostas do Ministério da Saúde (MS) impulsionam a formação de profissionais de saúde mais preparados para atuar no SUS com o intuito de ultrapassar o modelo biológico centrado na doença, nas técnicas e procedimentos, com forte estímulo à medicalização.<sup>17</sup>

É imprescindível que as diferentes instâncias entre serviços e gestão, articulem caminhos para a formação de novos profissionais de saúde, possibilite estratégias para capacitação e educação permanente das pessoas que já se integraram o sistema de saúde e legitimem intervenções eficazes e eficientes em quantidade e qualidade para atingir todo o país.<sup>17</sup>

O profissional de saúde que se espera formar pelas instituições de ensino é aquele que proporciona o cuidado à saúde em sua integralidade e, nesse sentido, a gestão do cuidado deve abarcar as dimensões individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, a fim de gerir o cuidado em saúde e dar conta da complexidade e heterogeneidade do objeto.<sup>17</sup>

Assim, o grande desafio das instituições de ensino é formar profissionais contextualizados com a realidade, generalistas, críticos e reflexivos, que saibam atuar em equipe multiprofissional nas diversas áreas de atenção à saúde, como apontam as DCN.<sup>18</sup>

Para formar estes profissionais de saúde, os currículos das IES têm um papel fundamental. Essa não é uma realidade abstrata, pois incorpora os conflitos de interesses da sociedade e os valores dominantes nos processos educativos. Não é mais possível para os cursos de saúde admitir currículos e propostas isoladas, verticalizadas e descontextualizadas em seus diversos segmentos.<sup>19</sup>

É dever, então, organizarem-se de diferentes formas, explicitando os compromissos e as crenças dos sujeitos envolvidos sobre as funções a serem desempenhadas pela escola na sociedade. Partem daquilo que pensam sobre as possibilidades das pessoas adquirirem conhecimentos, habilidades, atitudes e valores para atingir o que pretendem.<sup>19</sup>

Tendo o propósito de atender as DCN, o currículo integrado e organizado por competências, proporciona a formação menos fragmentada do profissional de saúde, com maior articulação entre teoria e prática, sob os olhares de diversos profissionais e ou disciplinas. Cria-se as condições necessárias para propiciar a motivação para a aprendizagem significativa na vida pessoal e profissional do estudante; proporciona maior liberdade para aprender a aprender, assim como para realizar pesquisas relacionadas ao contexto vivido.<sup>20</sup>

No currículo integrado e orientado por competência, a formação do futuro profissional de saúde deve permitir articular os recursos cognitivos, afetivos e psicomotores em determinada situação da prática profissional em diferentes contextos<sup>19</sup>. Para que as mudanças nos cursos da saúde ocorram, é fundamental buscar aproximar a formação da prática dos serviços de Atenção Primária no planejamento do currículo.<sup>20</sup>

Nesse contexto, a ESF passa a ser um cenário privilegiado de reorganização do modelo de atenção e, para tanto, deve realizar ações de saúde que visam ao cuidado integral, por meio da definição de um território e da atuação

em equipe, buscando estimular a autonomia dos sujeitos, com relações interpessoais mais horizontais, com vínculos solidários, a participação social e a gestão compartilhada voltada para uma prática humanizada e de qualidade.

### **2.3 A formação do enfermeiro**

A formação do enfermeiro no Brasil teve início em 1890 com a necessidade de preparar profissionais para atuar em hospícios e hospitais militares com forte influência das escolas da França. Em 1923 houve a abertura da primeira escola de enfermagem no Rio de Janeiro, a escola Ana Neri, que foi um marco na história da enfermagem no Brasil, adotando e seguindo por quase 70 anos o modelo flexneriano, que após o início do SUS na década de 80 em diante teve seu padrão de ensino alterado.<sup>21</sup>

Nesse cenário do SUS, houve a abertura de novas escolas de enfermagem dando início a uma discussão nacional de mudanças na formação do enfermeiro, levando a elaboração do projeto político da profissão com a organização de um currículo mínimo da profissão em 1994. Esse profissional desde então deve ser; generalista, crítico e reflexivo, com competência técnico - científico e ético-político, social e educativa, o que foi amplamente discutido em diversos fóruns de saúde, culminando com as atuais diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde de 2001.<sup>21</sup>

Dessa forma, a formação atual do enfermeiro está intimamente relacionada com a trajetória histórica da profissão que envolve as determinações sociais, econômicas e políticas, organizado inicialmente pela divisão do trabalho de acordo com a classe social, sendo que as classes menos favorecidas dedicavam-se ao cuidado direto aos pacientes e as mais favorecidas à supervisão.<sup>21</sup>

Essa dicotomia contribuiu para o início da fragmentação e da hierarquização observada ainda nos dias de hoje na organização do trabalho da enfermagem. A organização da prática da enfermagem foi perpassada por relações de poder: os enfermeiros ficam focados na administração e supervisão do cuidado, enquanto os técnicos e os auxiliares realizam as atividades assistenciais de cuidado ao paciente e na maioria das vezes não participam da tomada de decisão.<sup>21</sup>

O processo de formação do enfermeiro vem sofrendo mudanças de acordo com as exigências de cada época, em um percurso que reflete a organização do trabalho de enfermagem.<sup>21</sup>

Mais recentemente, impulsionada principalmente pela política neoliberal que vem contribuindo com a precarização das condições de trabalho. No modo de produção capitalista, que privilegia a industrialização de medicamentos, a modernização dos hospitais e a produtividade, o trabalhador executa seu trabalho sem compreender o que está fazendo, o que o distancia da prática do trabalho em equipe requerida pelo o cuidado integral em saúde.<sup>21</sup>

A implementação do SUS em 1988 trouxe inúmeras modificações para os profissionais da saúde, e desde então, sendo um momento favorável à expansão do mercado de trabalho na área da saúde. Isso tem contribuído para uma mudança em relação ao interesse pela enfermagem como profissão, resultando em aumento expressivo da procura do curso, o que vem acarretando o crescimento do número de cursos e oferta de vagas.<sup>21</sup>

Essa tendência expansionista de cursos e instituições de ensino de enfermagem foi percebida como a solução para suprir o déficit de enfermeiros no País, em consonância com a política governamental de expansão de vagas e de acesso da classe média ao ensino superior.<sup>21</sup>

Na década de 90, a implantação da Estratégia de Saúde da Família criou uma perspectiva atraente no mercado de trabalho para os enfermeiros com o aumento de postos de trabalho em todo o setor da saúde. Desde então, o modelo tradicional de prática em Atenção Primária vem convivendo com a necessidade de mudanças na formação e vem buscando a organização dos currículos para o desenvolvimento de competências, habilidades e conteúdos capazes de atender às necessidades de saúde dos usuários com qualidade, eficiência e resolutividade.<sup>21</sup>

As DCN para o curso de enfermagem definiram um novo perfil profissional, privilegiando a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com o exercício pautado em princípios científicos, intelectuais e éticos.<sup>22</sup>

Um grande desafio para a enfermagem está na ampliação da qualificação dos profissionais de modo que possam participar como sujeitos do mundo do trabalho, contribuindo para a construção de práticas que visem ao cuidado integral.<sup>22</sup>

Dessa forma, a preocupação com a organização do currículo da graduação, a vivência da prática e o uso de mecanismos disparadores efetivos, como as metodologias ativas, tem sido de grande interesse para a pesquisa a fim de ampliar esse domínio entre as instituições formadoras.<sup>22</sup>

## **2.4 A formação do médico**

A história da Educação Médica no Brasil teve início em 1808 com vinda da família real para o país. Foi neste momento que houve a abertura da primeira escola médica em Salvador. As escolas médicas do Rio de Janeiro e São Paulo, criadas posteriormente, funcionavam de forma precária.<sup>23</sup>

Em 1891, o ensino superior no Brasil sofreu transformações em consequência da Reforma Benjamin Constant, que definiu a organização do ensino por meio de uma estrutura curricular com aulas teóricas e práticas. A partir de 1926, com a influência do modelo flexneriano, os cursos de medicina passaram a ser ministrados em período integral. Apenas na década de 50 tiveram início as residências médicas, deflagrando o debate sobre a formação.<sup>23</sup>

Na década de 60, com o entendimento da insuficiência da formação médica para atender aos problemas de saúde da população, implantaram-se experiências com bases no modelo de medicina preventiva que levavam em conta a questão social. Foi um momento de grande expansão das escolas médicas.<sup>23</sup>

Sob a influência da medicina preventiva e do movimento da medicina comunitária, houve um grande marco na saúde com a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em 1978. A Declaração de Alma-Ata buscou a reorientação do modelo assistencial.<sup>23</sup>

O contexto do SUS na década de 80 possibilitou a construção de uma nova concepção das práticas em saúde e da organização da formação do profissional médico, que foi fortalecido pelas DCN em 2001 na busca de inovações curriculares



para a formação, possibilitando a construção de novas concepções nas instituições de ensino de todo o Brasil, com o envolvimento nacional para que as mudanças ocorram.<sup>23</sup>

Para que seja alcançado o modelo de atenção voltado para a integralidade do cuidado é necessária a associação de conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas e novas micropolíticas para o trabalho em saúde. Entretanto, o que se apresenta na atualidade são os dois modelos que convivem de forma contraditória ou complementar: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitário, sendo que ambos não contemplam a integralidade. É preciso encontrar caminhos que possibilitem a melhoria da qualidade de vida das famílias por meio do cuidado integral em saúde.<sup>24</sup>

Considerando o SUS como ordenador da formação médica, é necessário reconhecer a importância da ruptura do paradigma biomédico que ainda sustenta as práticas nos serviços de saúde e na formação, mudando o foco da formação de especialistas e do desenvolvimento de ações prioritariamente assistencialistas para uma nova prática em saúde e para tanto, precisamos construir o novo efetivando assim, currículos que possam dar conta de desenvolver nos profissionais, práticas de ações integrais em saúde voltadas para o cuidado efetivo da população.<sup>24</sup>

## **2.5 O processo de ensino e aprendizagem na Famema**

A Famema criada em 1966, vem demonstrando sua preocupação com o processo de ensino aprendizagem desde a década de 80 com a inclusão do Programa IDA – financiado pela Fundação Kellogg que iniciou mudanças nos cursos de enfermagem e medicina articulando a formação com a comunidade e aos serviços de Atenção Primária no município de Marília, buscando assim a formação de um novo profissional de saúde.<sup>2</sup>

A formação na Famema considerou desde então uma concepção pedagógica para a formação dos profissionais não restritas aos conteúdos das disciplinas, mas sim uma concepção fundamentada na prática realizada nos serviços, onde a avaliação não deve privilegiar a memorização, mas sim o desenvolvimento das competências profissionais durante a formação do médico e enfermeiro.<sup>2</sup>

As mudanças curriculares que foram ocorrendo na formação permitiram a introdução das metodologias ativas de ensino nos cursos de enfermagem e medicina com a elaboração do projeto FAMEMA 2000, levando a uma profunda discussão e amadurecimento dos diversos atores ligados ao processo de formação. Em 2003 realizou-se uma nova mudança curricular com a introdução precoce dos estudantes junto aos cenários de prática.<sup>2</sup>

Nesse novo currículo existe a integração de ambos os cursos nas ESFs desenvolvendo as mesmas tarefas e desempenhos nas primeiras e segundas séries iniciais dos cursos. A quarta série de medicina retorna na ESF junto ao profissional desta para o atendimento clínico e a enfermagem no seu último ano, atuando junto ao enfermeiro da ESF, com o acompanhamento de um docente para as ações individuais, coletivas e de gestão do processo de trabalho.<sup>2</sup>

Em consonância com as DCN, a Famema vem buscando formar profissionais mais preparados para atuar nas necessidades de saúde postas no contexto atual em saúde. Para o curso de enfermagem a competência profissional a ser alcançada está relacionada com a tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente e as competências para o curso de medicina estão relacionadas com a atenção a saúde de pessoas e coletividades, administração e o gerenciamento do trabalho em saúde e educação.<sup>2</sup>

Nesse sentido, a graduação de medicina e enfermagem esta organizada por um currículo que possibilita que o aprendiz aproxime-se do sujeito crítico, curioso epistemologicamente, que constrói, constata e reconstrói para mudar, visto que toda a prática educativa requer a existência de sujeitos que ensinando, aprendem e que aprendendo, ensinam. Disso decorre o cunho gnosiológico da educação. É gnosiológica porque a finalidade da educação é o conhecimento e que para tanto acontece em uma prática diretiva e política já que a atividade educativa não é neutra e ocorre com uma intencionalidade.<sup>25</sup>

A formação com o uso das metodologias ativas se diferencia do ensino tradicional, que envolve a exposição do conteúdo por meio da oratória, elemento fundamental da técnica em que o docente diz o que deve ser feito e cabe ao estudante memorizar o conteúdo sem refletir sobre o conhecimento para incorporá-lo

à prática, visto proporcionar a reflexão sobre os pensamentos e as experiências práticas, oferecendo oportunidade para mudar o que pensamos e fazemos por meio da análise crítica leva ao entendimento integral da saúde.<sup>26</sup>

Entretanto a formação dos profissionais de saúde atualmente está pautada em cenários de prática que repetem o modelo biomédico, o que dificulta a compreensão do estudante sobre os determinantes do processo saúde-doença da população. A fragmentação do conhecimento dificulta a integralidade da assistência, sendo necessário que haja mudanças em ambos cenários, tanto na formação, como nos serviços de saúde para que ocorram mudanças efetivas no paradigma assistencial.<sup>27</sup>

Seria necessário que nos cenários de trabalho os profissionais do SUS tivessem momentos para reflexão do processo de trabalho a fim de redefinir uma prática de trabalho que atenda às necessidades da população para um agir mais eficaz. Apenas a aquisição de conhecimentos não é suficiente para lidar com a prática que resulta da interação com o contexto social. A produção do cuidado requer a responsabilização social e o desenvolvimento de estratégias voltadas às necessidades de saúde da população.<sup>27</sup>

Nessa perspectiva, é desejável que os profissionais de saúde possam ser formados em cursos cuja organização curricular esteja orientada para um perfil profissional generalista, preparado para o trabalho em equipe, dentro dos princípios e diretrizes do SUS, a fim de garantir o trabalho em todas as dimensões do sistema, de maneira resolutiva e articulada para cada cenário de saúde.

A Famema, frente ao desafio assumido, vem buscando aproximar a formação de ambos os cursos as necessidades da Atenção Primária para o fortalecimento do SUS, realizando avaliações com frequência com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento do processo de ensino aprendizagem voltada para a prática dos serviços de saúde, visando à interação teórica - prática e ensino-serviço na formação.

***Objetivos***

---

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Analisar a concepção que os docentes, egressos e coordenadores dos cursos de enfermagem e medicina da Famema atribuem ao preparo da graduação para atuação na Atenção Primária.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar a concepção que os egressos, docentes e coordenadores dos cursos de enfermagem e medicina da Famema e dos serviços têm para atuação na Atenção Primária.
- Comparar as concepções dos egressos, docentes e coordenadores com o perfil necessário do profissional da saúde para atuar na Atenção Primária.



## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo do estudo

Considerando a complexidade do objeto desse estudo, utilizaram-se as abordagens qualitativas e quantitativas, com o propósito de trabalhar os dados em profundidade e dar significado aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais.<sup>28</sup>

Na primeira etapa, foi realizado um estudo quantitativo, de corte transversal, que permitiu testar as hipóteses com base em parâmetros e análise estatística sendo elaborado exclusivamente para esse estudo um questionário auto-aplicável com perguntas que abordaram os aspectos relacionados com o preparo dos egressos dos cursos de enfermagem e medicina da Famema para atuação nos serviços de Atenção Primária.

O instrumento continha questões de caracterização dos participantes e oito questões fechadas, relacionadas com o preparo do profissional para atuar na Atenção Primária com as respostas organizadas conforme a escala de Likert de cinco pontos (5-prepara muito, 4-prepara, 3-indiferente, 2-prepara pouco e 1-não prepara).

A escala de Likert é muito utilizada em questionários em que os sujeitos envolvidos na pesquisa emitem suas opiniões. Ao responder um questionário baseado nessa escala, os sujeitos especificam seu nível de concordância com uma afirmação ou juízo e manifestam suas reações, com critérios objetivos ou subjetivos. Normalmente, o que se deseja medir é o nível de concordância ou discordância frente à afirmação. Em geral há cinco possibilidades de resposta, sendo uma das opções a indiferença.<sup>29</sup>

Para compreender o significado que os sujeitos atribuem à problemática estudada, após essa primeira etapa, foi realizado um estudo exploratório de abordagem qualitativa. Foi elaborado outro instrumento semi estruturado, contendo questões de caracterização dos participantes e seis questões para a entrevista, com relação aos aspectos da realidade que não podem ser quantificadas, ou seja, para

incorporar o significado e a intencionalidade inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais, tomadas como construções humanas significativas, tanto em seu advento quanto em sua transformação.<sup>30</sup>

## 4.2 Local do estudo

O campo é o recorte espacial que corresponde à abrangência do objeto de estudo em termos empíricos. Compreende o contexto em que se desenvolve o objeto, sendo o espaço onde serão obtidos os dados empíricos.<sup>30</sup> Este estudo foi realizado na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS IX), na região de Marília.

O DRS de Marília é composto por 62 municípios divididos em 5 Regiões de Saúde, com uma população estimada em 2010 (IBGE) de 1.068.468 habitantes, sendo esta: 20,25% jovens, 65,38% adultos e 14,37% idosos. Apresenta uma taxa populacional de 50,52% do sexo feminino e 49,48% masculino. Na faixa etária de 65 a 80 anos e mais com relação ao total desta população temos uma maior concentração do sexo feminino correspondendo a 55,53% e do sexo masculino de 44,16%.

Os municípios sedes das Regiões de Saúde são os que concentram as maiores populações. A Região de Saúde de Adamantina corresponde a 12% do DRS/RRAS, sendo caracterizada por uma maior concentração de homens na faixa etária de 15 a 49 anos, característica atribuída a concentração de 6 presídios masculinos na região. A Região de Assis corresponde a 22,10%; Marília 33,83%; Ourinhos 20,39% e Tupã 11,66%.

Na área geográfica da DRS de Marília, estão presentes os 19 municípios da região de saúde de Marília, o subgrupo de Vigilância Epidemiológica de Tupã com área de abrangência de 18 municípios, e o de Assis, que possui em sua área de abrangência 25 municípios nas regiões de saúde de Assis e Ourinhos, além do laboratório de Saúde Pública – Instituto Adolfo Lutz.

Na distribuição populacional por sexo na área de abrangência, observa-se a predominância da população feminina na Região de Saúde de Assis, Marília, Ourinhos e Tupã, semelhante ao total do Estado de São Paulo. Na Região de Saúde de Adamantina temos um percentual maior de homens, o que se justifica pela



existência da população masculina adulta privada de liberdade nas instituições da SAP- Secretária de Administração Penitenciária do Estado. Os municípios da Região de Saúde de Adamantina que abrigam estas instituições são: Flórida Paulista, Lucélia, Osvaldo Cruz, Pacaembu e Pracinha; perfazendo um total de 7.647 detentos, equivalendo a 11,43% da população masculina desta região.

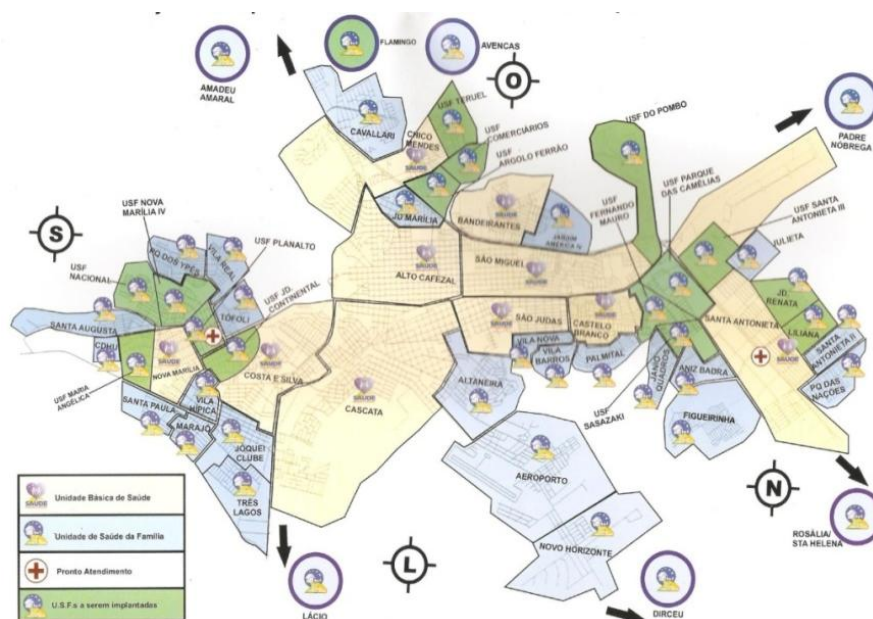
A maior concentração populacional é no município de Marília, que apresenta o maior produto interno bruto - PIB da região, sendo um município polo de desenvolvimento industrial favorecendo o deslocamento populacional para região.

Marília tem aproximadamente 220.000 habitantes e situa-se no centro-oeste do estado de São Paulo, com altitude de 650 metros e topografia montanhosa, está a uma distância de 455 km da capital e é considerado pólo nacional na área alimentícia, em virtude do grande número de produtores de balas, doces e biscoitos, com cerca de 10% da produção nacional deste gênero. A cidade de Marília ainda é privilegiada em sua estrutura de ensino em saúde, sendo mais de 40 cursos superiores e duas faculdades que oferecem cursos de enfermagem e medicina.<sup>31</sup>

Marília é pólo para educação e saúde aos outros municípios da região, especialmente com relação às especialidades médicas. A Atenção Primária nesse município está composta por 45 unidades de Atenção Primária, sendo 12 Unidades Básicas de Saúde, que prestam atendimento a 51% da população, e 33 Unidades de Saúde da Família, responsáveis pelos 49% restantes.<sup>31</sup>

A ESF que vem sendo implantada nos municípios desde 1998 vem buscando a reorientação do modelo de atenção com o interesse de garantir os princípios e diretrizes do SUS. Em 2003, o município de Marília aderiu o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF do Ministério da Saúde, com meta de expansão para 70% de cobertura da população com unidades de Saúde da Família, entretanto, desde 2006 as novas implantações vêm diminuindo devido à necessidade de melhorar as condições das unidades já existentes antes da implantação de novos serviços.<sup>31</sup>

**Figura 1 – Mapa da rede municipal de serviços de saúde de Marília**



Fonte: Relatório de gestão do município de Marília de 2011.

Dentro desse contexto, a Famema vem em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde estimulando a formação de recursos humanos que possam atender as necessidades do trabalho. Foi criada pela Lei Estadual n 9236, de 19 de janeiro de 1966, como instituto isolado de ensino superior em Marília, tendo autorização para funcionamento em 30 de janeiro de 1967 como Instituição Pública Municipal e estadualizada em 1994, dando início a elaboração do regimento institucional.<sup>1</sup>

Desde 2007 a Famema é uma Instituição Pública Estadual vinculada à Secretaria de Ensino Superior por meio do decreto nº51. 460 de 01 de janeiro de 2007, com programas de graduação em enfermagem e medicina e pós graduação.<sup>1</sup>

A Famema vem buscando a construção de novas organizações curriculares a fim de possibilitar que a formação dos profissionais de saúde esteja de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e em consonância com as DCN com duas importantes mudanças curriculares que ocorreram em 1997 no curso de medicina e 1998 no curso de enfermagem com a introdução das metodologias ativas, e em 2003 com a introdução precoce dos estudantes nos cenários de prática da Atenção Primária.<sup>2</sup>

**FIGURA 2 – Complexo Famema, 2012.**

Fonte: Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília, 2012.

### **4.3 População do estudo**

Integraram a primeira etapa do estudo todos os egressos da Famema formados após 2001 no curso de enfermagem e após 2002 no curso de medicina e que estavam atuando na Atenção Primária na região da DRS IX, também a totalidade dos docentes da Famema e dos coordenadores da Atenção Primária e dos cursos de enfermagem e medicina da Famema, com a participação de 174 sujeitos.

Os 29 egressos foram localizados após a elaboração de uma carta de orientação do estudo enviada aos médicos e enfermeiros de todas as unidades de saúde dos 62 municípios de abrangência da DRS IX, com o auxílio do serviço de malote da DRS IX e da Secretaria Municipal de Saúde de Marília informando aos profissionais do que se tratava o estudo e da importância da participação para compreender a formação da Famema para atuação dos profissionais na Atenção Primária. Após localizar os participantes, foi enviado também por malote o instrumento de questionário com as duas vias do termo de consentimento para preenchimento e devolução.

Para localizar os 137 docentes e os oito coordenadores foram percorridas todas as unidades hospitalares do complexo HC, ambulatórios, bem como os espaços de ensino da Famema, a Secretaria Municipal de Saúde de Marília e a DRS IX, sendo entregue o instrumento de coleta de dados aos participantes, com o auxílio das secretárias de cada setor. Os envelopes continham o questionário, duas cópias do termo de consentimento e uma carta explicando brevemente o objetivo do estudo.

Para o estudo qualitativo, realizou-se um sorteio com uma amostra de 10% dos participantes do primeiro estudo, garantindo a proporcionalidade por categoria e atribuição profissional, sendo sujeitos nessa etapa da pesquisa 21 participantes:

1. Os egressos do curso de graduação em medicina e enfermagem da Famema, a partir dos anos de 2001 e 2002 que estavam atuando na Atenção Primária.
2. Os docentes do curso de graduação de medicina e enfermagem da Famema.
3. Os coordenadores de série e de curso de medicina e enfermagem da Famema.
4. Os coordenadores da Atenção Primária do município de Marília.

#### **4.4 Coleta de dados**

Os dados do estudo quantitativo foram coletados por meio de dois questionários construídos pela própria pesquisadora exclusivamente para esse fim, sendo um para os egressos (Apêndice A), um para os docentes e os coordenadores (Apêndice B). Estes foram enviados para avaliação de juízes para adequação, sendo esse grupo formado por estudantes da pós-graduação em educação na UNESP de Marília, durante a disciplina de metodologia científica.

O instrumento contendo oito questões em escala de Likert e dados de caracterização dos participantes foi aplicado a todos os enfermeiros e médicos da Atenção Primária na abrangência da DRS IX, egressos dos cursos da Famema a partir de 2001 e 2002, docentes da Famema e coordenadores de ambos os cursos da Famema e da Atenção Primária de Marília.

A aplicação do questionário foi realizada no período de maio a agosto de 2012. Inicialmente foi identificado o local de trabalho de todos os profissionais, solicitado autorização das chefias para o desenvolvimento da pesquisa e distribuído pela pesquisadora um envelope contendo uma via do questionário e duas vias do termo de consentimento Livre e esclarecido da pesquisa. Na distribuição do material foi combinado um prazo para a entrega do mesmo, que foi recolhido para se organizar o banco de dados.

Para o estudo qualitativo foi elaborado pela pesquisadora dois roteiros semi-estruturados de entrevista contendo seis questões, encaminhados para juízes, para o mesmo grupo de estudantes da pós-graduação da Unesp de Marília a fim de realizar a adequação e aplicação da entrevista piloto. Após a adequação, o roteiro foi utilizado para realizar as entrevistas, sendo um para egressos (Apêndice C) e outro para docentes e coordenadores (Apêndice D).

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas pela própria pesquisadora durante o mês de setembro de 2012. Após a autorização do participante e assinatura do termo de consentimento, as entrevistas foram gravadas, possibilitando a sua transcrição na íntegra. Em todo o momento foi garantido o sigilo profissional e o anonimato, em consonância com as normas do Comitê de Ética e Pesquisa.

#### **4.5 Análise dos dados**

A análise de dados tem três finalidades complementares: a) propõe uma atitude de busca a partir do material coletado; b) parte de hipóteses provisórias, informam-nas ou as confirmam e levantar outras; c) amplia a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens.<sup>28</sup>

A análise do estudo quantitativo incluiu a estatística descritiva e de comparação das respostas obtidas na escala de Likert em função da categoria profissional dos participantes, utilizando para a análise o teste não paramétrico de Kruskal Wallis, pois os dados não apresentavam distribuição normal e incluíam mais de uma categoria.<sup>29</sup>

Quando o teste resultou em diferenças estatisticamente significante, foram realizadas comparações de subgrupos. A significância estatística foi considerada em 0,05 e a análise dos dados foi feita no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão Windows 11,5 e Brightstat.<sup>29</sup>

Para o estudo qualitativo, foi utilizada a análise de conteúdo por ser tratar de uma análise dos significados. Dentre as possibilidades da análise de conteúdo, foi utilizada análise temática por ser transversal e possibilitar recortar do conjunto das entrevistas, um quadro de categorias e projetar os conteúdos.<sup>32</sup>

Foi levado em consideração a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados dados segmentáveis e comparáveis. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.<sup>32</sup>

A partir dos dados analisados, buscou-se interpretar o contexto, as razões e a lógica de falas, das ações e das inter-relações entre os participantes possibilitando a análise de forma crítica, dando maior visibilidade ao processo de formação dos enfermeiros e dos médicos da Famema para atuação junto à Atenção Primária, considerando a Política Nacional de Ensino em Saúde.<sup>32</sup>

Dessa forma, o quadro de análise foi realizado mediante a extração dos grandes temas do conteúdo das falas dos participantes, possibilitando entender o sentido atribuído à formação do profissional da saúde para atuar na Atenção Primária. Os temas extraídos foram: ações realizadas na Atenção Primária, formação de ambos os cursos, formação do profissional médico, formação do profissional enfermeiro, metodologia ativa, limites do curso e estratégias de mudança para da formação. (Apêndice F).

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina de Marília, tendo sido aprovado sob o protocolo nº223/12 (Anexo I), e ao Comitê da Secretaria Municipal da Saúde. Os profissionais foram

esclarecidos da finalidade do estudo e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E).

***Resultados***

---



## 5 RESULTADOS

Será aqui descrito e apresentado os resultados decorrentes da análise do material empírico advindo das entrevistas e dos questionários aplicados aos coordenadores, docentes e os egressos de ambos os cursos da Famema que passaram pela reforma curricular e que estavam atuando na Atenção Primária no momento da pesquisa.

A população estimada para o estudo foi de 317 participantes, sendo 280 docentes, 29 egressos de ambos os cursos e oito coordenadores da Famema e da Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Foram alcançados 100% dos egressos e dos coordenadores. Entretanto, só foi possível captar 43% dos docentes, pois o restante não foi encontrado, se recusou a participar, estava de licença ou afastado no momento da pesquisa.

### 5.1 Caracterização dos grupos estudados

O estudo quantitativo ocorreu por meio da auto-aplicação do instrumento contendo oito questões, com cinco alternativas, do tipo escala de Likert. Esse grupo foi representado por 137 docentes e 29 egressos e oito coordenadores, totalizando 174 profissionais.

Verificou predomínio do sexo feminino (60,3%), seguido do masculino (39,7%), predominando em ambos a categoria de docentes (77,6%). Quanto ao estado civil dos participantes, houve predomínio dos casados ou com uniões consensuais (73,5%).

Com relação à formação, dos participantes, metade eram médicos (50%) e os outros estavam divididos entre enfermeiros (32,7%) e outros profissionais da saúde (17,3%). Houve predominância de docentes (77,6%), dentre os quais se destacaram os médicos (33,9%), seguido por docentes de ambos os cursos (30,4%). Os egressos (16,7%) representaram uma participação menor e entre os coordenadores (4,6%) menores ainda. Com relação à pós-graduação, houve predomínio dos especialistas (30,5%), seguidos de doutores (28,7%), mestres (26,4%) e outros com aprimoramento ou residência (10,3%).

Quase a totalidade dos participantes atuava somente em serviços públicos (97,7%) e os demais (2,3%), em serviços públicos e privados. Com relação ao local de trabalho dos participantes, 79,8% atuavam na Famema e 19,5% em Unidades de Saúde, conforme mostra a tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização dos 174 participantes do estudo, entre egressos, docentes e coordenadores da Faculdade de Medicina de Marília e da Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Marília, 2012.

Características	Docente		Coord.		Egresso		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Gênero</b>								
Masculino	60	43,80	4	50,00	5	17,24	69	39,66
Feminino	77	56,20	4	50,00	24	82,76	105	60,34
<b>Estado civil</b>								
Solteiro	18	13,14	1	12,50	13	44,83	32	18,39
Casado/União consensual	106	77,37	6	75,00	16	55,17	128	73,56
Divorciado	10	7,30	1	12,50	0	0,00	11	6,32
Viúvo	3	2,19	0	0,00	0	0,00	3	1,72
<b>Formação</b>								
Médico	75	54,74	3	37,50	9	31,03	87	50,00
Enfermeiro	34	24,82	3	37,50	20	68,97	57	32,76
Outros	28	20,44	2	25,00	0	0,00	30	17,24
<b>Pós graduação</b>								
Especialista	33	24,09	6	75,00	14	48,28	53	30,46
Mestre	41	29,93	1	12,50	4	13,79	46	26,44
Doutor	50	36,50	1	12,50	0	0,00	50	28,74
Outros	9	6,57	0	0,00	9	31,03	18	10,34
Não respondeu	2	1,46	0	0,00	5	17,24	7	4,02
<b>Tipo de vínculo</b>								
Público	137	100,00	8	100,00	25	86,21	170	97,70
Público e privado	0	0,00	0	0,00	4	13,79	4	2,30
<b>Local de trabalho</b>								
Unidade	0	0,00	5	62,50	29	100,00	34	19,54
Famema	136	99,27	3	37,50	0	0,00	139	79,89
Não respondeu	1	0,73	0	0,00	0	0,00	1	0,57
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>100,00</b>	<b>8</b>	<b>100,00</b>	<b>29</b>	<b>100,00</b>	<b>174</b>	<b>100,00</b>

Em um segundo momento, foi realizado um estudo qualitativo por meio de entrevistas semiestruturadas com uma amostra aleatória dos participantes obtida por sorteio entre os sujeitos do primeiro estudo, respeitando a proporcionalidade da função e categoria profissional.

O grupo foi constituído por 21 pessoas, sendo seis coordenadores, nove docentes e seis egressos. A média de idade entre os participantes foi de 43 anos, havendo predominância do sexo feminino (62%) e o estado civil da maioria dos participantes era de casados ou em união consensual (66,7%).

Com relação à formação, nove dos participantes eram médicos, seguidos por oito enfermeiros, duas psicólogas, um cirurgião dentista e um farmacêutico, com uma média de tempo de formação de 20 anos. Os egressos apresentavam menor tempo de formado, em média sete anos.

Havia nove especialistas, cinco doutores, três mestres, três com residência e um sem pós-graduação. Nove atuavam como docentes da Famema, três como coordenadores da Atenção Primária, três como coordenadores dos cursos de enfermagem e medicina da Famema e seis eram egressos dos cursos de enfermagem e medicina da Famema que concluíram a graduação em 2001 e 2002 respectivamente e estavam atuando junto às equipes da Atenção Primária na região da DRS IX no momento da pesquisa. Entre os docentes, a maioria desenvolvia atividades em ambos os cursos da faculdade, conforme mostra a tabela 2.

**Tabela 2.** Caracterização dos 21 participantes entrevistados. Marília, 2012.

Participantes	Idade	Gênero	Estado Civil	Função	Pós Graduação	Tipo de Vínculo	Tempo de formação	Tempo na função atual
P1	33	M	Divorciado	Cirurgião Dentista	Especialista	Público	12	7
P2	50	M	Casado	Médico	Especialista	Público	25	2
P3	35	F	Casada	Enfermeira	Especialista	Público	13	5
P4	58	M	União Consensual	Médico	Especialista	Público e Privado	35	3
P5	46	F	União Consensual	Médica	Mestre	Público	21	5
P6	50	M	Casado	Enfermeiro	Doutor	Público	29	3
P7	49	F	Casada	Enfermeira	Doutor	Público	29	27
P8	51	F	Casada	Enfermeira	Doutor	Público	30	22
P9	48	F	Casada	Enfermeira	Mestre	Público	28	26
P10	35	F	Casada	Psicóloga	Mestre	Público e Privado	14	1
P11	50	F	Casada	Psicóloga	Doutor	Público	29	21
P12	46	M	Casada	Farmacêutico	Doutor	Público	25	22
P13	60	F	Casada	Médica	Especialista	Público e Privado	33	20
P14	48	M	Casado	Médico	Residência	Público	21	5
P15	63	F	Casada	Médica	Especialista	Público	38	28
P16	32	M	Casado	Médico	Residência	Público	9	1
P17	25	M	Solteiro	Médico	Não tem	Público	1	1
P18	32	F	Solteira	Médica	Residência	Público	9	6
P19	31	F	Separada	Enfermeira	Residência	Público	7	10
P20	30	F	Casada	Enfermeira	Especialista	Público	9	3
E21	30	F	Solteira	Enfermeira	Especialista	Público	8	7

## 5.2 A formação dos cursos de enfermagem e medicina na Famema

A Famema em parceria com os serviços da Atenção Primária, compreendem a importância da vivência nos cenários de prática, contudo, estar na Atenção Primária é estar em contato com uma realidade contra-hegemônica e muitas vezes difícil de ser entendida pelos profissionais que compartilham o trabalho na Atenção Primária:

“Eu valorizo muito o estudante estar na unidade desde o primeiro ano, acrescenta muito, ele aprende o modo de trabalhar, o vínculo, a humanização e começa a construir o conhecimento ali, torna-se um profissional com uma visão diferenciada (E21)”.

“No início do curso o estudante não tem maturidade para reconhecer o cenário. A forma como a Atenção Básica funciona é em longo prazo, parece que nada se resolve, no hospital a resposta é imediata (D8)”.

Os entrevistados da academia e do serviço de saúde municipal compartilham todo investimento que a Famema tem feito ao longo dos anos e entendem que a formação profissional tem sido realizada de forma diferenciada. Atribuem esse diferencial principalmente ao fato dos cursos iniciarem as atividades práticas desde o primeiro ano dos cursos no cenário das Unidades de Saúde da Família:

“É necessário no currículo o estudante ter proximidade com a prática, com o trabalho em equipe, para o enfrentamento das situações, para não reduzir a assistência à questão biológica (C3)”.

“O estudante tem de estar em contato com a prática desde o início do curso (D9)”.

Fica evidente que a condição histórica das profissões vem permeando a formação de ambos os cursos:

“A questão cultural é muito forte na enfermagem, elas vem com o objetivo de cuidar de pessoas, independente de onde elas estejam. Elas podem

estar na UTI, no ambulatório ou na Estratégia da Saúde da Família. O desejo do estudante de medicina quando vem para o curso é outro, então eu acho que a enfermagem está melhor que a medicina, considerando a expectativa (D12)”.

A relação de poder do profissional médico também foi destacada:

“O médico se coloca em uma situação de superioridade na relação com o paciente. Seria importante o estudante entender que o cuidado deve ser construído conjuntamente, estimulando a responsabilidade do usuário (C1)”.

A fragmentação do cuidado tem início no processo de formação, com a expectativa do estudante de medicina que chega à faculdade querendo aprender sobre doenças, exames e querendo ter uma especialidade foi destacado:

“Eles chegam para o primeiro ano da faculdade querendo ser especialistas, então querem estudar a doença (D9)”.

“Os estudantes valorizam os avanços tecnológicos, os últimos tratamentos, os exames de ressonância magnética, a sofisticação do sistema de saúde, pelos próprios professores. Eu acho que toda a estrutura deveria valorizar a Atenção Básica (D13)”.

Os participantes também apontaram que a formação de ambos os cursos deve estar em consonância com o currículo prescrito, ou seja, formar um profissional generalista, crítico e reflexivo, porém, reconhecem que há dificuldades com relação à complexidade deste cenário:

“A formação deve ser como está prescrito no currículo: formar um profissional crítico e reflexivo; mas temos dificuldades. Além da questão do salário, tem a responsabilidade de assumir uma unidade Saúde da Família, a complexidade é muito grande (D7)”.

“A formação deve privilegiar o ser humano, os cursos têm algumas especificidades, precisa ter um fortalecimento diferente para cada profissão (D10)”.

O modelo da Unidade de Prática Profissional (UPP) é considerado como ideal para a formação do profissional de saúde. Entretanto, os participantes acreditam que os estudantes deveriam ficar em campo com os dois profissionais, o médico e o enfermeiro. Todavia, devido à escassez do profissional médico, os estudantes ficam a maior parte do tempo com o enfermeiro:

“A UPP é o modelo ideal, mas tem um número reduzido de médicos, os estudantes ficam com os enfermeiros. O estudante passa por obrigação na Atenção Básica, mas não gosta (C2)”.

“Na UPP os estudantes estão sendo orientados por enfermeiros, eles têm um domínio muito bom, mas têm dúvidas que são de condutas médicas, acho que isso desestimula (E17)”.

Os participantes reconhecem que na formação de ambos os cursos é fundamental instrumentalizar os estudantes para o cuidado, consideram que a formação precisa ampliar a prática para o cuidado coletivo e de gestão, estando mais focado atualmente no cuidado individual:

“Uma ferramenta importante para os dois cursos é saber coletar uma boa história clínica: ter uma boa comunicação com o paciente, saber fazer um bom exame físico; para poder fazer os diagnósticos e elaborar o plano de cuidados para o cuidado individual, e depois ter uma abordagem coletiva e de gestão (D11).”

“A gente percebe muito nos relatos a questão da patologia e não necessariamente da pessoa, do que ela precisa da humanização (D12)”.



Existe a percepção de que faltou na formação conceitos históricos e políticos relacionados ao SUS. Os entrevistados consideram que esses não são devidamente explorados na formação, a fim de possibilitar o trabalho na Atenção Primária:

“A graduação de medicina não é suficiente para se trabalhar na Atenção Básica. É um trabalho muito complexo, existem questões sociais muito fortes (E16)”.

“Acho que a faculdade não prepara para trabalhar na Atenção Básica. Depois que vim trabalhar aqui, percebi o quanto é difícil. Acho que o que mais faltou foi a teoria de saúde pública e os princípios do SUS (E18)”.

Com relação ao currículo do curso de enfermagem, os participantes destacaram a importância da inserção do estudante nos cenários de prática desde a primeira série, sendo que o curso de enfermagem é valorizado pela possibilidade de se voltar à Atenção Básica no final do curso, podendo explorar as três áreas do cuidado: individual, coletivo e de gestão:

“Quando a gente insere o profissional da Enfermagem no último ano dentro da Atenção Básica, eu estou potencializando ele, enquanto pensante de Atenção Básica. Já o profissional médico, que já não é inserido no final, só no começo, quando ele tem uma imaturidade muito grande e no final dentro da especialidade no hospital, acabo reforçando essa lógica instituída no Brasil culturalmente de que o profissional médico tem de se especializar (C1)”.

“O enfermeiro chega pronto para trabalhar, é mais seguro na questão da gestão e do cuidado coletivo, ele termina o curso na Atenção Básica (C3)”.

Com relação ao curso médico, o não retorno do estudante no internato para a Atenção Primária, que é quando tem melhores condições de atuar, é destacado pelos participantes como uma lacuna no processo de formação:

“Os professores do internato não conhecem a Atenção Básica, acham que os estudantes devem ser especialistas. Falta mais proximidade do estudante com a Atenção Básica, o não retorno dele no final do curso é um ponto chave (C2)”.

“No curso de medicina, quando o estudante entra no hospital, ele se distancia da Atenção Básica, fica uma brecha, e isso precisa ser melhorado (D10)”.

“Eu aprendi Atenção Básica na prática, tive desde o primeiro ano um contato, mas a gente não sabia o que estava fazendo ali, principalmente na questão do trabalho em equipe (E18)”.

Com relação à atuação do médico na Atenção Primária, os participantes concordam que o curso de medicina é diferente da enfermagem, pois existem questões externas à formação desde a escolha do curso:

“Para os estudantes de medicina a Atenção Básica nunca foi a primeira escolha, é uma questão cultural, financeira, são questões externas à formação (D6)”.

“Eu aprendi porque estava aberto para isso, é uma questão individual, pessoal, o estímulo ocorreu na unidade de prática profissional, mas acho que os seis anos não são suficientes em termos de conteúdo (E17)”.

“O estudante de medicina vem com uma expectativa de ser médico com um consultório na avenida Rio Branco, ele não vem com a expectativa de ser médico da Estratégia de Saúde da Família. É uma questão cultural, de formação, é uma questão muitas vezes familiar (D12)”.

A formação foi destacada como fundamental para o desenvolvimento da prática na Atenção Primária, entretanto tem-se a preocupação com o método utilizado:

“Eu aprendi 90% do que eu sei na Famema, no primeiro ano era observação, no segundo começaram as atividades práticas. Faltou a parte de administração, nós vimos na prática, mas não teve nada de teoria, isso pega um pouco (E20)”.

“O PBL trabalha pouco a questão da gerência, do vínculo e da humanização (E17)”.

### **5.3 Metodologia ativa e a formação dos estudantes na Famema**

As metodologias ativas têm sido um facilitador no processo de construção do conhecimento para ambos os cursos, contribuindo com a formação para a prática em Atenção Primária:

“A metodologia é o principal aspecto que me fez despertar para a Atenção Básica. A problematização, o enfrentamento, foi o que eu trouxe para a Unidade (E17)”.

“Faz o sujeito refletir, faz mais significado, amadurece, facilita, é o caminho (C5)”.

“O método tem incentivado muito as pessoas a serem sujeitos na construção do saber (C1)”

“O estudante, quando problematiza, fica incomodado, se desestrutura, vai atrás, estuda e traz conhecimento, não tem jeito de não se envolver (D7)”.

“O método amadurece e fortalece sobretudo a comunicação. O fato deles trabalharem juntos possibilita aprender o trabalho em equipe (D10)”.

Outro aspecto apontado com relação ao método ativo foi a aproximação que o estudante tem com as ações da Atenção Primária, visto que tem como ponto de partida a prática, os problemas reais das coletividades, facilitando o aprendizado para o trabalho:

“A metodologia ativa instiga o estudante a refletir sobre a realidade, é fantástica, acho que nenhuma atividade teórica consegue suprir essa vivência (D8)”.

“Eu acredito nos pequenos grupos, nessa relação mais próxima, no diálogo mais franco e aberto, acho que transforma e amadurece (P9)”.

Os participantes apontaram também para as questões que vão além metodologia; aspectos relacionados ao perfil do estudante em sua busca pessoal pelo curso:

“A metodologia não dá conta de tudo, tem o perfil da pessoa que procura o curso (D10)”.

“A metodologia ativa dá muito mais oportunidade para o estudante se desenvolver, mas tem a questão do perfil (D11)”.

O uso das metodologias ativas tem possibilitado que o estudante se responsabilize pelo cuidado integral desde os primeiros anos de formação:

“Acho que a metodologia ativa faz com que o estudante seja responsável pelo seu aprendizado, os professores ajudam a chegar através de questionamentos, colocar em situações que eles têm que aplicar o conhecimento dentro de cada situação. Não adianta querer aplicar na família A o mesmo que na B, porque são contextos diferentes, podem até ter as mesmas patologias, mas com contextos socioculturais diferentes (D15)”.

As diferenças entre os métodos foram destacadas pelos participantes, considerando a problematização mais próxima do contexto da Atenção Primária, visto que possibilita ao estudante assumir a responsabilidade compartilhada com a equipe e comunidade, vínculo e planejamento do cuidado:

“A problematização tem um aspecto muito interessante, porque é um caso de verdade e eu tenho uma responsabilidade. Eu não vou procurar o tema por procurar, eu preciso tentar descobrir soluções para que quando eu volte para a unidade, volte para o meu usuário, que eu consiga pelo menos uma alternativa para ele. Eu não vou solucionar, mas eu posso dar alternativas para que a gente consiga melhorar o problema dele (C2)”.

As metodologias ativas precisam ser incorporadas pelos profissionais da academia já que esses influenciam diretamente o estudante na relação de formação:

“Uma desvantagem da metodologia é que ainda não é reconhecida pelos professores. Eu acredito que tenha essa dificuldade (C1)”.

#### **5.4 Estratégias necessárias para a transformação da formação na Famema**

Quanto à estrutura do curso, foi apontada a necessidade de ambos os cursos melhorarem o desempenho de gestão e do cuidado coletivo para que o estudante possa entender melhor o cenário que vivencia:

“A escola precisa melhorar os desempenhos de gestão e cuidado coletivo, pois são frágeis (C5)”.

“No currículo é muito frágil a questão social; ferramentas da sociologia, antropologia e talvez da filosofia pudessem contribuir (D11)”.

A falta de professores com formação para realizar o apoio dos estudantes nas unidades da Atenção Primária também foi destacada:

“Faltam professores no primeiro ano na Famema (E18)”.

“Faltam professores com formação em Atenção Básica. O professor tem muita teoria sobre o SUS, sobre integralidade, universalidade. A faculdade precisa estar junto com a Atenção Básica, o profissional tem que estar na rede (E16)”.

Existe a dificuldade no processo inicial de formação com relação ao número reduzido de profissionais do serviço para acompanhar as atividades dos estudantes:

“O profissional do serviço não consegue ter uma efetiva participação na formação dos estudantes. O número de enfermeiros é insuficiente para dar cobertura ao serviço e possibilitar a participação nas atividades da Faculdade, como a Educação Permanente (D7)”.

“Hoje, com apenas um profissional acompanhando os 12 estudantes na UPP, dificulta tanto para o estudante da medicina como da enfermagem, fica frágil (D12)”.

Com relação ao processo de trabalho nas unidades de saúde, os participantes concordam que existem dificuldades na estrutura dos serviços a fim de acolher as necessidades da formação dos profissionais de saúde:

“Os profissionais do serviço não tem tempo hábil, nem paciência e nem destreza para lidar com o estudante. O paciente quer a coisa resolutive, ele não vê a necessidade do cuidado (E18)”.

“O estudante não consegue ver o sistema funcionar, não consegue ver resolubilidade, ele vê uma demanda excessiva no serviço. Existem muitas trocas de funcionários, o que dificulta, especialmente de médicos (D8)”.

A ampliação no contexto das práticas transdisciplinares em saúde foi apontado pelos participantes como necessidade de ser mais explorado na formação:

“Acho que falta a gente trabalhar um pouco a questão do matriciamento, do NASF, porque eu sinto que a gente tem bastante dificuldade, até por ser uma estratégia inovadora dentro da política de Atenção Básica. Eu fico pensando que a gente tem dificuldade de construir os planos terapêuticos singulares de forma ampliada (C1)”.

Com relação à parceria da faculdade com o serviço, foi destacado que há a necessidade de rever essa relação para que o processo de formação possa ocorrer:

“A parceria está muito desgastada, teria que ter uma parceria mais forte, que pudesse conversar ter um meio termo (C2)”.

“Para fortalecer o currículo, precisamos rever a parceria. Precisa rever a questão da gratificação e da cobertura do profissional do serviço. Ele tem que se sentir mais valorizado (D7)”.

“Só o currículo não basta, quando o estudante chega ao serviço e tem uma situação precária, isso desestimula o estudante (C5)”.

Com relação à estrutura do curso de medicina foi apontado que este favorece a formação de especialistas, o que vem contribuindo para a fragmentação do ensino:

“A nossa estrutura de anamnese ainda é a mesma, a tradicional, a semiologia da cabeça e pescoço e vai dividindo, otorrino, oftalmo... Mas não é isso que se quer? Formar um especialista? No quinto e no sexto anos, que eu estou me sentindo médico, não tem Atenção Básica (E16)”.

A valorização financeira também foi apontada pelos docentes e egressos como uma importante estratégia de estímulo aos profissionais do serviço e fortalecimento da formação:

“A questão financeira é importante para o meu trabalho. Para fazer o que o programa me pede eu tenho de ter um único vínculo. A partir do momento que existe um plano de carreira, um benefício, uma segurança no trabalho, você consegue manter esse vínculo. (E17)”.

“Precisa rever a questão da gratificação (D7)”.

Na questão da formação para atuar em um território definido, os participantes relatam aspectos relevantes para a Atenção Primária:

“Tem a questão da territorialização, saber trabalhar com território definido, para poder levantar a situação daquele território, quais os espaços sociais instituídos, a questão das redes sociais, da cultura, fazer um diagnóstico situacional considerando toda essa questão social, econômica, cultural, as morbidades prevalentes e as condições crônicas (D1)”.

Para os participantes de uma forma geral, a formação está centrada no cuidado individual:

“A gente sabe que o atendimento ainda está centrado nas quatro paredes, no médico, o que acaba reduzindo o atendimento à questão biológica. Os profissionais são formados com o foco no cuidado individual e não com um olhar para o todo, para o planejamento (C1)”.

Em relação ao preparo dos profissionais para atuar no acolhimento por meio do vínculo e da responsabilização, foi apontado a importância da vivência de situações do dia a dia para o processo de aprendizagem:

“Eu acho que não adianta eu ir à lousa e ficar falando de acolhimento, acho que eu teria que vivenciar as situações de acolhimento (C4)”.

A formação para o trabalho em equipe foi evidenciada como um importante investimento a ser feito para o trabalho em Atenção Primária:

“Uma coisa que a gente vem investindo bastante, mas sem resultados positivos, é a questão de você efetivamente ter profissionais que trabalhem em equipe, porque para se ter esse enfrentamento, dessa complexidade toda, você precisa trabalhar em equipe (C1)”.

“Se não conseguir trabalhar em equipe, fica-se fechado em quatro paredes do seu consultório, quatro paredes da Unidade. Você não vai conseguir ter um enfrentamento adequado das situações de saúde e acaba reduzindo a assistência à questão biológica (C1)”.

No preparo para realizar ações de gestão destacam a importância das ações de gestão para a prática em Atenção Primária:

“É muito mais complexo estar na Atenção Básica porque, por exemplo, uma família tem um filho usuário de droga e uma adolescente grávida, o esposo



que está desempregado; ou seja, é muito mais complexo lidar com situações assim do que aprender a lidar com uma máquina, que seria uma densidade dura (C1)".

"Trabalhando com planejamento em saúde, a gente percebe que os profissionais vêm com o foco no cuidado individual, na assistência propriamente dita, sem ter um olhar para o todo, que seria trabalhar com necessidades de saúde (C1)".

Também foi motivo de preocupação o processo de formação as questões que extrapolam a vivência dos estudantes no cenário das unidades de saúde, pois dizem respeito ao sistema de saúde como um todo:

"O sistema de saúde é altamente idealizado, mas não funciona e isso causa uma confusão para o estudante (C4)".

"O processo de trabalho não ocorre como deveria, há um grande rodízio de profissionais, dificuldade na organização do serviço, falta formação específica para atuar na Atenção Básica (D6)".

## **5.5 Formação profissional e as ações desenvolvidas na Atenção Primária.**

No estudo quantitativo foi avaliado o preparo dos egressos da Famema para atuar em ações de Atenção Primária, como: atuar com uma população de território definido, desenvolver ações de saúde por meio de atendimento individual e coletivo, realizar acolhimento com vínculo, atender de maneira resolutiva a demanda espontânea e as urgências, trabalhar em equipe, estimular a participação social e realizar ações de gestão e educativas.

Os resultados mostraram que para 78,74% dos participantes os cursos de enfermagem e medicina preparam o estudante para atuar com um território definido. Com relação ao desenvolvimento das ações por meio do atendimento individual e coletivo à população, 78,73% dos participantes consideram que o curso prepara para esta ação.

Para realização do acolhimento, com vínculo e responsabilização, 75,86% dos participantes acreditam que os cursos preparam os egressos, e com relação ao

atendimento resolutivo da demanda espontânea e o primeiro atendimento as urgências, 59,02% dos participantes julgaram que os cursos preparam, embora 29,31% acreditem que o curso prepara pouco e não prepara para essa ação.

Para o trabalho em equipe, 64,37% dos participantes acreditam que o curso prepara o egresso e 27,58% acredita que prepara pouco ou não prepara. Com relação às ações educativas nos diferentes serviços de saúde – escolas, creches e outras organizações, 50,58% do total acreditam que os cursos preparam, e 37,93% acreditam que preparam pouco ou não preparam.

Com relação às ações de gestão, 37,36% dos participantes acreditam que os cursos preparam o estudante e 54,02% acreditam que não preparam. Quanto às ações de participação social, 39,65% julgaram que os cursos preparam o estudante, e 49,43% acreditam que os cursos não preparam para atuar nessa ação, como demonstrado na tabela 3:

**Tabela 3.** Resposta dos 174 participantes do estudo, utilizando a escala Likert, em relação ao preparo dado pelos cursos de enfermagem e medicina da Faculdade de Medicina de Marília para atuação na Atenção Primária, Marília, 2012.

<b>Ações da Atenção Primária</b>	<b>Preparou muito</b>	<b>Preparou</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Preparou pouco</b>	<b>Não preparou</b>	<b>Não respondeu</b>	<b>Total</b>
	<b>N/ %</b>	<b>N/ %</b>	<b>N/ %</b>	<b>N/ %</b>	<b>N/ %</b>	<b>N/ %</b>	<b>N/ %</b>
<b>1-O curso preparou o egresso para atuar com território definido</b>	19 10,92%	118 67,82%	7 4,02%	24 13,79%	4 2,3%	2 1,15%	174 100,00%
<b>2-O curso preparou o egresso para o atendimento individual e coletivo</b>	20 11,49%	117 67,24%	6 3,45%	28 16,09%	3 1,72%	0,00 0,00%	174 100,00%
<b>3-O curso preparou o egresso para realizar acolhimento com vínculo e responsabilização</b>	38 21,84%	94 54,02%	10 5,75%	26 14,94%	6 3,45%	0 0,00%	174 100,00%
<b>4-O curso preparou o egresso para realizar atendimento as urgências</b>	8 4,6%	95 54,6%	19 10,92%	49 28,16%	2 1,15%	1 0,57%	174 100,00%
<b>5-O curso preparou o egresso para o trabalho em equipe</b>	32 18,39%	80 45,98%	13 7,47%	41 23,56%	7 4,02%	1 0,57%	174 100,00%
<b>6-O curso preparou o egresso para realizar ações educativas</b>	19 10,92%	69 39,66%	20 11,49%	59 33,91%	7 4,02%	0 0,00%	174 100,00%
<b>7-O curso preparou o egresso para realizar ações de gestão</b>	10 5,75%	55 31,61%	15 8,62%	74 42,53%	20 11,49%	0 0,00%	174 100,00%
<b>8-O curso preparou o egresso para atuar com participação social</b>	11 6,32%	58 33,33%	18 10,34%	63 36,21%	23 13,22%	1 0,57%	174 100,00%

Os dados da tabela 4 apontaram para o preparo dos cursos de enfermagem e medicina por categoria entre os participantes, a fim de compreender melhor como os coordenadores, docentes e egressos concebem que a formação vem preparando para atuar nas ações em Atenção Primária.

Na questão da formação de ambos os cursos para atuar com território definido, os coordenadores (37,5%) acreditam que os cursos não preparam o egresso, já os egressos e os docentes consideram que os cursos preparam o egresso para trabalhar com território definido. Observou-se ainda que não houve diferença estatística, visto que quase a totalidade dos egressos (96,5%) e dos docentes (77,3%) acreditam que os cursos prepararam os estudantes para atuar com território definido.

Com relação ao preparo para atuar com ações de atendimento individual, os docentes (76,4%) e os egressos (96,5%) consideram que os cursos prepararam os estudantes para atuar nas ações individuais e coletivas, enquanto os coordenadores (50%) acreditam que preparam para essa ação.

Em relação ao preparo dos profissionais para atuar no acolhimento por meio do vínculo e responsabilização, os coordenadores (37,50%), docentes (75,18%) e egressos (89,66%) acreditam que o curso prepara para essa ação, havendo resultado significativo no teste de Kruskal Wallis (6,46 e p 0,02).

No preparo do profissional para realizar as ações de atendimento às urgências na Atenção Primária, os coordenadores (62,50%), docentes (54,01%) e egressos (82,7%) acreditam que os estudantes são preparados para atuar nessa ação. Nessa ação também houve significância no teste de Kruskal Wallis (8,56 e p 0,01).

A maioria dos docentes (61,3%) e dos egressos (89,6%) acredita que a formação prepara os estudantes para o trabalho em equipe, entretanto os coordenadores (62,50%) acreditam que o curso não prepara. A diferença entre as categorias foi vista por meio do teste com Kruskal Wallis como estatisticamente significativa (12,0 e p 0,02).

Na questão sobre o preparo do profissional de saúde para realizar ações educativas, os egressos (79,3%) apontam que os cursos preparam para essa ação, enquanto os docentes (45,9%) e os coordenadores (62,5%) acreditam que os cursos não preparam. O teste estatístico foi significativo com 14,08 e  $p = 0,01$ .

Entre os egressos, 62,0% acreditam que os cursos prepararam para realizar ações de gestão. Entre os docentes e os coordenadores, 59,12% e 62,5%, respectivamente, acreditam que os cursos não preparam para essa ação. Essa diferença foi estatisticamente significativa segundo o teste de Kruskal Wallis (10,2 e  $p = 0,05$ ).

Com relação à formação para atuar na participação social, os coordenadores (75,0%) e os docentes (52,0%) acreditam que os cursos não preparam para essa ação, enquanto os egressos (68,9%) acreditam que os cursos os prepararam para realizar ações de participação social, sendo o teste estatístico significativo com 11,66 e  $p = 0,01$ , como mostra a tabela a seguir.

**Tabela 4.** Resposta as perguntas com relação ao preparo dos cursos de enfermagem e medicina da Faculdade de Medicina de Marília para atuar na Atenção Primária de acordo com a função dos participantes, Marília, 2012.

Ações da Atenção Primária	Total	Preparou		Indiferente		Não preparou		KruskalWalis	P
		N	%	N	%	N	%		
<b>1. O curso preparou o egresso para atuar com território definido</b>									
Coordenador	8	4	37,50	1	12,50	3	37,50		
Docente	137	107	77,37	6	4,38	24	17,52	9,37	0,01
Egresso	29	28	96,55	0	0,00	1	3,45		
<b>2. O curso preparou o egresso para o atendimento individual e coletivo</b>									
Coordenador	8	5	50,00	0	0,00	3	37,50		
Docente	137	104	76,64	6	4,38	27	19,71	7,39	0,02
Egresso	29	28	96,55	0	0,00	1	3,45		
<b>3. O curso preparou o egresso para realizar acolhimento com vínculo e responsabilização</b>									
Coordenador	8	4	37,50	1	12,50	3	37,50		
Docente	137	102	75,18	7	5,11	28	20,44*	6,46	0,02
Egresso	29	26	89,66	2	6,90	1	3,45*		
<b>4. O curso preparou o egresso para realizar atendimento as urgências</b>									
Coordenador	8	6	62,50	1	12,50	1	12,50*		
Docente	137	74	54,01	16	11,68	47	34,31	8,56	0,01
Egresso	29	24	82,76	2	6,90	3	10,34*		
<b>5. O curso preparou o egresso para o trabalho em equipe</b>									
Coordenador	8	3	25,00	0	0,00	5	62,50*		
Docente	137	84	61,31	12	8,76	41	29,93*	12,02	0,01
Egresso	29	26	89,66	1	3,45	2	6,90*		
<b>6. O curso preparou o egresso para realizar ações educativas</b>									
Coordenador	8	3	25,00	0	0,00	5	62,50*		
Docente	137	62	45,99	17	12,41	58	42,34*	14,08	0,01
Egresso	29	23	79,31	3	10,34	3	10,34*		
<b>7. O curso preparou o egresso para realizar ações de gestão</b>									
Coordenador	8	2	25,00	0	0,00	6	62,50*		
Docente	137	44	32,85	12	8,76	81	59,12	10,25	0,01
Egresso	29	18	62,07	3	10,34	8	27,59*		
<b>8. O curso preparou o egresso para atuar com participação social</b>									
Coordenador	8	1	12,50	0	0,00	7	75,00*		
Docente	137	48	35,04	17	12,41	72	52,55	11,66	0,01
Egresso	29	20	68,97	1	3,45	8	27,59*		

\*Identifica os grupos com diferenças estatisticamente significantes.

***Discussão***

---

## 6 DISCUSSÃO

A presente investigação proporcionou a compreensão dos principais aspectos que influenciam a formação do enfermeiro e do médico da Famema para atuar na Atenção Primária. Os dados empíricos foram fornecidos por atores que compõem o cenário de formação em diferentes posições, ou seja: coordenadores dos cursos da faculdade, coordenadores da Atenção Primária, docentes e egressos da faculdade; que vivenciam a realidade nos cenários de aprendizagem de ambos os cursos, apresentando, portanto, conhecimento suficiente sobre a formação da Famema na realidade do SUS em Marília, o que permitiu responder aos objetivos do estudo.

A análise dos depoimentos dos sujeitos revelou-se compatível em vários aspectos com a literatura, com relação à contribuição dos cursos de saúde para a formação de profissionais para a Atenção Primária, especialmente para o curso de medicina, considerando a existência da reprodução do modelo tradicional de atenção a saúde na maior parte dos cursos e a fragmentação do aprendizado.<sup>33</sup>

Na formação dos profissionais de saúde para a Atenção Primária ainda há um longo caminho a se percorrido, especialmente na concepção dos profissionais de saúde, tanto nos cenários de prática, como na formação, para que se possa ultrapassar a prática dicotomizada, focada nas especialidades médicas, com mudanças mais abrangentes e contra-hegemônicas em relação ao que presenciamos através do capitalismo das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares, que se de um lado auxiliam no avanço da cura das doenças, por outro dificultam a manutenção de práticas coletivas e interdisciplinares na saúde.<sup>33</sup>

De maneira geral o percurso social, político e histórico dos cursos médicos pouco tem conseguido avançar para um modelo ampliado, resolutivo e articulado com as propostas nacionais de mudanças curriculares rumo à integralidade. Muitos cursos realizam um grande esforço nessa direção, como tem ocorrido na Famema, que realizou mudanças curriculares com essa finalidade e vem buscando há muitos anos o envolvimento dos atores para tornar esse processo possível.<sup>33</sup>



Atualmente, persiste a valorização da formação médica e de suas especialidades ocasionando dificuldade nas relações de trabalho entre os profissionais de saúde, uma vez que estas estão sendo determinadas por relações assimétricas, de poder e disputa do saber, em que especialistas querem se distinguir dos generalistas, culminando na desvalorização desses últimos, o que contribui para a escassez desse profissional dentro da força de trabalho no SUS.<sup>33</sup>

Uma questão importante que foi evidenciada no estudo é o fato do currículo atual do curso de medicina não possibilitar o retorno do estudante à Atenção Primária no final do curso, sendo que este é o momento em que ele possui melhores condições para participar das decisões junto às equipes de saúde. Com isso, os estudantes perdem a oportunidade de vivenciar um momento privilegiado para entender como utilizar o conhecimento de forma resolutiva, ou seja, considerando o contexto para que o cuidado ocorra.

Existe, portanto, a necessidade de repensar o currículo de medicina em busca de caminhos que possam articular o internato com a Atenção Primária, visto que os docentes das especialidades médicas têm pouca aproximação com as outras áreas da medicina e acabam visando apenas à formação na especialidade, de maneira fragmentada, sem auxiliar o estudante no conhecimento generalista para o cuidado ampliado, o que dificulta a reflexão da prática em Atenção Primária.<sup>34</sup>

O curso de enfermagem apresenta maior aproximação com a prática da Atenção Primária, sendo um aspecto positivo o retorno do estudante ao final da graduação nos serviços de Atenção Primária, em que é possível se dar a aproximação com as necessidades de saúde das famílias e assim a construção coletiva do planejamento das ações em saúde.

Outro aspecto que difere o curso de enfermagem é com relação à expectativa do estudante da enfermagem para a formação em relação à expectativa do estudante de medicina, sendo compreendido que o enfermeiro não ingressa na faculdade buscando ser um especialista e sim um profissional da saúde que desenvolverá ações na perspectiva generalista, mesmo que inicialmente esteja mais voltado para as com ações individuais o vem possibilitando maior aproximação nos cenários.

Numa abordagem psicopedagógica, o currículo dos cursos em saúde apresenta uma proposta tradicional de ensino, na lógica do conteúdo sequencial e contínuo, planejado e transmitido pelo professor. A Famema tem avançado com o uso das metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem, buscando a construção significativa do conhecimento, entretanto, muito dessa lógica tradicional ainda é reproduzida na graduação ao longo de toda a formação do estudante, especialmente na formação do médico.

Dessa forma, o esforço da Famema vem buscando a construção de currículos que privilegiam a introdução dos estudantes de ambos os cursos no cenário de prática desde o início da graduação, para a construção de conhecimentos comprometida com a realidade dos serviços. Assim, é a prática que vai conduzindo a necessidade de estudo e a ampliação do conhecimento e possibilita a formação de sujeitos críticos, tendo o professor o papel de facilitador e o estudante com papel ativo a fim de que possa analisar as situações reais de saúde e encontrar respostas de forma autônoma para a construção do conhecimento.<sup>35</sup>

Constatou-se que o uso de metodologias ativas, tal como vem sendo utilizado pelos cursos de enfermagem e medicina, tem mostrado bons resultados na construção do conhecimento para o desempenho da Atenção Primária, uma vez que possibilita a vivência do estudante da realidade das ações desenvolvidas nas equipes de saúde e a participação no cuidado em saúde desde o início da formação, em conformidade com a política atual de educação do ensino em saúde, expressa nas DCN e nas Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.<sup>35</sup>

Dentro das metodologias ativas, a problematização utilizada nos anos iniciais dos cursos foi destacada pelos sujeitos como mais próxima do contexto da Atenção Primária, uma vez que possibilita a vivência da prática e o comprometimento do profissional com o usuário para o enfrentamento das situações de forma real, estimulando o aprendizado em todas as dimensões do conhecimento.

A organização dos cursos nos cenários de prática tem seguido com pouca participação dos médicos, o que é uma realidade que dificulta o processo de formação para Atenção Primária em ambos os cursos. Atualmente, tanto nas Unidades de Saúde da Família – em que a rotatividade desse profissional é alta,

com pouco tempo de permanência junto às equipes, assim como na faculdade – em que há poucos médicos colaborando com a formação dos estudantes junto a Atenção Primária, a formação para o cenário de prática é dificultado.<sup>36</sup>

O mercado de trabalho para o médico tem oferecido melhores condições para as especialidades, impulsionado pela globalização e pela busca por tratamentos cada vez mais complexos nos grandes centros. Esse forte incentivo financeiro das especialidades médicas dificulta a valorização dos profissionais da Atenção Primária e reforça o modelo flexneriano que distancia o profissional das necessidades do atual perfil epidemiológico da população quanto a organização do cuidado, precisando então haver alterações de ordem política que visem à mudança nessa realidade.<sup>34</sup>

O descompasso na articulação na prática entre a Famema e os serviços de Atenção Primária vem ocasionando prejuízos para a formação em muitos sentidos: o serviço não tem sido um espaço em que os atores se encontram envolvidos no processo de aprendizagem, ficando o estudante alheio ao processo vivenciado pela equipe. Além disso, a relação terapêutica, quando considera o contexto de vida de cada família, deve ser estabelecida dentro de um processo longitudinal formado por relações horizontais para que exista de fato a possibilidade do cuidado. É preciso tempo para que essas relações sejam construídas em um processo de corresponsabilidade direta com o planejamento do cuidado em equipe, o que não vem ocorrendo na formação.

Outro aspecto a se superar se refere às ausências prolongadas de profissionais nos serviços, sem substituição do mesmo, que diz respeito à organização técnico-política das unidades de saúde e que está diretamente influenciando a formação, especialmente com relação ao profissional médico, visto a necessidade de um processo contínuo nas unidades, garantido por meio de relações com vínculo entre a equipe e comunidade. A busca do médico pela continuidade dos estudos, especialmente nas especialidades médicas, é ainda a garantia de uma condição de trabalho e de retorno financeiro mais interessante.<sup>36</sup>

Para que o processo de mudança na formação ocorra de fato, este deve passar pela construção de um plano coletivo e permanente, que garanta a

participação de todos os atores, não podendo ser realizado de maneira isolada, sem a participação efetiva de todos que compõem a prática dos serviços de saúde. Mesmo os atores que estão distantes da formação inicial do estudante estão ligados a ele na formação durante o internato. O processo de mudança deve estar articulado por uma grande estratégia construída a partir da problematização das necessidades locais e em seus diversos segmentos.<sup>37</sup>

Nesse sentido, torna-se importante pensar a formação como um processo de desenvolvimento maior, necessário a todos os atores e não apenas aos estudantes, uma vez que o movimento de “aprender a aprender” prescrito para o estudante deve estar em sintonia com a prática. São os atores inseridos na prática dos serviços de saúde os responsáveis pela utilização das tecnologias necessárias para garantir o cuidado ampliado, que é vivenciado pelos estudantes atualmente de forma precária.<sup>38</sup>

É necessário adotar estratégias articuladas entre a faculdade e os serviços de saúde em direção ao aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser; para que essa forma de construir o conhecimento possa fazer parte do contexto da prática dos trabalhadores, assim como a dos estudantes, a fim de buscarem intervenções conjuntas dentro desse contexto complexo que é a Atenção Primária.

A possibilidade de estar no cenário real é que os elementos que estão dispostos vão além do contexto biológico, podendo conhecer e relacionar as situações ao contexto social, demográfico, epidemiológico, crenças e valores de cada comunidade, de cada família, e corresponsabilizar-se por esse cuidado. Isso possibilita uma construção diferente da forma tradicional, em que o estudante recebe orientações teóricas e posteriormente aplica-as, sem que seja oportunizada a reflexão sobre o contexto em que o conhecimento é aplicado, na maioria das vezes direcionada para o biológico<sup>39</sup>.

Entretanto, a inserção dos estudantes no cenário da Atenção Primária vem ocorrendo com fragilidades decorrentes das várias dificuldades no estabelecimento da parceria entre os serviços de saúde e a faculdade, o que tem dificultado para o estudante uma construção adequada do processo de aprendizagem, como está

prescrito no currículo, já que requer uma mudança nas práticas das equipes de Atenção Primária, ou seja, no modo como vem sendo estruturado o processo de trabalho.

Este é um dos “nós críticos” para a mudança do modelo tecno-assistencial em saúde no Brasil, em que a formação deve contribuir com novas estratégias para reorientação do modelo e não ficar alheia ao processo político de tomada de decisão nas políticas de saúde.<sup>33</sup>

O processo de aprendizagem deve envolver iniciativa e atitude, tornando-se mais duradouro e sólido quando alcança as dimensões afetivas e intelectuais. A problematização, por seu caráter dinâmico, pode levar o estudante a refletir diante de situações reais, exercitando a práxis para formação de uma identidade profissional.

A experiência nos vários cenários de ensino e aprendizagem em pequenos grupos facilita ao estudante compreender o trabalho realizado em grupo como início para o desenvolvimento autônomo do trabalho em equipe, o que é apontado pelos docentes como uma estratégia potente para a transformação curricular. É observado como positivo também em outros estudos pelo processo de cooperação que se estabelece para resolução de problemas. Entretanto, no presente estudo foi observado que a insuficiência de modelos no cenário de prática e a falta de organização das equipes para o trabalho em equipe acarretam dificuldade de aprendizagem do estudante.

No desempenho do cuidado coletivo e de gestão, os sujeitos entrevistados apontaram fragilidades da formação para o desenvolvimento de ações educativas e mobilização para a participação social, o que está relacionado com o modelo biomédico presente nos cenários de prática. Essas temáticas, por serem contra-hegemônicas, são de difícil aplicação prática por todo o contexto instituído na lógica da centralização do cuidado no profissional médico e na cura por medicamentos.

A Estratégia de Saúde da Família, por sua configuração de trabalho em equipe, com território definido, tem a possibilidade de buscar a reestruturação das práticas a partir de um novo olhar. Para tanto, é necessário a associação dos

conhecimentos técnicos com as novas configurações tecnológicas para repensar a formação do profissional de saúde.<sup>36</sup>

Dentre as ações definidas pela portaria da Política de Atenção Básica para o desenvolvimento da prática dos profissionais em Atenção Primária, estão: o trabalho com território definido, as ações de cuidado individual e coletivo, de forma resolutiva nos atendimentos iniciais de urgência, a realização do acolhimento com vínculo e responsabilização, por meio do trabalho em equipe, as ações educativas, de gestão e participação social, estimulando a participação da população. Todas as ações devem ser estimuladas durante os anos de formação, contribuindo para o desenvolvimento da prática profissional.<sup>10</sup>

Em sua atuação, o profissional mobiliza ao mesmo tempo seus saberes e modos de agir que estão relacionados com a existência de um saber específico sobre o problema que vai enfrentar, coexistindo vários núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras, leve-duras e leves, que dizem respeito às relações que se estabelecem<sup>40</sup>.

Existe a necessidade de avanços para a construção dos planos terapêuticos singulares por meio do trabalho interdisciplinar, ainda pouco valorizado pelas equipes e profissionais da graduação da Famema. Embora exista um movimento em busca de práticas alternativas de cuidado, o que vem potencializando o trabalho das equipes a fim de partilhar o cuidado, novas estratégias são requeridas para compor o cuidado para que seja mais resolutivo, como ocorre no trabalho das equipes do NASF em Marília.

Enfim, as diretrizes propostas para a educação e a saúde podem auxiliar as mudanças nos cursos de graduação de medicina e enfermagem e devem estar em consonância com diversidade dos cenários a fim de efetivamente formar pessoas capazes de lidar com uma prática complexa.

A prática profissional em saúde deve estar voltada para a resolução dos problemas de saúde enfrentados pela população. Para isso, não basta um bom currículo, é preciso um alinhamento do ensino com os serviços de saúde e seus

diferentes atores, sendo esse um processo fundamental para atender as necessidades da formação para a Atenção Primária.

***Considerações Finais***

---



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tratou da formação do profissional de saúde na Famema, para compreender a concepção que os docentes, coordenadores e egressos dos cursos de enfermagem e medicina atribuem à formação dos estudantes para a atuação na Atenção Primária. Constatou-se que, de maneira geral, os cursos vêm preparando os estudantes para atuar na Atenção Primária. Também foram identificados os limites e os avanços importantes, considerando ser este um processo dinâmico que está permanentemente em construção.

A qualificação dos trabalhadores do SUS deve estar diretamente relacionada com a efetivação da política do trabalho das Redes de Atenção a Saúde, de forma que a reorientação da formação possibilite profissionais com práticas inovadoras, que saibam agir, tomar decisões, de forma criativa e reflexiva no campo da saúde. Os cenários de prática devem favorecer a formação de um profissional mais consciente do seu papel social, sendo necessário que haja incentivo e medidas capazes de modificar a realidade rumo a ações mais amplas em saúde.

Para isso é necessário investimento nos profissionais que compõem os serviços de saúde bem como o alinhamento das necessidades do cenário de Atenção Primária com a formação, de modo a garantir que por meio de métodos ativos de ensino e aprendizagem, se possibilite a reflexão da prática em que não só os estudantes compartilhem de uma formação mais ampla, mas também que os trabalhadores vivenciem a reorganização dos serviços para uma prática mais resolutiva em saúde.

É preciso construir um diálogo consciente com os profissionais que estão envolvidos com a formação, com clareza da responsabilidade que os cenários de prática significam para o processo de formação e o que as diversas posturas dos atores vem atribuindo aos estudantes, especialmente relacionados aos docentes médicos e suas práticas, visto que enquanto responsáveis pela formação generalista, estes devem desenvolver a competência para lidar com o contexto social que está além do conhecimento seguro e concreto das doenças e das

especialidades. Dessa forma, ter-se-á modelos mais comprometidos com o cuidado e com a formação profissional.

O contexto de trabalho no SUS vem se desenvolvendo de modo paradoxal pois embora venha sendo implantado um conjunto de políticas de saúde inclusivas em nível nacional nas duas últimas décadas, as práticas das equipes de Atenção Primária ainda são do modelo tradicional com poucas ações do modelo sanitário, em que os profissionais se encontram bastante desmotivados e distantes de uma prática resolutiva para o sistema de saúde.

Para vencer os inúmeros desafios que se apresentam, é necessário pensar a formação nos cursos de enfermagem e medicina da Famema como parte do contexto dos serviços e não de forma paralela, considerando as dificuldades da prática dos serviços de saúde e dos seus atores como ponto de partida para a construção coletiva, intersetorial e transdisciplinar das práticas, repensando novos caminhos para a formação, tendo em vista os perfis profissionais requeridos pelo SUS.

Comprometida com os princípios de diretrizes do SUS, a formação precisa superar a fragmentação do cuidado observada na valorização da especialização médica e da falta de envolvimento dos profissionais médicos nos cenários de Atenção Primária, uma vez que vem se constituindo o principal contato das pessoas com o sistema de saúde e deve, portanto, cumprir a sua função de ser base do sistema, coordenando o cuidado e sendo resolutiva.

As várias interfaces da formação como; o SUS, as DCN, o Promed, Pró-Saúde, o PET Saúde, PET Saúde Mental e PET Vigilância em Saúde, vêm possibilitando que as discussões sejam ampliadas na Famema, em um longo processo histórico de mudanças curriculares para a consolidação de práticas que visam à construção autônoma do estudante. O uso de metodologias ativas no processo de aprendizagem visa possibilitar a formação de um profissional que venha tomar decisões de forma crítica e atender as necessidades de saúde da população.

Em vista disso, as DCN vêm impulsionando mudanças importantes na Famema, objeto de investigação desse estudo, que articulado ao projeto político

vem formando em geral médicos e enfermeiros capazes de atuar nesse complexo sistema do SUS, que embora esteja sendo vivenciada por uma prática predominantemente curativa, assistencialista, voltado para o cuidado individual, com atenção voltada para a demanda espontânea, valorizando as queixas agudas de forma imediatista, em que na maioria das vezes desconsidera o contexto social, e as ações de prevenção e promoção a saúde necessária para construção do novo.

O curso de enfermagem com a inserção desse estudante na Atenção Primária de forma diferenciada possibilita uma formação mais ampliada, o que vem ao encontro das necessidades da prática enquanto o curso de medicina precisa realizar mudanças na formação que deve estar voltada para uma prática generalista, articulando o conhecimento com a realidade de atuação na Atenção Primária.

Outro aspecto a ser considerado é com relação às metodologias ativas utilizadas na Famema. Estas têm contribuído de forma significativa com a formação para atuação na Atenção Primária. Os atores têm vivenciado precocemente os problemas de saúde no território, em um processo de trabalho em equipe, que mesmo às vezes muito disfuncional por toda complexidade própria dessa construção coletiva e também tão conflituosa nos vários cenários do SUS, podem entrar em contato com os problemas sociais, ambientais, demográficos, educacionais, culturais, gerando reflexão e a necessidade de busca de intervenções condizentes com a realidade.

As questões que estão voltadas para as competências do cuidado coletivo e gestão precisam ser ampliadas no currículo em ambos os cursos, considerando que as atribuições das equipes quem compõe a Atenção Primária requerem que o profissional conheça os instrumentos de gestão para fortalecer o processo junto às equipes de planejamento das ações para o cuidado tanto individual como coletivo. As ações coletivas estão mais distantes do modelo instituído e por isso requerem mais atenção para garantir os avanços necessários durante o processo de formação.

Com relação à prática do trabalho em equipe, ainda é um desafio a ser enfrentado, visto a dificuldade que os profissionais apresentam para trabalhar na lógica da articulação dos saberes, de forma compartilhada, frente à complexidade do cenário, o que vem gerando a descontinuidade do cuidado com atuações

fragmentadas nas diversas categorias profissionais, sendo necessário ampliar essa prática para alcançar novos desafios como atuar em ações coletivas, educativas e de participação social junto população.

Concluindo, a existência de um modelo ideal de atenção a saúde nos cenários que compõem a formação não garante o alinhamento da formação com a realidade dos serviços de Atenção Primária e sim o comprometimento de todos os atores envolvidos com essa realidade. Isso foi constatado na análise da formação nos cursos de enfermagem e medicina da Famema, que constantemente buscam caminhos para preparar melhor o profissional dentro dos princípios do SUS.

Entretanto, as dificuldades de organização dos serviços da Atenção Primária refletem no desestímulo no trabalho nesse cenário de atuação, contribuindo para a manutenção da fragilidade do sistema, que não tem sido uma motivação para a busca de novos profissionais.

## ***Referências***

---

## REFERÊNCIAS

1. Faculdade de Medicina de Marília; Instituto UNI FAMEMA/OSCIP. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRO SAUDE: Famema em novas perspectivas: curso de enfermagem, curso de medicina. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2005.
2. Faculdade de Medicina de Marília. Projeto pedagógico do curso de enfermagem. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2008.
3. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1400-10.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
5. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.
6. Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface Comun Saúde Educ*. 2002;6(10):37-50.
7. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados: os casos de Marília e Londrina. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
8. Vasconcelos CM. Paradoxos da mudança no SUS [tese na Internet]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005. 229 p. [citado 15 dez. 2012]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000351668&fd=y>
9. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública*. 1998;32(4):299-316.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 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 União, Brasília (DF)*; 24 out 2011; Seção 1:48.
11. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis (Rio J)*. 2004;14(1):41-65.

12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
13. Henriques RLM, Macêdo MCS, Romano RAT, Pinheiro R. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro, R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006. p. 229-50.
14. Braccialli LAD. Os sentidos da avaliação do desempenho do estudante em um currículo por competência [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.
15. Deluiz N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. *Bol Tec Senac*. 1996;22(2):15-21.
16. Sacristan JG. O currículo: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001.
17. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc*. 2011;20(4):884-9911.
18. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES 1.133/2001, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 3 out 2001; Seção 1:131.
19. Davini MC. Currículo integrado. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1989. p. 39-55.
20. Braccialli LAD, Oliveira MAC. Concepções de avaliação de desempenho em um currículo orientado por competência. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1221-8.
21. Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(1):80-7.
22. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução CNE/CES N 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 9 nov 2001; Seção 1:37.
23. Elder FC, Fonseca MRF. História da educação médica no Brasil. *Cad ABEM*. 2006; 2:8-27.
24. Merh E E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Mery E E, Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde: um desafio*

- para o público. São Paulo (SP): Hucitec; 2006. P.83-91.
25. Burgatti JC. A contribuição do estágio curricular supervisionado no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos em enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.
  26. Lima VV. Educação médica: a dimensão social do currículo do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília, 1998-1999 [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.
  27. Pinheiro R, Guizard FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec; 2004. p. 21-36.
  28. Deslandes SF, Assis SG. Abordagem quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2002. p. 195-226.
  29. Design and report libert sacale [Internet]. Nottingham (UK): Oxbridge Writers; 2013. [cited 2013 Feb 20]. Available from: <http://www.oxbridgewriters.com/essays/management/design-and-report-likert-scale.php>
  30. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.
  31. Marília. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão 2011. Marília (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2011.
  32. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 2011.
  33. Feuerwerker L. Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS: Interface Comum Saúde Educ. 2005;9(18):489-506.
  34. Albuquerque CP. Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva de integralidade: narrativas e tessituras [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.
  35. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, Matsuyama DT, Slava LKD, Gonzales C, Druzian S, Ilias M. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. Rev Bras Educ Med. 2010;34(1):13-20.



36. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2005;9(16):25-38.
37. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFS, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cienc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):335-42.
38. Zanotto MAC, De Rose TMS. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. *Educ Pesqui.* 2003;29(1):45-54.
39. Campos GWS. Um método para análise de co-gestão de coletivos. São Paulo (SP): Hucitec; 2000.
40. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.



## ANEXO

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FAMEMA



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,  
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA  
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 23 de Maio de 2012

Ilmo<sup>(a)</sup> Sr.<sup>(a)</sup>  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luzmarina Ap. Doretto Bracciali  
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 223/12, intitulado: "A Formação do Profissional de Saúde para Atuação na Atenção Básica", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 05/03/2012, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Recebemos a(s) seguinte(s) inclusão(ões), nesta data:

- Alterações no instrumento de coleta de dados.

Estado do(s) Documento(s) Recebido(s) – Ciente

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humanos



## APÊNDICES

- Apêndice A -** Questionário para os egressos
- Apêndice B -** Questionário para os docentes e coordenadores
- Apêndice C -** Roteiro de entrevista para os egressos
- Apêndice D -** Roteiro de entrevista para os docentes e coordenadores
- Apêndice E -** Termo de consentimento livre e esclarecido
- Apêndice F -** Quadro de síntese obtida por meio de entrevista com os coordenadores, docentes e egressos com relação à formação do enfermeiro e do médico da Famema para atuar na Atenção Primária, Marília, 2012.
- Apêndice G -** Quadro de síntese obtida por meio de entrevista com os coordenadores, docentes e egressos com relação à metodologia ativa, fragilidades e fortalezas para atuar na Atenção Primária, Marília, 2012.
- Apêndice H -** Quadro de síntese obtida por meio de entrevista com os coordenadores, docentes e egressos com relação ao preparo para atuar nas ações em Atenção Primária, Marília, 2012.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA OS EGRESSOS

### Caracterização do entrevistado:

Idade: \_\_\_\_\_ anos      Sexo:  masculino  feminino  
 Estado civil:  solteiro(a)  casado(a)  união consensual  separado(a) judicialmente  
 divorciado(a)  viúvo(a)  
 Formação:  médico  enfermeiro  Ano de formação: \_\_\_\_\_  
 Pós graduação:  especialista  aprimoramento  residência  mestre  doutor  outro: \_\_\_\_\_  
 Local de trabalho:  público  privado  público e privado  outras: \_\_\_\_\_  
 Se público:  UBS  ESF  Outro: \_\_\_\_\_

**Esse questionário se refere ao curso de formação do enfermeiro e do médico, egressos da Faculdade de Medicina de Marília, graduados a partir de 2001 que estão atuando na Atenção Primária da região da DRS IX.**

O curso de graduação o (a) preparou para atuar com a população de um território definido sob sua responsabilidade?

preparou muito  preparou  indiferente  preparou pouco  não preparou

O curso de graduação o (a) preparou para desenvolver ações de saúde com os diferentes grupos de pessoas considerando suas necessidades e os fatores de risco, por meio de atendimento individual e/ou coletivo?

preparou muito  preparou  indiferente  preparou pouco  não preparou

O curso de graduação o (a) preparou para realizar o acolhimento com vínculo e responsabilização da pessoa que busca o serviço de saúde?

preparou muito  preparou  indiferente  preparou pouco  não preparou

O curso de graduação o (a) preparou para atender de maneira resolutiva a demanda espontânea e o primeiro atendimento as urgências?

preparou muito  preparou  indiferente  preparou pouco  não preparou

O curso de graduação o (a) preparou para trabalhar em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações?

preparou muito  preparou  indiferente  preparou pouco  não preparou

O curso de graduação o (a) forneceu base para trabalhar ações educativas nos diferentes serviços de saúde, escolas, creches e outras organizações?

forneceu muito  forneceu  indiferente  forneceu pouco  não forneceu

O curso de graduação o (a) preparou para desenvolver ações de gestão, utilizando o sistema de informação e o contexto do território para planejar, monitorar e avaliar as ações da equipe?

preparou muito  preparou  indiferente  preparou pouco  não preparou

O curso de graduação o (a) preparou para estimular a participação social por meio de reuniões de comunidade e participação nos conselhos de saúde?

preparou muito  preparou  indiferente  preparou pouco  não preparou

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA DOCENTES E COORDENADORES

### Caracterização do entrevistado:

Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo:  masculino  feminino

Estado civil:  solteiro(a)  casado(a)  união consensual  separado(a) judicialmente

divorciado(a)  viúvo(a)

Formação:  médico  enfermeiro  psicólogo  outro: \_\_\_\_\_ Ano de formação: \_\_\_\_\_

Pós graduação:  especialista  mestre  doutor  outro: \_\_\_\_\_

Função que exerce no momento:  docente curso de enfermagem  docente curso de medicina

docente de ambos os cursos  coordenador curso de medicina  coordenador curso de enfermagem

coordenador da Atenção Básica Tempo na função: \_\_\_\_\_

**Esse questionário se refere ao curso de formação do enfermeiro e do médico, egressos da Faculdade de Medicina de Marília, graduados a partir de 2001 que estão atuando na Atenção Primária da região da DRS IX.**

O curso de graduação prepara o egresso para atuar com a população de um território definido sob sua responsabilidade?

prepara muito  prepara  indiferente  prepara pouco  não prepara

O curso de graduação prepara o egresso para desenvolver ações de saúde com os diferentes grupos de pessoas considerando suas necessidades e os fatores de risco, por meio de atendimento individual e/ou coletivo?

prepara muito  prepara  indiferente  prepara pouco  não prepara

O curso de graduação prepara o egresso para realizar o acolhimento com vínculo e responsabilização da pessoa que busca o serviço de saúde?

prepara muito  prepara  indiferente  prepara pouco  não prepara

O curso de graduação prepara o egresso para atender de maneira resolutiva a demanda espontânea e o primeiro atendimento as urgências?

prepara muito  prepara  indiferente  prepara pouco  não prepara

O curso de graduação prepara o egresso para trabalhar em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações?

prepara muito  prepara  indiferente  prepara pouco  não prepara

O curso de graduação prepara o egresso para trabalhar com ações educativas nos diferentes serviços de saúde, escolas, creches e outras organizações?

prepara muito  prepara  indiferente  prepara pouco  não prepara

O curso de graduação prepara o egresso para desenvolver ações de gestão, utilizando o sistema de informação e o contexto do território para planejar, monitorar e avaliar as ações da equipe?

prepara muito  prepara  indiferente  prepara pouco  não prepara

O curso de graduação prepara o egresso para estimular a participação social por meio de reuniões de comunidade e participação nos conselhos de saúde?

prepara muito  prepara  indiferente  prepara pouco  não prepara

## APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS EGRESSOS

1. Quais são as atividades que você realiza na sua prática profissional em Atenção Primária?
2. E aonde você aprendeu a fazer isso?
3. Em sua opinião, quais as experiências do seu curso de graduação contribuíram para o desenvolvimento do trabalho na Atenção Primária?
4. Em sua opinião, o que você acha que faltou no seu curso de graduação para o desenvolvimento do seu trabalho na Atenção Primária?
5. Gostaria de acrescentar algo?
6. Você poderia fornecer alguns dados pessoais para contribuir com esse estudo?

Idade: \_\_\_\_\_ anos    Sexo:  masculino  feminino

Estado civil:  solteiro(a)  casado(a)  união consensual  separado(a) judicialmente  
 divorciado(a)  viúvo(a)

Formação:  médico  enfermeiro  Ano de formação: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Pós-graduação:  especialista  aprimoramento  residência  mestre  doutor  outro: \_\_\_\_\_

Local de trabalho:  público  privado  público e privado  outras: \_\_\_\_\_



## APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS DOCENTES E COORDENADORES

1. Levando em consideração a necessidade de atuação na Atenção Primária, em sua opinião, como deve ser a formação do profissional médico e/ou do enfermeiro?
2. Em sua opinião, a metodologia utilizada nos cursos de enfermagem e medicina esta possibilitando a formação para o trabalho na Atenção Primária? Por quê?
3. Você identifica diferenças entre a metodologia utilizada no curso de enfermagem e o de medicina para a atuação na Atenção Primária? Quais?
4. Considerando a necessidade de atuação na Atenção Primária quais as vantagens e as desvantagens que você identifica entre a metodologia ativa e o ensino tradicional?
5. Em sua opinião, o que falta na formação do enfermeiro e do médico para atuação na Atenção Primária?
6. Gostaria de acrescentar algo?
7. Você poderia fornecer alguns dados pessoais para contribuir com esse estudo?

Idade: \_\_\_\_\_ anos    Sexo:  masculino  feminino

Estado civil:  solteiro(a)  casado(a)  união consensual  separado(a) judicialmente  
 divorciado(a)  viúvo(a)

Formação:  médico  enfermeiro  psicólogo  outro: \_\_\_\_\_ Ano de formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação:  especialista  mestre  doutor  outro: \_\_\_\_\_

Função que exerce no momento:  docente curso de enfermagem  docente curso de medicina  
 docente de ambos os cursos  coordenador curso de medicina  coordenador curso de enfermagem  
 coordenador da Atenção Básica                      Tempo na função: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com a Resolução 1996/96 do Conselho Nacional de Saúde

**Título: A formação do profissional da saúde para atuação em Atenção Primária**

**Pesquisadora Responsável:** PROF<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Luzmarina Ap. Doretto Bracciali

**Coorientadora:** PROF<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lucieni de Oliveira Conterno

**Investigadora:** Flávia Cristina Castilho Carácio

Prezado (a),

Estamos realizando um estudo referente ao mestrado profissional da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Este estudo será feito por meio de questionário (escala de likert) e entrevista com egressos dos cursos de medicina e enfermagem, docentes, coordenadores de cursos e coordenadores da Atenção Primária, visando avaliar as potencialidades e os desafios durante a formação com relação ao processo de trabalho para a inserção do médico e do enfermeiro na Atenção Primária. Para isso, solicitamos sua participação na presente pesquisa.

Esclarecemos que a decisão de participar ou não é pessoal e será totalmente respeitada. As suas informações serão tratadas com absoluto sigilo. Não há necessidade de que você se identifique, sendo garantido o anonimato. Se for do seu interesse, você poderá conhecer os resultados do estudo. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e poderão ser publicados em revistas científicas. Estaremos a sua disposição para os esclarecimentos e orientações sempre que você necessitar. Garantimos, ainda, que os procedimentos do estudo não implicam em riscos ou desconfortos e, caso você se sinta desconfortável, poderemos conversar sobre isso e você poderá interromper sua participação a qualquer momento. Em caso de dúvida, você pode procurar a pesquisadora responsável.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: "**A formação do profissional da saúde para atuação em Atenção Primária**", como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela coordenadora do projeto e Mestranda Flávia Cristina Castilho Carácio, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer implicação, e que poderei conhecer os resultados do estudo.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa da forma recomendada pela pesquisadora que subscreve este documento.

Local e data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

### Responsável pela pesquisa

Luzmarina Aparecida Doretto Bracciali

RG: 9.254678, COREN: 26790, e-mail: [luzmari@famema.br](mailto:luzmari@famema.br)

Mestranda Flávia Cristina Castilho Carácio

RG: 24.600.860-X, CRP: 65467, e-mail: [flavinhacaracio@yahoo.com.br](mailto:flavinhacaracio@yahoo.com.br)

## APÊNDICE F – QUADRO DE SÍNTESE DAS ENTREVISTAS

**Quadro 3. Síntese obtida por meio de entrevista com os coordenadores, docentes e egressos com relação à formação do enfermeiro e do médico da Famema para atuar na Atenção Primária, Marília, 2012.**

Participante	Formação de ambos os cursos	Curso de enfermagem	Curso de medicina
<b>Coordenador</b>	<p>A FAMEMA tem dado uma formação diferenciada, mais para o enfermeiro. Ele participa da prática da Atenção Básica desde o início da graduação, ele tem o disparador da prática. <b>P1</b></p> <p>É necessário no currículo, ter proximidade com a prática e com o trabalho em equipe para o enfrentamento das situações, para não reduzir a assistência à questão biológica. <b>P3</b></p> <p>Como é a UPP seria o modelo ideal, mas tem um número reduzido de médicos, os estudantes ficam com os enfermeiros. O estudante passa por obrigação na Atenção Básica, mas não gosta. <b>P2</b></p>	<p>O enfermeiro tem conseguido atingir de maneira bem ampliada o objetivo da Atenção Básica. <b>P1</b> Chega pronto para trabalhar, é mais seguro na questão da gestão e do cuidado coletivo, ele termina o curso na Atenção Básica. <b>P3</b> Ele deve se co-responsável do processo de cuidado com o médico, uma dupla implacável. <b>P1</b></p>	<p>O médico se coloca em uma situação superior na relação com o paciente, seria importante que o cuidado fosse construído conjuntamente, estimulando a responsabilidade do usuário. <b>P1</b> Os professores do internato não conhecem a Atenção Básica, acham que os estudantes devem ser especialistas. Falta mais proximidade do estudante com a Atenção Básica, o não retorno dele no final do curso é um ponto chave. <b>P2</b> Para os estudantes de medicina a Atenção Básica nunca foi a primeira opção, é uma questão cultural, financeira, são questões externas a formação. <b>P6</b></p>
<b>Docente</b>	<p>A formação deve ser como esta prescrito no currículo, formar um profissional crítico e reflexivo, generalista, mas temos dificuldades, além da questão do salário, tem a responsabilidade de assumir uma Saúde da Família, a complexidade é muito grande. <b>P7</b> O estudante tem estar em contato com a prática, desde o início do curso. <b>P9</b> No início do curso o estudante não tem maturidade para reconhecer o cenário. A forma como a Atenção Básica funciona, é em longo prazo, parece que nada se resolve, no hospital a resposta é imediata. <b>P8</b> A formação deve privilegiar o ser humano, os cursos tem algumas especificidades, precisa ter um fortalecimento para cada profissão. <b>P10</b> Uma ferramenta importante para dois cursos é saber coletar uma boa história clínica, ter uma boa comunicação com o paciente, saber fazer um bom exame físico, para poder fazer os diagnósticos e elaborar o plano de cuidados para o cuidado individual, depois tem toda abordagem coletiva e de gestão. <b>P11</b> A gente percebe nos relatos, muito a questão do cuidado da patologia e não necessariamente da pessoa, do que ela precisa, da humanização. <b>P12</b> A questão cultural é muito forte, na enfermagem é mais tranquilo, porque quem vem para a enfermagem vem com o objetivo de cuidar de pessoas independente de onde elas estejam elas podem</p>	<p>No curso de enfermagem os estudantes ficam bastante na Atenção Básica. <b>P9</b></p>	<p>No curso de medicina, quando o estudante entra no hospital e se distancia da Atenção Básica, fica uma brecha e isso precisa ser melhorado. <b>P10</b> O estudante de medicina vem com uma expectativa de ser médico e ter um consultório na Rio Branco ele não vem com a expectativa de ser um médico da estratégia da saúde da família, é uma questão cultural, é de formação, é uma questão muitas vezes familiar, considerando pai ou mãe da área da saúde. Se a gente considerar os nossos oitenta estudantes da medicina, penso que dois ou três no máximo quatro, ou seja, não chega a 5% que fazem escolha pela Atenção Básica. <b>P12</b></p>

	estar, UTI, ambulatório ou Estratégia de Saúde da Família. O desejo do estudante de medicina quando vem para o curso é outro então eu acho que a enfermagem esta melhor do que a medicina considerando a expectativa. <b>P12</b>		
<b>Egresso</b>	Na UPP os estudantes estão sendo orientados só por enfermeiros, elas tem um domínio muito bom, mas tem dúvidas que são de condutas médicas, acho que desestimula. <b>P17</b> Eu valorizo muito o estudantes estar na unidade desde o primeiro ano, acrescenta muito, aprende o modo de trabalhar, vínculo, humanização, começa a construir o conhecimento ali, torna se um profissional com uma visão diferenciada. <b>P21</b>	Na enfermagem o curso em si traz a questão da gestão, da liderança profissional. <b>P17</b> Na primeira e segunda série eu fazia só cadastro, eu não conseguia ver a realidade do profissional. <b>P19</b> Eu aprendi 90% do que eu sei na FAMEMA, no primeiro ano era observação, no segundo começaram as atividades práticas. Faltou à parte de administração, nos vimos na prática, mas não teve nada de teoria, isso pegou um pouco. <b>P20</b>	A graduação de medicina não é suficiente para trabalhar na Atenção Básica, é muito complexo, tem questões sociais muito fortes. <b>P16</b> Eu aprendi Atenção Básica na FAMEMA mas porque, eu estava aberto para isso, é uma questão individual, pessoal, o estímulo ocorreu na unidade de prática profissional, mas acho que os seis anos não são suficientes em termo de conteúdo, o PBL trabalha pouca a questão da gerencia, do vínculo e da humanização. <b>P7</b> Eu aprendi Atenção Básica na prática, eu tive desde o primeiro ano contato, mas a gente não sabia o que estava fazendo ali, principalmente na questão do trabalho em equipe. <b>P18</b>

**Quadro G - Síntese obtida por meio de entrevista com os coordenadores, docentes e egressos com relação a metodologia ativa, fragilidades e fortalezas para atuar na Atenção Primária, Marília, 2012.**

Participante	Metodologia ativa	Fragilidades da formação	Fortalezas da formação / Estratégias
<b>Coordenador</b>	O método tem incentivado muito as pessoas a serem sujeitos na construção do saber. <b>P1</b> Faz o sujeito refletir, faz mais significado, amadurece, possibilita a vivencia, sai do campo teórico, é mais adequado, facilita, é o caminho <b>P5</b> . Existe diferença entre o curso de enfermagem e medicina. Na problematização tem uma responsabilidade, no problema de papel eu não tenho essa responsabilidade. <b>P2</b>	Na estrutura do curso de medicina, no internato, o estudante não volta para Atenção Básica, os professores são especialistas e acham que os estudantes também devem ser. Os residentes da clinica deveriam passar pela Atenção Básica. <b>P2</b> O sistema de saúde é altamente idealizado, mas não funciona e isso causa uma confusão para o estudante. <b>P4</b> O processo de trabalho não ocorre como deveria, tem um grande rodízio de profissionais, dificuldade na organização do serviço e falta de formação específica para atuar na Atenção Básica. <b>P6</b> A escola precisa melhorar os desempenhos de gestão e cuidado coletivo, pois é frágil. <b>P5</b> A parceria esta muito desgastada, teria que ter uma parceria forte, que pudesse conversar ter um meio termo. <b>P2</b> Só o currículo não basta, quando chega ao serviço tem uma situação precária, que desestimula o estudante. <b>P5</b>	
<b>Docente</b>	O estudante quando problematiza, ele fica incomodado, ele se desestrutura, ele vai atrás, ele estuda e trás conhecimento, não tem jeito de não se envolver. <b>P7</b> A metodologia ativa instiga o estudante a refletir sobre a realidade, é fantástica, acho que nenhum contexto da atividade teórica consegue suprir essa vivencia. <b>P8</b> Eu acredito nos pequenos grupos, nessa relação mais próxima, no diálogo mais franco e aberto, acho que transforma e amadurece. <b>P9</b> A metodologia não da conta de tudo, tem o perfil da pessoa que procura o curso, a faculdade consegue fortalecer os conteúdos. <b>P10</b> A metodologia ativa dá muito mais oportunidade para o estudante se desenvolver, mas tem a questão do perfil. <b>P11</b> Se a gente pergunta o procedimento normal de um determinado órgão no sistema eles não sabem que eles focam e se aprofundam no problema das doenças e eles não tem interesse em trabalhar as outras questões básicas e isso também está relacionado ao meu ponto de vista aos profissionais que acompanham o estudante que é muito mais fácil o profissional discutir na sua área de formação do que discutir dentro de uma questão mais ampliada. <b>P12</b> . O método ativo estimula a iniciativa do profissional desde as primeiras séries ele deve ir atrás, procurar, ter essa visão contextualizada do paciente e não ter uma visão pensada puramente biológica. <b>P13</b> Acho que a metodologia ativa faz com que o estudante	Dificuldade de envolvimento do médico nas atividades de Atenção Básica, tanto na academia como no serviço. O profissional do serviço não consegue ter uma efetiva participação na formação dos estudantes. A parceria vem sofrendo desgaste, dificuldades de ambos os lados, nos temos que trabalhar juntos, acho que um não pode desistir do outro. <b>P9</b> A parceria esta muito frágil. O numero de enfermeiros é insuficiente para dar cobertura no serviço para possibilitar a participação nas atividades da Faculdade, como a Educação Permanente. <b>P7</b> O estudante não consegue ver o sistema funcionar, não consegue ver resolutividade, ele vê uma demanda excessiva no serviço. <b>P8</b> Existem muitas trocas de funcionários, especialmente de médico. Eles chegam para o primeiro ano da faculdade querendo ser especialistas, então querem estudar a doença. <b>P9</b> No currículo esta muito frágil, a questão social, as ferramentas da sociologia, antropologia e talvez da filosofia pudessem contribuir. <b>P11</b> Hoje nos temos um profissional na UPP, ou um médico ou um enfermeiro na rede acompanhando o processo de trabalho do estudante eu acho que isso dificulta um pouco mais tanto para o grupo de enfermagem quando o profissional é médico quanto para o grupo de medicina quando o profissional é enfermeiro, com apenas um profissional com doze estudantes assim seis duplas isso gera certa dificuldade para quem está à frente do processo. Isso é uma fragilidade, outra coisa que eu percebo é que uma boa porcentagem dos profissionais não tem desejo de fazer isso, não querem não que não saibam, mas que não esta mais a fim, esta	Para fortalecer o currículo precisamos rever a parceria. Precisa rever a questão da gratificação e da cobertura do profissional do serviço, ele tem que se sentir mais valorizado. <b>P7</b> O método amadurece, fortalece sobretudo a comunicação. <b>P9</b> O fato de trabalharem juntos, possibilita aprender o trabalho em equipe. <b>P10</b>

	<p>seja responsável pelo seu aprendizado, os professores ajudam a chegar através de questionamentos, de colocar eles em situações que eles tem que aplicar o conhecimento dentro de cada situação, não adianta querer aplicar na família A e na família B porque são contextos diferentes, podem ter as mesmas patologias mas o contexto social, cultural, inclusive da relação são diferentes. P15</p>	<p>cansado, sem motivação, faz o mínimo possível e o estudante que se vire, especialmente no curso da medicina. P12 Os estudantes valorizam os avanços tecnológicos, os últimos tratamentos, os exames de ressonância magnética, a sofisticação do sistema de saúde pelos próprios professores eu acho que toda estrutura teria que valorizar o profissional da Atenção Básica. P13 Eu acho que não deve só sugar do paciente na unidade eu acho que ele tem que voltar e inclusive quando ele tiver um pouco mais de orientação e ajudar também, então eu acho que nesse ponto nós precisamos melhorar e ter esse equilíbrio. P14</p>	
<b>Egresso</b>	<p>A metodologia é o principal aspecto que me fez despertar para Atenção Básica. A problematização, o enfrentamento que e eu trouxe para a unidade. P17 O método incentiva a gente a buscar, às vezes me faltava uma coisinha depois da discussão e mesmo buscando novamente às vezes acabava não sabendo, um pouco da teoria fez falta. P21</p>	<p>Faltam professores no primeiro ano na FAMEMA. P18 Faltam professores com formação em Atenção Básica, o professor tem muita teoria do SUS, sobre integralidade, universalidade. A faculdade precisa estar junto com a Atenção Básica, o profissional tem que estar na rede. P16 Acho que a faculdade não prepara para trabalhar na Atenção Básica, depois que vim trabalhar aqui, percebi o quanto é difícil, acho que o que mais faltou foi teoria de saúde pública, os princípios do SUS, achei falho. P18. A Famema tem essa questão autodidata, de buscar o conhecimento, ai eu compareço e esta tudo certo. Os profissionais do serviço não têm tempo hábil, nem paciência, nem destreza para lidar com estudante. O paciente quer a coisa resolutiva, ele não vê a necessidade do cuidado. P18</p>	<p>O método do problema centrado na pessoa que aprendi na residência é possível ser feito na graduação, mas não existe. A nossa estrutura de anamnese ainda é a mesma, a tradicional, a semiologia da cabeça e pescoço e vai dividindo, otorrino, oftalmologista, mas não é isso que se quer, um especialista? No quinto e sexto ano quando estou me sentindo médico não tem Atenção Básica. P16 A questão financeira é importante, para o meu trabalho. Para fazer o que o programa me pede eu tenho que ter um único vínculo, a partir do momento que existe um plano de carreira, um benefício, uma segurança no trabalho, você consegue se manter nesse vínculo. Eu proponho ter no internato Atenção Básica e talvez utopicamente a extensão do curso de medicina para uma preparação maior. P17 Tem professores excelentes na Famema, que estão dispostos P18. Na graduação a gente aprende a trabalhar em grupo e isso facilita muito o trabalho em equipe.</p>

**Quadro H - Síntese obtida por meio de entrevista com os coordenadores, docente e egressos com relação ao preparo para atuar nas ações em Atenção Primária, Marília, 2012.**

	TERRITÓRIO	ATENDIMENTO	ACOLHIMENTO	A. URGÊNCIAS	T. EQUIPE	A. EDUCATIVAS	GESTÃO	P. SOCIAL
Coordenador	<p>Estar na atenção básica é muito mais complexo (ex: mãe com filho drogadito, desemprego, gravidez na adolescência). Formação envolve toda esta complexidade do médico e do enfermeiro. C1</p> <p>Trabalhar com um território adstrito, levantar a situação daquele território, fazer um diagnóstico situacional, espaços sociais instituídos, redes sociais, cultura, questão social, econômica, morbidades, condições crônicas, etc C1</p>	<p>Atendimento ainda centrado dentro de 4 paredes , o que acaba reduzindo o atendimento a questão biológica. C1</p> <p>Atendimento ainda centrado no médico, dono do saber C1</p> <p>Profissional se coloca acima do paciente</p> <p>O importante que o cuidado fosse construído conjuntamente C1</p> <p>Os profissionais são formados para o foco no cuidado e não um olhar para o todo o planejamento C1</p>			<p>Formar profissionais para trabalharem em equipe, um esforço com pouco resultado C1</p> <p>Para a complexidade dos problemas há necessidade de equipe multidisciplinar, transdisciplinar C1</p> <p>Atendimento ainda centrado no médico C1</p>	<p>Estimular a responsabilidade do usuário no processo de cuidado C1</p>	<p>Trabalhar com planejamento em saúde e territorialização C1</p> <p>Os profissionais são formados para o foco no cuidado e não um olhar para o todo o planejamento C1</p>	