



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO- UNIFESP**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- PROFSAÚDE**

**Vanessa Fassina**

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CENÁRIO DE**  
**APRENDIZAGEM: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA DE INTERAÇÃO**  
**ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO MÉDICA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família PROFSAUDE da Universidade Federal de São Paulo para a obtenção do título de mestre.

São Paulo

2019



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO- UNIFESP**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- PROFSAÚDE**

**Vanessa Fassina**

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CENÁRIO DE**  
**APRENDIZAGEM: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA DE INTERAÇÃO**  
**ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO MÉDICA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família PROFSAUDE da Universidade Federal de São Paulo para a obtenção do título de mestre.

**Orientadora:**

Profa. Dra. Rosilda Mendes

São Paulo

2019

F249	<p>Fassina, Vanessa, 1980-</p> <p>A Estratégia Saúde da Família como cenário de aprendizagem: análise de uma experiência de interação ensino-serviço na formação médica. / Vanessa Fassina ; Orientador: Profa. Dra. Rosilda Mendes. – Santos, 2019.</p> <p>109 f. : il. ; 30 cm.</p> <p>Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2019.</p> <p>1. Educação médica. 2. Aprendizagem significativa. 3. Integração ensino-serviço. 4. Pesquisa qualitativa. I. Mendes, Rosilda, Orientador. II. Título.</p> <p>CDD 610</p>
------	---

Vanessa Fassina

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO CENÁRIO DE  
APRENDIZAGEM: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA DE  
INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO  
MÉDICA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família PROFSAUDE da Universidade Federal de São Paulo para a obtenção do título de mestre.

Profa. Dra. Rosilda Mendes - UNIFESP Campus Baixada Santista  
Orientadora

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Daniele Pompei Sacardo - UNICAMP - Faculdade de Ciências Médicas

Profa. Dra. Maria Fernanda Frutuoso - UNIFESP Campus Baixada Santista

Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato - UNIFESP Campus Baixada Santista

Aprovada em: 26/04/2019

Dedico este trabalho ao meu filho Henrique que, ao início desse mestrado, estava recém-saído das fraldas e hoje já escreve o próprio nome. Filho, mesmo com menor tempo para estarmos juntos nesses últimos dois anos, a qualidade dos nossos momentos sempre foi a mesma. Te amo!



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pela saúde e disposição para enfrentar o desafio de fazer esse mestrado profissional, porque não foi fácil conciliar os estudos com a dupla rotina de trabalho.

Ao meu esposo Márcio, pela compreensão e paciência nesse período em que não pude estar presente sempre que precisou de mim.

Aos meus pais Arnaldo e Elma, por todos os momentos que cuidaram do Henrique durante as minhas ausências, seja por motivo de viagem ou nos momentos de estudos.

Aos meus irmãos, Renata e Ricardo, minha cunhada Juliana e meus sobrinhos Rafael, Isadora e Gabriela, por todo o carinho e ajuda com meu pequeno.

A minha orientadora Professora Rosilda Mendes, pelo incentivo e generosidade ao longo desses dois anos. E pensar que o rascunho feito em uma folha de papel germinou e se transformou nessa dissertação!

Aos professores e colegas do mestrado, pelos ensinamentos e trocas.

Aos estudantes do curso de medicina da Unoeste, pela grande colaboração neste trabalho e por me fazer repensar o papel do docente na graduação.

Aos colegas do trabalho, pelo apoio e ajuda de sempre.

Gratidão é o que sinto ao término desse trabalho!

## RESUMO

A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em medicina, a partir de 2001, provocou mudanças iniciais na formação por causa da integração do ensino com o sistema de saúde e também da descentralização do cenário de aprendizagem hospitalar para a Atenção Básica. Sua atualização, em 2014, manteve o objetivo de proporcionar uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, favorecendo a interação com usuários e profissionais de saúde desde os anos iniciais da graduação. Sob essa perspectiva, propõe-se a utilização de novas metodologias de ensino e a ampliação dos cenários de aprendizagem que privilegiam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento. Como as atividades ocorrem no contexto da prática, coloca-se o desafio de envolver permanentemente os profissionais da equipe no processo de formação. Este estudo de abordagem qualitativa, com implicação do pesquisador, tem como objetivo analisar a percepção dos estudantes e docentes de uma universidade privada do interior paulista, dos profissionais de saúde e da gestão municipal a fim de identificar as contribuições que a interação ensino-serviço pode oferecer para a produção de um espaço de aprendizagem significativa na formação médica. Para a produção dos dados, foram realizadas Rodas de Conversa com os estudantes do primeiro, terceiro e quinto períodos do curso de medicina e entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde, da gestão municipal e com docentes da universidade, além da elaboração do diário de pesquisa. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, que evidenciou três categorias de significado. A primeira, Cenário de aprendizagem: a prática na unidade de saúde, revelou que a inserção de estudantes em uma Unidade de Saúde da Família favoreceu o desenvolvimento da relação médico-paciente, vivenciar a rotina de trabalho do médico além de conhecer a especificidade e complementariedade das profissões, porém houve pouca oportunidade de praticar o que aprenderam na teoria, em sala de aula. Na segunda categoria, Cenário de aprendizagem: oportunidades e limitações da Visita Domiciliar, o domicílio mostrou-se como um cenário onde os estudantes puderam conhecer mais sobre a história de vida dos pacientes e não apenas ter o contato pontual em busca de doenças, desenvolver habilidades como comunicação e escuta, porém queixaram-se da repetição da frequência com que vão aos domicílios e a permanência com as mesmas famílias. Na última, (Des) encontros entre estudantes e profissionais de saúde, o contato frágil entre os sujeitos prejudicou a oportunidade de criação de vínculo e a aquisição de conhecimentos pela prática interprofissional. Este estudo mostrou que a Estratégia Saúde da Família pode contribuir como um espaço para a produção de uma aprendizagem significativa, sendo necessário recompor as relações entre os sujeitos envolvidos, além de um espaço permanente de discussão a respeito desse novo papel dos serviços de saúde na formação profissional.

**Palavras-chave:** educação médica, aprendizagem significativa, integração ensino-serviço, pesquisa qualitativa.



## ABSTRACT

The implementation of National Curricular Guidelines for medical graduation, from 2001, led to initial changes in training through the integration of teaching with the health system and also through the decentralization of the hospital learning scenario to Primary Care. The update, in 2014, has maintained the objective of providing a generalist, humanistic, critical and reflexive education, which favors the interaction of users and health professionals since the first years of graduation. From this perspective, it is proposed the use of new teaching methodologies and expansion of the learning scenarios that privilege the active participation of the student in the knowledge construction. As the activities take place in a practice context, the challenge is to permanently involve the professionals in the training process. This qualitative study, with the researcher's implication, aims to analyze the perception of students and teachers of a private university in the state of São Paulo, health professionals and municipal management in order to identify the contributions that the teaching-service interaction can offer for the production of a meaningful learning space in medical training. To obtain the data, it was conducted round table discussions with the students of the first, third and fifth periods of the Medicine course, semi-structured interviews with health professionals and municipal management and university teachers, as well as the elaboration of a research diary. The data were analyzed using the Content Analysis technique, with the disclosure of three categories of meaning. The first, Learning scenario: the practice in the health unit, which revealed that the insertion of students in a Family Health Unit favored the development of the physician patient relationship, experience the physician's work routine besides knowing the specificity and complementarity of the professions, however, there was little opportunity to practice what they learned in theory. The second, Learning scenario: opportunities and limitations of Home Visit, the home was a scenario in which students could learn more about the patients' life and not only have the punctual contact in the search of diseases; they could also develop skills such as communication and listening, but they complained about the repetitive frequency that they go to the houses and stay with the same families. The last one, (Un) meetings between students and health professionals, the fragile contact between them led to a lack of opportunity for creating a relationship and acquiring knowledge through the interprofessional practice. This study showed that the Family Health Strategy can contribute as a space for the production of meaningful learning, and it is necessary to recompose the relationships between subjects involved, as well as a permanent space for discussion about this new role of services training.

**Keywords:** medical education, meaningful learning, teaching-service integration, qualitative research.

## LISTA DE SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AD</b>	Atenção Domiciliar
<b>BLS</b>	Basic Life Support
<b>CanAI</b>	Canal do Aluno
<b>CAPS</b>	Centros de Atenção Psicossocial
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>COAPES</b>	Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Saúde
<b>CPA</b>	Comissão Própria de Avaliação
<b>D</b>	Docente
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>DP EIP</b>	Diário de Pesquisa Educação Interprofissional
<b>EMAD</b>	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
<b>EMAP</b>	Equipe Multiprofissional de Apoio
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>Famema</b>	Faculdade de Medicina de Marília
<b>G</b>	Gestão
<b>GM/MS</b>	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
<b>HiperDia</b>	Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus
<b>IDH IES</b>	Índice de Desenvolvimento Humano Instituições de Ensino Superior
<b>LHabSim</b>	Laboratório de Habilidades e Simulação Núcleo de
<b>NASF</b>	Apoio a Saúde da Família
<b>NDE PA</b>	Núcleo Docente Estruturante Pronto Atendimento
<b>PAPP</b>	Programa de Aproximação Progressiva à Prática Pró-reitora
<b>Proacad</b>	Acadêmica
<b>PS PSE</b>	Profissionais de Saúde Programa Saúde na Escola
<b>PPM</b>	Programa de Prática Médica
<b>RC RAS</b>	Rodas de Conversa Redes de Atenção à Saúde
<b>SAD SMS</b>	Serviço de Atenção Domiciliar Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TBL</b>	Team Based Learning
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>Unesp</b>	Universidade Estadual Paulista
<b>Unicamp</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>Unoeste</b>	Universidade do Oeste Paulista Unidade de
<b>UPA</b>	Pronto Atendimento
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das turmas de alunos da medicina da disciplina PAPP nas Unidades de Saúde da Família de Presidente Prudente e Álvares Machado .....	1
Tabela 2	Cronograma de atendimento semanal de uma unidade de Saúde da Família do município de Presidente Prudente/SP .....	2
Tabela 3	Distribuição das Rodas de Conversa com alunos de medicina da disciplina PAPP .....	20
Tabela 4	Relação entre a distribuição das turmas de alunos da disciplina PAPP e as atividades a serem acompanhadas na unidade de saúde .....	39

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	1
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	5
2.1 A interação ensino-serviço: as bases conceituais e experiências de escolas médicas .....	5
2.2 O Projeto Pedagógico da Unoeste.....	10
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	16
3.1 Objetivo geral .....	16
3.2 Objetivos específicos .....	16
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	17
4.1 Cenário de pesquisa .....	18
4.2 Produção de dados .....	19
4.2.1 Rodas de Conversa .....	19
4.2.2 Entrevistas semiestruturadas .....	21
4.2.3 Diário de pesquisa.....	22
4.3 Organização e análise dos dados.....	23
4.4 Aspectos éticos .....	25
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	26
5.1 Cenário de aprendizagem: a prática na unidade de saúde .....	27
5.2 Cenário de aprendizagem: oportunidades e limitações da Visita Domiciliar .....	44
5.3 (Des) encontros entre estudantes e profissionais de saúde.....	60
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	72
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	75
<b>ANEXOS</b> .....	83

# 1 APRESENTAÇÃO

Meu contato com a docência iniciou-se em março de 2012 quando fui contratada por uma universidade privada no município de Presidente Prudente/SP, para atuar como preceptora na disciplina Programa de Aproximação Progressiva à Prática (PAPP) do curso de medicina. Essa disciplina tem como objetivo inserir o acadêmico desde os anos iniciais da graduação nos serviços públicos de saúde, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o cenário escolhido. Esta disciplina se estende do primeiro ao quinto períodos do curso, com aumento progressivo da complexidade das atividades nas quais os estudantes podem ser envolvidos, sempre fazendo uma ligação com as demais disciplinas ministradas na universidade, em sala de aula. Por se tratar de uma disciplina prática, outros espaços além da unidade de saúde são considerados na formação, como: escolas, praças, asilos, domicílios dos pacientes e o Laboratório de Habilidades e Simulação (LHabSim) da universidade.

Sete médicos, sendo cinco do município de Presidente Prudente e dois do município vizinho, Álvares Machado, vinculados às respectivas Secretarias Municipais de Saúde, foram contratados pela universidade para desempenhar a atividade de preceptoria com os alunos da graduação durante seu horário de expediente. Esses profissionais são denominados "professores facilitadores" e cada um acompanha dez turmas de alunos a cada semestre, com uma média de cem alunos por docente. As turmas são assim nomeadas: PAPP IA/ IB (1º período), PAPP IIA/IIB (2º período), PAPP IIIA/IIIB (3º período), PAPP IVA/IVB (4º período), PAPP VA/VB (5º período). A distribuição das turmas de estudantes é fixa, ocorrendo de forma simultânea nas sete Unidades de Saúde da Família (USF), conforme tabela abaixo:

**Tabela 1. Distribuição das turmas de alunos da medicina da disciplina PAPP nas Unidades de Saúde da Família de Presidente Prudente e Álvares Machado:**

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
<b>Manhã</b>	PAPP IVB	PAPP VA	PAPP IIIB	PAPP IB	PAPP VB
<b>Tarde</b>	PAPP IIIA	PAPP IIB	PAPP IIA	PAPP IA	PAPP IVA

Fonte: própria

As atividades desenvolvidas diariamente nas USF do município de Presidente Prudente obedecem à padronização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), devendo incluir consultas agendadas, visita domiciliar, grupos HiperDia (hipertensão arterial e diabetes) e puericultura, pré-natal e reunião de equipe. O acolhimento da demanda espontânea, ou seja, a consulta sem agendamento prévio ocorre em todos os períodos da semana. A distribuição dessas atividades é variável entre as unidades de saúde e a **Tabela 2** traz o cronograma de atendimento de uma delas.

**Tabela 2. Cronograma de atendimento semanal de uma unidade de Saúde da Família do município de Presidente Prudente/SP:**

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
<b>Manhã</b>	Consulta agendada	Visita Médica Domiciliar	Grupo HiperDia	Consulta agendada	Pré-Natal
<b>Tarde</b>	Retorno de exames	Consulta agendada	Puericultura	Consulta agendada	Reunião de equipe

Fonte: própria

Os estudantes podem optar por continuar ou mudar de USF a cada semestre da disciplina. A vantagem em permanecer na mesma unidade ao longo dos semestres pode favorecer o vínculo à equipe e aos pacientes, porém corre-se o risco de não conseguir vivenciar todas as atividades desenvolvidas naquele cenário.

Os grupos com uma média de dez estudantes de medicina vêm acompanhados de uma tutora enfermeira docente da disciplina, com vínculo trabalhista apenas com a universidade. Os alunos se dividem em duplas ou trios e são inseridos nas ações rotineiras da unidade, como acolhimento da demanda espontânea, pré-consulta ( aferição de pressão arterial, glicemia capilar quando indicada, peso e altura), consulta médica, auxiliar pequenos procedimentos (curativos, lavagem de ouvidos) e dispensação de medicamentos. Os estudantes também realizam atividades em sala de espera, com orientações aos usuários que se encontram na unidade por motivos diversos.

A minha rotina de trabalho se inicia às 07h30, e na minha chegada à unidade já estão presentes alguns pacientes que aguardam por atendimento. Com a turma de estudantes completa, fazemos uma rápida conversa no consultório, juntamente com

a tutora, para nos organizarmos para as atividades. A dupla que acompanhará as consultas já fica na sala comigo e os demais seguem com a tutora para as outras atividades.

No consultório, os estudantes permanecem ao meu lado, acompanhando o atendimento dos pacientes. A consulta médica na presença de alunos acaba se estendendo além dos quinze minutos, uma vez que enfatizo alguns aspectos da comunicação com o paciente, incentivando-os a dialogar com os usuários, além de realizar o exame físico sob minha supervisão, de acordo com a competência já adquirida, contribuindo com a construção da anamnese. Antes da entrada do próximo paciente, procuro sanar as dúvidas dos estudantes em relação ao atendimento que acabou de ser realizado.

Após o atendimento dos pacientes agendados, fazemos o atendimento dos pacientes da demanda espontânea. Minha manhã se encerra ao meio-dia, quando saio para o almoço. Retorno às 13h30 e novamente ao adentrar meu local de trabalho, alunos e pacientes já me aguardam. E a dinâmica do trabalho se repete no período da tarde, com os atendimentos finalizados perto das 17h00, horário do fim do meu expediente. Durante a semana, minha jornada fica restrita a atendimentos individuais no consultório em oito dos dez períodos trabalhados.

Essa rotina se repete de segunda à sexta-feira, com exceção das terças e sextas de manhã, períodos destinados à visita domiciliar e pré-natal, respectivamente, e das sextas à tarde, destinadas à reunião de equipe. Nesses períodos, consigo ter uma disponibilidade de tempo maior para os estudantes. No intervalo de tempo que precede a saída para a visita domiciliar, é possível ainda agendar alguns procedimentos para os estudantes acompanharem, como, por exemplo, a lavagem de ouvidos. A dinâmica do atendimento pré-natal diverge das demais consultas. Como geralmente temos um número reduzido de gestantes, procuro distribuir os atendimentos de modo que todos os alunos consigam acompanhar pelo menos uma consulta naquele período.

Em razão dos atendimentos no consultório, que acabam consumindo quase a totalidade das oito horas do meu expediente diário, não é possível acompanhar a rotina dos outros estudantes que ficaram na unidade ou saíram para a visita domiciliar, por isso a presença da tutora é de fundamental importância. Por esse motivo, descrever a rotina desses estudantes é um pouco difícil pelo fato de ter contato, em cada período, apenas com os que ficam comigo no consultório ou, os que me acompanham na visita domiciliar.

A dupla que me acompanha na unidade de saúde permanece todo o período no consultório; os demais executam as atividades propostas e, após isso, realizam a visita domiciliar às famílias selecionadas pela equipe de saúde, sendo que os casos mais complexos são destinados aos alunos dos períodos mais avançados. A tutora acolhe as impressões, dúvidas e apontamentos trazidos pelos estudantes após as atividades realizadas na unidade de saúde e a visita domiciliar.

Os alunos normalmente repassam as demandas trazidas da visita domiciliar para a equipe de enfermagem ou para os agentes comunitários, pois, quando retornam, eu ainda não terminei os atendimentos dos pacientes. Nas poucas vezes em que consigo me reunir com os alunos ao final dos atendimentos, o tempo é escasso, quase sempre menos de 20 minutos para realizar o fechamento das atividades. Os períodos geralmente terminam com uma breve conversa com a tutora sobre o trabalho desenvolvido. Ela me repassa algumas demandas das visitas domiciliares e também um resumo do que desenvolveu com os alunos.

Com o estudante dentro do consultório, o que desperta seu interesse é o levantamento das informações junto ao paciente para a construção da história clínica e a realização do exame físico. Eles mostram-se muito motivados ao acompanharem as consultas médicas, porém se queixam, ao longo dos semestres, da repetição das atividades, além de relutarem em realizar a visita domiciliar.

Ao longo do semestre, são realizados dois ciclos pedagógicos nos quais os estudantes apontam as lacunas da aprendizagem, com a mediação da tutora, disparando a busca pelo embasamento teórico para sedimentar o conhecimento. Não consigo participar dessa atividade, pois a gestão municipal não permite diminuir o número de atendimentos em benefício da atividade acadêmica.

Nesses seis anos como preceptora da disciplina PAPP, escuto sempre as mesmas queixas. Os alunos vão se alternando, mas o discurso é sempre o mesmo. Em que momento o estudante perde a motivação? Como fazer para manter a disciplina atrativa? Esses questionamentos me despertaram o interesse em pesquisar como se dá o desenvolvimento da disciplina pela visão dos sujeitos envolvidos e o que poderia ser alterado para tornar a experiência mais significativa.



## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 A interação ensino-serviço: as bases conceituais e experiências de escolas médicas

A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da Graduação em Medicina a partir de 2001 provocou mudanças iniciais na formação por causa da integração do ensino com o sistema de saúde e as necessidades de saúde da população e também devido à descentralização do cenário de aprendizagem hospitalar para a Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2001, DEMARZO *et al.*, 2012).

Atualizada no ano de 2014, as Diretrizes (BRASIL, 2014) mantiveram o objetivo de permitir uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, proporcionando ao egresso qualidades e competências para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por competência compreende-se

"a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar (...) os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde" (BRASIL, 2014, p. 7).

Na criação dessas competências, os conhecimentos são as ferramentas a serem utilizadas, sendo que

"a educação pressupõe a ênfase na experimentação e na empiria, numa evidente crítica à compartimentalização (...) do conhecimento em disciplinas isoladas, e a centralidade do processo educativo encontra-se nos métodos de ensino-aprendizagem e no protagonismo dos estudantes" (MENDES; SACARDO, 2017, p. 110).

A formação médica, baseada no modelo clínico/flexineriano, com predomínio da assistência curativa e individual, já não responde às necessidades de saúde e nem da organização dos serviços públicos de saúde, por isso a necessidade de mudança curricular que atenda a essas novas demandas (MENDES; SACARDO, 2017). A formação na área da saúde deve buscar ser referência nas condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas, de forma a redimensionar o desenvolvimento de sua autonomia (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A utilização de inovações na

formação na área da saúde (MENDES; SACARDO, 2017), além de inserir novos cenários de aprendizagem, romperia com o antigo paradigma de aulas expositivas e o desenvolvimento de práticas em ambiente hospitalar em período avançado da graduação.

A interação dos estudantes com usuários e profissionais de saúde desde os anos iniciais da graduação proporcionaria a oportunidade de aprender a partir de situações reais além de incentivar a ter responsabilidades crescentes de acordo com seu grau de autonomia (BRASIL, 2014). Essa inserção nas equipes de saúde e a proximidade com os usuários propiciariam um ambiente favorável para o desenvolvimento dessas habilidades, sendo possível ao SUS cumprir seu papel de ordenador da formação de recursos humanos (BRASIL, 1988).

A legislação ainda aponta que as novas metodologias de ensino e aprendizagem devem privilegiar a participação ativa do aluno na construção do conhecimento, objetivando formar um profissional preparado para aprender a aprender e para aprender com o erro, além de ser formado na perspectiva da aprendizagem interprofissional (BRASIL, 2014).

A aprendizagem e o ensino são processos distintos. O ensino é uma relação de ajuda, de auxílio interpessoal, que requer planejamento, definição de objetivos, seleção de conteúdo, estratégias de ensino bem definidas e a avaliação do aprendizado (FERRO; PAIXÃO, 2017). Já a aprendizagem, segundo Woolfolk, (2000, p.184) é um "processo pelo qual a experiência causa mudança permanente no conhecimento ou comportamento".

Para Freire (1996, p. 12), é indispensável que o professor saiba que "ensinar não é transferir conhecimento" e sim oferecer meios para sua construção, de forma que a capacidade de aprender estimule a curiosidade pelo saber. Para que a aprendizagem seja significativa, é necessário que os novos conhecimentos se ancorem em conceitos pré-existentes na estrutura cognitiva do aluno (MOREIRA; MASINI, 2006; FERRO; PAIXÃO, 2017). Segundo Ausubel, Novak e Hanesian (1980, p. 137), "o fator singular mais importante que influencia a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já conhece".

O ato de ensinar e aprender se divide em dois momentos, um no qual se ensina e aprende o conhecimento já existente e o outro no qual se produz o conhecimento ainda não existente (FREIRE, 1996). Uma das características de uma boa aprendizagem é a "capacidade de utilizar os conhecimentos aprendidos numa

situação nova, porque, se não conseguimos transferir o conhecimento aprendido para novos contextos, a aprendizagem torna-se ineficaz" (FERRO; PAIXÃO, 2017, p. 19).

O emprego das metodologias ativas na formação médica, com o processo de formação centrada no estudante, tem como objetivo capacitá-lo a construir ativamente seu conhecimento a fim de desenvolver competências profissionais para resolver situações emergentes da prática e também produzir cuidados em resposta às demandas sociais (COTTA; COSTA; MENDONÇA, 2013; MAIA, 2014). Uma dessas metodologias é a problematização, que tem origem nos estudos de Paulo Freire, e tem como concepção a construção do conhecimento a partir da vivência de experiências significativas (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). Ainda segundo essas últimas autoras, a problematização está fortemente marcada pela dimensão política da educação, voltada à transformação social, sendo a relação ação – reflexão – ação transformadora o eixo básico de orientação desse processo.

A aprendizagem a partir da prática torna-se significativa uma vez que, ao se deparar com uma situação real, o estudante visualiza a aplicabilidade do que está estudando, estabelecendo novas redes entre conceitos anteriormente vistos (MAIA, 2014). Maia (2014) ainda afirma que a observação da realidade irá determinar as lacunas presentes na estrutura cognitiva do estudante, desencadeando ativamente um movimento de teorização para proporcionar sua aprendizagem. Segundo Freire (1996, p. 13) "nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo".

A articulação entre a academia-serviço favoreceria esse novo método de aprendizagem e também a construção de um novo modelo de atenção à saúde, visando à transformação das práticas assistenciais de acordo com as necessidades de saúde da população (MARIN *et al.*, 2013).

"As relações que se pretendem fecundas, criativas, precisam estar ancoradas na alteridade, cujo conceito implica a possibilidade de colocar-se no lugar do outro, de dialogar, porém, sem anular a criatividade do outro. É nessa perspectiva que deve constituir-se a integração ensino-serviço. Sem a prática, a teoria é puro verbalismo, assim como a prática sem teoria não passa de ativismo. Contudo, quando se reúnem teoria e prática, obtém-se a práxis, como ação criadora e transformadora da realidade" (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016, p.1021).

Para promover essas modificações, dentro do "novo paradigma interdisciplinar e voltado à integralidade do cuidado", são necessárias mudanças simultâneas no mundo do trabalho e do ensino (MENDES; SACARDO, 2017, p. 117). Logo, se a

inserção do estudante na atenção primária não vier acompanhada da criação de "espaços pedagógicos problematizadores", a produção do cuidado como objeto da formação pode ficar empobrecida (TEOFILO; SANTOS; BADUY, 2017, p.185) e até mesmo comprometida.

Por ser porta de entrada preferencial, a atenção primária apresenta-se como um cenário rico para o desenvolvimento de diversas habilidades, permitindo que o aluno tenha a oportunidade de contato com variados e frequentes problemas de saúde da população, além de ser um ambiente vivo e em permanente construção (GIL *et al.*, 2008; CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011; ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

Aprender a trabalhar em equipe é outra competência que o aluno pode aprender a desenvolver precocemente, sobretudo quando inserido na atenção primária, onde a interdependência entre os profissionais pode potencializar o plano horizontal muito mais do que ocorre em ambiente hospitalar, por exemplo. Segundo Peduzzi (2016), a formação desses profissionais limitada a sua área específica já não é mais o suficiente em virtude da crescente complexidade e abrangência das necessidades em saúde.

A colaboração interprofissional, entendida como uma articulação entre dois ou mais profissionais que compartilham conhecimentos e práticas, implica a cooperação para o trabalho coletivo em diversos contextos de prática (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016). A articulação de atividades integradas permite "o aprendizado do conjunto de competências necessárias para o trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa" (PEDUZZI, 2016, p. 199).

A presença do estudante no ambiente de trabalho poderia trazer melhorias para os serviços, uma vez que podem promover as reflexões dos profissionais sobre suas práticas de cuidado em saúde. Os profissionais de saúde "reconhecendo-se como sujeitos integrantes do processo educativo" ficariam estimulados em buscar constante atualização e atuar em conformidade com diretrizes clínicas e protocolos (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016, p.1020).

Segundo Marin *et al.* (2013), a metodologia problematizadora é uma estratégia potente para estimular os estudantes a refletirem sobre situações vivenciadas no cotidiano dos serviços. Como as atividades ocorrem no contexto da prática, os profissionais da equipe precisam estar efetivamente envolvidos com os trabalhos desempenhados pelos alunos. Para Marin *et al.* (2013, p. 504), essa integração

poderia contribuir para a melhoria da prática profissional ao estimular as transformações pela potencialidade que tem para "despertar estudantes (...) e profissionais para uma nova forma de agir e pensar frente às necessidades de saúde da população".

Para que a integração ensino-serviço se desenvolva, é necessário que ocorra um trabalho coletivo, pactuado e adaptado, entre estudantes, professores e trabalhadores da saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Porém, o que se vê são duas instituições que desenvolvem processos de trabalho distintos, sendo a primeira voltada para a produção do conhecimento e a segunda para a assistência à saúde (CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015).

Pensando na prática comunitária como um dos eixos norteadores da formação na área da saúde, ao se aproximar as demandas da academia e a prestação de serviços à população (MELO *et al.*, 2016), os usuários também poderiam ser beneficiados pela oportunidade de receberem uma atenção particularizada, seja em visitas domiciliares ou mesmo na unidade de saúde. Nessa interrelação os usuários contribuem para a aprendizagem dos estudantes e em contrapartida, são beneficiados pela oportunidade da escuta, que pode revelar informações muitas vezes desconhecidas pela equipe de saúde. Essa escuta diferenciada abriria a possibilidade de novos modos de intervir sobre os problemas vivenciados pelos usuários.

O que precisa ficar bem explícito é o papel da comunidade como um sujeito coletivo que proporcionaria aprendizagens, e não simplesmente um objeto de estudo, como ainda vem acontecendo em diversas situações (MELO *et al.*, 2016). Ainda segundo Melo *et al.* (2016), nessa perspectiva, o intercâmbio de saberes deve promover um processo de trabalho e também de estudo, porque valoriza a criação de vínculo, a responsabilização e a participação popular.

A diversificação dos cenários de aprendizagem, com a inserção do estudante no processo de cuidado da comunidade, possibilitaria o desenvolvimento de um olhar crítico para os problemas reais da população, permitindo a construção do conhecimento a partir da visão real do mundo do trabalho (CHINI; OSIS; AMARAL, 2018).

Atividades de promoção da saúde, grupais ou individuais, também são outro registro da presença dos alunos na atenção primária. Essas ações trazem benefícios para a coletividade além de ser uma "força mediadora para a transformação do campo de prática e melhorias na atuação da equipe" (MARIN *et al.*, 2013, p. 505).

A integração ensino-serviço estabelece a relação estudante-profissionalusuário dos serviços de saúde, num movimento em que todos se beneficiam. O estudante, com uma formação contextualizada na realidade, o profissional de saúde, pela possibilidade de se atualizar, e a comunidade, por receber uma atenção diferenciada (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016, p.1019).

Algumas escolas médicas já experimentam mudanças na formação com a utilização das metodologias centradas nos alunos. Na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), a formação em Saúde Coletiva concentra-se nos três primeiros anos da graduação, buscando a aproximação dos alunos ao sistema de saúde por meio da experiência de estágios em serviços da Atenção Básica (MENDES; SACARDO, 2017). O conteúdo das disciplinas é apresentado e discutido por meio de uma abordagem problematizadora e voltada para a prática profissional, visando a integralidade e humanização do cuidado. A inserção dos estudantes nos serviços leva a uma aproximação que viabiliza um olhar crítico sobre as políticas de saúde e o papel desempenhado pelas instituições e profissionais.

Na Faculdade de Medicina de Marília (Famema), o processo formativo também está articulado com o mundo do trabalho, com a construção curricular integrada, tanto interdisciplinar quanto interprofissional, entre os cursos de medicina e enfermagem, nos dois primeiros anos da graduação (MARIN *et al.*, 2013). Os profissionais do serviço participam da construção do currículo e do acompanhamento dos alunos e estes participam do processo de trabalho das unidades de saúde. A adoção do referencial das necessidades de saúde de pessoas, famílias e coletividades busca proporcionar uma visão ampliada de saúde e desenvolver a capacidade de trabalhar em equipe.

## **2.2 O Projeto Pedagógico da Unoeste**

A elaboração do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade do Oeste Paulista (Unoeste) advém das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina estabelecida pela Resolução CNE/CES Nº 3, de 20 de junho de 2014. A última atualização desse documento ocorreu em 2016, sendo o resultado de um diálogo coletivo, integrando o Núcleo Docente Estruturante (NDE), docentes, discentes, gestores e colaboradores da área da saúde e da educação (UNOESTE, 2016).

O currículo da Unoeste privilegia a formação médica "pautada em competências e habilidades adequadas para atuar em cenários de transformação, mantendo o compromisso ético, filosófico, político, social e técnico-científico com a sociedade" (UNOESTE, 2016, p. 19). Dentre os objetivos do curso, destacam-se a valorização da prática como eixo organizador do currículo, com a inserção dos alunos nos cenários reais de atuação médica; a utilização de estratégias de ensino/aprendizagem que estimulem a participação ativa do estudante na construção do seu próprio conhecimento e o desenvolvimento de competências para atuar em equipes multiprofissionais e interprofissionais.

Atualmente, o currículo da Unoeste encontra-se como modelo híbrido, aliando o ensino tradicional estruturado em unidades de aprendizagem trabalhadas por conteúdos, organizados por disciplinas ou módulos (**Anexo 1**), com a adoção de metodologias ativas, como a Aprendizagem Baseada em Problemas, a Problematização, *Team Based Learning* (TBL) e Simulação Realística, dentre outras estratégias de aprendizagem (UNOESTE, 2016).

Do primeiro ao quinto períodos do curso, há duas disciplinas no currículo que compõem as unidades de aprendizagem horizontais, o Programa de Prática Médica (PPM) e o Programa de Aproximação Progressiva à Prática (PAPP). Os objetivos principais dessas duas disciplinas são a aproximação progressiva do estudante à prática profissional, com níveis crescentes de complexidade e autonomia, e a valorização do uso de tecnologias leves e leve-duras, tendo como cenário de aprendizagem as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família (UNOESTE, 2016).

O PAPP é um programa que visa aproximar progressivamente o discente de medicina da realidade social e ambiental de sua futura prática profissional, para propiciar uma visão integrada das diversas dimensões relacionadas à atuação do médico, com ênfase no indivíduo, família, comunidade, inclusão social, educação ambiental, além de fomentar o princípio da integralidade e estimular a pesquisa e extensão (UNOESTE, 2016, p. 68).

Os objetivos de aprendizagem de cada semestre, trazidos pelo Plano de Ensino da disciplina, são:

#### PAPP I

- Adoção das famílias e seu acompanhamento por meio das visitas domiciliares, com o objetivo de criar vínculo e responsabilização, além de conhecer o território por elas habitado;

- avaliar as necessidades de saúde de acordo com o levantamento das condições de vida, acesso, vínculo e autonomia que determinam o processo saúde-doença da pessoa e as possibilidades de intervenção;
- elaborar a história clínica do indivíduo, a história social da família e o plano de cuidados;
- investigar o perfil epidemiológico da população e do território de abrangência;
- identificar os recursos sociais oferecidos à população (escolas, creches, igrejas, transporte) e suas demandas relacionados à ESF;
- planejamento das ações de saúde em conjunto com a equipe da ESF a partir do mapeamento da micro área;
- envolver-se nas ações educativas intersetoriais dos serviços de saúde, executadas nos diversos cenários (escolas, igrejas, creches);
- conhecer o SUS e as políticas públicas existentes, além do trabalho da equipe da ESF;
- compreender e distinguir os cuidados oferecidos nas diferentes instituições públicas e privadas.

## PAPP II

- Manter o vínculo com as famílias adotadas por meio das visitas domiciliares, identificando suas necessidades de saúde. Refletir e intervir sobre o risco familiar e desenvolver ações que ampliem a qualidade de vida da família assistida;
- propiciar uma reflexão sobre a profissão médica e sua atuação, limitações, responsabilidades e deveres éticos perante o indivíduo, a família e a instituição;
- estimular a percepção da integralidade como elemento fundamental do pensar e do fazer, aliando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;



- compreender a gestão do SUS e o funcionamento das Redes Regionais de Atenção em Saúde;
- analisar a organização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e manter o vínculo construído com os membros da equipe, reconhecendo suas atribuições;
- fortalecer as estratégias de Educação em Saúde de acordo com as necessidades da pessoa, família e comunidade.

### PAPP III

- Entender o processo saúde-doença da comunidade por meio do diagnóstico de saúde de acordo com a realidade epidemiológica;
- compreender os Níveis de Prevenção com ênfase na Promoção da Saúde e na Integralidade da Atenção, com foco na comunidade;
- conhecer os Programas Nacionais de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Saúde da Mulher, do Adolescente, do Homem e do Trabalhador;
- conhecer e realizar a técnica do exame cito patológico do colo do útero (*Papanicolaou*);
- desenvolver ações de Educação em Saúde com a equipe da Estratégia Saúde da Família e usuários visando à formação de agentes multiplicadores;
- conhecer o saneamento ambiental relacionando saúde à sustentabilidade;
- utilizar a Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Promoção da Saúde para nortear as ações junto à coletividade;
- realizar ações de educação permanente junto à equipe da ESF baseadas na Política Nacional de Educação Permanente;
- reconhecer o Programa de Saúde do Escolar como estratégia para exercício da intersetorialidade;
- conhecer o sistema de informação em saúde com vistas a desenvolver estratégias voltadas às necessidades de saúde das pessoas.

### PAPP IV:

- Possibilitar ao estudante o reconhecimento e a intervenção nas ações básicas dos programas estratégicos da Atenção Básica em Saúde e nas doenças mais

prevalentes nas emergências/urgências atendidas no serviço público de saúde; proporcionar ao estudante condições de abordagem do paciente em situação de urgência e emergência, clínica ou traumática, no Atendimento Pré Hospitalar e no atendimento primário hospitalar;

- estar capacitado e apto a capacitar outros profissionais no *Basic Life Support* (BLS) - Suporte Básico à Vida;
- desenvolver atividades de educação em saúde com grupos da comunidade e manter o acompanhamento das famílias atendidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família;
- proporcionar continuidade do cuidado ao egresso de internação hospitalar residente no território abrangido pela Estratégia Saúde da Família;
- aplicar os preceitos do Humaniza SUS - escuta qualificada e clínica ampliada - nas relações com o usuário.

#### PAPP V

- Ampliar os conhecimentos teóricos e práticos do cotidiano do Sistema de Saúde, participar do gerenciamento da unidade de Saúde da Família, atuando no planejamento e avaliação das ações da equipe multidisciplinar;
- fortalecer o vínculo com os membros da equipe e participar das suas atribuições;
- avaliar a infraestrutura da unidade de saúde: instalações físicas, recursos humanos, materiais e equipamentos;
- analisar no território os dados demográficos, as condições de vida e os indicadores de saúde;
- desenvolver ações nos programas estratégicos de Atenção Básica em Saúde: Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde da Criança e Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde do Usuário de Álcool e outras Drogas, Saúde Mental e Saúde do trabalhador;
- proporcionar uma reflexão sobre a profissão médica e sua atuação na dimensão cuidadora do indivíduo e sua família, atento às suas limitações, responsabilidades e deveres éticos perante o usuário, a família e a instituição;
- fortalecer as estratégias de educação em saúde de acordo com as necessidades da pessoa, família e comunidade;

estimular a percepção da integralidade como elemento fundamental do pensar e principalmente do fazer, aliando ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação;

- estabelecer vínculo com as famílias adotadas, realizar visitas domiciliares, identificar e intervir sobre o risco familiar e as necessidades de saúde da família adotada;
- investigar o processo saúde-doença das pessoas e famílias sob seus cuidados e desenvolver ações que ampliem sua qualidade de vida;
- identificar e acompanhar os pacientes portadores de patologias mais prevalentes cadastrados na unidade de Saúde da Família.

Frente a esse contexto, podemos nos perguntar: quais os caminhos a percorrer para fortalecer o papel da USF como um cenário de aprendizagem significativa? Como os sujeitos envolvidos nessa atividade percebem o processo de formação médica em sua relação ensino-serviço? Como conciliar as atividades de ensino com a organização dos serviços de saúde e a rotina da USF de modo a considerar as novas diretrizes curriculares?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Este trabalho possui o objetivo geral de analisar a inserção do estudante de medicina no cenário de prática de uma Unidade de Saúde da Família a fim de identificar as contribuições que a interação entre o ensino e o serviço pode oferecer para a produção de um espaço de aprendizagem significativa.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Como objetivos específicos pretendo:

- investigar junto aos alunos de medicina o quanto uma experiência de ensino em uma unidade de saúde contribui para a construção do conhecimento crítico e reflexivo;
- compreender os significados da integração ensino-serviço para os docentes da Universidade, profissionais e gestão municipal da saúde;
- subsidiar a revisão das práticas de ensino a partir da análise dos registros obtidos no estudo.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa é resultado de um estudo qualitativo com implicação da autora. Segundo Minayo (2002), a pesquisa qualitativa apresenta preocupação com uma realidade que não pode ser quantificada, explorando o significado dos processos inerentes às ações e relações humanas que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Implicação faz frente ao mito da neutralidade. Estar implicado é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc. A implicação inclui uma análise do sistema de lugares ocupados ou que se busca ocupar ou, ainda, do que lhe é designado, pelo coletivo, a ocupar, e os riscos decorrentes dos caminhos em construção (AGUIAR; ROCHA, 2007, p 656).

E com a finalidade de pôr fim à neutralidade analítica, Lourau (2004) afirma que o observador implicado no campo de observação modifica e transforma seu objeto de estudo. Segundo Fortuna *et al.* (2016), a análise da implicação envolve todo o contexto e condições para a realização da pesquisa, desde a elaboração do projeto, a entrada em campo para a realização das atividades, a análise dos resultados e sua discussão.

Como sou docente da disciplina e médica assistente da unidade de saúde onde este estudo é realizado, fica clara minha implicação com o tema estudado e o quanto estou envolvida com o objeto de estudo.

O fato de ser a única profissional de saúde da USF a receber salário para exercer a preceptoria durante o horário de expediente interfere no modo como o restante da equipe vê a presença do estudante de medicina no cotidiano do serviço. Desempenhar duas atividades profissionais no mesmo horário de expediente, sem trazer prejuízos para assistência e a docência e manter uma boa relação com meus colegas, com a tutora, a SMS e a universidade é bastante desafiador e também, às vezes, desgastante. A busca pelo equilíbrio nessas relações fez com que eu expusesse o cotidiano do meu trabalho de modo a permitir uma reflexão sobre a maneira como esse processo acontece.

A implicação nesse estudo permite falar "das instituições que nos atravessam", de modo a produzir conhecimento a partir dos valores, interesses, expectativas e desejos imbricados nessa relação (ROMAGNOLI, 2014, p. 47). Para Lourau (2004), as instituições são normas e também incluem a maneira como os indivíduos concordam ou não em participar delas.

## 4.1 Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa foi uma unidade de Saúde da Família localizada na zona urbana de Presidente Prudente. O município está localizado na região oeste do estado de São Paulo, distante 558 quilômetros da capital, com população estimada no ano de 2018 em 227.072 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,806 (IBGE, 2019). Segundo dados do relatório do eSUS-Atenção Básica do mês de novembro de 2018, a USF possuía 3.089 usuários cadastrados, sendo 52,15% do sexo feminino e 47,85% do sexo masculino. A distribuição por faixa etária é composta por 4,9% de crianças menores de cinco anos; 13,4% entre cinco e 14 anos; 7,5% entre 15 e 19 anos; 57,3% entre 20 e 59 anos; 16,9% com 60 anos ou mais.

O território possui 1267 domicílios cadastrados, sendo 98,7% do tipo casa e 1,3% não informado, com média de 2,44 moradores/domicílio, com a totalidade das ruas asfaltadas e com os domicílios ligados à rede de esgoto e água encanada, com exceção de uma propriedade que é abastecida por água de poço. Apesar do serviço municipal de coleta de lixo, existe a prática de dispensa de resíduos em terrenos baldios. É uma área bastante arborizada e próxima a grandes terrenos com cobertura de pastagem, que frequentemente são queimados, acarretando poluição do ar e sintomas respiratórios na população.

A USF está em funcionamento desde maio de 2012 e tem sua equipe composta por uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, uma farmacêutica, cinco agentes comunitários de saúde, uma dentista, uma auxiliar em saúde bucal, uma escriturária, uma auxiliar de limpeza e uma médica, que também exerce a função de preceptora durante a jornada de trabalho de 40 horas semanais. A unidade recebe apoio de cinco profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sendo uma assistente social, um farmacêutico, uma fonoaudióloga, um nutricionista e um psicólogo. São ofertadas à população adstrita serviços de atendimento médico, odontológico e de enfermagem, além do atendimento dos profissionais do NASF, realizados tanto na USF quanto no domicílio. Além dos atendimentos individuais, são realizados grupos de atendimento como HiperDia, puericultura, gestantes, obesidade, saúde mental e canto terapia, este último realizado pela fonoaudióloga. As doenças mais prevalentes no território são hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, osteoartrose, dislipidemia, obesidade e dor articular.

A rede municipal de saúde de Presidente Prudente é composta por 24 equipes de ESF, 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dois Prontos Atendimentos municipais (PA) e os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool/Drogas e Tabaco, Infanto-juvenil, Transtorno, sete miniequipes de Saúde Mental em UBS e seis unidades de Serviço Residência Terapêutica.

As principais causas de mortalidade no município são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, causas mal definidas e doenças parasitárias (BRASIL, 2019). As causas externas são representadas por acidentes de transporte, quedas, agressões e lesões voluntárias. As causas mal definidas, descritas na figura abaixo como "sinais e sintomas", englobam sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório descritos no capítulo XVIII da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Dentre as causas parasitárias, encontram-se a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, gastroenterite, tuberculose e Doença de Chagas.

## **4.2 Produção de dados**

### **4.2.1 Rodas de Conversa**

Roda de Conversa (RC) é um recurso em pesquisa qualitativa que possibilita um maior intercâmbio de informações, com fluidez de discursos entre pesquisadores e participantes. Prioriza discussões em torno de um tema, "de modo a tornar possível dar visibilidade às práticas relacionadas à interação cotidiana" (MELLO *et al.*, 2007, p. 30).

Como critérios de inclusão, selecionei alunos maiores de 18 anos, cursando o primeiro, terceiro e quinto períodos da disciplina no primeiro semestre de 2018 na unidade de saúde da família selecionada para a pesquisa, na perspectiva de analisar as impressões do início, meio e término da disciplina. Dentre as turmas selecionadas, optei pelos PAPP IB, IIIA e VB pelo fato delas ocorrerem nos dias da semana em que foi mais fácil flexibilizar a agenda médica.

As datas para a realização das RC foram acordadas com a tutora, a fim de não prejudicar o cumprimento das atividades propostas no cronograma da disciplina.

Houve o remanejamento de algumas delas a fim de incluir as Rodas no cronograma e os alunos foram comunicados sobre essas alterações.

A explicação sobre a pesquisa e o convite para a participação nessa atividade foram realizados semanas antes das datas previstas durante o horário em que eles estavam na unidade.

As RC aconteceram na própria unidade de saúde durante o período de atividade acadêmica, sendo disponibilizada a sala dos agentes comunitários para os alunos do terceiro e quinto períodos e o consultório médico para os alunos do primeiro período.

Expliquei aos estudantes como seria a dinâmica das RC e a importância de utilizar esse espaço para reflexão do cotidiano (FIGUEIRÊDO; QUEIROZ, 2013), sendo importante que expressassem sua opinião e também que seriam utilizadas questões disparadoras de interesse desta pesquisa. Esclareci que a atividade seria gravada para posterior transcrição e que suas identidades seriam mantidas em sigilo.

Ao início das RC, fiz uma breve introdução sobre as DCN de 2014, enfatizando as mudanças no currículo do curso de medicina, que preconizam a inserção no ambiente de trabalho dos estudantes, desde os anos iniciais da graduação, possibilitando, assim, o contato tanto com usuários do sistema de saúde quanto com profissionais da área. Comentei ainda que a disciplina PAPP veio para atender essas mudanças, motivo pelo qual ela se desenvolve dentro de uma unidade básica de saúde.

Com os alunos do primeiro período do curso utilizei como questões disparadoras temas como as expectativas de aprendizagem na ESF, avaliação da inserção precoce no ambiente de trabalho, contribuições do contato com outros profissionais não-médicos na formação e suas considerações a respeito da visita domiciliar, principalmente se as atividades desenvolvidas repercutiam nas famílias.

Já com os alunos do terceiro e quinto períodos do curso, abordei se a interação com os usuários proporcionou aprender a partir de situações reais, se eles se sentiram incentivados a ter responsabilidade crescente conforme aumentou o grau de conhecimento e/ou autonomia, quais as aprendizagens correram com o contato com outros profissionais de saúde, se foi possível vivenciar a experiência do trabalho em equipe e quais foram as oportunidades de conhecimento trazidas pela visita domiciliar.



Nas três RC solicitei aos alunos que descrevessem quais atividades os motivaram, quais não despertaram interesse, o que poderia ser mantido e modificado nas atividades desenvolvidas.

As datas e quantidade de estudantes que participaram desta atividade são mostradas na tabela a seguir:

**Tabela 3. Distribuição das Rodas de Conversa com alunos de medicina da disciplina PAPP:**

<b>Data</b>	<b>26/03/2018</b>	<b>27/04/2018</b>	<b>04/05/2018</b>	<b>Total</b>
<b>Turmas</b>	IIIA	VB	IB	3
<b>Participantes</b>	9	8	8	25
<b>Duração</b>	56min59s	1h15min06s	41min56s	2h54min01s

Fonte: própria

#### **4.2.2 Entrevistas semiestruturadas**

Realizei entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe de saúde (Anexo 2), com dois docentes da Universidade do Oeste Paulista (Anexos 3 e 4), e com um representante da coordenação da ESF do município de Presidente Prudente (Anexo 5). Através da entrevista, busquei obter informações contidas na fala dos atores que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focada (MINAYO, 2002).

Defini os seguintes critérios de inclusão para os profissionais de saúde: pertencer à equipe da USF utilizada como cenário de estudo, realizar atividades diretamente relacionadas aos cuidados de saúde, sejam elas de promoção, prevenção ou reabilitação, ter contato direto com os estudantes de medicina durante o desempenho de suas atividades profissionais e concordar em participar da pesquisa.

Inicialmente, expliquei aos participantes que as entrevistas seriam gravadas e posteriormente transcritas para a análise, sendo mantido o sigilo dos sujeitos envolvidos. As entrevistas com os profissionais de saúde ocorreram na própria unidade de saúde, nos dias 04 e 18 de maio de 2018, ocupando um momento destinado à reunião de equipe. Participaram dois profissionais de ensino superior e três profissionais de ensino médio. A entrevista com o componente da gestão foi

realizada na Secretaria Municipal de Saúde no dia 16 de maio de 2018. As entrevistas com os docentes ocorreram nos dias 23 e 30 de maio de 2018.

### 4.2.3 Diário de pesquisa

As impressões e anotações diversas foram registradas em diários de pesquisa, que têm a função de apoiar os dados produzidos nas Rodas de Conversa e nas entrevistas. Esse foi também um recurso utilizado para produzir dados, uma vez que compõem o corpo da pesquisa o olhar e posicionamentos da pesquisadora, além das sutilezas que emergem nos encontros com os sujeitos, que podem enriquecer os dados coletados, uma vez que registramos nele a "intensidade de nossas impressões" (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014, p. 280).

De acordo com Lourau (1993, p.51), o diário de pesquisa não se refere especificamente à pesquisa, mas ao processo do pesquisar. Essa técnica revela as implicações do pesquisador, descreve sobre a vivência de campo cotidiana, permitindo produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa. Os diários descrevem "não o 'como fazer' das normas, mas o 'como foi feito' da prática", levando à melhor compreensão das condições de produção dos dados (LOURAU, 1993, p. 77).

O diário de pesquisa reconstrói a história subjetiva do pesquisador, anotando os acontecimentos especiais que lhe tenham tocado, permitindo a reflexão própria do escrever. "O exercício cotidiano de escrever sobre o cotidiano constrói e se apropria de realidades, num movimento especular" (LOURAU, 1993, p. 79).

Para Medrado, Spink e Méлло (2014), o diário é um atuante ao estabelecer um diálogo com o pesquisador, trazendo fluidez à pesquisa conforme são feitos os registros dos relatos, dos questionamentos e das impressões. Ainda segundo os autores, "cada vez que tais páginas são abertas, abrem-se fluxos de possibilidades de comentários" (p. 278).

A dificuldade enfrentada ao elaborar o diário de pesquisa se deu pelo fato de não ter conseguido, durante a jornada de trabalho, observar a rotina dos estudantes que não ficam comigo, e da tutora, bem como observar a interação deles com a equipe, pois fiquei quase a totalidade do tempo no consultório em atendimentos individuais. Por isso, trouxe minhas reflexões das conversas individuais e coletivas

com meus colegas de trabalho sobre a presença dos alunos e das conversas com a tutora nos finais dos períodos de trabalho.

Do contato com os estudantes, pude tecer minhas impressões sobre as reações deles frente às descobertas obtidas nos encontros com os pacientes e também sobre as experiências ao longo dos semestres relatadas em conversas rápidas entre uma consulta e outra. As RC permitiram a melhor experiência de troca com os alunos ao longo desses seis anos de preceptoria, o que me permitiu entender as dificuldades enfrentadas por eles e refletir sobre novas possibilidades de desenvolver as atividades propostas pela disciplina.

### **4.3 Organização e análise dos dados**

O referencial para a análise dos dados foi a Análise de Conteúdo, que, segundo Bardin (2016), é um conjunto de técnicas para o tratamento da informação contida nas comunicações, com o objetivo de interpretar o sentido contido nas mensagens. Através de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo das comunicações, busca-se, ainda conforme a autora, a interpretação baseada na inferência, a fim de evidenciar o que está manifesto e latente nas mensagens.

Na fase de pré-análise, o corpus foi composto pelo conteúdo transcrito de forma literal das RC e das entrevistas semiestruturadas. Seguiram-se leituras flutuantes de todo o material para apropriação do conteúdo, de forma a apreender as ideias principais e iniciar uma sistematização dos dados. De acordo com Campos (2004, p. 613), nessa interação do pesquisador com o material de análise, muitas impressões do contato direto com os sujeitos "afloram na lembrança, auxiliando na condução deste procedimento".

Do montante dos dados obtidos na pesquisa, as RC trouxeram as informações mais significativas, sendo, por essa razão, feita a opção de utilizá-las como eixo central da análise.

Da leitura das RC, apreendi falas em torno de determinados temas que se repetiram nas três turmas de alunos. Dessa forma, optei pela análise temática como recorte dos textos, e as falas alusivas às unidades de análise foram destacadas em diferentes cores nos próprios textos.

De acordo com os objetivos deste trabalho, os referenciais teóricos adotados e as "intuições do pesquisador" (CAMPOS, 2004, p. 613), emergiram as seguintes

unidades de análise: visita domiciliar, oportunidades de aprendizagem, relações interpessoais, expectativas e frustrações.

Posteriormente, elaborei quadros para organizar essas unidades de análise, de modo a facilitar a visualização dos resultados obtidos e também a correlação com a literatura no momento da redação desta dissertação.

Elaborei um quadro para cada turma de estudantes que participou das RC, organizado em quatro colunas: a primeira contém as unidades de análise; a segunda, a transcrição das falas dos estudantes; a terceira, as impressões do pesquisador e, a quarta, informa a referência da literatura sobre o conteúdo em destaque.

A organização do conteúdo das entrevistas com os profissionais foi feita através da elaboração de um quadro único, composto por quatro colunas: a primeira mostra o tema das perguntas; a segunda, os subgrupos de respostas para cada pergunta; a terceira, a transcrição das falas e, por fim, a quarta, que contém a referência da literatura a respeito do assunto.

Optei pela categorização não apriorística, tendo em vista o contexto das falas dos estudantes e respostas dos profissionais de saúde. Os dados foram organizados em três categorias:

**Quadro 1. Categorias de significado:**

<b>Categorias de significados</b>
Cenário de aprendizagem: a prática na unidade de saúde
Cenário de aprendizagem: oportunidades e limitações da Visita Domiciliar
(Des) encontros entre estudantes e profissionais de saúde

Fonte: própria

Finalizando a organização dos dados para a análise, produzi três quadros, um para cada categoria de significado, compilando os dados dos quadros anteriormente citados (**Anexo 6**). Nessa etapa, cada categoria teve seu conteúdo organizado através de colunas identificadas como: subcategorias, transcrição das falas, já reunindo as dos alunos e profissionais, as impressões do pesquisador e referência bibliográfica.

Além das anotações do diário de pesquisa, os resultados obtidos com as entrevistas aplicadas aos docentes e à gestão municipal foram inseridos ao longo da discussão, conforme apresentavam correlação com a categoria analisada.

#### **4.4 ASPECTOS ÉTICOS**

O presente estudo foi desenvolvido de acordo com os Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a) e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo em 21 de fevereiro de 2018, CAAE 81597917.4.0000.5505 (**Anexo 7**).

Enviei carta de ciência ao Secretário Municipal de Saúde de Presidente Prudente, solicitando autorização para a realização da pesquisa na Unidade de Saúde da Família. Como a Unoeste foi inscrita como coparticipante na pesquisa, enviei à coordenadora do curso de medicina uma declaração de autorização para contato com os alunos participantes.

Inicialmente a cada uma das RC e entrevistas, explicitiei aos participantes sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Anexo 8**), para que fosse lido e compreendido antes da sua aceitação. O termo foi disponibilizado em duas vias originais, uma para ficar com o participante e outra mantive comigo, a pesquisadora. Foi garantida a plena liberdade aos participantes da pesquisa para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem penalização alguma, além da garantia de manutenção do sigilo e da privacidade durante todas as fases da pesquisa.

A fim de preservar a identidade dos atores envolvidos nesta pesquisa, utilizei as seguintes siglas durante a transcrição de trechos de falas: RC1, RC3 e RC5 respectivamente para os estudantes do primeiro, terceiro e quinto períodos da disciplina PAPP; PS para os profissionais de saúde; D para os docentes e G para a coordenação municipal da ESF. O Diário de Pesquisa está sinalizado como DP.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este trabalho teve como intenção descrever e refletir sobre a rotina dos sujeitos envolvidos com a disciplina PAPP no cenário de prática de uma Unidade de Saúde da Família. Para o estudante de medicina, o contato precoce com pacientes e profissionais de saúde trouxe oportunidades de aprendizagem. A rotina de trabalho da equipe de saúde, na presença de alunos, fica alterada, muitas vezes refletindo na forma como se dão suas interações.

Atribuo à riqueza do conteúdo trazido nas RC o fato dos estudantes, pelo menos a maioria deles, terem se sentido à vontade para expressar suas opiniões, descrever suas experiências, frustrações e alegrias. Talvez o distanciamento em nossa convivência no campo de atuação, imposta pela rotina pouco planejada, tenha sido um ponto positivo para a pesquisa.

“No começo poucos alunos falaram, talvez receio, desconforto; interessante que um dos alunos se sentiu à vontade para desabafar, não sei se é a palavra correta, e foi falando o que o incomodava durante as atividades na USF. Foi muito bom, pois a partir daí os outros alunos também ficaram à vontade para elencar o que agradava e desagradava na disciplina, quais atividades eram significativas para a aprendizagem, quais não acrescentavam nenhum conhecimento (...).” (DP, 26/03/2018).

Em relação aos profissionais de saúde, percebi que a nossa proximidade talvez tenha impedido que revelassem seu verdadeiro posicionamento em relação a essa experiência. Imaginei as entrevistas como uma oportunidade de discutirmos a respeito do quanto a presença do estudante impacta na rotina do serviço da Unidade, bem como a respeito das potencialidades dessa interação e dos pontos que ainda apresentam fragilidades.

Ao longo de todos esses anos como preceptora na USF, foram vários os momentos informais de conversas a respeito da presença do aluno, seja de forma individual ou durante a reunião de equipe. E, na maioria das vezes, os comentários, os olhares e as feições percebidas em diversas situações tendiam a criticar a presença do estudante. Mas, chegou o momento da entrevista e parece que boa parte do incômodo se desfez. Foi nítida a apreensão por parte deles no início da conversa.

O *feedback* propiciado por esses momentos me levou a muitas reflexões sobre a prática da docência, a necessidade de haver um maior diálogo e interação entre

estudantes e equipe de saúde e as possibilidades que um planejamento conjunto das atividades entre a universidade e o serviço trariam para a disciplina.

### **5.1 Cenário de aprendizagem: a prática na unidade de saúde**

Tomar os serviços de AB como cenário de aprendizagem possibilitaria uma formação centrada no usuário, oferecendo novas oportunidades que não a especialização precoce, contribuindo para a formação de futuros profissionais aptos a atuarem de forma a atender às necessidades do SUS (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Essa inserção poderia mostrar toda a potencialidade do cuidado proporcionado pela AB e também permitir que o aluno se sinta integrado à equipe de saúde, participando do planejamento e execução das ações desenvolvidas pelo serviço. Por isso, a mudança curricular, visando a adaptação dos conteúdos à atenção primária, é uma das estratégias mais favoráveis para despertar no egresso a vontade de permanecer atuando neste ambiente de cuidado após formado (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Para que essa inserção seja significativa, é necessário que existam objetivos claros de ensino-aprendizagem e que se utilizem estratégias que favoreçam a integração do estudante com a equipe, resultando na corresponsabilização do cuidado e contribuições efetivas para o serviço (DEMARZO *et al.*, 2012).

O PAPP é uma disciplina com objetivo de aproximar os estudantes da prática. Não tem conteúdo teórico ministrado em sala de aula, pois os assuntos advêm das propostas do projeto pedagógico da disciplina e são inseridos por meio das atividades e também dos ciclos pedagógicos. Esses ciclos ocorrem ao final de cada bimestre, sendo divididos em dois momentos: abertura e fechamento. Na abertura, no primeiro dia, a tutora explora as lacunas de aprendizagem trazidas pelos alunos. É feita a problematização das dúvidas que surgiram durante a realização das visitas domiciliares ou de atividades em outros cenários. A tutora e os alunos elaboram questões que nortearão a busca do referencial teórico para sedimentar o conhecimento. No fechamento, no segundo dia, ocorre a discussão de cada questão, de modo a compartilhar as aprendizagens.

Os alunos veem os ciclos pedagógicos como uma oportunidade de aprendizagem, principalmente no início da disciplina, porém, ao longo dos semestres,

queixam-se da repetição do conteúdo abordado nessa atividade e também da dificuldade em trazer assuntos para a discussão.

*"A gente levanta lacunas, coisas que a gente não sabe ainda e aí vai buscar saber." (RC 3)*

*"(...) a tutora vai lembrando as dúvidas que nós tivemos. Ela falava 'Vamos deixar isso pra lacuna, no ciclo', aí ela vai lembrando a gente, do que a gente falou ou as coisas que aconteceram." (RC 3)*

*"A gente reclamava porque estava passando. Mas hoje, olhando pra trás, a gente fala 'Nossa, a gente aprendeu muito!'. (...) Aí chega no terceiro [período], as nossas questões do ciclo começaram a se repetir." (RC 5)*

*"Como não foram abordados novos temas, não surgiram novas dúvidas. Não adianta fazer novas perguntas sobre o que já foi realizado. As lacunas novas não surgiram." (RC 5)*

*"A gente teve saúde coletiva no 2º e 3º períodos e as questões que eram feitas no ciclo aqui, a gente já tinha tido a aula. Tanto que eu até peguei respostas de questões da aula da professora. Não tinha um conhecimento a mais." (RC 5)*

A tutora relatou que essa metodologia contribui para a aprendizagem, principalmente por causa do compartilhamento dos conteúdos pesquisados por cada estudante. Porém, a tutora expõe a dificuldade que enfrenta na abertura dos ciclos em virtude das poucas lacunas trazidas pelos alunos. Ela utiliza como estratégia anotar as dúvidas apontadas pelos alunos ao longo dos campos para depois recuperá-las no momento da abertura, provocando situações que permitam seu resgate.

*"Uma dificuldade que eu encontro no ciclo é quando vou puxar as lacunas na abertura. Então, eu como professora, não posso identificar as lacunas; as lacunas têm que vir deles. (...) é muito difícil para o professor ficar tentando colocar situações para eles ficarem falando. (...) As lacunas têm que partir deles porque já é um dia destinado para a abertura do ciclo. Então, o estudante tem que entender que ele já tem que praticamente ter um pensamento prévio, trazer uma lacuna prévia para chegar e ser discutida na abertura do ciclo. Então, acho que falta muito o interesse do aluno." (D)*

Como não participo do ciclo pedagógico, questionei a docente se, quando existem poucas lacunas, ela avalia que não houve a oportunidade de aprendizagem ou que talvez tenha faltado estímulo em aprender a partir da observação da prática.



E como resposta obtive:

"Não, eu acho que quando houve poucas lacunas, não significa que ele não aprendeu (...) [significa] que ele já trabalhou o necessário de acordo com os outros campos. Então, foram lacunas bem distribuídas naquele momento. (...) então, de acordo com o que ele vivenciou realmente, vai sair a lacuna, e, por exemplo, se ele não enxergou, eu tento mostrar o caminho pra descobrir uma política que ele trabalhou. Então, eu instigo muito o estudante a falar (...)." (D)

Outro instrumento utilizado para proporcionar o conhecimento é o portfólio. O projeto pedagógico da Unoeste apenas cita essa ferramenta como uma das formas para verificação do rendimento escolar (UNOESTE, 2016). Surgido na década de 1990, nos Estados Unidos, o portfólio é considerado como um dos melhores métodos de ensino-aprendizagem e, por estimular a reflexão crítica sobre a realidade, é um instrumento eficaz para ser desenvolvido em cenários de prática, especialmente nos serviços de AB e comunidades (GARCIA; NASCIMENTO, 2019).

A elaboração do portfólio reflexivo, através da construção de narrativas, estimula o estudante a ter responsabilidade sobre o seu processo de aprendizagem, propiciando tanto a compreensão dos conteúdos quanto das habilidades necessárias para atuar de acordo com a política nacional de saúde vigente (COSTA; COTTA, 2014; STELET *et al.*, 2017). Segundo Costa e Cotta (2014), essa metodologia permite a construção de um saber que permanece, possibilitando avanços no processo de formação profissional.

Alguns estudantes, especialmente os do primeiro período, entendem a utilização do portfólio como um instrumento no qual a aprendizagem se dá pelo registro reflexivo de suas vivências no campo de atuação profissional, porém, os alunos do terceiro período não percebem ganho de conhecimento ao escrever novamente sobre experiências já realizadas como, por exemplo, os retornos aos pacientes que acompanham nas visitas domiciliares:

"Como uma reflexão do dia e o que a gente fez durante o período em que estive aqui na ESF ou fora dela." (RC 1)

"(...) é um meio da gente expressar tudo o que viveu aqui no PAPP, fazer essa reflexão, que tem a parte que a gente coloca o nosso ponto de vista. (...). É um meio da gente aprender também." (RC 1)

"Tá bom, mas aí eu vou lá na D. Antônia toda semana, toda semana é a mesma coisa. Eu vou ficar colocando todo dia a mesma coisa ali no portfólio? Na primeira vez, tá, pesquisamos sobre remédios, falamos sobre a

hipertensão, e depois? No próximo dia continua tendo a hipertensão, continua tomando o mesmo remédio." (RC 3)

A falta de compreensão de alguns alunos em relação à utilização dessa metodologia de aprendizagem resulta na utilização do portfólio apenas para registrar as atividades realizadas no campo de atuação, sem a preocupação de explorar seu significado ou buscar referências na literatura científica que favoreçam a construção do conhecimento. Por isso a visão de que:

"Não serve pra nada isso." (RC 3)

"Você lê o que a gente fica escrevendo aqui, tipo 'Hoje meu dia no campo, chegamos, falamos com a doutora, depois saímos para a visita, foi tudo bem, fomos na casa da D. Maria, depois voltamos, conversamos com a professora e finalizamos o dia'." (RC 3)

Essa falta de compreensão no uso do portfólio prejudica sua função de "instrumento de diálogo entre educador e educando" (COSTA; COTTA, 2014, p. 772) e sua utilização como dispositivo potencializador para o desenvolvimento de competências ao exercício da prática profissional. O uso do portfólio nos termos que apresentam as autoras citadas possibilita ao estudante perceber o seu compromisso com a "responsabilidade e autonomia em seu processo de aprendizagem" e ao professor "planejar, guiar, orientar, facilitar e provocar o processo de aprendizagem" (COTTA; COSTA, 2016, p. 173). Outra particularidade do portfólio está na possibilidade do aluno utilizá-lo para um

"(...) processo constante de reflexão, (...) a maneira como cada aluno explica seu próprio processo de aprendizagem, como dialoga com os problemas (...) e os momentos-chave em que o estudante considera (...) em que medida superou ou localizou um problema que dificulta ou permite continuar aprendendo (HERNÁNDEZ, 2000, p. 166).

Porém, o modo como o portfólio vem sendo utilizado na disciplina mostra-se um tanto equivocado, pois o aluno é incentivado a fazer o registro de suas vivências a cada campo, mas o conteúdo produzido só é acessado pela tutora ao final de cada bimestre, apenas como um meio de avaliação, levando o aluno a questionar a eficiência do portfólio como instrumento de aprendizagem:

"Eu entendo isso, é uma maneira que a tutora tem de avaliar a gente. Eu acho que uma maneira mais efetiva de avaliação seria ela anotar o que a gente faz

no dia a dia aqui. Seu interesse, se é uma pessoa curiosa, é uma pessoa assídua, entendeu? Eu acho que seria bem melhor do que ficar fazendo relatório." (RC 3)

Restringir seu uso apenas como parte de um processo avaliativo provoca perda do potencial do portfólio como "instrumento de autorreflexão contínua sobre o processo em curso para o qual é solicitado" (CHARREU; OLIVEIRA, 2015). Poderia, então, ser pensada a possibilidade de ressignificar diariamente as atividades executadas e também explorar o conteúdo dos portfólios ao longo dos campos, e não apenas ao final de cada bimestre, unicamente com a finalidade de avaliar o aluno.

Talvez esse seja um dos motivos pelo quais os alunos não deem importância a esse instrumento e o desenvolvam apenas para cumprir a tarefa de entregá-lo para obtenção de nota, justificando o que acontece ao final de cada bimestre, conforme registrei em meu Diário:

"Deixar para registrar as atividades no portfólio às vésperas da entrega para a tutora corrigir, ao final de cada bimestre, é uma prática comum entre os estudantes. É aquela correria para resgatar as atividades do cronograma que foram realizadas, quem tem anotações para compartilhar. Acredito que a maioria dos alunos realmente não entenda a metodologia e o modo como é trabalhada não favorece sua função de promover a aprendizagem. Isso precisa ser avaliado e repensado." (DP, 30/03/18)

Garcia e Nascimento (2019) realizaram uma revisão de artigos referentes a escolas médicas brasileiras que utilizam o portfólio e constataram que houve predomínio da abordagem descritiva em detrimento de marcas reflexivas e contextualizadas, além de fragilidades de comunicação e organização. Ainda segundo as autoras, a elaboração desse instrumento poderia ser facilitada pelo registro diário das atividades, pelo uso de roteiros estruturados e a inserção periódica das reflexões advindas do *feedback* com o docente, auxiliando no "desenvolvimento da autoavaliação, reflexão e revisão de habilidades, comportamentos e conteúdos" (p.171).

Faz-se necessário, então, intensificar a explicação sobre esse instrumento e aprimorar sua utilização para que, de fato, ele proporcione a oportunidade de aprendizagem. Para Cotta e Costa (2016), o portfólio reflexivo tem como principal fator de aprendizagem a construção do conhecimento pelo próprio aluno, pautada no *feedback*. Para as autoras, essa metodologia de ensino promove a superação da

fragmentação disciplinar através do desenvolvimento de um conhecimento que incorpora "a compreensão, a reflexão e a crítica como dimensões a ela inerentes" (p. 172).

O portfólio permite ao professor e ao aluno avaliarem o progresso obtido durante um período de trabalho através da comparação dos registros das atividades, reforçando a importância do papel do *feedback* no processo do seu desenvolvimento, "cumprindo a função transformadora desse dispositivo, de respeito à construção do estudante, sua capacidade de significação do aprendizado (...) da motivação e intencionalidade" (GARCIA; NASCIMENTO, 2019, p. 166).

Talvez um modo de potencializar a utilização desses dois instrumentos, ciclos pedagógicos e portfólio reflexivo, seria favorecer a oportunidade dos estudantes terem contato com situações relevantes ao seu aprendizado. Para isso, é preciso planejar atividades que favoreçam o aprender a partir da prática e que despertem o interesse dos alunos em pesquisar a respeito daquilo que vivenciaram. Dessa forma planejadas, essas atividades podem levar à construção do conhecimento e à aquisição de competências, uma vez que "as experiências tornam-se significativas quanto maior seu espaço de conhecimento real" (GARCIA; NASCIMENTO, 2019, p. 165).

De acordo com Carvalho, Duarte e Guerrero (2015), a integração entre o serviço e o ensino, aproximando a teoria da prática, proporcionaria a reflexão sobre esta última, contribuindo para a melhor formação dos profissionais da área da saúde, além de favorecer a transformação e consolidação do modelo de atenção à saúde proposto para o SUS. "Nas condições de verdadeira aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo" (FREIRE, 1996, p. 13). Como anotei em meu DP, um exemplo do que poderia ser trabalhado com um estudante que acompanhou a realização de um curativo:

"No momento do fechamento das atividades do dia, provocá-lo a refletir sobre o que provocou a lesão, quais os fatores de piora e melhora, se durante a realização do procedimento identificaram algum erro de técnica que pudesse levar a uma atividade de educação permanente. Estimular o acompanhamento daquele paciente nas próximas semanas. Mas para isso, precisaria ter o momento de ressignificar o que foi visto pelo aluno." (DP, 08/06/18)

Na Universidade Federal de Viçosa foi desenvolvido um instrumento de avaliação e autoavaliação das competências a serem trabalhadas na construção do

portfólio reflexivo (COTTA; COSTA, 2016). Para os estudantes, dentre os fatores motivadores para a elaboração dessa ferramenta, estão o conteúdo e sua relação com temas atuais e, dentre os desmotivadores, estão a falta de tempo e o fato de ser um método trabalhoso. Relataram também que o portfólio permitiu a conexão entre os conteúdos da sala de aula com o mundo real, estimulando a busca ativa pela informação e estabelecendo uma prática crítica e reflexiva, e que competências foram desenvolvidas como, por exemplo, a interpretação da legislação e o exercício da comunicação oral. O estudo mostrou também que a presença de critérios claros na sua avaliação facilitou a visualização do processo de formação dos estudantes de maneira contínua e processual.

Em relação às oportunidades de aprender a partir da aproximação da prática, a especificidade do ensino na AB ocorre pela oportunidade de lidar com os diferentes aspectos da vida e seus ciclos, por ser cenário de integração de práticas de diferentes áreas, possibilitando a interdisciplinaridade e a articulação de conhecimentos (DEMARZO *et al.*, 2012). Outro fator presente no ensino junto à comunidade é a mudança dos objetivos educacionais proporcionada pela problematização das questões identificadas nas atividades diárias, favorecendo a reflexão do aluno sobre o trabalho médico (PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011). A inserção em uma unidade de Saúde da Família, proporcionada pela disciplina, despertou algumas expectativas nos estudantes como aprender a desenvolver a relação médico-paciente, vivenciar a rotina de trabalho do médico e principalmente poder praticar o que aprendem na teoria.

"Espero aprender a ter um bom contato com o paciente (...)." (RC 1)

"Na prática de PPM mesmo, sabe, conseguir aferir uma pressão, fazer um exame físico, essas coisas básicas." (RC 1)

"Praticar." (RC 3)

"A gente quer se habilitar, quer ter a noção, nos aproximar mais da realidade. Vi no PPM, quero ver na vida real." (RC 5)

"(...) a gente gostaria de acompanhar mais consulta na unidade, que é onde se sente mais próximo do que você vai fazer depois de formado." (RC 5)

A preferência pelo acompanhamento no consultório foi referida pelo fato de verem a teoria ser aplicada na prática, conseguindo estabelecer essa ligação, além da oportunidade de supervisão. A presença do preceptor no momento em que estão praticando também proporcionaria a possibilidade de sanar dúvidas que surgem no momento da atividade, principalmente durante a realização do exame físico. Segundo Borges *et al.* (2014, p. 326), "o *feedback* regula o processo de ensino-aprendizagem, fornecendo, continuamente, informações para que o estudante perceba o quão distante, ou próximo, ele está dos objetivos almejados".

"Acompanhar consulta sempre motiva. É o mais próximo do que a gente vai fazer. E porque tem supervisão." (RC 5)

"É mais real o que está lá na teoria com a prática aqui, vendo as consultas. Pra mim foi legal, porque o que a gente está vendo lá [teoria] realmente acontece aqui." (RC 3)

"Por isso que eu acho mais legal quando a gente passa em consulta. Uma vez passei em consulta com a senhora no 3º período; a gente tinha visto tórax no 2º período, e aí eu ouvi estertores crepitantes. Agora eu lembro que estertor crepitante é aquilo lá que eu ouvi na consulta." (RC 5)

A presença do preceptor é importante para o aluno, principalmente quando está frente às situações inéditas dentro da prática médica, pois além de vê-lo realizar aquela atividade, tem a oportunidade de receber o *feedback* e saber se está conseguindo desempenhar com êxito ou não aquela tarefa. A demonstração pelo professor de como realizar a tarefa é uma estratégia utilizada para exemplificar a performance pretendida, facilitando a comparação pelo aluno (PRICINOTE; PEREIRA, 2016). Ainda segundo as autoras, as quatro características positivas do *feedback* citadas por alunos em seu estudo foram a individualidade, ser imediato, apontar como melhorar quando for detectado o erro e a necessidade de nova oportunidade para colocar em prática a avaliação recebida. Esse retorno é um processo que permite modificações no processo de ensinar e aprender, criando um ambiente propício para o aperfeiçoamento de habilidades (BORGES *et al.*, 2014). Para que se realize,

"(...) todas as fases (tarefa, observação, informação gerada) devem ser detalhadas, compreensíveis, com significado para o indivíduo, baseadas na realidade vivenciada, com objetivos claros e oferecer apoio ao processo de ensino-aprendizagem" (PRICINOTE; PEREIRA, 2016, p. 471).

Outra oportunidade de aprendizagem apontada pelos estudantes foi conhecer os níveis hierárquicos da organização do sistema público de saúde. O contato com o serviço de saúde possibilitou ao estudante entender na prática como os serviços e a rede de atenção à saúde estão estruturados, além de presenciar a importância da AB e sua capacidade de resolução, como descrito em outros estudos (LEAL *et al.*, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2016).

"Passam bastante o funcionamento do SUS como um todo, sabe? Eu cheguei aqui não sabendo como funcionava, a hierarquia, mas daí eles passaram bem e agora a gente está pronto para saber qual gravidade vai para qual lugar."  
(RC 1)

"Eu acho que o 1º e 2º períodos foram muito bons porque eu não tinha conhecimento nenhum de ESF antes. Abriu os meus olhos em relação à saúde primária e SUS também." (RC 5)

O conceito de AB associada a uma assistência de baixo custo, à quantidade insuficiente de equipamentos e a uma medicina simplificada precisa ser problematizado para que o estudante possa reconhecer que casos instrumentalmente simples, por vezes patologicamente mais fáceis de resolver, não deixam de envolver uma grande complexidade assistencial (PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011). O conceito usualmente concebido de AB não fortalece o sistema de saúde, porque, no processo de fortalecimento e reestruturação do sistema público de saúde, a integralidade efetiva da produção do cuidado requer serviços de distintas densidades tecnológicas conectadas por redes, com a AB assumindo o papel de protagonista para ordenar e coordenar os cuidados em todos os níveis de atenção (CECÍLIO; REIS, 2018). O fortalecimento desses níveis de atenção é internacionalmente reconhecido, além dos benefícios de um sistema de saúde nela sustentado (GIOVANELLA, 2018).

A exposição do estudante às situações vivenciadas na AB também traria grande potencial de aprendizado devido à possibilidade de mediações, seja com o docente, com o usuário, com o profissional de saúde ou, até mesmo, com outro colega. Essas situações são distintas daquelas próprias da academia, do ambiente hospitalar e do ambulatório de especialidades (PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011). Outras contribuições da AB à graduação seria aprender a atuar de forma contextualizada à realidade local, favorecendo o aumento da resolubilidade clínica ao lidar com condições de saúde complexas e singulares, e favorecer o desenvolvimento da competência de comunicação (DEMARZO *et al.*, 2012).

Como o ensino em uma USF se dá no atendimento da demanda, espera-se que o aluno tenha contato com os problemas mais prevalentes de saúde, bem como com sua prevenção, pois, assim, pode vivenciar conteúdos essenciais à sua formação, sendo o papel do docente criar condições para que a aprendizagem nesse cenário seja eficaz (PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011; CHINI; OSIS; AMARAL, 2018). Nessa perspectiva, a disciplina mostrou-se benéfica na visão dos estudantes e profissionais de saúde, como se evidencia a seguir por suas declarações:

"O PAPP é o que mais nos coloca em contato com o curso em si (...) é o que vem colocar a gente em situações que poderíamos ver futuramente." (RC 1)

"Ter esse contato desde o início da formação é sensacional. Têm pessoas que tem facilidade na hora de lidar com a prática, mas têm pessoas que não. (...) acho que essa é uma maneira das pessoas com essa dificuldade de prática irem se aprimorando desde o início (...)." (RC 1)

"Eu acho importante porque se eles não virem a realidade, na prática, acho que o estudo fica comprometido." (PS)

"(...) importante existir essa troca, até para ele se formar médico, ele tem que passar por muitas experiências durante a formação (...)." (PS)

A aproximação com diversos profissionais permitiu aos alunos compreenderem a importância do trabalho em equipe e a conhecerem a função de cada um na equipe, inclusive a do agente comunitário. A inserção no cenário de prática também possibilitou conhecer a especificidade e a complementaridade das profissões. O reconhecimento da necessidade de contribuição entre os profissionais do serviço para promover o cuidado integral à população (PEDUZZI, 2016) ajudou a valorizar os profissionais não médicos. Esses resultados são coincidentes com os de outros estudos (CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011, LEAL *et al.*, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2016).

"(...) a gente chega aqui com uma visão muito limitada, assim, 'médico faz tudo'. A gente chega aqui e conhece a função de cada um (...) igual o agente comunitário, eu nunca imaginei que ele fizesse tudo isso, a enfermeira. Então, eu acho legal esse contato pra saber que todos juntos funcionam bem melhor." (RC 1)

"E uma coisa que eu acho que o PAPP é bom também é que a gente chegou (...) na faculdade e do nada está num grupo de desconhecidos. (...) E fomos



forçados a trabalhar em equipe. E isso é o que vai acontecer na nossa vida profissional. (...) Você não trabalha sozinho como médico. A gente aprendeu isso: o médico sempre vai estar em equipe." (RC 5)

"(...) é muito benéfico para eles ver a real situação de trabalhar numa unidade de saúde (...) ter esse elo de equipe (...) porque quando chegar lá na frente, eles não vão pensar assim: 'Vou ficar na minha sala e o resto da equipe vai ficar cada um na sua'. " (PS)

A avaliação dos alunos em relação às oportunidades de aprendizagem proporcionadas pela aproximação da prática foi heterogênea. Os alunos que tiveram um bom contato com seus pacientes relataram ter gostado da experiência de exercitar a relação médico-paciente e estabelecer vínculo com o usuário, avaliando de forma positiva essa interação, diferente daqueles que não tiveram uma convivência harmoniosa.

"A gente cria um vínculo com o paciente (...)." (RC 1)

"(...) no segundo dia em que eu voltei lá e elas me abraçaram fiquei muito feliz!" (RC 1)

"Você aprende a entender a fragilidade da pessoa e até onde pode perguntar, e até onde aquilo vai acabar machucando a pessoa. E perguntas que eu tinha vergonha de fazer antes, hoje eu consigo fazer de uma maneira mais profissional e ficar menos envergonhada. (...) Se não tivesse PAPP a gente estaria bem atrás na questão da anamnese. Bem atrás, porque no hospital é uma coisa que tem que ser rápida, direcionada, e aqui a gente tem mais tempo para desenvolver isso." (RC 5)

"(...) a família foi muito receptiva [da estudante com a qual faz a dupla] e a gente teve mais esse contato, diferente da minha. Por isso deu para eu perceber a diferença do querer ser atendido e te dar atenção. Porque você está lá se doando e a outra pessoa também tem que se doar, porque não adianta só um. É uma via de mão dupla." (RC 1)

"A minha [visita domiciliar] não foi nada agradável. Ela não quis me receber." (RC 1)

O contato com diferentes pacientes proporcionaria aos estudantes experimentar as diversas situações que enfrentarão na sua rotina de trabalho depois de formados. Seria importante trabalhar as expectativas e realidades da relação médico-paciente, pois nem sempre ela se dá de maneira ideal. Essa "recusa" do paciente também precisaria ser melhor trabalhada, explorar em que contexto ela se deu, quais os motivos do paciente, o que ela provocou no aluno. Esse contato, no

início da graduação, poderia ser aproveitado para apresentar e estimular o desenvolvimento da abordagem clínica centrada na pessoa, ajudar o estudante a lidar com os problemas indiferenciados, presentes no cotidiano da prática clínica da AB, e incentivá-lo a desenvolver um plano de cuidado adequado e em parceria com o paciente (DEMARZO *et al.*, 2012).

Foram muitas as referências às experiências negativas vivenciadas pelos estudantes, principalmente em relação à repetição de atividades, à falta de oportunidade de praticar, além de não notarem aumento de complexidade nas atividades que realizaram na unidade, tornando a disciplina desmotivante, principalmente a partir do terceiro período.

"Uma repetição de atividades que não acrescenta mais nada." (RC 3)

"A gente teve prática de curativo no LHabSim. Eu nunca apliquei. (...) nunca vi um curativo na vida real." (RC 5)

"Eu apliquei vacina uma vez na [citou nome da colega] porque na minha paciente eu não pude aplicar, não deixaram." (RC 5)

"Não queremos fazer o que não sabemos. (...) nós estávamos preparados para fazer o simples, com supervisão (...). Então, acho que falta isso também, pois sabemos onde temos que estar e elas, às vezes, não sabem até onde podemos ir." (RC 5)

"No 1º e 2º períodos é sensacional (...), mas depois aquilo para e não continua." (RC 5)

"O que aconteceu: a gente entrou na faculdade, nunca tinha tido essa realidade, estava muito animado o começo, fazer visita é legal, só que depois para nisso. Parece que o PAPP não tem mais nenhuma novidade, é sempre só isso." (RC 5)

"(...) aumentando um pouco a complexidade das famílias e ter mais coisas práticas, eu acho que a gente não ia ter esse momento 'Nossa, estagnei!', sabe? Que é o momento que (...) chega no dia do PAPP, a nossa cabeça está no TCC [Trabalho de Conclusão de Curso] (...) no projeto de pesquisa (...) ou nas coisas que eu tenho pra estudar, e não, a gente tem que aproveitar os recursos que temos aqui (...). A partir desse tempo a gente começa a colocar ele [PAPP] em segundo plano, entendeu? (...) É um momento que a gente poderia estar aproveitando mais porque a gente sai da sala de aula, mas ao mesmo tempo a gente não aproveita." (RC 5)

Expectativas tão simples, como administrar vacinas e medicamentos, realizar curativos, não foram realizadas ao longo de cinco semestres, transformando-se em frustrações. Qual a explicação? Muitas vezes a equipe de enfermagem fica sobrecarregada, então, por que não aproveitar o estudante que está ali, pronto pra ajudar? Faltou um planejamento entre as docentes e a equipe para realizar as atividades? A equipe realmente dificulta o acesso do estudante? Houve falha de comunicação? O estudante não se mostrou interessado?

"Ao ouvi-los, senti um misto de vergonha e desconforto, pois só queriam uma oportunidade de praticar coisas simples como curativo, administrar medicamentos, procedimentos que auxiliariam a reduzir a sobrecarga sobre a equipe de enfermagem, mas que não puderam praticar. Não entendo o porquê disso. Aprenderam a técnica, mas não conseguiram executá-la. Qual a aproximação da prática então?" (DP, 20/04/2018)

Seria importante o aluno conhecer o cotidiano da unidade onde está atuando e quais atividades são desenvolvidas para poder captar a realidade do cenário de aprendizagem (PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011). Isso talvez facilitaria a aproximação com a equipe e daria ao estudante a oportunidade de se sentir parte daquele universo, o que poderia estimulá-lo a participar das atividades e contribuir, assim, com seu aprendizado.

Outro aspecto a ser pensado é a permanência do estudante na mesma unidade durante os cinco semestres, pois pode ter como consequência a falta de contato com toda a diversidade de atendimento oferecido pela unidade. Avaliando a distribuição dos alunos, não é dada a mesma oportunidade de aprendizagem para as turmas do mesmo semestre da disciplina devido a sua distribuição fixa, conforme apresentado na **Tabela 4** a seguir:

**Tabela 4. Relação entre a distribuição das turmas de alunos da disciplina PAPP e as atividades a serem acompanhadas na unidade de saúde:**

PAPP	Turma A	Turma B
I	Consulta agendada	Consulta agendada
II	Puericultura	Consulta agendada
III	Retorno de Exames	Grupo HiperDia
IV	Reunião de equipe	Consulta agendada
V	Visita Médica Domiciliar	Pré-Natal

Fonte: própria

Por exemplo, uma turma PAPP II acompanha os grupos de puericultura, enquanto a outra acompanha consultas agendadas; esta última perde a oportunidade de ver atendimento de crianças na USF, uma vez que não coincidiu seu estágio com o dia desse grupo específico. Ressalto que dentre os pacientes das consultas agendadas existem crianças, mas a dinâmica do atendimento é um pouco diferente. Na consulta agendada, pela limitação do tempo, não há oportunidade de explorar muitos detalhes sobre o desenvolvimento e rotina da criança, o que acontece no atendimento dos grupos de puericultura. Com o PAPP V também ocorre essa divergência, pois a turma que vem na terça-feira acompanhará a visita médica domiciliar, enquanto a turma da sexta-feira, o pré-natal. Situação semelhante ocorre com o PAPP III, pois apenas uma das turmas acompanha o grupo HiperDia.

Como trabalhamos com uma semana padrão de agendamento, conforme mostrado na **Tabela 2**, isso impede que os alunos, ao longo dos cinco semestres, tenham a oportunidade de acompanhar todos os tipos de serviço prestados pela unidade, refletindo na fala seguinte:

“(...) minha reclamação sempre foi em relação às atividades que essa unidade não oferece.” (RC 5)

É o que aconteceu com esse grupo de alunos do 5º período, que não teve a oportunidade de acompanhar o atendimento da puericultura ao longo dos semestres. Quando estavam no 2º período (turma A), no dia da semana em que frequentaram a Unidade, acompanharam consultas agendadas. Por isso a fala seguinte:

“(...) até porque a comunidade daqui é bem diferente da comunidade de outras Unidades (...) aqui é doença crônica e idoso (...) tipo a pediatria, eu nunca vi (...)” (RC 5)

A turma B, em contrapartida, passou todo o semestre acompanhando o atendimento de crianças, porque coincidiu com o dia do grupo de puericultura. Então fica o questionamento: manter o estudante em uma única Unidade com o objetivo de criar vínculo, seja com a equipe ou pacientes, é válido? Na opinião de alguns estudantes do quinto período, a permanência na mesma USF não favoreceu a criação de vínculo:

“Eu fiquei na mesma unidade os cinco semestres e não criei vínculo nenhum.” (RC 5)

"A gente nem sabe o nome de tão pouco contato." (RC 5)

Não seria mais interessante pensar na oportunidade desse estudante ter contato com o máximo de pacientes e situações-problema atendidas na AB? Fiz o registro em meu Diário, a respeito dessas questões, como mostra o seguinte trecho:

"Poderia ser pensado o rodízio dos alunos para que tivessem as mesmas oportunidades, pois algumas turmas terminam a disciplina sem ter visto atendimento de crianças, gestantes e grupo HiperDia, grupos prioritários da Atenção Básica." (DP, 21/04/2018)

A aproximação da prática talvez não esteja sendo alcançada, pois os alunos ficam com impressões distorcidas do que realmente acontece na Unidade pela qual estão passando, implicando em perda de oportunidades de aprendizagem.

"Durante a realização e a transcrição da RC com os alunos do 5º semestre, muitas coisas vieram à minha cabeça. Talvez falte explicar melhor aos estudantes os objetivos da disciplina PAPP, o porquê da disciplina, aproximar o que e quem da prática. Ajudá-los a explorar melhor o campo de aprendizagem, mostrar os diversos caminhos e possibilidades para adquirir e também por em prática os conhecimentos. O que é possível aprender e praticar nesses cinco semestres?" (DP, 20/04/2018).

Antes do início de cada semestre letivo, a tutora traz o cronograma de cada período da disciplina e juntas, nós fazemos o planejamento, pensando em quais as ações, desenvolvidas na USF, poderiam ser aproveitadas em cada atividade proposta. A elaboração do cronograma fica restrita apenas aos coordenadores da disciplina e às tutoras. Não seria oportuna a participação de quem vive a realidade do serviço na elaboração do planejamento das atividades do cronograma? Não apenas o docente, mas toda a equipe, proporcionando a oportunidade de todos se perceberem integrantes do processo de formação dos futuros profissionais de saúde.

A desvantagem dessa forma de planejamento do cronograma feito exclusivamente pela academia é que se perde a contribuição dos profissionais que atuam no serviço, que poderiam ponderar sobre a viabilidade das atividades a serem desenvolvidas pelo estudante no cenário de prática. Poderia ser pensado um cronograma adaptado às necessidades do serviço, mas o que acontece é a chegada de um cronograma elaborado pela e na universidade e a unidade de saúde ter que se

adaptar para proporcionar a oportunidade de aprendizagem ao estudante. A integração ensino-serviço se dá quando ocorre o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores com os profissionais que compõem as equipes de saúde, incluindo os gestores, para garantir a qualidade da atenção individual e coletiva, a formação profissional e o desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008; CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015).

Na Faculdade de Medicina de Marília (Famema), segundo Marin *et al.* (2013), os profissionais do serviço são inseridos na construção curricular e no acompanhamento dos estudantes e os docentes e alunos participam do processo de trabalho das unidades de saúde. Nessa experiência, a integração ensino-serviço ocorreu de fato, favorecendo a construção do conhecimento do estudante no cenário de prática profissional. Essa inserção nos contextos de prática possibilitou ao aluno vivenciar o trabalho em equipe, construindo relações horizontalizadas com os profissionais da equipe de saúde (MARIN *et al.*, 2013), mostrando que é possível o processo formativo ocorrer de forma articulada com o mundo do trabalho (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para Carvalho, Duarte e Guerrero (2015), em seu estudo sobre a integração ensino-serviço no curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, o planejamento das ações deve ser construído em parceria com todos os sujeitos envolvidos no processo, docentes, alunos, profissionais de saúde e comunidade, e ser contextualizado com atividades que atendam as reais necessidades do serviço e comunidade. Nesse estudo, essa integração é um dos eixos que buscam concretizar a proposta curricular através de ações diversas na interface do ensino com o serviço, que se daria mediante conversas, negociação e discussão entre todos os participantes.

Outra possibilidade de melhoria seria estabelecer um diálogo com as outras disciplinas dos cinco primeiros semestres do curso, a exemplo do que aconteceu com o PPM. A integração entre as duas disciplinas iniciou-se em abril de 2018. Em um primeiro contato entre os docentes, foi apresentado o conteúdo ministrado em cada semestre da disciplina PPM, além dos roteiros utilizados na realização da anamnese e exame físico, a fim de conciliarmos as atividades. Os alunos fazem treinamento no LHabSim nos três primeiros semestres da disciplina e, nos dois últimos, passam a executar em pacientes. Em outra oportunidade, fomos ao LHabSim para termos a

demonstração de como é ensinada a propedêutica em manequins, além da utilização de outras tecnologias.

"Essa aproximação auxiliou muito no momento de realizar o exame físico com o aluno, pois eu tinha o conhecimento prévio do que havia sido ensinado na disciplina PPM, podendo estimulá-lo a pôr em prática suas habilidades. Também nos foram apresentados os roteiros de exame físico que são disponibilizados pela disciplina e que podem ser utilizados durante a disciplina PAPP. Para o estudante é importante essa interdisciplinaridade, pois favorece o aprendizado e evita a repetição de conteúdo." (DP, 05/04/2018)

Para finalizar as reflexões sobre as experiências da aproximação da prática com a formação do profissional da saúde, entendo que o SUS possui o duplo desafio de: construir a política de saúde e, ao mesmo tempo, os atores para nela atuarem (CECILIO; REIS, 2018). Segundo Cecilio e Reis (2018), parece contraditório querer formar profissionais diferenciados para atuarem em uma AB protagonista no cuidado à saúde, capaz de produzir respostas às necessidades e expectativas das pessoas, mas que perpetua modos antigos de oferecer cuidado.

O que se espera dessa formação articulada com o mundo do trabalho é que o estudante possa reconhecer as diretrizes do SUS no cotidiano das práticas, de forma a superar o modelo clínico hegemônico e centrado no biológico (KUABARA; TONHOM; MARIN, 2016). Porém, segundo as autoras, essa integração tem se caracterizado pela presença de estudantes e docentes em cenários onde predominam atendimentos centrados nas queixas e procedimentos.

O retrato da realidade dos serviços de AB que ainda prevalece é o de profissionais realizando atendimentos individualizados em seus consultórios a maior parte do tempo; atuação de poucos grupos de promoção da saúde; o protagonismo do usuário ainda não acontece; prevalece o atendimento à demanda agendada e à oferta programada para grupos de doença. Esse cenário prevalece nem tanto pela vontade dos profissionais que atuam, mas, principalmente, pelo modo como o processo de trabalho é imposto pelos gestores.

## 5.2 Cenário de aprendizagem: oportunidades e limitações da Visita Domiciliar

A transição demográfica e epidemiológica, com o envelhecimento populacional acentuado e aumento das doenças crônicas não transmissíveis, tem orientado o modelo de assistência, de modo a garantir o direito à saúde e o atendimento às necessidades de saúde atuais (BRASIL, 2012b; LACERDA *et al.*, 2006). A visita domiciliar proposta pelo SUS tem destaque, nessa reorientação, ao proporcionar um espaço que permite a construção de novas relações entre os diferentes sujeitos, facilitando o entendimento dos condicionantes que afetam a vida do cidadão (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Para Cecílio (2009, p. 120), quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo consigo uma “cesta de necessidades de saúde e caberia à equipe ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível”. Ainda segundo o autor,

"as necessidades de saúde (...) podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (...), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida" (CECÍLIO, 2009, p. 120).

No Brasil, existem muitos termos relacionados ao cuidado no domicílio, destacando-se a visita domiciliar e a atenção domiciliar à saúde (LACERDA *et al.*, 2006), sendo esta a variante de maior amplitude, definida como:

"modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados" (BRASIL, 2016).

Segundo Lacerda *et al.* (2006), nessa modalidade, as ações são desenvolvidas no domicílio por uma equipe multiprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, contando com seu envolvimento e também dos familiares para a produção do cuidado. A Portaria GM/MS nº 825 (BRASIL, 2016) define o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como um



"serviço complementar aos cuidados realizados na Atenção Básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)".

O paciente indicado para receber o atendimento domiciliar é aquele que se encontra clinicamente estável, porém com restrição ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva. A atenção domiciliar no SUS está organizada em três modalidades, AD 1, 2 e 3, de acordo com as necessidades de cuidado requeridas pelo paciente, a periodicidade das visitas e o uso de equipamentos.

A modalidade AD 1 fica sob responsabilidade das equipes de AB e se destina a pacientes estáveis, que requerem cuidados com menor frequência e menor necessidade de intervenção multiprofissional (BRASIL, 2016). A modalidade AD 2 refere-se aos pacientes com afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidades de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamento parenteral, reabilitação, cuidados paliativos, bebês prematuros e com baixo peso que necessitem ganho ponderal. Já a modalidade AD 3 engloba pacientes da modalidade anterior, mas com necessidades de cuidado multiprofissional mais frequentes e uso de equipamentos mais complexos, como ventilação mecânica, nutrição parenteral e transfusão sanguínea. O atendimento dessas duas últimas modalidades é de responsabilidade do SAD (BRASIL, 2016).

As Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) são compostas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, fisioterapeuta ou assistente social. A composição mínima das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) deverá ter três profissionais dentre estas ocupações: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional (BRASIL, 2016).

A atenção domiciliar é uma atividade inerente ao processo de trabalho das equipes da AB. Ao exercer práticas de cuidado dirigidas a populações de territórios definidos, é necessário que a equipe organize seu processo de trabalho para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiam dessa modalidade de cuidado, utilizando tecnologias variadas para atender às necessidades e demandas de cuidado no ambiente domiciliar (BRASIL, 2012b).

Para Lacerda *et al.* (2006, p. 93), a visita domiciliar compreende "o contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco, enfermos e seus

familiares para a coleta de informações e/ou orientações". As orientações são pertinentes à realidade em que vivem os moradores, seja sobre saneamento básico, amamentação ou cuidados com a saúde. Os profissionais avaliam as demandas da família e/ou do indivíduo e estabelecem um plano assistencial programado. Ainda segundo os autores, "é por intermédio da visita, que os profissionais captam a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades de saúde" (p. 93).

As equipes de ESF têm como atividade diferenciada a realização das visitas domiciliares, rompendo com a atitude passiva das unidades de saúde ao aproximar o serviço da comunidade, proporcionando um acompanhamento mais individualizado. Por ser uma atividade menos formal que o atendimento realizado na unidade, a vantagem da visita domiciliar seria um melhor relacionamento entre o usuário e o profissional de saúde (ROMANHOLI, 2014).

A visita domiciliar abrange múltiplos objetivos, podendo assumir o papel de ferramenta de assistência na oferta de cuidados de saúde, como também de tecnologia de promoção e prevenção da saúde e mesmo de estratégia de aprendizado na formação de profissionais de saúde, sendo denominada de visita domiciliar pedagógica (ROMANHOLI, 2014).

A mudança no perfil do egresso, orientada pelas DCN, contempla a formação voltada para atender as necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2014) e a visita domiciliar, concebida como ferramenta de ensino e aprendizagem, favorece a possibilidade do estudante poder trabalhar habilidades e atitudes nesse cenário, como ocorre no modelo de atenção preconizada pela ESF (ROMANHOLI; CYRINO, 2012). Para as autoras, a visita domiciliar ao aproximar o serviço de saúde do cotidiano das pessoas, permite uma "aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no ambiente familiar" (p. 694).

Os estudantes, sujeitos desta pesquisa, realizam a visita domiciliar durante os cinco semestres da disciplina. Divididos em duplas ou trios, fazem o acompanhamento de até três famílias, conforme avançam nos períodos da disciplina. Não é rotina irem acompanhados por agentes comunitários de saúde ou outro profissional da equipe. A tutora se organiza para acompanhar cada dupla ou trio de alunos pelo menos uma vez ao longo do semestre. Realizo minha visita domiciliar às terças-feiras de manhã, acompanhada por uma turma do quinto período.

Neste estudo, a visita domiciliar se mostrou como um cenário no qual os alunos, especialmente os do primeiro ano, puderam identificar a realidade em que vive o paciente, conhecer mais sobre sua história de vida e não simplesmente ter o contato pontual em busca de doenças; os estudantes puderam desenvolver habilidades como comunicação e escuta, trabalhar a empatia através do contato com os indivíduos e perder a timidez, conforme registrado nas falas:

"Eu percebi que eles querem contar a vida deles. Parece que são meio solitários, sabe? (...) Parece que está faltando isso, um contato mais voltado para o lado psicológico." (RC 1)

"(...) achei que a senhora parecia ser carente. Ela via a visita, não sei, como um momento dela conversar, preencher esse vazio dela, a oportunidade de alguém dar atenção a ela." (RC 1)

"Eu gostei bastante de começar. E através disso que a gente começa a ter um contato maior. Eu sou muito tímida e com isso, ela [visita domiciliar] me ajuda bastante a perder a timidez e tentar me comunicar com ela [paciente], tirar a informação." (RC 1)

"Acho que ele [paciente] se sente bem importante quando a gente está indo lá pra ver como (...) ele está se sentindo." (RC 1)

"Valeu muito pra gente perder esse medo, saber como abordá-los, o que é muito importante. A gente chegou aqui totalmente perdido e a aprendemos isso." (RC 5)

Nesse processo, alguns estudantes do segundo ano já conseguiram perceber a importância da ruptura com o modelo hegemônico centrado na doença e a necessidade de um atendimento humanizado e integral, estabelecendo consciência crítica sobre os problemas que afetam a saúde dos indivíduos acompanhados a partir da aproximação da sua vida cotidiana, conforme já indicado por Albuquerque e Bosi (2009) e Almeida *et al.* (2016):

"Você consegue ter uma noção de como é o estilo de vida da pessoa. (...) fomos à casa dela e deu pra ter uma noção do estilo de vida que ela tinha, a residência dela, com os problemas de saúde que ela tinha (...) muito entulho na casa, casa de madeira (...) deu pra ter uma noção do que ela já estava apresentando e os problemas que poderiam aparecer." (RC 3)

"Eu acho, em relação à visita domiciliar, que é uma coisa extremamente importante pra nós (...) eu acho que na formação médica, você aprender a

sair da zona de conforto de um consultório e ver a realidade dos pacientes, ajuda na nossa formação e na capacidade de diagnóstico." (RC 3)

Quando o estudante traz em sua fala "sair da zona de conforto", ele remete à inversão do domínio de território que a visita domiciliar provoca. O consultório é o território do médico, o local preparado para a realização do atendimento, trazendo o conforto por ter os equipamentos necessários para a consulta. Ao adentrar o domicílio, ocorre a inversão, e o médico tem que se adaptar àquele novo ambiente. Mas, em contrapartida, é dada a oportunidade ao aluno de visualizar o local onde vive seu paciente, quais são as condições da moradia dos visitados, como se dão as interações com os familiares, qual é a distância da casa do enfermo até a unidade de saúde. Informações que só são obtidas quando saímos do consultório para ir em busca do paciente.

Essa proximidade com as pessoas e seus modos de vida, permitindo a criação de espaços onde ocorrem falas, escutas e interpretações (ROMANHOLI; CYRINO, 2012; LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008), favorece o entendimento dos determinantes do processo saúde-doença, a avaliação das condições clínicas, facilitando a construção do diagnóstico. Às vezes, uma única visita domiciliar traz muito mais respostas do que repetidos atendimentos no consultório médico. Por isso, a visita é reconhecida "como uma prática de inquestionável importância não só no descobrimento como na abordagem de problemas, diagnóstico, busca ativa, prevenção de agravos e promoção da saúde" (MANO, 2009, p. 459).

O olhar da medicina a partir do século XX ficou muito voltado para as alterações morfofuncionais dos corpos, a medicalização da existência e a abstração das determinações extra biológicas das necessidades do indivíduo, tornando o seu saber científico o único capaz de legitimar o que é normal ou patológico (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Ainda segundo os autores, essa busca objetiva para os problemas biológicos tem levado a uma atuação profissional centrada em procedimentos, perdendo sua dimensão cuidadora. A relação empobrecida com o paciente interfere na cooperação, justificando a dificuldade em conquistar a adesão às propostas terapêuticas, principalmente nas situações crônicas.

A visita domiciliar pode estimular precocemente o lado humano da relação médico-paciente, em um estudante recém-chegado ao curso de medicina, sendo uma oportunidade de despertar nesse profissional em construção, a importância da

utilização da escuta, do diálogo, do tato e da observação em cada contato com o usuário.

"Antes de ir pra visita eu estava um pouco com medo (...) de chegar lá (...) e se eles começarem a fazer um monte de perguntas que eu não sei o que é. A gente está no primeiro semestre, não tem noção nenhuma. Só que quando eu cheguei, eu percebi que não é muito essa noção de medicamento, é mais essa atenção para o lado humano, essa necessidade de conversar, de ter atenção. E foi bem gostoso desenvolver esse lado porque a gente está cru nisso e poder treinar é bem legal." (RC 1)

"Eu também achei a visita importante para isso (...) para saber como abordar a pessoa, como entrar na casa. (...) a visita valeu por isso, no primeiro e segundo semestres (...)." (RC 5)

"A gente aprende o que é a anamnese, mas é muito mais legal na vida real adaptar a anamnese a uma conversa casual (...) de acordo com o paciente. Não necessariamente responder cada tópico da anamnese e pronto acabou." (RC 5)

O trabalho em saúde tem compromisso com as necessidades do seu usuário direto. O encontro entre profissional de saúde e usuário estabelece um espaço de interseção, centrado no trabalho vivo, no qual o profissional utiliza caixas de ferramentas tecnológicas (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Na produção de relações nos encontros, utiliza-se a tecnologia leve, que se vale da escuta, da construção do vínculo, da confiança. Ela permite a captação da singularidade, do contexto e do modo de viver do usuário, contribuindo sobremaneira para ampliar e enriquecer o raciocínio clínico (MERHY, 1998).

A disciplina PAPP tem no cronograma uma atividade chamada "Visita Domiciliar Simulada", realizada na Casa Simulada, anexa ao LHabSim, no campus da universidade. O imóvel utilizado era uma moradia de funcionário da universidade, que foi mobiliado de modo a representar uma moradia próxima àquela que os estudantes irão encontrar durante a visita de campo. Os docentes da universidade elaboram casos clínicos e são contratados atores para interpretar os pacientes. Os alunos realizam a visita simulada e ao final problematizam a experiência. Essa atividade está presente nos cinco períodos da disciplina e cada turma realiza um atendimento simulado por semestre. O conteúdo do atendimento é planejado de acordo com a complexidade correspondente ao período cursado. Essa atividade foi mencionada apenas na RC com alunos do primeiro período:

"A gente teve a VD simulada (...) eu e o [cita o nome do colega] fizemos a visita e tinha uma atriz lá. E acredito que seja realmente assim, da mesma forma que foi lá, seja no campo também, porque a senhora [atriz] conversa com a gente da forma como pessoas de mais idade conversam, mostra a casa. A casa é bem semelhante a uma casa simples mesmo, cheia de tapetes. A gente vê que traz bem a realidade para gente não chegar na casa, na visita, cru, sem saber como conversar, como pedir para entrar e isso tudo é instruído antes para nós." (RC 1)

"Teve essa simulação (...) foi um dos melhores pontos de como chegar, como pedir para entrar, como chegar em determinado assunto que talvez pudesse constranger. Foi bem legal, por que senão eu iria chegar aqui sem noção nenhuma, sem nenhuma base." (RC 1)

Ramos-Cerqueira *et al.* (2009) apresentam a experiência na preparação dos alunos do primeiro ano da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu para a visita domiciliar. Os estudantes, divididos em grupos, foram incentivados a pensar em situações que temessem encontrar na visita, e posteriormente trabalharam os sentimentos revelados por essa preocupação. Dentre os temas apresentados estavam: impotência, frustração, ansiedade, medo, tristeza e raiva. O compartilhamento de alguns desses sentimentos também foi observada nos relatos do alunos PAPP como evidenciam os trechos a seguir:

"As famílias veem (...) como se a gente já soubesse muita coisa. Já aconteceu em diversas situações deles perguntarem as coisas e a gente responder: 'Ah, isso tem que ver lá com a doutora, porque a gente não pode estar te falando'. Mas fica uma situação sem graça, porque, na verdade, a gente não aprendeu ainda, entendeu. (...) tem família que nos chama de doutor, daí eu fico sem graça." (RC 3)

"Porque a gente não tem o conhecimento formado de um médico, então ficar perguntando, falando, às vezes, a gente não vai conseguir ajudar aquela pessoa como deveria." (RC 3)

O sentimento de impotência está relacionado à insegurança pelo fato de ainda não saberem resolver os problemas de saúde que lhe são apresentados. Essas falas reforçam que para alguns alunos a expectativa em relação à atuação médica ainda está centrada no papel curativo, de diagnosticar e tratar (RAMOS-CERQUEIRA *et al.*, 2009). Consegui explorar com os alunos do quinto período que me acompanham na VD os significados que cada atendimento desperta. Percebi, algumas vezes, que alguns estudantes ficam surpresos com a consulta que não resulta em conduta medicamentosa. Mas, com as outras turmas foram mais raras as oportunidades de troca devido ao tempo limitado para o *feedback*.

Talvez falte deixar claro para os estudantes a importância que tem a VD realizada por eles. Os alunos trazem informações dos pacientes muitas vezes desconhecidas pela equipe, oferecerem a oportunidade de escuta além de trazer um olhar diferenciado para a situação apresentada pelo usuário. Como um médico em formação, os estudantes não precisam se sentir pressionados ou ter medo de não saber dar respostas às perguntas dos pacientes, mas devem saber que podem buscá-las, como exemplificado a seguir:

"Teve um senhorzinho que falou assim: 'Minha mulher está com anemia, está tomando ferro em injeção, mas eu não sei como isso funciona, eu queria saber mais'. Ele me fez pesquisar sobre isso. Na outra semana eu levei a minha pesquisa para ele, sabe, isso já aconteceu." (RC 5)

A formação tradicional no curso de medicina é voltada para o ensino do diagnóstico da doença, sem espaço para refletir sobre como a realidade do paciente e de sua família contribuem para sua condição de saúde (ROMANHOLI, 2010). A visita domiciliar é uma proposta para romper com esse padrão, ao permitir o contato com os múltiplos determinantes do processo saúde-doença, mas é necessário preparar o aluno para que ele tenha essa visão e se aproprie da perspectiva interdisciplinar e intersetorial no cuidado à saúde (RAMOS-CERQUEIRA *et al.*, 2009).

Nas oportunidades de conversa sobre a visita domiciliar realizada, muitas vezes, os alunos revelaram a dificuldade em lidar com os questionamentos dos pacientes, principalmente sobre diagnósticos e uso de medicamentos, o que gerava constrangimento por não saberem dar as respostas. Em conversas com a tutora, avaliamos que a distribuição das famílias deveria ser repensada, a fim de otimizar o aproveitamento dessa atividade.

"A seleção das famílias que são acompanhadas por estudantes na visita domiciliar inicialmente era realizada pelos agentes comunitários e a enfermeira da unidade. Eu e a tutora iniciamos a revisão dos pacientes que estão recebendo a visita no final do segundo semestre de 2017. Após a realização das Rodas de Conversa, ficou clara a necessidade de deixar para os alunos dos primeiros períodos pessoas sem comorbidades, para que eles utilizem esta atividade para realizar os primeiros contatos com o paciente, perder o medo de abordá-lo, desenvolver a habilidade de comunicação. O estudante fica apreensivo ao ser questionado pelo paciente sobre doenças e não ter uma resposta, gerando insegurança." (DP, 05/05/2018)

Os primeiros contatos com o usuário provocaram certa apreensão e expectativas, que resultaram em situações de constrangimento e frustração para os

estudantes. O aluno tem a expectativa de poder adentrar o lar do paciente, conhecer sua história de vida, mas muitas vezes acaba em frustração pela recusa do paciente em lhe abrir a porta. Importante que essa situação seja trabalhada com os estudantes, para que saibam lidar com as dificuldades, pois ao longo da atuação profissional vão se deparar com diversas recusas do paciente.

"A minha [visita domiciliar] não foi nada agradável. Ela não quis me receber. Eu tive que me oferecer pra entrar. Na segunda vez, pra mim que ela estava em casa e não quis me receber. Acho que ela não gostou muito." (RC 1)

"(...) a gente chegou lá na outra família (...) e tivemos que nos convidar pra entrar: 'Pode entrar?'. O paciente ficou lá da janela: 'Ah, o que é? É sobre o que?', conversando de longe. Tem que ver se a família tem interesse em ser acompanhada." (RC 3)

"A [paciente] nunca recebeu a gente. A única vez entramos foi porque o filho abriu o portão." (RC 5)

Dois estudos sobre a aceitação da comunidade em relação à visita domiciliar por estudantes (MARIN *et al.*, 2010; ASSO *et al.*, 2013) apontaram que as famílias se mostraram satisfeitas pela atenção recebida, por dialogar, por aprender e ensinar e pelas mudanças positivas provocadas na saúde. É importante que essa visita não seja invasiva, normativa e que respeite o espaço privado do domicílio, favorecendo a criação de um espaço de troca de saberes, em busca de relações mais horizontais no cuidado humano (ROMANHOLI, 2014).

A partir do momento em que comecei a selecionar os pacientes que poderiam contribuir com a visita domiciliar, durante a realização da consulta na unidade de saúde, eu expliquei sobre a atividade e perguntei se eles tinham interesse em participar. Assim, fui elaborando uma lista de pacientes que consentiram com a visita do aluno. Como a opinião dos usuários não foi avaliada neste estudo, não será possível refletir sobre os motivos das recusas relatadas pelos estudantes.

Alguns alunos do terceiro e quinto períodos da disciplina avaliaram a visita domiciliar como uma atividade repetitiva tanto pela frequência com que vão até os domicílios, quanto pelo fato de permanecerem com a mesmas famílias ao longo dos semestres. De acordo com o cronograma da disciplina, estavam previstas a realização de seis visitas domiciliares ao longo do primeiro semestre letivo de 2018, com intervalos irregulares entre elas, variando entre uma e três semanas.



"É, e esse bimestre nem está tão maçante porque só foi uma vez [visita domiciliar], mas é porque o cronograma está apertado, porque se tivessem outras oportunidades a gente teria que ir, da mesma forma que foi semestre passado, tipo, terceiro período repetindo as mesmas coisas." (RC 3)

"Eu acho que essa questão da visita deveria ser estabelecida pra não ficar (...) uma coisa cansativa, até mesmo para as próprias famílias, porque as nossas famílias são basicamente as mesmas todas as vezes que a gente sai." (RC 3)

"Mas quando acontece de ter três ou quatro semanas seguidas de visita, eu particularmente acho chato, porque (...), por exemplo, eu vou à casa da D. Maria toda semana falar a mesma coisa, entendeu. Não sei se, às vezes, eu estou incomodando. (...) Se tem tempo pra ir, vai toda semana, (...) chega lá na casa da D. Maria, não tem nem o que conversar com ela. Não aconteceu nada em uma semana." (RC 3)

"E eu também achei a visita importante (...) para saber lidar com a pessoa, como abordar a pessoa, como entrar na casa. (...) Mas, para continuar acompanhando casos que têm limitações demais (...) já não tinha mais o que fazer. (...) A gente chegava lá, fazia as mesmas perguntas (...). Não evoluía." (RC 5)

A respeito da frequência na realização das visitas e o tempo de permanência dentro do domicílio, Amaro (2003) e Romanholi (2010) afirmam que não há um tempo certo para cada família visitada, sendo sua duração compatível com a visão que irá orientá-la, ou seja, deve-se considerar "os fatores que poderão estar presentes no momento, para que a realidade social possa ser apreendida nos seus diversos aspectos" (ROMANHOLI, 2010, p. 111).

A frequência e repetição da visita domiciliar permitiria o aprofundamento das conversas, a construção de relações além do contato técnico, de forma a estreitar o vínculo com as famílias (ROMANHOLI, 2010). Esse estudo ainda constata que os estudantes valorizaram a contribuição da construção do vínculo em sua formação profissional, porém, o intervalo mensal entre as visitas, considerado muito longo, foi um fator prejudicial para essa finalidade.

Talvez a falta de planejamento e organização da VD nesse momento, sem objetivos claros a serem atingidos em cada visita, implique na ausência de significação para a formação médica, justificando o desestímulo do estudante.

"Uma aproximação na prática seria mais interessante pra gente não ficar toda semana indo na visita domiciliar." (RC 5)

"(...) o que desperta muito o nosso interesse é fazer visita no primeiro e segundo períodos. Do terceiro para frente, a gente não quer mais fazer visita. (...) porque a gente quer pôr em prática as coisas que a gente aprendeu, fazer ausculta cardíaca, entendeu?" (RC 5)

"Eu vou para visita de novo? Eu já sei fazer mais coisas do que a visita." (RC 5)

"Eu gosto de fazer visita, mas eu quero fazer prática, eu sinto isso, que eu quero fazer prática." (RC 5)

Cabe enfatizar ainda o papel do docente, seja preceptor ou tutor, na problematização das questões trazidas pelo aluno para ajudar a significar a vivência, possibilitando o aprendizado (ROMANHOLI, 2010). Um dos docentes não compartilha da mesma opinião em relação à falta de entusiasmo provocada pela visita domiciliar. Entende que o aluno precisa ser estimulado diariamente, uma vez que os objetivos de aprendizagem foram construídos num crescente de complexidade e a integração entre as disciplinas PAPP e PPM foi mais um fator que agregou valor para essa atividade ficar interessante.

"(...) porque antes de estruturarmos o PAPP junto com o PPM, o estudante até poderia talvez dizer que estava um repeteco de coisas ir lá. (...) os eixos são construídos dentro de cada período para aumentar a complexidade do primeiro ao quinto períodos. Então, (...) quando o docente explica que esse aumento de complexidade (...) acontece e o estudante consegue captar e vai fazer uma visita domiciliar diferente no 1º, 2º, 3º, 4º e no 5º períodos, crescente em complexidade, esse estudante não tem mais esse mito de dizer que é a mesma coisa. (...) a motivação do docente é muito importante e é uma coisa que deve ser feita diariamente. O estudante esquece e quando ele faz uma coisa que ele acredita que já fez, ele quer fazer outra." (D)

A reavaliação dos pacientes selecionados para receber os estudantes também foi pensada na lógica de um crescente de complexidade dos casos na tentativa de estimular a execução dessa atividade.

"O aumento da complexidade das famílias conforme avança nos semestres, procurando relacionar com o que estão aprendendo na teoria, possibilitaria novos objetivos em relação à visita domiciliar, podendo aumentar o interesse e a motivação dos estudantes. Na Roda com alunos do 5º período, questionei se a visita domiciliar a um paciente hipertenso, por exemplo, despertava a vontade de chegar em casa e ler sobre a doença. A resposta foi: 'Agora que a gente teve hipertensão em farmacologia e fisiopatologia, parece que se agora eu tivesse o contato com o paciente hipertenso, eu teria outro olhar. (...) A gente não tinha a ideia do real funcionamento'." (DP, 20/04/2018)

Observei que os alunos não viram a manutenção das mesmas famílias ao longo dos semestres como uma possibilidade de estreitar o vínculo. Pelo contrário, isso provocou desinteresse, pois o assunto conversado girou em torno dos mesmos temas, as queixas se repetiram e porque não houve acréscimo de novas oportunidades de aprendizagem. Sugeriram fazer um rodízio das famílias entre eles, de modo que novos pacientes motivariam a visita, além de enriquecer a discussão dos casos.

"Na visita é legal a primeira vez que vai, na segunda vai ver de novo, na terceira de novo, é sempre a mesma coisa. Foi um conhecimento grande quando você viu tudo isso e associou, mas vai associar o que se repete?" (RC 3)

"Seria legal se a gente pudesse fazer o rodízio das famílias também (...) a gente discute entre a gente os casos de cada família e eu gostaria de conhecer a família dele e ele a minha. Isso seria legal" (RC 3)

"Porque uma dupla consegue uma informação, outra dupla pode conseguir mais informações, então daria para discutir e ir complementando." (RC 3)

"Eu acho que até o paciente acha que no começo é gostoso, mas depois ele sabe que são as mesmas perguntas, a mesma coisa, e a gente não produz nada, nem eles, fica aquela mesmice." (RC 5)

"(...) a família que eu fazia visita domiciliar, estava bem controlada nos problemas que ela tinha (...) é uma doença crônica, então acompanhamos sempre as mesmas coisas (...) foi legal conhecer, fazer aquela anamnese, aí nas outras semanas (...) ficou assim: 'Nossa, eu estou indo lá toda semana e (...) não tem problema pra gente resolver'. (RC 5)

Essa aluna da fala anterior relata, a seguir, sua experiência ao acompanhar outra dupla de alunos durante a visita domiciliar. Ela disse para a tutora que queria ver "alguma coisa nova" porque na família que estava acompanhando estavam todos controlados, "tão bem quanto uma pessoa de 75 anos pode estar":

"Eu fui na família deles, que era uma mulher com Parkinson, e eu nunca tinha visto uma paciente tão avançada em Parkinson, a postura dela e outras coisas. Eles [colegas] já estavam acostumados com ela, mas eu não. Então, eu fiz todas as perguntas que eles já tinham feito e a gente estava aprendendo alguns exames neurológicos básicos, para ver a força do paciente, então, eu fiz com ela e foi super legal. Eles [colegas] ficaram sentados, porque já tinham visto ela mil vezes, mas eu não. Perguntei tudo de novo, eles me explicaram como foi o diagnóstico e foi quando descobrimos que ela só tomava o remédio quando estava pior. E orientamos que o remédio deveria ser tomado todo dia.

Foi uma visita muito boa pra mim. (...) E o que para eles já não era novo, eles ficaram lá sentados, só escutando, pra mim não era." (RC 5)

A visita domiciliar pode ser um momento singular para desenvolver a comunicação estudante-comunidade e o papel do professor seria enriquecer esse diálogo para estimular a construção conjunta do cuidado. O acompanhamento do professor à visita permitiria que ele compreendesse de forma mais fidedigna o processo vivenciado pelo estudante e também o ajudaria no enfrentamento de alguma dificuldade vivenciada naquele contato com o paciente (ROMANHOLI; CYRINO, 2012).

Outra queixa relatada pelos alunos foi o número de famílias acompanhadas, o que dificulta a realização da visita. Cada dupla normalmente acompanha três famílias.

"Outro problema também é a quantidade de visitas, porque a gente faz três visitas e, às vezes, têm uns 45 minutos pra fazer a visita e fica ruim chegar lá no paciente e conversar com a família, ficar 15 minutinhos e falar 'tenho que ir agora porque tem outra família'." (RC 3)

"Tem hora que fica limitado você ter que quebrar o assunto ao meio porque tem que ir em outro lugar." (RC 3)

Os estudantes do terceiro período revelaram não ter um aproveitamento adequado em relação à realização do exame físico na visita domiciliar. Sentem-se inseguros para examinar os pacientes sem a supervisão do profissional e também o número de famílias a serem visitadas interfere na limitação do exame.

"A gente só mede a pressão. Pressão e pulso." (RC 3)

"Tudo por questão de tempo também. Porque pra fazer o exame físico, se tivesse pelo menos uma família por semana, com um tempo maior, a abordagem seria melhor." (RC 3)

"A gente tem receio de fazer sozinho, se está certo ou errado." (RC 3)

"Tem a prática, mas chega lá (...) vai falar como para o paciente? A gente nem sabe direito fazer." (RC 3)

Nos dois primeiros semestres da disciplina PPM, eles já aprenderam o exame físico geral, da cabeça e pescoço, osteomuscular e torácico. No terceiro semestre, estudam o exame cardiovascular, abdominal e uroginecológico.

"A gente já aprendeu, mas não temos a prática de realizar o exame físico ainda." (RC 3)

"Por isso que seria legal ter esse acordo de assistir com você uma semana e na outra a gente faz, coloca na prática, sabe?" (RC 3)

"(...) eu entendo 'colocar em prática o exame físico na visita', só que não tem ninguém olhando você fazendo pra falar que está errado ou certo, entendeu?" (RC 5)

"Eu achei minha paciente meio pálida, mas como eu sei se ela está pálida ou não está? Só eu que vi, sabe? Fica uma informação meio perdida na minha cabeça. Será que ela estava pálida mesmo ou isso é porque é a coloração da pele dela mesmo?" (RC 5)

A falta de supervisão durante o exame físico realizado no domicílio pode trazer prejuízos, mas não ser um impedimento para a sua realização. Foi ensinada a teoria, precisam realizar o treinamento, a repetição, para conseguir sedimentar o conhecimento. Durante a realização da RC com os estudantes do quinto período, conversei sobre a minha experiência enquanto aluna em relação à disciplina de propedêutica, na intenção de esclarecer que eles podem e precisam ter mais autonomia para colocar em prática o que aprendem na teoria. Deixei registrado em meu Diário a reflexão sobre essa conversa:

"Na minha graduação, o que era ensinado na disciplina de propedêutica, eu treinava nos pacientes internados na enfermaria do Hospital Universitário. Não existia uma disciplina como o PAPP, que dava a oportunidade de ter um contato mais próximo com os pacientes. O estudante precisa entender que a visita domiciliar é uma oportunidade de praticar o exame físico. Já tiveram a chance de adentrar o domicílio, então, enquanto conversam com o paciente, podem aproveitar pra verificar a coloração da pele, depois pedir pra realizar o exame físico. Precisam perder um pouco esse medo. Enquanto são alunos, é o momento de errar; se não fizerem por medo de errar, ficará mais difícil de aprender." (DP, 20/04/2018)

A falta de planejamento na rotina do serviço para receber o estudante implica na falta de tempo apropriado para a realização da devolutiva após a visita domiciliar. O que acontece frequentemente é a transmissão do que foi visto no domicílio para a preceptora e profissionais de saúde, sem a oportunidade, na maioria das vezes, de problematizar essas questões, sem que os alunos possam ressignificar o que representou aquela visita ou sem que possam perceber qual o aprendizado a partir daquela situação. A falta de tempo reservado ao *feedback* devido a necessidade do preceptor priorizar a assistência dificulta o desenvolvimento de uma relação sólida com o aluno, retratando a dificuldade e sobrecarga do duplo exercício pelo professor médico (PRICINOTE; PEREIRA, 2016).

Algumas escolas médicas (ALMEIDA *et al.*, 2016; ROMANHOLI; CYRINO, 2012) vivenciam realidade diferente, porque planejam atividades que são acompanhadas e ressignificadas diariamente ao final de cada campo, por meio de diálogos e debates entre docentes, discentes e, até mesmo, com os outros profissionais de saúde. Pensando no papel do docente como um facilitador da aprendizagem, se faz necessária

"a capacidade de ouvir o aluno, porque na hora de você comunicar, você tem que ver qual a forma dele entender. [...] Eu acho que as aulas de Medicina que mais ensinam são as da prática, então o aluno tem que ter bastante tempo junto com a gente [...]" (COSTA; CARDOSO; COSTA, 2012, p. 501).

Segundo Borges *et al.* (2014, p. 326), o aluno deve ser incentivado "a desenvolver a autoavaliação e autorregulação do seu aprendizado", a fim de conseguir "reduzir a distância entre o que ele sabe e o que ele é capaz de fazer, entre o nível de aprendizado que está e o nível de capacitação a ser atingido". Ao professor caberia a indicação de novas pistas, a abertura de novas hipóteses e, por meio do *feedback*, permitir a reorientação em tempo útil para o estudante (COSTA; COTTA, 2014).

Levando-se em conta que o SUS é um local para a formação médica, questionei a gestão municipal de saúde sobre uma possível adaptação na jornada de trabalho do médico docente, e como resposta obtive:

"Olha, o nosso município não tem essa política ainda. (...) Eu acho que isso é uma luta que se for iniciada, ela precisa ser amplamente divulgada, amplamente discutida, porque a população talvez não entenda essa necessidade da liberação do médico estar com estudantes e não estar à disposição deles. Então, a parte política disso pega muito mais do que talvez uma parte de caráter técnico-administrativo e de formação. Eu penso que isso pode vir a ser pensado, sim, mas não vai ser fácil de se alcançar. (...) Eu acho difícil, de verdade, conseguir essa liberação. Dentro do que vejo hoje, aqui, acho muito difícil." (G)

Dessa maneira, poderia ser repensada a rotina das atividades a serem desenvolvidas em campo. Qual o objetivo de aprendizagem da visita domiciliar em cada semestre da disciplina? O que o estudante poderia desenvolver no contato com os usuários em cada visita realizada? Quantas vezes precisaria ver aquela família para adquirir algum conhecimento? Qual o número apropriado de famílias para fazer o acompanhamento?

A Faculdade de Medicina da Unesp (ROMANHOLI, 2010; ROMANHOLI; CYRINO, 2012) desenvolve uma disciplina com atividades na comunidade nos três primeiros anos da graduação. No primeiro ano, o objetivo é reconhecer o território da unidade de saúde e aproximar os alunos da realidade das famílias por meio do acompanhamento de recém-nascidos. A dupla de estudantes acompanha uma ou duas famílias e os temas desenvolvidos abrangem amamentação, alimentação e desenvolvimento de bebês. A visita domiciliar é utilizada com a finalidade de desenvolver a habilidade comunicacional estudante-comunidade.

No segundo ano, as famílias são mantidas e o foco do cuidado se amplia para todos os membros. Objetiva-se a responsabilização, o acolhimento às demandas e a sensibilização em relação às necessidades trazidas, sendo que em toda visita, a família é encorajada a falar sobre temas do seu interesse, imprimindo uma perspectiva pedagógica e assistencial para a atividade. A manutenção das famílias amplia o vínculo e se estabelecem relações mais horizontalizadas.

No terceiro ano, realizam atendimento semanal supervisionado por médicos, com a utilização de anamnese construída por docentes e profissionais da rede a partir da proposta da clínica ampliada. A visita domiciliar assume caráter assistencial, auxiliando o médico no cuidado dos pacientes impossibilitados de comparecer à unidade.

Ainda nessa experiência, os alunos desenvolvem narrativas a partir de cada visita que realizam e depois trabalham em grupo e com o professor, a interpretação e reinterpretação das falas trazidas das famílias. No primeiro ano, as narrativas têm conteúdo padronizados; no segundo ano, os temas são indicados a partir da demanda das famílias e, no terceiro ano, narram a história do paciente e como se sentiram ao realizar aquele atendimento. Através das narrativas, os professores compreendem o quanto foi aprendido e a necessidade de aprofundar algum tema.

Gil *et al.* (2008) relatam a experiência da Universidade Estadual de Londrina, que planejou a disciplina de interação ensino-serviço-comunidade em módulos distribuídos nos quatro primeiros anos do curso de medicina. No primeiro ano do curso, o módulo insere os estudantes em uma USF para sensibilizá-los sobre a importância da AB na rede de cuidados à saúde. Esse módulo foi readaptado para atender às demandas dos estudantes, profissionais e comunidade, e atualmente propõe trabalhar o cuidado com os hipertensos e a utilização de mapa conceitual para orientar seu desenvolvimento. Cada dupla de estudantes acompanha dois hipertensos

e suas famílias através de visita domiciliares, o que permite conhecer aspectos relativos à integralidade do cuidado, acesso ao serviço de saúde, dificuldades no manejo dos medicamentos e realizar orientações sobre a alimentação e o estilo de vida.

Essas experiências na utilização da visita domiciliar para a formação de profissionais da saúde, vivenciadas por outras Instituições de Ensino Superior, poderiam contribuir para qualificar a VD na disciplina PAPP.

### **5.3 (Des) encontros entre estudantes e profissionais de saúde**

As DCN impulsionaram as escolas médicas na direção da integração com o serviço e a comunidade, sendo um dos seus pilares de sustentação a interrelação entre os sujeitos (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018). Muitos estudos reforçam que essa integração não pode mais ser vista como uma "simples estratégia para reorientação da formação em saúde", mas sim como o "elemento central do processo formativo do futuro trabalhador" (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018, p. 4245). Ainda segundo os autores, caberia aos serviços prever na organização do seu trabalho a incorporação do processo educativo, em busca da construção de um campo novo e único, no qual os limites do ensinar e assistir se tornem imperceptíveis.

É necessário que haja espaços para o diálogo entre as instituições de ensino, o sistema de saúde e a comunidade. O Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Saúde (COAPES) foi criado com essa perspectiva. Tem como objetivos garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde que configuram cenários de prática para a formação no âmbito da graduação em saúde, além de estabelecer as atribuições de cada membro relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2015).

Ainda segundo a legislação, o COAPES deverá prever a elaboração de planos de atividades de integração entre as partes para cada serviço de saúde, contendo as diferentes atividades de ensino a serem desenvolvidas na comunidade ou no serviço de saúde, além de versar sobre as atribuições dos profissionais dos serviços e dos docentes da instituição de ensino. O COAPES deverá ainda estabelecer a relação quantitativa estudante/docente e estudante/preceptoria de forma a atender às necessidades do ensino e da assistência, além de elaborar a proposta de avaliação da integração ensino-serviço-comunidade com definição de metas e indicadores (BRASIL, 2015).



“A integração ensino-serviço, antes normalmente restrita a acordos entre duas instituições, uma da saúde e outra da educação, ganha, agora, novos e mais complexos contornos. Esse novo cenário pode ajudar a superar algumas dificuldades comumente identificadas, tais como: (...) a infraestrutura limitada dos serviços de saúde; o isolamento das Instituições de Ensino Superior (IES) em relação à rede de serviços e à sociedade; as falhas na compreensão de ambos os atores nos reais objetivos da integração ensino-serviço; (...) a articulação interprofissional insuficiente dentro da IES para desenvolvimento das atividades de integração ensino-serviço; os conflitos diante da indefinição quanto aos compromissos das instituições de ensino e dos serviços de saúde em relação à preceptoria (...).” (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018, p. 4245).

Essa parceria deveria ir além do estabelecimento de convênios bilaterais entre as instituições formadora e assistencial, exigindo a implantação de uma política efetiva de integração que envolvesse as escolas médicas, os serviços de saúde e seus respectivos gestores (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

Mas, segundo a gestão municipal de saúde de Presidente Prudente, por enquanto não foi estabelecido esse contrato com a Unoeste, existindo apenas um Acordo de Cooperação Técnica, conforme relatado em entrevista:

"Existe um Acordo de Cooperação Técnica que é assinado entre as duas partes (...) é bem antigo e cobre todos os cursos, não só o de medicina, mas todos os cenários de prática que a gente tem no município (...). Ainda não tem COAPES (...)." (G)

Esse acordo tem por objetivo formalizar as condições básicas para a realização de estágios e atividades de pesquisa e extensão de estudantes da Unoeste, matriculados nos cursos de graduação da área da saúde, nos serviços da rede municipal de saúde de Presidente Prudente. Particulariza a relação jurídica existente entre o estudante-estagiário, a SMS e a Unoeste, estabelece a carga horária semanal, limitada a 30 horas, e a duração dos estágios de no máximo dois anos. Cabe exclusivamente à universidade a responsabilidade pela elaboração e gestão do plano de atividade e projetos de ensino, pedagógico e de pesquisa, como também a responsabilidade técnica pelos alunos. Aos serviços de saúde, compete receber os estudantes e possibilitar a sua participação em atividades que proporcionem experiência prática em sua área de formação (PRESIDENTE PRUDENTE, 2009).

Para uma mudança efetiva nessa integração, faz-se necessário o comprometimento de todos os envolvidos com o processo de educação, apropriando-se de fato do projeto, sem esperar que as mudanças ocorram de forma

espontânea ou por força dos imperativos legais (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

Tendo em vista que a formação deve estar próxima das situações reais vivenciadas pelas equipes de saúde, é fundamental que o distanciamento entre alunos, docentes e profissionais seja superado, com a criação de espaços de diálogo, além de mudanças organizacionais e estruturais (CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015; KUABARA; TONHOM; MARIN, 2016). A contribuição efetiva de alunos e docentes para identificar e propor estratégias de enfrentamento para as necessidades do serviço e dos usuários poderia favorecer uma relação mais próxima entre a academia e o serviço (CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015). Além disso, a participação dos profissionais e da comunidade favorece as discussões sobre o processo de ensino-aprendizagem.

A aproximação dos estudantes do cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde no cenário da AB permitiria que a mediação entre os sujeitos e seus discursos, frente às situações experimentadas, tornasse as vivências de aprendizado significativas (PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011). Os profissionais de saúde passariam, então, a ser facilitadores nesse processo, contribuindo como agentes de mudança no contexto da formação em saúde (CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015). Porém, muitas vezes, esse contato revelou-se frustrante e hostil, eliminando a possibilidade do aluno aprender a partir da experimentação da prática, conforme as seguintes falas dos estudantes:

"Na vez da insulina, a professora chegou e falou: 'Hoje tem um senhor para aplicar insulina, quem quer?'. Eu falei: 'Eu quero'. Era quase um milagre, nunca tinha nada na Unidade. Avisei então a funcionária. A professora chamou, a gente foi lá e a mulher já tinha aplicado. Até a professora ficou surpresa. A [profissional de enfermagem] falou 'Ah, você quer aplicar, vai na casa dele então de sábado e domingo'. Eu fiquei sem resposta." (RC 5)

"(...) a gente ajudou a ver o perímetro cefálico (...) a gente só olhou, mas foi legal." (RC 3)

"A [profissional de enfermagem] foi aferir a pressão da paciente, ela não colocou o estetoscópio. Eu estava olhando e perguntei se ela não usava o estetoscópio para aferir e ela ficou brava." (RC 5)

O profissional que tem o aluno por perto tem que primar pela técnica correta ao realizar seu trabalho uma vez que se encontra em um ambiente de ensino e será

observado e questionado por eles. As falas anteriores retratam os prejuízos no processo de ensino provocados pela falta de acordos bem definidos entre a SMS e universidade, mostrando a necessidade de institucionalizar essa relação como já apontado por outros estudos (PINTO *et al.*, 2013; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015).

Dentre os princípios do COAPES, destacam-se o planejamento e a avaliação dos processos formativos, de forma compartilhada entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, garantindo a autonomia progressiva do estudante no desenvolvimento de competências em serviço e de integração do processo de trabalho da equipe em saúde (BRASIL, 2015). Registre o desconforto que senti ao ouvir os relatos dos alunos em relação à pouca receptividade e à falta de entrosamento e de liberdade entre eles e os profissionais da equipe:

"Causou-me espanto ouvir de alguns estudantes do 3º período que eles só entraram na sala de pré-consulta uma única vez, no primeiro dia em que vieram à Unidade e também de uma dupla de alunas que apenas olhou a realização do pré-atendimento de puericultura, sem participar dos procedimentos." (DP, 26/03/2018)

Na articulação entre as instituições, é necessário que haja coerência entre seus projetos, que os profissionais se sintam corresponsáveis pela formação dos estudantes e que os docentes se reconheçam como parte do serviço (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Essa integração implica em alguns condicionantes como relações horizontais, processos de trabalho conjuntos, interesses em comum e alinhamento das necessidades e potencialidades (BREHMER; RAMOS, 2014).

A integração entre a instituição formadora e a assistencial deveria assumir significados comuns e, as experiências resultantes, produzir ganhos para ambas, mas, dentre os desafios presentes nesse cenário múltiplo e complexo, citam-se os diferentes objetivos e movimentos unilaterais que restringem a aproximação de suas atividades (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

Esta articulação entre universidades e serviços poderia resultar em uma assistência à saúde diferenciada e inovadora, porém estudos mostraram que a presença dos alunos não tem sido suficiente para mudar a lógica do processo de trabalho (MENDES *et al.*, 2018). A formação em serviço esbarra no modelo de atenção à saúde ainda centrado no modelo médico hegemônico, curativista e marcado pela forte divisão do trabalho, além de ter o desafio de preparar profissionais aptos a

trabalharem juntos em instituições nas quais a normatização é a formação em separado (COSTA, 2016; MENDES *et al.*, 2018).

Não existem práticas curriculares de integração entre docentes e estudantes dos cursos de medicina e enfermagem da Unoeste, apesar dos alunos de ambos os cursos frequentarem a USF utilizada como cenário desta pesquisa. O único trabalho realizado em pareceria durante a vigência deste estudo foi a participação nas atividades do Programa Saúde na Escola (PSE). Essa política intersetorial dos Ministérios da Saúde e Educação tem como objetivo promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde a fim de criar condições para a promoção da saúde, a formação integral dos educandos e o enfrentamento de vulnerabilidades que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar (BRASIL, 2007).

Participaram alunos do terceiro período da medicina e oitavo período da enfermagem, as docentes de ambos os cursos, os profissionais de saúde, incluindo enfermeira, auxiliares de enfermagem, farmacêutica, agentes comunitários de saúde e eu como médica. O resultado dessa interação foi bastante satisfatório na opinião de alguns participantes:

"Eu acho que foi maravilhoso. Tanto é que nas avaliações do portfólio, as atividades foram muito elogiadas, que foram poucos campos, porém intensos. (...) Sentiram-se bem úteis e aproveitaram os campos. Eu acho que foi muito bom, muito válida essa interação com a equipe (...)." (D)

"(...) por causa do PSE ficamos mais juntos também, nos conhecemos mais. Acho que ficou mais interessante assim, eles estarem dentro da equipe, não só como um grupo que estava aprendendo a teoria da Unidade." (PS)

Também deixei registrado em meu Diário a satisfação pelo trabalho integrado que realizamos na escola do bairro, em cumprimento das atividades do PSE:

"O trabalho que realizamos na escola municipal do bairro, em cumprimento do Programa Saúde na Escola, foi muito gratificante. Os alunos estavam totalmente envolvidos, sentiram-se parte do processo de trabalho. Foram duas semanas de envolvimento intenso, tanto da equipe de saúde quanto dos estudantes de medicina e enfermagem, para realizar os atendimentos às crianças. Foi um trabalho em equipe realizado com êxito. Uma pena que essa aproximação se deu tão tardiamente, pois dali poucas semanas já se encerraram as atividades no campo." (DP, 18/05/2018)

Segundo Costa (2016), a educação interprofissional (EIP) é uma estratégia capaz de melhorar a qualidade da atenção à saúde por meio de um efetivo trabalho

em equipe, estabelecendo relações mais colaborativas entre os profissionais. Apesar de diversas iniciativas para a adoção da EIP, no Brasil suas práticas ainda são pouco difundidas nas instituições formadoras das profissões da saúde (SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018). Ainda segundo os autores, sua implementação requer o enfrentamento de diversos obstáculos, como os estereótipos atribuídos a cada profissão, o medo da perda de identidade profissional, a necessidade dos profissionais protegerem seu núcleo de saber-poder e a questão curricular e institucional, que, muitas vezes, limita a integração entre os cursos da graduação.

A EIP favoreceria também momentos enriquecedores de compartilhamento de saberes, dando a oportunidade ao aprender juntos, além de proporcionar o alcance de um "melhor entrosamento da equipe de saúde" devido à "aproximação de futuros profissionais desde a sua formação", melhorando a qualidade da assistência (SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018, p. 1602).

Por se tratarem de alunos de medicina de uma instituição privada, muitas vezes os profissionais de saúde fazem um prejulgamento deles, baseados apenas em seu estereótipo, podendo implicar no modo distante como se relacionam. Os alunos reclamaram da maneira diferenciada do acolhimento dado a eles e aos estudantes de enfermagem que frequentam a USF:

"Os acadêmicos da enfermagem elas tratam bem." (RC 5)

"Acho que a birra é por ser da medicina. Essa é a verdade. É sempre o estigma de ser aluno da medicina: 'Eu não vou fazer nada por eles e pronto, acabou'." (RC 5)

" 'Um bando de metidos, folgados'. Todo mundo pensa isso." (RC 5)

"Todo lugar é isso, professora." (RC 5)

Segundo Mendes *et al.* (2018), diversos estudos mostraram que a convivência entre profissionais e estudantes de diferentes áreas promoveu uma reflexão sobre os papéis que cada um desempenha, contribuindo para a diminuição dos preconceitos de forma a prepará-los para o trabalho em equipe interprofissional, o que não foi observado nesta experiência.

A prática interprofissional vivenciada no cotidiano dos serviços possibilitaria uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e suas tecnologias, favorecendo uma trajetória diferenciada na formação profissional (MARIN et al, 2013; MENDES *et al.*, 2018). Porém, os estudantes do terceiro e quinto períodos fizeram queixas em relação à falta de receptividade dos profissionais, implicando em um contato frágil entre eles, prejudicando a oportunidade de adquirir conhecimento pela prática interprofissional:

"Falta eles darem um pouquinho de liberdade." (RC 3)

"(...) a gente perguntava e eles passavam tudo corrido." (RC 3)

"(...) poderia ser um pouco mais receptivo." (RC 5)

A pouca receptividade de alguns profissionais provocou nos estudantes de diferentes períodos a sensação de atrapalhar a rotina de trabalho, impedindo, muitas vezes, a aproximação para acompanhar algum atendimento ou procedimento por medo de causar incômodo.

"O receio que eu tenho é de, às vezes, atrapalhar, de ser inconveniente. Eu não me sinto à vontade aqui." (RC 3)

"A sensação é de estar sempre atrapalhando ou incomodando o pessoal daqui. Essa é a sensação toda vez." (RC 5)

Para o profissional de saúde, a demanda do serviço interfere na qualidade do contato com os estudantes, implicando na falta de tempo para explicar como é seu processo de trabalho e também tirar eventuais dúvidas sobre o atendimento realizado.

"Têm momentos em que eles vêm perguntar alguma coisa, não que atrapalhe, mas às vezes você não tem o tempo disponível naquele momento para explicar ou você explica bem por cima. Não que eles atrapalhem, mas às vezes, a gente não consegue passar tudo o que eles precisam saber." (PS)

"(...) alguns ficam (...) não sei se com medo da gente, de se aproximar, perguntar. Às vezes acontece isso." (PS)

Quando questionados sobre as contribuições do estudante para o serviço, para alguns profissionais ainda prevalece a visão do aluno como mão de obra, auxiliando na execução dos serviços da unidade, como organizar prontuários, realizar a aferição do peso, altura e pressão arterial durante a pré-consulta e também efetuar a triagem da demanda espontânea.

"(...) acabam adiantando o que seria o nosso serviço." (PS)

"(...) colabora no sentido de mão de obra mesmo." (PS)

Para os profissionais, o grande número e a alta rotatividade das turmas de estudantes dificultam a criação de vínculo, coincidindo com outros estudos, que apontam que esses fatores dificultam a comunicação e o estabelecimento de confiança entre esses sujeitos (MENDES *et al.*, 2018).

"A falta de apresentação deles (...) a gente não tem essa ligação. Acho que está muito frio". (PS)

"(...) quanto mais tempo aquela equipe [estudantes] permanecesse, mais vínculo seria criado." (PS)

"Tem equipes [turma de estudantes] que vêm e a gente acaba não conhecendo. E se a gente não consegue conhecer, não consegue criar vínculo." (PS)

A falta de espaço apropriado para receber e acomodar os estudantes é outro fator que dificulta a integração e contribui para essa sensação de não pertencimento ao serviço. Mendes *et al.* (2018) apontam que a infraestrutura inadequada dos serviços de saúde, com falta de espaço físico adequado para comportar docentes e alunos, prejudica o desenvolvimento de algumas atividades do ensino e do serviço. A legislação obriga os órgãos públicos e privados que oferecem estágio a ofertarem instalações que tenham condições de proporcionar ao estudante atividades de aprendizagem social, profissional e cultural (BRASIL, 2008). Essa questão foi apontada por um dos profissionais de saúde:

"(...) como não tem um espaço para trocarmos ideias, às vezes, fica ruim mesmo (...) se reúnem aqui na frente, sentam no lugar do paciente (...)" (PS)

Dentro da AB, os espaços destinados ao processo formativo deveriam ser pactuados entre os atores da integração ensino-serviço-gestão e comunidade (DEMARZO *et al.*, 2012). Ainda segundo os autores, deveria haver um número adequado de salas de atendimento individual e coletivo para participação efetiva dos estudantes nas atividades da equipe, além de espaço físico para conforto e estudo, com acesso ao material bibliográfico da AB. Não é essa realidade dos serviços, o espaço inadequado não contribui para os processos formativos nas unidades.

Em algumas reuniões de equipe, conversei sobre as DCN e as mudanças que elas deveriam trazer para o cotidiano dos serviços de saúde. Expliquei que a presença do estudante em uma USF não é uma opção, e sim uma nova realidade, e que isso implica na adaptação do serviço e dos trabalhadores para a efetivação desse campo de formação profissional. Mas, nem todos os profissionais têm o compromisso de participar desse processo, talvez por não compreenderem de que modo poderiam contribuir para a formação de futuros médicos. De certa forma, fico em uma situação desconfortável em cobrar mudanças em relação à postura de alguns profissionais, conforme registrei em meu Diário:

"Fico em uma situação delicada em fazer cobranças, pois de certa forma, os profissionais entendem a presença dos alunos na Unidade por minha causa, e também por eu ser remunerada pela Universidade para exercer a docência durante meu horário de expediente na USF, o que não ocorre com o restante da equipe." (DP, 27/04/2018)

A Unoeste instituiu o Canal do Aluno (CanAl), com o objetivo de estreitar o espaço de comunicação dos alunos com a coordenação dos cursos de graduação, com a Comissão Própria de Avaliação (CPA) e com a Pró-reitora Acadêmica (Proacad) (UNOESTE, 2012). Um aluno de cada período dos cursos de graduação é eleito como representante e atua como mediador entre o restante da turma e instâncias superiores acima citadas. As datas para a realização das reuniões do CanAl são previamente definidas e nesses encontros, representantes dos alunos e da universidade dialogam. Os elogios, as reclamações e as sugestões sobre o curso ou a instituição são recebidos pelos representantes da coordenação do curso, pela CPA ou pela Proacad, que são aqueles que os organizam e os enviam aos setores pertinentes para as providências cabíveis (UNOESTE, 2018).



Na reunião do CanAI ocorrida no mês de abril de 2018, os alunos fizeram reclamações relacionadas à falta de acolhimento pelos profissionais de saúde da USF em estudo. Como foi uma contestação recorrente, as queixas foram levadas à coordenação municipal da ESF e repassadas à gerente da Unidade e o assunto foi discutido em reunião de equipe.

"Diferente de outras reuniões em que o assunto sobre a relação equipeestudantes foi abordado, essa foi a primeira vez em que não fui bombardeada por reclamações em relação ao comportamento dos alunos, seja pelo fato deles consumirem água do bebedouro dos funcionários, por utilizarem o banheiro dos funcionários, por ocuparem as cadeiras na recepção e conversarem alto. Comportamento semelhante ao dos estudantes de enfermagem que frequentam a Unidade e que não geram indignação." (DP, 27/04/2018)

Aproveitei a oportunidade para expor que os estudantes de medicina querem se sentir úteis, contribuir com a rotina de trabalho da Unidade, poder praticar o que aprendem na teoria durante o período em que estão no campo de estágio. Utilizei exemplos de como poderíamos ajustar nosso processo de trabalho para inserir mais efetivamente os estudantes na rotina da unidade. Alguns profissionais se manifestaram positivamente, mostrando-se dispostos a ajudar na interação dos estudantes com o serviço.

Essa atitude mais participativa sinalizada por alguns profissionais somada aos aspectos positivos da presença do estudante elencados nas entrevistas teriam o potencial de favorecer melhores oportunidades de aprendizagem pela aproximação da prática. Dentre as contribuições para o serviço, houve aumento da procura pela sala de vacina após orientações dos estudantes, auxiliaram na elaboração e execução de projetos na unidade e outros cenários, além do acolhimento prestado aos usuários:

"Muita gente vem procurar a unidade para fazer a vacina por eles terem orientado." (PS)

"Eles ajudam a desenvolver alguns projetos, trazem ideias novas (...) diferentes do que a gente já está acostumado." (PS)

"Eu acho bacana os projetos que eles trazem, as atividades, as informações que trazem para os usuários, os projetos que eles fazem na escola." (PS)

"(...) muitas vezes a gente não tem tempo de fazer, eles conseguem, que é a conversa." (PS)

"(...) o tempo que eles dedicam àquela pessoa, que acolhem, que ouvem, é importante." (PS)

A gestão municipal de saúde também avalia de maneira positiva a inserção de estudantes, não só de medicina, nas unidades de saúde. Em relação aos benefícios que a interação ensino-serviço traz para o município, foi relatado que:

"(...) fortaleceu a promoção e prevenção (...) auxilia em atividades que (...) não conseguiríamos estar fazendo. (...) com os acadêmicos (...) nesse papel, conseguimos ampliar esse escopo de ações e beneficiar principalmente os pacientes, porque abre um leque que permite atender mais, com melhor qualidade (...)" (G)

"(...) tivemos, sim, uma melhora nos índices de saúde, na cobertura de Atenção Básica. (...) o número de gestantes que são acompanhadas, temos uma busca ativa mais eficiente. (...) o número de acompanhamento de diabéticos e hipertensos; as internações por causas de Atenção Básica vêm diminuindo (...)" (G)

"Eu acho que está na hora de começarmos a pensar no COAPES junto com a Universidade. Precisamos fortalecer também a contrapartida da Universidade em relação à Educação Permanente, à formação dos nossos preceptores e dos nossos funcionários pra que eles consigam também, com mais tranquilidade, atender esses estudantes. O COAPES é o caminho para começarmos a estruturar isso de uma maneira mais adequada, tanto para os profissionais que recebem os alunos quanto para Universidade também ter essa garantia do espaço dos cenários de prática dentro do município." (G)

A avaliação positiva da presença do estudante no serviço de saúde, feita pela gestão e por alguns profissionais, revela, de certa forma, as potencialidades desse encontro que não foram bem exploradas ou efetivadas. Porém, ainda há um caminho longo a ser percorrido para que ocorra mudança na postura de alguns profissionais, no sentido do exercício de seu papel no processo formativo na área da saúde.

O sucesso para a integração entre ensino e serviço depende da parceria que se estabelece entre as partes (SOUZA; CARCERERI, 2011) e, para sua efetivação, as atividades desenvolvidas pelos estudantes na unidade de saúde não deveriam ser vistas como exclusivas da universidade, e sim como resultantes de uma colaboração entre as instituições (MENDES *et al.*, 2018). A presença do aluno também deveria levar os profissionais a refletirem sobre suas práticas, contribuindo para a melhoria da qualidade do serviço prestado (CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011; FLORES *et al.*, 2015).

Frente às experiências resultantes da aproximação com estudantes, precisamos refletir e repensar o nosso papel como educadores no campo da saúde. Alguns profissionais, em conversas informais, alegam ter um comportamento distante pelo fato de não gostarem da presença do aluno. Pela perspectiva atual que define o SUS como ordenador da formação em saúde (BRASIL, 1988), essa justificativa poderia ser questionada. Coloca-se, portanto, a pertinência de ampliação do debate, nos serviços e na universidade, sobre o atual papel do trabalhador da saúde para apoiar práticas renovadas e ampliadas no âmbito da formação de futuros profissionais.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho mostrou que a disciplina PAPP tem proporcionado muitos momentos de aprendizado aos estudantes pela inserção precoce no ambiente de trabalho, contribuindo para a construção do conhecimento. Porém, ficou nítida a estagnação da disciplina a partir do terceiro período, verbalizada pela frustração dos alunos por não perceberem a ampliação na complexidade de algumas práticas e a repetição de atividades a partir desse momento.

Uma maneira de manter a motivação seria estruturar o modo como se dá o contato dos estudantes com os usuários, permitindo que a construção dessa relação aumente em complexidade ao longo dos períodos conforme vão adquirindo conhecimentos na propedêutica. Na medida em que o estudante perceber que a anamnese apresentada no primeiro período, na forma de roteiro fechado, cheia de tópicos a serem perguntados, precisa se transformar em uma conversa ampliada ao longo do tempo, propiciada pela escuta do paciente nos vários espaços, inclusive no domicílio, talvez essa prática não seja vista como uma repetição se ele não tiver que fazer as mesmas coisas que fez nos períodos anteriores. O raciocínio clínico parte da escuta e para que ela ganhe complexidade ao longo da formação médica, o aluno precisa aprender a fazer essa transformação, saber explorar o significado da queixa, a vivência da doença pelo paciente e o quanto isso interfere em sua condição de vida.

As informações trazidas pelas RC dos estudantes me proporcionaram a reflexão sobre melhorias na execução das atividades propostas pela disciplina, repercutindo no planejamento de mudanças no meu cronograma de atendimento, a fim de oportunizar aprendizagens semelhantes para as turmas de cada período da disciplina. No entanto, fui remanejada para o internato no início do mês de julho de 2018, passando a receber alunos do nono período do curso de medicina. Como não sou mais preceptora da disciplina PAPP, não terei oportunidade de efetivar essas mudanças, mas as experiências desse trabalho contribuirão para o desenvolvimento das atividades com os alunos do internato.

O meu contato com os alunos do quinto ano do curso de medicina, que são a primeira turma do currículo atualizado de acordo com as DCN 2014, revelou que eles têm as habilidades para a execução do exame físico e utilização de tecnologia levedura melhor desenvolvidas do que a comunicação. Grande parte dos estudantes do internato continua focando o atendimento médico no diagnóstico e tratamento

medicamentoso. Isso reflete a persistência de características do modelo flexineriano no currículo escolar, que ao organizar o ensino por disciplinas, conseqüentemente, provoca a "fragmentação do corpo e da saúde das pessoas, favorecendo a formação de profissionais habilitados em tecnologia dura e leve-dura, mas com dificuldades para lidar com questões subjetivas, sociais e culturais das pessoas" (FREITAS *et al.*, 2015, p, 122).

Esse distanciamento do perfil de profissional pensado para atuar no modelo atual de saúde pública não formará um egresso "capaz de mobilizar mudanças no e para o processo de trabalho" (FREITAS *et al.*, 2015, p, 119). Seria a oportunidade da Unoeste propor unidades de aprendizagem para trabalhar o uso da tecnologia leve no cuidado à saúde, como o acolhimento, a escuta qualificada, o atendimento humanizado e o vínculo, como ocorre no atendimento desenvolvido na ESF, a fim de possibilitar ao estudante uma visão ampla do cuidado, contribuindo para uma formação médica mais humanizada.

Outros aspectos também precisariam ser revistos, como um melhor planejamento das atividades a serem ofertadas pelo serviço a fim de ampliar as oportunidades de aprendizagem, criar a rotina dos estudantes serem acompanhados durante a visita domiciliar, promover mudanças na estrutura da unidade de saúde para acolher melhor os alunos, prever a disponibilidade na jornada de trabalho da equipe de saúde e preceptora para que participem da ressignificação das atividades dos alunos ao final de cada campo, além de tempo oportuno para o *feedback* em relação à construção e discussão do portfólio.

A disponibilidade de tempo para o *feedback* é de fundamental importância, pois existem algumas questões, como as frustrações, o não saber e as recusas, que precisam ser bem trabalhadas com os alunos, principalmente nesta fase inicial da formação. A frustração em relação às expectativas na relação médico-paciente, à recusa terapêutica ou de não ser recebido em uma VD que não é bem vinda pelo paciente naquele dia ou horário, precisa ser exposta o quanto antes para os alunos porque se for feita apenas na vivência, sem ter espaços de reflexão pode gerar cinismo, afastamento emocional e perda de empatia. É importante que os alunos tenham experiências ruins e que também possam ressignificá-las através da troca de vivências e/ou frustrações com os colegas e profissionais de saúde, de modo que consiga aprender a lidar com essas situações ao longo de sua atividade profissional.

Integrar o aluno à equipe de saúde e possibilitar sua participação efetiva no processo de cuidado permite que ele coloque em prática o que está estudando na teoria, além de possibilitar que ele construa gradativamente sua autonomia nas competências adquiridas. As conquistas pessoais obtidas com a prática do cuidado motivam o estudante a participar daquela rotina, despertando nele a vontade de usufruir cada vez mais daquele momento que foi prazeroso e rico para o seu aprendizado.

Senti falta, nesta investigação, de uma maior contribuição por parte dos profissionais sobre o que representa para eles a presença do estudante no cotidiano do serviço e quanto essa experiência contribuiu ou interferiu na rotina do trabalho. A proximidade do nosso relacionamento profissional pode ter provocado um certo receio em manifestar opiniões que julgasse não me agradar, pois trabalho com alguns deles há pelo menos cinco anos. Mas, uma pesquisa dessa natureza, com implicação do pesquisador, está sujeita a essas nuances. Esta experiência mostrou, portanto, as inúmeras afetações e implicações vividas por mim, porque estive permeada por questões éticas afloradas por este processo de pesquisa.

Na revisão da literatura, é grande o número de trabalhos envolvendo pesquisadores da academia nos serviços de saúde, diferentemente desta experiência que mostrou o cotidiano das interações entre estudantes, profissionais de saúde e docentes sob a perspectiva de uma pesquisadora implicada tanto com docência quanto com a assistência. O fato de ser médica da unidade avaliada e preceptora dos estudantes participantes possibilitou captar fatos implícitos que um pesquisador externo talvez não fosse capaz de perceber.

A pergunta inicial deste estudo colocou em questão o fato de que o cenário de prática de uma Unidade de Saúde da Família poderia se constituir em um espaço de aprendizagem significativa. Nessa direção, posso reconhecer a potência educativa desse lugar. Entretanto, mostra-se necessário ainda, como pude constatar, recompor as relações entre os sujeitos envolvidos – estudantes, docentes, preceptores e profissionais da saúde, além de formalizar um espaço permanente de discussão a respeito desse novo papel dos serviços de saúde na formação profissional.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Katia Faria de; ROCHA, Marisa Lopes da. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 648-663, dez. 2007.

ALBUQUERQUE, Verônica Santos *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, set. 2008.

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, maio 2009.

ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Trabalho de Campo Supervisionado II: uma experiência curricular de inserção na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 777-786, set. 2016.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; MARIN, Juliana; CASOTTI, Elisete. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 373-398, ago. 2017.

AMARO, Sarita. **Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: AGE, 2003.

ASSO, Rie Nadia *et al.* *Avaliação das visitas domiciliares por estudantes e pelas famílias: uma visão de quem as realiza e de quem as recebe*. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 326-332, set. 2013.

AUSUBEL, David Paul; NOVAK, Joseph D; HANESIAN, Helen. **Psicologia Educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana Ltda., 1980.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BORGES, Marcos de Carvalho *et al.* Avaliação formativa e *feedback* como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 324-331, nov. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Decreto nº 6.826, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 2-3. 6 dez. 2007.

BRASIL. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.124, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública EnsinoSaúde (COAPES) para o fortalecimento da Integração Ensino, Serviços e Comunidade no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 78, Seção 1, p. 33. 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>. Acesso em: mar. 2019.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; RAMOS, Flávia Regina Souza. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Rev Eletr Enf** [Internet], v. 16, n. 1, p. 228-37, jan/mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132>. Acesso em: fev. 2019.

CALDEIRA, Érika Soares; LEITE, Maisa Tavares de Souza; RODRIGUES-NETO, João Felício. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 477-485, dez. 2011.

CAMARA, Ana Maria Chagas Sette; GROSSEMAN, Suely; PINHO, Diana Lucia Moura. *Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores*. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 817-829, 2015.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.



57, n. 5, p. 611-614, out. 2004.

CARVALHO, Simone Bueno de Oliveira; DUARTE, Lucia Rondelo; GUERRERO, José Manoel Amadio. Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 123-144, abr. 2015.

CECCIM, Ricardo Burg.; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, jun. 2004.

CECILIO; Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco; 2009. p. 117-30.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00056917, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2018000800501&lng=en&nrm=iso&tling=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000800501&lng=en&nrm=iso&tling=en). Acesso: fev. 2019.

CHARREU, Leonardo Verde; OLIVEIRA, Marilda Oliveira de. Diários de aula e portfólios como instrumentos metodológicos da prática educativa em artes visuais. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 45, n. 156, p. 410-425, jun. 2015.

CHINI, Helena; OSIS, Maria José Duarte; AMARAL, Eliana. A Aprendizagem Baseada em Casos da Atenção Primária à Saúde nas Escolas Médicas Brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 45-53, jun. 2018.

COSTA, Glauce Dias da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. O aprender fazendo: representações sociais de estudantes da saúde sobre o portfólio reflexivo como método de ensino, aprendizagem e avaliação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 771-784, dez. 2014.

COSTA, Marcelo Viana da. *A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões*. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, mar. 2016.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos; CARDOSO, Cléia Grazielle Lima do Valle; COSTA, Danilo Campos. Concepções sobre o bom professor de medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 499-505, dez. 2012.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; COSTA, Glauce Dias da; MENDONÇA, Érica Toledo. *Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1847-1856, jun. 2013.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; COSTA, Glauce Dias da. Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual.

**Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 171-183, mar. 2016.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, jun. 2004.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva *et al.* Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 143-148, mar. 2012.

FERRO, Maria da Glória Duarte; PAIXÃO, Maria do Socorro

Santos Leal. **Psicologia da aprendizagem: fundamentos teórico-metodológicos dos processos de construção do conhecimento**. Teresina: EDUFPI, 2017.

FIGUEIRÊDO Alessandra Aniceto Ferreira de; QUEIROZ, Tacinara Nogueira de. A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo. *In*:

FAZENDO GÊNERO 10. DESAFIOS ATUAIS DOS FEMINISMOS, 2013,

Florianópolis. Anais Eletrônicos, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. p. 1-10. Disponível em:

[http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373241127\\_ARQUIVO\\_AUTILIZACAODERODASDECONVERSACOMOMETODOLOGIAQUEPOSSIBILITAODIALOGO.pdf](http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373241127_ARQUIVO_AUTILIZACAODERODASDECONVERSACOMOMETODOLOGIAQUEPOSSIBILITAODIALOGO.pdf). Acesso: out. 2018.

FLORES, Liziane Maahs *et al.* Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 923-930, 2015.

FORTUNA, Cinira Magali *et al.* A análise de implicação de pesquisadores em uma pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, e00117615, 2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000904001&script=sci_abstract&tlng=pt)

[311X2016000904001&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000904001&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso: ago. 2017.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GARCIA, Maria Alice Amorim; NASCIMENTO, Gabriela Egêa Alvaro do. *Aplicação do Portfólio nas Escolas Médicas: Estudo de Revisão*. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 163-174, mar. 2019.

GIL, Célia Regina Rodrigues *et al.* *Interação ensino, serviços e comunidade:*

desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na Atenção Básica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 230-239, jun. 2008.

HERNÁNDEZ, Fernando. **Cultura visual, mudança educativa e projeto de trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

IBGE. Brasil em síntese. Presidente Prudente. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/presidente-prudente/panorama>. Acesso: mar. 2019.

KUABARA, Cristina Toshie de Macedo; TONHOM, Silvia Franco da Rocha; MARIN, Maria José Sanches. Integração ensino-serviço na perspectiva dos profissionais da rede primária de saúde. **Revista Fórum Identidades**, Itabaiana: GEPIADE, ano 10, v. 22, n. 22, p. 173-192, set./dez. 2016.

LACERDA, Maria Ribeiro *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, ago. 2006.

LEAL, Juliana Alves Leite *et al.* *Novos espaços de reorientação para formação em saúde: vivências de estudantes.* **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 361371, jun. 2015.

LOPES, Wanda Oliveira; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, abr/jun. 2008.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ - 1993. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa.** Rio de Janeiro: EdUE RJ, 1993. 116p.

Lourau René. Objeto e método da análise institucional. In: Altoé S, organizador. **René Lourau: analista institucional em tempo integral.** São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 66-86.

MAIA, José Antonio. Metodologias problematizadoras em currículos de graduação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 566-574, dez. 2014.

MANO, Maria Amélia Medeiros. *Casa de família: uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento.* **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 459-467, out./dez. 2009.

MARIN, Maria José Sanches *et al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 13-20, mar. 2010.

MARIN, Maria José Sanches *et al.* Aspectos da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 501-508, dez. 2013.

MEDRADO, Benedito; SPINK, Mary Jane; MÉLLO, Ricardo Pimentel. *Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas.* In: SPINK, Mary Jane Paris; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do; CORDEIRO, Mariana Prioli (Org.). **A produção de informação na**

**pesquisa social: compartilhando ferramentas.** 1 ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

MELO, Ricardo Henrique Vieira de *et al.* Roda de Conversa: uma Articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 301-309, jun. 2016.

MELLO, Ricardo Pimentel *et al.* Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 26-32, dez. 2007.

MENDES, Rosilda; SACARDO, Daniele Pompei. *Formação profissional em saúde: do conhecimento instrumental ao trabalho como princípio educativo.* **BIS, Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 108-118, dez, 2017.

MENDES, Tatiana de Medeiros Carvalho *et al.* *Interação ensino-serviço-comunidade no Brasil e o que dizem os atores dos cenários de prática: uma revisão integrativa.* **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 1, p. 98-116, jul. 2018.

MERHY, Emerson Elias. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde.* Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público.** São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde.** São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOREIRA, Marco Antônio; MASINI, Elcie F Salzano. **Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel.** São Paulo: Moraes, 2006.

PEDUZZI, Marina. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, mar. 2016.

PINTO, Anna Carolina Martins *et al.* Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2201-2210, ago. 2013.

PREARO, Alice Yamashita; RIZZATO, Agueda Beatriz Pires; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. *O ensino de pediatria na atenção básica em saúde entre as fronteiras do modelo biomédico e a perspectiva da integralidade do cuidado: a visão dos médicos supervisores.* **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 10391052, dez. 2011.

PRESIDENTE PRUDENTE. Secretaria Municipal de Saúde. Acordo de Cooperação Técnica. 2009. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/unidade.xhtml?cod=2>. Acesso em: mar. 2019.

PRICINOTE, Sílvia Cristina Marques Nunes; PEREIRA, Edna Regina Silva. Percepção de Discentes de Medicina sobre o *Feedback* no Ambiente de Aprendizagem. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 470-480, set. 2016.

RAMOS-CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu *et al.* *Um Estranho à Minha Porta: preparando estudantes de medicina para visitas domiciliares.* **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 276-281, jun. 2009.

ROCHA, Francisca Alanny Araújo; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; MOREIRA, Ana Ester Maria Melo. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 415-426, jun. 2016.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 44-52, abr. 2014.

ROMANHOLI, Renata Maria Zanardo. A visita domiciliar como estratégia de ensino aprendizagem na integralidade do cuidado. 2010. 174f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Botucatu.

ROMANHOLI, Renata Maria Zanardo; CYRINO, Eliana Goldfarb. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 693-705, set. 2012.

ROMANHOLI, Renata Maria Zanardo. A visita domiciliar na formação médica. 2014. 186 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Botucatu.

SANTOS, Lucas Cardoso dos; SIMONETTI, Janete Pessuto; CYRINO, Antonio Pithon. A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1601-1611, 2018.

SOUZA, Ana Luiza de; CARCERERI, Daniela Lemos. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1071-1084, dez. 2011.

STELET, Bruno Pereira *et al.* *Portfólio Reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico.* **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 165-176, mar. 2017.

TEOFILO, Tiago José Silveira; SANTOS, Nereida Lúcia Palko dos; BADUY, Rossana Staevie. Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 177-188, mar. 2017.

UNOESTE. Portaria nº 28/2012 – Reitoria da UNOESTE, de 28 de novembro de 2012. Instituiu o Canal do Aluno. Presidente Prudente, 2012. Disponível em: <[http://www.unoeste.br/Areas/Graduacao/Content/documentos/Portaria-28\\_2012CanAL.pdf](http://www.unoeste.br/Areas/Graduacao/Content/documentos/Portaria-28_2012CanAL.pdf)>. Acesso: mar. 2019.

UNOESTE. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina “Dr. Domingos Leonardo Cerávolo” de Presidente Prudente/SP. Universidade do Oeste Paulista. Presidente Prudente, 2016. Disponível em: <[http://www.unoeste.br/academico/docs\\_public/ppc/ppc\\_aaiJK=MTOkJTMkJDN2gDN5UDZ4MTMhFmM4UGN.pdf](http://www.unoeste.br/academico/docs_public/ppc/ppc_aaiJK=MTOkJTMkJDN2gDN5UDZ4MTMhFmM4UGN.pdf)>. Acesso: set. 2018.

UNOESTE. Canal do Aluno. Disponível em: <<https://www.unoeste.br/Graduacao/cursos/medicina/canal-do-aluno>>. Acesso: out. 2018.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, dez. 2016.

WOOLFOLK, Anita E. **Psicologia da Educação**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ZARPELON, Luís Fernando Boff; TERCENIO, Maria Leandra; BATISTA, Nildo Alves. *Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4241-4248, dez. 2018.

## Anexo 1 - Representação gráfica da estrutura curricular do Curso de Medicina da Universidade do Oeste Paulista.

		PERFIL DE FORMAÇÃO MÉDICA: GENERALISTA - ÉTICA - HUMANÍSTICA				
E N S I N O  P E S Q U I S A  E X T E N S Ã O	<b>11º e 12º Termos</b>					
	UNIDADE DE APRENDIZAGEM: ESTÁGIO EM SERVIÇO SUPERVISIONADO III		UNIDADE DE APRENDIZAGEM: ESTÁGIO EM SERVIÇO SUPERVISIONADO IV			
	Clinica Médica 250 h	Clinica Cirúrgica 250 h	Saúde Coletiva 250 h	Ginecologia e Obstetria e Pediatria 260 h	Clinica Médica e Cirúrgica 260 h	Urgência e Emergência II 230 h
	INTERNATO / TUTORIA			INTERNATO / TUTORIA		
	<b>9º e 10º Termos</b>					
	UNIDADE DE APRENDIZAGEM: ESTÁGIO EM SERVIÇO SUPERVISIONADO I		UNIDADE DE APRENDIZAGEM: ESTÁGIO EM SERVIÇO SUPERVISIONADO II			
	Atenção Básica I 250 h	Saúde Mental 250 h	Urgência e Emergência I 250 h	Atenção Básica II 250 h	Ginecologia e Obstetria 250 h	Pediatria 250 h
	INTERNATO / TUTORIA			INTERNATO / TUTORIA		
	<b>8º Termo</b>					
	UNIDADE DE APRENDIZAGEM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE					
I Atenção Integral à Saúde da Criança TUTORIA		II Atenção Integral à Saúde da Mulher TUTORIA		III Atenção Integral à Saúde do Adulto e Idoso TUTORIA		
<b>7º Termo</b>						
UNIDADE DE APRENDIZAGEM APRESENTAÇÕES CLÍNICAS MÉDICAS E CIRÚRGICAS SEMANA INTEGRADORA						
<b>6º Termo</b>						
UNIDADE DE APRENDIZAGEM APRESENTAÇÕES CLÍNICAS MÉDICAS SEMANA INTEGRADORA						
P	P	S E M A N A  I N T E G R A D O R A	UNIDADE DE APRENDIZAGEM ATAQUE E DEFESA II – 5º Termo			
A	P		UNIDADE DE APRENDIZAGEM ATAQUE E DEFESA I – 4º Termo			
P	M		UNIDADE DE APRENDIZAGEM MORFO FUNCIONAL II – 3º Termo			
P			UNIDADE DE APRENDIZAGEM MORFO FUNCIONAL I – 2º Termo			
			UNIDADE DE APRENDIZAGEM INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA MEDICINA – 1º Termo			

UAS HORIZONTAIS : PAPP - PROGRAMA DE APROXIMAÇÃO PROGRESSIVA À PRÁTICA E PPM - PROGRAMA DE PRÁTICA MÉDICA.

Fonte: UNOESTE (2016)

## **Anexo 2 – Roteiro de Entrevista com os Profissionais de Saúde**

1. Como você avalia a presença do aluno de medicina na unidade de saúde?
2. Quais as contribuições que esse aluno traz para a equipe e usuários?
3. Você se sente sujeito integrante do processo educativo, ficando estimulado a se atualizar profissionalmente?
4. Destaque os aspectos positivos dessa relação que devem ser mantidos
5. Destaque os aspectos negativos dessa relação que devem ser modificados.



### **Anexo 3 – Roteiro de Entrevista com um dos coordenadores da disciplina PAPP**

1. De acordo com as novas diretrizes curriculares da medicina, a inserção do estudante na atenção primária deve vir acompanhada da criação de espaços pedagógicos problematizadores. Você avalia que, no modelo atual da disciplina, está sendo possível a criação desses espaços?
2. O que percebem ser efeito ou impacto dessa proposta de formação?
3. Outras disciplinas vão chamando mais atenção do aluno no decorrer dos semestres e eles acabam deixando o PAPP em segundo plano; pedem pra adiar alguma atividade pois querem priorizar outras disciplinas. Eu gostaria de saber sua opinião: por que os estudantes vão perdendo o encantamento pelo PAPP ao longo dos semestres, sendo que é dada a oportunidade de aprendizagem a partir da prática?
4. Uma outra questão é com relação às atividades de capacitação dos docentes. As tutoras têm encontros regulares aqui na universidade, elas vão se apoderando dessas metodologias ativas, o que não acontece com o preceptor que está lá no campo. Então, o quanto que isso interfere no rendimento da turma, nessa questão do docente motivar o aluno?
5. O que deve ser mantido na disciplina?
6. O que pode ser modificado ou melhorado?

#### **Anexo 4 – Roteiro de Entrevista com a tutora da disciplina PAPP**

1. O cronograma da disciplina é feito pelo coordenador da disciplina juntamente com as tutoras. Como é feito o planejamento das atividades a serem desenvolvidas no PAPP? Quais os critérios utilizados para a distribuição do conteúdo a ser trabalhado em cada termo da disciplina?
2. Existe alguma dificuldade em seguir o cronograma da disciplina?
3. Gostaria que você descrevesse sua atividade como tutora no campo de prática.
4. Os alunos recebem um cronograma das atividades a serem desenvolvidas no campo?
5. O rodízio dos alunos nas atividades a serem desenvolvidas fica préestabelecido?
6. Como você avalia sua relação com a equipe de profissionais da ESF? Sentese acolhida? O relacionamento entre vocês interfere em sua atuação dentro da unidade?
7. Precisaria realizar atividades em outras unidades, como por exemplo em Álvares Machado ou UBS aqui de Prudente, se a organização das atividades na nossa ESF fossem melhor planejadas? Existe dificuldade em utilizar os recursos da nossa ESF? Por quê?
8. Em relação ao ciclo pedagógico, qual sua avaliação em relação a esse instrumento de aprendizagem?
9. Quando existem poucas lacunas, você avalia que não houve oportunidade de aprendizagem ou talvez tenha faltado estímulo em aprender a partir da observação da prática?
10. Você nota a perda de interesse dos alunos ao longo dos semestres? A que atribui essa desmotivação?
11. O que está bom no PAPP que deve ser mantido e o que ainda pode ser modificado ou melhorado?

**Anexo 5 – Roteiro de Entrevista com o representante da coordenação da Estratégia Saúde da Família de Presidente Prudente/SP.**

1. Como foi pactuada a inserção de estudantes de medicina nos serviços de saúde entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade?
2. Como você avalia a proposta de trabalho conjunto entre a Universidade e os serviços? As unidades selecionadas obedecem a algum critério de escolha?
3. A integração ensino-serviço traz quais benefícios para o município?
4. Houve melhoria nas condições de saúde da população atendida por unidades de Saúde da Família que recebem estudantes de medicina?
5. Levando-se em conta que o SUS é local para formação médica, o profissional médico que exerce a preceptoria deveria ter sua jornada de trabalho adaptada para receber estudantes?
6. Como você avalia a inserção do estudante de medicina na unidade de Saúde da Família?
7. O que deve ser mantido nessa interação?
8. O que deve ser modificado ou melhorado?

## Anexo 6 – QUADROS COM DADOS ORGANIZADOS POR CATEGORIAS

Cenário de aprendizagem: a prática na unidade de saúde			
Subcategorias	Falas	Impressões	Referência Bibliográfica
Organização do sistema de saúde	<p>"Passam bastante o funcionamento do SUS como um todo, sabe? Eu cheguei aqui não sabendo como funcionava, a hierarquia, mas daí eles passaram bem e agora a gente está pronto pra saber qual gravidade vai para qual lugar." (RC 1)</p> <p>"Abriu os meus olhos em relação à saúde primária e SUS também." (RC 5)</p>	<p>O contato com o serviço de saúde possibilitou ao estudante entender na prática como os serviços e a rede de atenção à saúde estão estruturados, além de presenciar a importância da AB e sua capacidade de resolução.</p> <p>A aproximação com múltiplos profissionais permitiu aos alunos conhecer a função de cada um na equipe, inclusive a descoberta da profissão de agente comunitário, além da importância do trabalho em equipe. A inserção no cenário de prática também possibilitou conhecer a especificidade e a complementariedade das profissões. O reconhecimento da contribuição de todos os profissionais para promover o cuidado integral à população ajudou a valorizar os profissionais não médicos.</p> <p>A preferência pelo acompanhamento no consultório se dá por alguns motivos: oportunidade de troca, ver a teoria sendo aplicada na prática, permitindo estabelecer a relação entre a teoria e a prática. Vantagens das atividades realizadas na ESF: podem ver o profissional atuando; ao executar sob supervisão, tem a oportunidade de sanar dúvidas.</p>	<p>ALMEIDA et al., 2016</p> <p>LEAL et al., 2015</p> <p>CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011</p> <p>PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011</p> <p>CECÍLIO; REIS, 2018</p>
Especificidades das profissões	<p>"(...) conhecer o corpo profissional e saber a função de cada um (...)" (RC 1)</p> <p>"Acho que é bom (...) ter contato com alguém que tem a função até parecida, mas não seria a nossa função. Faz a gente (...) saber se relacionar com enfermeiras e outros funcionários também que são essenciais para o conjunto do atendimento." (RC 1)</p> <p>"(...) a gente chega aqui com uma visão muito limitada, assim, 'médico faz tudo'. A gente chega aqui e conhece a função de cada um (...) igual o agente comunitário, eu nunca imaginei que ele fizesse tudo isso, a enfermeira. Então, eu acho legal esse contato pra saber que todos juntos funcionam bem melhor." (RC 1)</p> <p>"É uma coisa que eu acho que o PAPP é bom também é que a gente chegou (...) na faculdade e do nada está num grupo de desconhecidos. (...) E fomos forçados a trabalhar em equipe. E isso é o que vai acontecer na nossa vida profissional. (...) Você não trabalha sozinho como médico. A gente aprendeu isso – o médico sempre vai estar em equipe." (RC 5)</p>	<p>A preferência pelo acompanhamento no consultório se dá por alguns motivos: oportunidade de troca, ver a teoria sendo aplicada na prática, permitindo estabelecer a relação entre a teoria e a prática. Vantagens das atividades realizadas na ESF: podem ver o profissional atuando; ao executar sob supervisão, tem a oportunidade de sanar dúvidas.</p>	<p>BORGES et al., 2014</p> <p>PRICINOTE; PEREIRA, 2016</p> <p>CHINI; OSIS; AMARAL, 2018</p>
Vivenciar a rotina de trabalho do médico	<p>"(...) é muito benéfico para eles ver a real situação de trabalhar numa unidade de saúde (...) ter esse elo de equipe (...) porque quando chegar lá na frente, eles não vão pensar assim: 'Vou ficar na minha sala e o resto da equipe vai ficar cada um na sua'. " (PS)</p>	<p>Mostrar para o estudante que sua VD tem importância. Como um médico em formação, não precisa se sentir pressionado ou ter medo de não saber dar resposta às perguntas dos</p>	<p>DEMARZO et al., 2012</p> <p>ALMEIDA et al., 2016</p>

<p>"Acompanhar consulta sempre motiva. É o mais próximo do que a gente vai fazer. E porque tem supervisão." (RC 5)</p> <p>"(...) quando pude acompanhar o consultório (...) foi muito mais interessante do que o semestre inteiro fazendo visita. (...) É mais real o que está lá na teoria com a prática aqui, vendo as consultas. Pra mim foi legal, porque o que a gente está vendo lá [teoria] realmente acontece aqui." (RC 3)</p> <p>"Por isso que eu acho mais legal quando a gente passa em consulta. Uma vez passei em consulta com a senhora, no 3º termo, a gente tinha visto tórax no 2º termo, e aí eu vi estertores crepitantes. Agora eu lembro que estertor crepitante é aquilo lá que eu vi na consulta." (RC 5)</p> <p>"Eu acho que com o usuário sim, muito. Tudo bem que eram questões bem simples, não era nada complexo; tivemos mais contato nos primeiros semestres [do curso] com o usuário, mas deu uma base de como abordar o paciente. Acho que isso foi muito bom." (RC 5)</p> <p>"O PAPP é o que mais coloca a gente em contato com o curso em si (...) é o que vem colocar a gente em situações que a gente pode ver futuramente." (RC 1)</p> <p>"E foi bem gostoso desenvolver esse lado [ouvir o paciente] porque a gente está cru nisso, e treinar isso é bem legal." (RC 1)</p> <p>"(...) acompanhar as triagens, a situação inicial, não só pegar assim na consulta. Pegar a parte inicial, verificar a pressão, como ele conversa(...)." (RC 1)</p> <p>"Ter esse contato desde o início da formação é sensacional. Têm pessoas que tem facilidade na hora de lidar com a prática, mas têm pessoas que não. (...) acho que essa é uma maneira das pessoas com essa dificuldade de prática ir se aprimorando desde o início (...)." (RC 1)</p> <p>"Você aprende a entender a fragilidade da pessoa e até onde pode perguntar, e até onde aquilo vai acabar machucando a pessoa. E perguntas que eu tinha vergonha de fazer antes, hoje eu consigo fazer de uma maneira mais profissional e ficar menos envergonhada. (...) Se não tivesse PAPP a gente estaria bem atrás na questão da anamnese. Bem atrás, porque no hospital é uma coisa que tem que ser rápida,</p>	<p>pacientes, mas saber que pode buscá-las.</p> <p>Avaliam de maneira positiva a interação com os usuários por ter proporcionado a oportunidade de aprender a partir de situações reais.</p> <p>Foi possível notar que no grupo a avaliação em relação ao PAPP foi heterogênea: quem aproveitou a disciplina (talvez tenha tido mais interesse), avaliou de forma positiva, fazendo elogios, relata ter tido diversas oportunidades de aprendizagem, gostou da experiência. Por outro lado, quem não se sentiu motivado, só fez críticas. Para eles o que desmotivou foi a repetição de atividades e não sentirem o aumento de complexidade nas atividades que realizaram na ESF.</p> <p>Portifólio – precisa ser mais esclarecida a sua função; é muito confundido com um diário das atividades realizadas no campo. Se é um instrumento de aprendizagem, retorno na questão de oferecer atividades que despertem a curiosidade, a vontade de aprender. Aprender a partir da prática. Só irão buscar a literatura se a atividade despertou interesse. Por exemplo, acompanhar a realização de um curativo e questionar: o que provocou a lesão? Quais os fatores de piora e melhora? Ao acompanhar a realização do procedimento, identificaram algum erro de técnica? Estimular o acompanhamento do paciente nas próximas semanas.</p>	<p>PEDUZZI, 2016</p>
---	---	----------------------

	<p>direcionada, e aqui a gente tem mais tempo pra desenvolver isso." (RC 1)</p> <p>"Eu acho importante porque se eles não virem a realidade, na prática, acho que o estudo fica comprometido." (PS)</p> <p>"(...) importante existir essa troca, até pra ele se tornar um médico formado, ele tem que passar por toda a experiência durante a formação..." (PS)</p> <p>"Pelo menos vivenciar, ver vacina, triagem, sair da teoria." (RC 3)</p> <p>"Praticar." (RC 3)</p> <p>" (...) a gente gostaria de acompanhar mais consulta na unidade, que é onde se sente mais próximo do que você vai fazer depois de formado." (RC 5)</p> <p>"A gente quer se habilitar, quer ter a noção, nos aproximar mais da realidade. Vi no PPM, quero ver na vida real." (RC 5)</p>		
Desenvolver relação médico-paciente	<p>"Espero aprender a ter um bom contato com o paciente (...)." (RC 1)</p> <p>"Desenvolver essa relação para que quando de fato vir a acontecer, ser de um jeito natural." (RC 1)</p> <p>"Acho que humanidade também. A gente cria um vínculo com o paciente (...)." (RC 1)</p>	Trabalhar expectativa x realidade da relação médico-paciente. É importante ter frustrações durante a graduação. Importante também ter contato com pacientes diversos – os que acolhem, que seguem as orientações, os que não se interessam pela ajuda. A relação médico-paciente nem sempre é a ideal. Tem o paciente que acolhe as orientações, segue a conduta prescrita, como também tem o que desafia, o que discorda da conduta e não a segue.	PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011  BORGES <i>et al.</i> , 2014
Experiências que provocaram desmotivação	<p>"Uma repetição de atividades que não acrescenta mais nada." (RC 3)</p> <p>"A gente teve prática de curativo no LHabSim. Eu nunca apliquei. (...) nunca vi um curativo na vida real." (RC 5)</p> <p>"Eu apliquei vacina uma vez na [citou nome da colega] porque na minha paciente eu não pude aplicar, não deixaram." (RC 5)</p> <p>"Não queremos fazer o que não sabemos. (...) nós estávamos preparados para fazer o simples, com supervisão (...). Então, acho que falta isso também, pois sabemos onde temos que estar e elas, às vezes, não sabem até onde podemos ir." (RC 5)</p> <p>"No 1º e 2º períodos é sensacional (...), mas depois aquilo para e não continua." (RC 5)</p> <p>"O que aconteceu: a gente entrou na faculdade, nunca tinha tido essa realidade,</p>	Expectativas tão simples – vacina, curativo, administrar medicamentos – não foram realizadas ao longo de cinco semestres. Transformaram-se em frustrações. Qual a explicação? Muitas vezes a equipe de enfermagem fica sobrecarregada e porque não aproveitar o estudante que está ali? A equipe dificulta o acesso do estudante? Houve falha de comunicação? O estudante não mostrou-se interessado?	PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011  ALBUQUERQUE <i>et al.</i> , 2008  CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015  MARIN <i>et al.</i> , 2013  KUABARA; TONHOM; MARIN, 2016



	<p>estava muito animado o começo, fazer visita é legal, só que depois para nisso. Parece que o PAPP não tem mais nenhuma novidade, é sempre só isso." (RC 5)</p> <p>"(...) aumentando um pouco a complexidade das famílias e ter mais coisas práticas, eu acho que a gente não ia ter esse momento 'Nossa, estagnei!', sabe? Que é o momento que (...) chega no dia do PAPP, a nossa cabeça está no TCC [Trabalho de Conclusão de Curso] (...) no projeto de pesquisa (...) ou nas coisas que eu tenho pra estudar, e não, a gente tem que aproveitar os recursos que temos aqui (...). A partir desse tempo a gente começa a colocar ele [PAPP] em segundo plano, entendeu? (...) É um momento que a gente poderia estar aproveitando mais porque a gente sai da sala de aula, mas ao mesmo tempo a gente não aproveita." (RC 5)</p> <p>"(...) minha reclamação sempre foi em relação às atividades que essa unidade não oferece." (RC 5)</p> <p>"(...) até porque a comunidade daqui é bem diferente da comunidade de outras Unidades (...) aqui é doença crônica e idoso (...) tipo a pediatria, eu nunca vi (...)." (RC 5)</p>	<p>O fato do aluno passar os cinco semestres em uma mesma unidade teve como prejuízo não conseguir ter contato com todos os tipos de atendimento oferecidos pela unidade. Como trabalhamos com agendamento estruturado de acordo com grupos prioritários, por exemplo, pré-natal, puericultura, grupo HIPERDIA e visita domiciliar em um único período na semana, com dias fixos na agenda, isso impede que todos os alunos, ao longo dos cinco semestres, tenham a oportunidade de acompanhar esses atendimentos. Pode acontecer, por exemplo, de acompanhar apenas consultas agendadas, que em sua maioria, são pacientes adultos. É o que aconteceu com esse grupo de alunos do 5º termo, que não tiveram a oportunidade de acompanhar o atendimento da puericultura ao longo dos semestres. Quando estavam no 2º semestre (turma A), no período do semana em que frequentaram a unidade, acompanharam consulta agendada; a turma B, em contrapartida, passou todo o semestre acompanhando atendimento de crianças, porque coincidiu com o dia do grupo de puericultura. Então fica o questionamento: manter o estudante em uma única unidade com o objetivo de criar vínculo, seja com a equipe ou pacientes, é válido? Não seria mais interessante pensar na oportunidade desse estudante ter contato com o máximo de pacientes e situações-problema atendidas na Atenção Básica? Aproximar da prática talvez não esteja sendo a prioridade. O aluno fica com impressões distorcidas do que realmente acontece na unidade pela qual estão passando. Não foi criado vínculo e perderam oportunidades de aprendizagem.</p>	
<b>Cenário de aprendizagem: oportunidades e limitações da Visita Domiciliar</b>			
Subcategorias	Falas	Impressões	Referência Bibliográfica

<p>Relação médico-paciente e habilidades de comunicação</p>	<p>" Parece que está faltando isso, um contato mais voltado para o lado psicológico." (RC 1)</p> <p>"... achei que a senhora parecia ser carente. Ela via a visita, não sei, como um momento dela conversar, preencher esse vazio dela, a oportunidade de alguém dar atenção a ela." (RC 1)</p> <p>" Acho que ele [paciente] se sente bem importante quando a gente está indo lá pra ver como... ele está se sentindo." (RC 1)</p> <p>"Antes de ir pra visita eu estava um pouco com medo, sabe, de chega lá e, meu Deus, e se eles começarem a fazer um monte de perguntas que eu não sei o que é; a gente está no primeiro termo, não tem noção nenhuma. Só que quando eu cheguei, eu percebi que não é muito essa noção de medicamento, é mais essa atenção pro humano dela, essa necessidade de conversar, de ter atenção. E foi bem gostoso desenvolver esse lado porque a gente está cru nisso, e treinar isso é bem legal." (RC 1)</p> <p>"Teve essa simulação (...) foi um dos melhores pontos, assim, de como chegar, como pedir pra entrar, como chegar em determinado assunto que talvez possa constranger. Foi bem legal, por que senão eu ia chegar aqui sem noção nenhuma, sem nenhuma base." (RC 1)</p> <p>"A gente teve a VD simulada (...) eu e o [cita o nome do colega] fizemos a visita e tinha uma atriz lá. E acredito que seja realmente assim, da mesma forma que foi lá, seja no campo também, porque a senhora [atriz] conversa com a gente da forma como pessoas de mais idade conversam, mostra a casa. A casa é bem semelhante a uma casa simples mesmo, cheia de tapetes. A gente vê que traz bem a realidade pra gente não chegar na casa, na visita, cru, sem saber como conversar, como pedir pra entrar e isso tudo é instruído antes pra gente." (RC 1)</p> <p>"Eu sou muito tímida e com isso, ela me ajuda bastante a perder a timidez e tentar me comunicar com ela, tirar a informação." (RC 1)</p> <p>"Eu também achei a visita importante pra isso (...) pra saber lidar com a</p>	<p>Alguns aspectos positivos da VD elencados pelos estudantes: paciente tem a oportunidade de conversar, é um contato mais voltado para o psicológico, ajuda a vencer a timidez, é uma tentativa de se comunicar e o paciente se sente importante.</p> <p>Acho interessante despertar precocemente o lado "humano" da relação médico-paciente. Considero importante e gostei de escutar do estudante do primeiro semestre do curso que ele tem essa preocupação, de saber se aproximar, saber se comunicar, de perceber que o paciente gosta desse contato, sente-se feliz.</p> <p>A VD como um facilitador para desenvolver habilidades como a comunicação, empatia, altruísmo, escuta. Seria importante aproveitar esse momento inicial, em que o estudante está num processo de construção pra trabalhar o lado humanizado da relação médico-paciente. Trabalhar a comunicação, a escuta qualificada, a empatia, a solidariedade, o tato, o contato.</p> <p>Relação médico-paciente horizontal.</p>	<p>PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011</p> <p>CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES- NETO, 2011</p> <p>ALBUQUERQUE; BOSI, 2009</p> <p>ALMEIDA <i>et al.</i>, 2016</p> <p>MERHY; FEUERWERKER, 2009</p> <p>LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008</p> <p>ROMANHOLI; CYRINO, 2012</p> <p>ROMANHOLI, 2010</p>
---	---	--	--



	<p>pessoa, como abordar a pessoa, como entrar na casa. (...) a visita valeu por isso, no 1º e 2º semestres (...)." (RC 5)</p> <p>"A gente aprende o que é a anamnese, mas é muito mais legal na vida real você adaptar a anamnese à uma conversa casual. No caso, quando a gente vai visitar, a gente adapta aquela conversa de acordo com o paciente. Não necessariamente responder cada tópico da anamnese e pronto acabou." (RC 5)</p>		
Conhecer a realidade do paciente	<p>"Eu acho, em relação à visita domiciliar, que é uma coisa extremamente importante pra nós (...) eu acho que na formação médica, você aprender a sair da zona de conforto de um consultório e ver a realidade dos pacientes, ajuda na nossa formação e na capacidade de diagnóstico" (RC 3)</p> <p>"Você consegue ter uma noção de como é o estilo de vida da pessoa. (...) fomos à casa dela e deu pra ter uma noção do estilo de vida que ela tinha, a residência dela, com os problemas de saúde que ela tinha (...) muito entulho na casa, casa de madeira (...) deu pra ter uma noção do que ela já estava apresentando e os problemas que poderiam aparecer." (RC 3)</p>	Compreendem a importância da VD pela possibilidade de conhecer a realidade em que vive o paciente e também por auxiliar no serviço da unidade ao trazer as demandas dos pacientes visitados, sentindo-se úteis em poder colaborar com a equipe.	<p>ALBUQUERQUE; BOSI, 2009</p> <p>ALMEIDA <i>et al.</i>, 2016</p> <p>MANO, 2009</p>
Repetição da atividade	<p>"Eu acho que essa questão da VD deveria ser estabelecida pra não ficar (...) uma coisa cansativa, até mesmo para as próprias famílias, porque as nossas famílias são basicamente as mesmas todas as vezes que a gente sai." (RC 3)</p> <p>"Se tem tempo pra ir, vai toda semana, por exemplo, (...) não tem nem o que conversar com ela; não aconteceu nada em uma semana." (RC 3)</p> <p>"Mas ficar toda semana visitando a mesma família, eu acho complicado. Fica um negócio chato, repetitivo, cansativo pra nós." (RC 1)</p> <p>"Uma aproximação na prática seria mais interessante pra gente não ficar toda semana indo na VD." (RC 5)</p> <p>"(...) o que desperta muito o nosso interesse é fazer visita no 1º e 2º semestres. Do 3º pra frente, a gente não quer mais fazer VD. (...) porque a gente quer por em prática as coisas que a gente aprendeu, fazer ausculta cardíaca, mesmo sem saber nada, entendeu?" (RC 5)</p>	<p>Avaliam a VD como uma atividade para preencher lacunas, repetitiva tanto pela frequência com que vão até os domicílios, quanto pelo fato de permanecerem com a mesmas famílias por vários semestres. A manutenção das famílias para criação de vínculo acarreta a perda de oportunidade de conhecer novos casos, sendo um fator desestimulante.</p> <p>Será que falta planejamento na realização dessas visitas, em termos de um roteiro a ser seguido, um objetivo pré-estabelecido?</p> <p>A VD no modelo atual não está tendo um aproveitamento adequado em relação à realização de exame físico pela falta de troca com o preceptor?</p> <p>A VD é um bom cenário para desenvolver habilidades de</p>	<p>AMARO (2003)</p> <p>ROMANHOLI (2010)</p> <p>ROMANHOLI; CYRINO, 2012</p> <p>COSTA; COSTA, 2016</p> <p>GIL <i>et al.</i>, 2008</p> <p>PRICINOTE; PEREIRA, 2016</p>

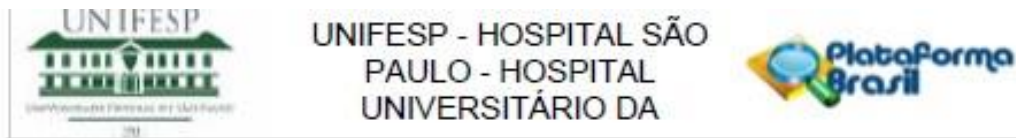
<p>Manutenção das mesmas famílias ao longo dos semestres</p>	<p>"Na visita é legal a primeira vez que vai, na segunda vai ver de novo, na terceira de novo, é sempre a mesma coisa. Foi um conhecimento grande quando você viu tudo isso e associou, mas vai associar o que se repete?" (RC 3)</p> <p>"Seria legal se a gente pudesse fazer o rodízio das famílias também (...) a gente discute entre a gente os casos de cada família e eu gostaria de conhecer a família dele e ele a minha." (RC 3)</p> <p>"(...) a família que eu fazia visita domiciliar, estava super controlada nos problemas que ela tinha (...) é uma doença crônica, então acompanhamos sempre as mesmas coisas (...) foi legal conhecer, fazer aquela anamnese, aí nas outras semanas (...) ficou assim: 'Nossa, eu estou indo lá toda semana e (...) não tem problema pra gente resolver.'" (RC 5)</p>	<p>comunicação, anamnese. Por isso penso ser necessário repensar os objetivos da VD realizada pelo estudante, ter uma VD estruturada.</p> <p>Entendo que nos primeiros semestres é necessário sistematizar a rotina das atividades. O que buscar na VD? Vai com qual objetivo? O que buscar no 1º contato com o paciente? Quantas vezes precisa ver aquela família para tirar algum aprendizado? Interessante adaptar os roteiros do PPM para cada semestre da disciplina pra auxiliar na realização do exame físico na VD. Relatam que só aferem PA e palpam pulso; estudantes inseguros em realizar exame físico na VD; queixam a falta de supervisão do profissional, por isso a realizam um exame físico limitado.</p>	
<p>Falta de supervisão</p>	<p>"(...) mas a gente tem receio de fazer sozinho, se está certo ou errado." (RC 3)</p> <p>"(...) vai falar como para o paciente? A gente nem sabe direito fazer." (RC 3)</p> <p>"(...) eu entendo 'colocar em prática o exame físico na visita', só que não tem ninguém olhando você fazendo pra falar que está errado ou certo, entendeu?" (RC 5)</p> <p>"Eu achei minha paciente meio pálida, mas como eu sei se ela está pálida ou não está? Só eu que vi, sabe? Aí fica uma informação meio perdida na minha cabeça. Será que ela estava pálida mesmo ou isso é porque é a coloração da pele dela mesmo?" (RC 5)</p>	<p>Exame físico é prática. Foi ensinada a teoria; cabe aos estudantes realizar o treinamento, a repetição, para conseguir sedimentar o conhecimento. Por isso, precisa treinar na VD, na ESF (imprescindível por em prática o rodízio dos alunos nas atividades da unidade – triagem, consulta médica). Possibilidades de supervisão na VD: tutor ou acompanhar a auxiliar de enfermagem. Para eles é importante ver alguém fazendo antes de agir; traz segurança. Infelizmente eu só realizo VD em um período da semana, às terças-feiras, e sou acompanhada por uma turma do 5º período do curso. Os roteiros utilizados no PPM estão sendo utilizados pelos estudantes?</p> <p>PPM - desenvolvem as atividades no LHabSim até o 3º período; a prática em pacientes ocorre a partir do 4º período. Reforça a queixa de insegurança provocada pela falta de supervisão durante a</p>	

		realização do exame físico na VD.	
<b>(Des) encontros entre estudantes e profissionais de saúde</b>			
Subcategorias	Falas	Impressões	Referência Bibliográfica
Prejuízos pela relação distante	<p>"Na vez da insulina, a professora chegou e falou: 'Hoje tem um senhor para aplicar insulina, quem quer?'. Eu falei: 'Eu quero'. Era quase um milagre, nunca tinha nada na Unidade. Avisei então a funcionária. A professora chamou, a gente foi lá e a mulher já tinha aplicado. Até a professora ficou surpresa. A [profissional de enfermagem] falou 'Ah, você quer aplicar, vai na casa dele então de sábado e domingo'. Eu fiquei sem resposta." (RC 5)</p> <p>"(...) a gente ajudou a ver o perímetro cefálico (...) a gente só olhou, mas foi legal." (RC 3)</p> <p>"A [profissional de enfermagem] foi aferir a pressão da paciente, ela não colocou o estetoscópio. Eu estava olhando e perguntei se ela não usava o estetoscópio para aferir e ela ficou brava." (RC 5)</p> <p>"Os acadêmicos da enfermagem elas tratam bem." (RC 5)</p> <p>"Acho que a birra é por ser da medicina. Essa é a verdade. É sempre o estigma de ser aluno da medicina: 'Eu não vou fazer nada por eles e pronto, acabou'." (RC 5)</p> <p>" 'Um bando de metidos, folgados'. Todo mundo pensa isso." (RC 5)</p> <p>"Falta eles darem um pouquinho de liberdade." (RC 3)</p> <p>"(...) a gente perguntava e eles passavam tudo corrido." (RC 3)</p> <p>"(...) poderia ser um pouco mais receptivo." (RC 5)</p> <p>"A falta de apresentação deles (...) a gente não tem essa ligação. Acho que está muito frio". (PS)</p> <p>"(...) quanto mais tempo aquela equipe [estudantes] permanecesse, mais vínculo seria criado." (PS)</p> <p>"Tem equipes [turma de estudantes] que vêm e a gente acaba não conhecendo. E se a gente não consegue conhecer, não consegue criar vínculo." (PS)</p>	<p>Estudantes fizeram queixas em relação à falta de receptividade dos profissionais, implicando em um contato frágil entre eles, prejudicando a oportunidade de adquirir conhecimento pela prática interprofissional. O profissional que tem o aluno por perto tem que primar pela técnica correta ao realizar seu trabalho. É um local de ensino-aprendizagem. Ele está sendo observado por estudantes. Por se tratar de alunos de medicina de uma instituição privada, muitas vezes os profissionais de saúde fazem um prejulgamento deles, baseados apenas em seu estereótipo, podendo implicar no modo distante como se relacionam.</p> <p>Educação Interprofissional</p> <p>Para os profissionais, o grande número e a alta rotatividade das turmas de estudantes dificultam a criação de vínculo.</p>	<p>MARIN et al, 2013;</p> <p>MENDES <i>et al.</i>, 2018</p> <p>CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015</p> <p>ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018</p> <p>COSTA, 2016</p> <p>SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018</p> <p>CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015</p> <p>KUABARA; TONHOM; MARIN, 2016</p> <p>PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011</p> <p>ALBUQUERQUE <i>et al.</i>, 2008</p>
Auxílio nas atividades da unidade	<p>"(...) acabam adiantando o que seria o nosso serviço." (PS)</p>	<p>Ajudam nas atividades da unidade: organizar prontuários, pré-consulta (peso, altura e</p>	

<p>Acolhimento</p>	<p>"(...) colabora no sentido de mão de obra mesmo." (PS)</p> <p>"Muita gente vem procurar a unidade pra fazer a vacina por eles terem orientado." (PS)</p> <p>"Eles ajudam a desenvolver alguns projetos, trazem ideias novas (...) diferentes do que a gente já está acostumado." (PS)</p> <p>"Eu acho bacana os projetos que eles trazem, as atividades, as informações que trazem para os usuários, os projetos que eles fazem na escola." (PS)</p> <hr/> <p>"(...) muitas vezes a gente não tem tempo de fazer, eles conseguem, que é a conversa." (PS)</p> <p>"(...) o tempo que eles dedicam àquela pessoa, que acolhem, que ouvem, é importante." (PS)</p>	<p>PA), triagem da demanda espontânea;</p> <p>Trazem informações mais elaboradas dos pacientes que acompanham durante a visita domiciliar; colaboraram na realização de VD quando o auxiliar de enfermagem não consegue ir;</p> <p>Orientam os pacientes sobre as vacinas, estimulando-os a atualizar sua carteira de vacinas;</p> <p>Auxiliam na elaboração e execução de projetos na unidade;</p> <p>Disponibilidade de tempo para escutar o usuário;</p>	
--------------------	--	---	--



## Anexo 7 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIFESP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Estratégia Saúde da Família como cenário de aprendizagem: análise de uma experiência de interação ensino-serviço na formação médica.

**Pesquisador:** VANESSA FASSINA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 81597917.4.0000.5505

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.503.415

#### Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 1575/2017 (parecer final)

As Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Medicina estabeleceram mudanças na organização do curso com o objetivo de permitir uma formação generalista, crítica e reflexiva. Sob essa perspectiva, propõe-se a utilização de novas metodologias de ensino e ampliação dos cenários de aprendizagem que privilegiam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento. A interação dos estudantes com usuários e profissionais de saúde desde os anos iniciais da graduação proporcionaria, de acordo com a legislação vigente, a oportunidade de aprender a partir de situações reais, incentivar a ter responsabilidades crescentes de acordo com seu grau de autonomia e criar espaços pedagógicos problematizadores. Como as atividades ocorrem no contexto da prática, coloca-se o desafio de envolver permanentemente os profissionais da equipe no processo de formação. A pesquisa de caráter qualitativo insere-se na modalidade de pesquisa-intervenção e tem como objetivo analisar a percepção dos estudantes e docentes de uma universidade privada do interior paulista, dos profissionais de saúde e da gestão municipal a fim de identificar as contribuições que a integração ensino-serviço pode oferecer para a produção de um espaço de aprendizagem significativa na formação médica. Para a produção dos dados, serão realizadas Rodas de Conversa com os acadêmicos do 1º, 3º e 5º semestres do curso de medicina, entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde, a coordenadora municipal da ESF e docentes da universidade, além da elaboração do diário de pesquisa. Após a

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.503.415

transcrição do conteúdo das Rodas de Conversa e entrevistas, será realizada uma leitura flutuante do material e a categorização dos elementos de acordo com as semelhanças, com posterior reagrupamento em função das características comuns. O referencial para a análise dos dados será a da Análise de Conteúdo.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

-Hipótese: Quais os caminhos a percorrer para a transformação efetiva da ESF num cenário de aprendizagem significativa? Como poderia qualificar a prática da preceptoria frente ao contexto de mudança curricular e da organização dos serviços de saúde?

-Objetivo Primário: Analisar a inserção do estudante de medicina no cenário de prática de uma Unidade de Saúde da Família (USF) a fim de identificar as contribuições que a integração entre o ensino-serviço pode oferecer para a produção de um espaço de aprendizagem significativa.

-Objetivo Secundário: 1) Investigar junto aos alunos de medicina o quanto uma experiência de ensino em uma unidade de saúde contribui para a construção do conhecimento crítico e reflexivo; 2) Compreender os significados da integração ensino-serviço para os docentes da Universidade, profissionais e gestão municipal da saúde; 3) Subsidiar a revisão das práticas de ensino a partir da análise dos registros obtidos no estudo.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-Riscos: Os riscos aos quais os participantes poderão ser expostos restringem-se a algum desconforto em responder às questões propostas.

- Benefícios: A possibilidade de melhorias na integração ensino-serviço a fim de proporcionar um cenário de aprendizagem mais qualificado para a formação médica.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de mestrado de Vanessa Fassina. Orientadora: Profa Dra Rosilda Mendes. Projeto vinculado ao Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br





UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 2.503.415

**TIPO DE ESTUDO:** Pesquisa de caráter qualitativo na modalidade de pesquisa-intervenção.

**LOCAL:** O cenário da pesquisa será a Unidade de Saúde da Família do Jardim Regina, localizada na zona urbana de Presidente Prudente. Os alunos serão proveniente da Universidade do Oeste Paulista UNOESTE.

**PARTICIPANTES:** 1- Docentes do curso de medicina (n=2 - Entrevista semi-estruturada); 2- Estudantes de medicina (n=27 - Rodas de Conversa); 3- Coordenadora municipal da ESF (n=1 - Entrevista semi-estruturada); 4- Profissionais de saúde (n=5 - Entrevista semi-estruturada). - Critério de Inclusão: Os critérios utilizados para os estudantes foram: ser maior de 18 anos, realizar as atividade da disciplina na unidade de saúde da família Jardim Regina, estar cursando o 1º, 3º e 5º semestres, na perspectiva de analisar as impressões do início, meio e término da disciplina; dentre as turmas selecionadas, optou-se pelos PAPP IB, IIIA e VB pelo fato delas ocorrerem nos dias da semana em que será mais fácil flexibilizar a agenda médica. Os critérios para os profissionais de saúde: pertencer à equipe da ESF Jardim Regina, realizar atividades diretamente relacionadas aos cuidados de saúde, sejam atividades de promoção, prevenção ou reabilitação em saúde, ter contato direto com os acadêmicos de medicina durante o desempenho de suas atividades profissionais e concordar em participar da pesquisa. Dentre os docentes da universidade, foram escolhidos o coordenador da disciplina PAPP e a enfermeira tutora. Da gestão municipal, optou-se pela coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Presidente Prudente. - Critério de Exclusão: Estudantes que não realizam as atividade da disciplina na unidade de saúde da família Jardim Regina, que sejam menores de 18 anos e que pertençam às turmas diferentes das designadas no critério de inclusão e que não aceitem participar da pesquisa. Profissionais de saúde que não pertençam à equipe da ESF Jardim Regina, que desenvolvam atividades que não tenham contato direto com os estudantes de medicina.

**PROCEDIMENTOS:** - Para a produção dos dados, serão realizadas Rodas de Conversa com os acadêmicos do 1º, 3º e 5º semestres do curso de medicina, entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde, a coordenadora municipal da Estratégia Saúde da Família e docentes da universidade, além da elaboração do diário de pesquisa. Após a transcrição do conteúdo das Rodas de Conversa e entrevistas, será realizada uma leitura flutuante do material e a categorização dos elementos de acordo com as semelhanças, com posterior reagrupamento em função das características comuns. O referencial para a análise dos dados será a da Análise de Conteúdo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.503.415

cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.

2-TCLE a ser aplicado aos participantes

3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil: a)- autorização da Secretaria municipal de Saúde de Presidente Prudente, permitindo a realização de rodas de conversa na UBS ? ESF Jardim Regina (Pasta: Declaração de Instituição e Infraestrutura- Submissão 1; Documento: Infraestrutura.pdf) b)- autorização da Coordenadora do Curso de Medicina da Universidade do Oeste Paulista UNOESTE (Pasta: Declaração de Pesquisadores- Submissão 1; Documento: Participante.pdf)

4-Os roteiros das entrevistas e rodas de conversas estão anexado no final do projeto detalhado.

#### Recomendações:

sem recomendações

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de respostas a pendências apontadas no parecer n.º : 2.489.318, de 7 de fevereiro de 2018. Projeto aprovado.

1-TCLE: informar aos participantes quantos encontros serão necessários e o tempo estimado que será dispendido em cada encontro.

RESPOSTA: foi enviado TCLE corrigido.

PENDÊNCIA ATENDIDA

#### Considerações Finais a critério do CEP:

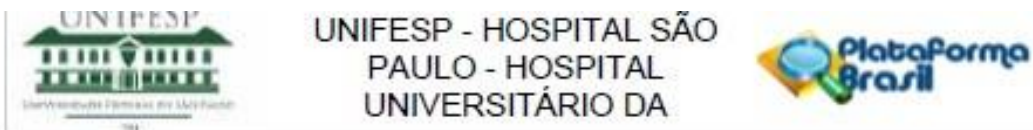
Lembramos que, a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1053789.pdf	14/02/2018 12:42:05		Aceito
Outros	Correcao_pendencias.docx	14/02/2018 12:36:19	VANESSA FASSINA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.docx	14/02/2018 12:32:45	VANESSA FASSINA	Aceito

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br





Continuação do Parecer: 2.503.415

Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/02/2018 12:32:45	VANESSA FASSINA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa.docx	22/12/2017 10:39:39	VANESSA FASSINA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	22/12/2017 10:33:29	VANESSA FASSINA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	22/12/2017 08:20:59	VANESSA FASSINA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Participante.pdf	22/12/2017 08:20:46	VANESSA FASSINA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/12/2017 07:54:25	VANESSA FASSINA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 21 de Fevereiro de 2018

---

Assinado por:  
Miguel Roberto Jorge  
(Coordenador)

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br

## Anexo 8 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **A Estratégia Saúde da Família como cenário de aprendizagem: análise de uma experiência de interação ensino-serviço na formação médica.**

O objetivo dessa pesquisa é analisar a percepção dos estudantes e docentes do curso de medicina de uma universidade privada do interior paulista, dos profissionais de saúde da unidade utilizada como cenário de prática e da gestão municipal a fim de identificar as contribuições que a integração ensino-serviço pode oferecer para a produção de um espaço de aprendizagem significativa na formação médica.

Para a produção dos dados, serão realizadas Rodas de Conversa com os estudantes do 1º, 3º e 5º semestres do curso de medicina, entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde, coordenadora municipal da Estratégia Saúde da Família e docentes da universidade, além da elaboração do diário de pesquisa. As Rodas de Conversa serão realizadas em um encontro único com cada grupo de estudantes, com estimativa de duração de duas horas. As entrevistas ocorrerão em um único encontro com cada participante, estimando-se duração entre trinta e sessenta minutos.

O termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais, uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador.

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF. A participação nessa pesquisa não traz qualquer implicação legal, assim como não traz benefícios diretos para os participantes. Os riscos são considerados mínimos e podem se caracterizar como desconforto em responder alguma questão ou em aceitar alguma ação/intervenção.

Todas as informações obtidas a seu respeito nesse estudo serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado qualquer identificação em nenhum momento. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento da totalidade dos dados.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

A qualquer momento e se for de seu interesse, você poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo ou aos resultados gerais. Ao término da pesquisa, as conclusões serão compartilhadas com o grupo de voluntários.

Em qualquer etapa da pesquisa você terá acesso à pesquisadora para esclarecimentos gerais: Vanessa Fassina – telefone: 98137-3751.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP - Rua Prof. Francisco de Castro, 55, CEP 04020050, telefones (11)5571-1062 ou (11)5539-7162, endereço eletrônico: [CEP@unifesp.edu.br](mailto:CEP@unifesp.edu.br). *“Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações acima apresentadas. Compreendi quais são os objetivos, justificativa, procedimentos a serem realizados, bem como os riscos, a garantia da confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro que minha participação é voluntária e sem qualquer custo e que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento sem penalidades ou prejuízos.”*

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome e assinatura do voluntário(a)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária esse Consentimento Livre e Esclarecido. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Vanessa

Fassina