

Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Aggeu Magalhães
Mestrado Profissional em Saúde da Família

Maria Laura da Costa Rodrigues

**A contribuição do internato médico na Atenção Primária à Saúde em
Garanhuns - PE**

Recife
2021

Maria Laura da Costa Rodrigues

**A contribuição do internato médico na atenção primária à saúde em
Garanhuns - PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família-PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Linha de Pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional

Recife

2021

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

R696c Rodrigues, Maria Laura da Costa.
A contribuição do internato médico na atenção primária à saúde em Garanhuns - PE/Maria Laura da Costa Rodrigues– Recife: [s. n.], 2021.
158 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2021.
Orientadora: Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

1. Educação Médica. 2. Internato e Residência. 3. Currículo. 4. Serviços de Integração Docente-Assistencial. I. Oliveira, Sydia Rosana de Araújo. II. Título.

CDU 37:61

Maria Laura da Costa Rodrigues

**A contribuição do internato médico na Atenção primária à saúde em
Garanhuns - PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família-PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 22/06/2021.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Aletheia Soares Sampaio
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Wanessa da Silva Gomes
Universidade de Pernambuco, Campus Garanhuns

Profa. Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira (Orientadora)
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dedico essa conquista às pessoas mais importantes para o meu crescimento pessoal e profissional:

A Luciana, minha mãe, por toda a companhia nas viagens e por me ensinar a sorrir sempre diante das dificuldades;

A Giovanni, meu companheiro, pelo carinho e incentivo nos momentos de fragilidade e desânimo;

Aos meus filhos, Caio e Lara, por serem minha motivação maior e aconchego.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela permissão divina, guiando meus passos e auxílio diário.

Ao Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz na Universidade Federal de Pernambuco, pela oportunidade de realização desse trabalho;

Ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE);

À minha orientadora Profa. Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira e a minha “coorientadora” Msc. Vanessa Alves, pelo auxílio, paciência, compreensão e apoio;

À Coordenadora do mestrado, Profa. Dra. Kátia Medeiros, pelo auxílio e apoio;

Às professoras Gisele Cazarin e Wanessa Gomes, pela gentil contribuição e sugestões durante a Qualificação, momento enriquecedor para este estudo;

Aos professores e alunos da Universidade de Pernambuco, Campus Garanhuns, que participaram desta pesquisa, por sua generosidade e colaboração;

Aos profissionais dos serviços de saúde – Unidades de Saúde da Família e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns, em especial, a Cleide Santos pela parceria e afeto;

Aos usuários/pacientes do SUS, por seus relatos que muito contribuíram para esta pesquisa;

Ao amigo de todas as horas, Aleksandrovich, pelos conselhos e flores da Rússia;

Às amigas Cida, Chica, Rennata, Carol e Luíza, aos amigos Leandro e Aduino, pelo carinho, palavras de afeto e por depositarem sua fé em mim;

Aos colegas da turma do mestrado profissional – PROFSAÚDE, pelas lições adquiridas e compreensão do verdadeiro sentido de coletividade.

*“Apenas quando somos instruídos pela realidade
é que podemos mudá-la.”*

Bertolt Brecht

RODRIGUES, Maria Laura da Costa. **A contribuição do internato médico na atenção primária à saúde em Garanhuns – PE.** 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

RESUMO

O curso de Medicina da Universidade de Pernambuco (UPE)/Campus Garanhuns possui como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, e apoia-se na utilização de metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento. A presente pesquisa possui natureza qualitativa, tipo estudo de caso, e tem como objetivo principal analisar a contribuição do Internato Médico na Atenção Primária à Saúde (APS) quanto à formação profissional dos estudantes. Este estudo apresenta como cenário o município de Garanhuns – Pernambuco e o percurso metodológico adotado compreende a pesquisa documental (projeto pedagógico do curso, diretrizes curriculares nacionais de medicina e relatórios de final de rodízio) e entrevista semiestruturada direcionada aos atores-chave, representados através do quadrilátero da formação em saúde (docentes e discentes, trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde). Para tratamento dos dados, os documentos e as entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin. Dessa análise, surgiram cinco categorias essenciais: (1) o Internato Médico na APS e o perfil de competência do graduando em medicina da UPE / Garanhuns; (2) percepção dos atores quanto à implantação do Internato Médico na APS; (3) interlocução interinstitucional: Universidade, gestão e serviço; (4) correlação entre teoria e prática durante o Internato Médico na APS; (5) vivência e desenvolvimento de vínculos na APS. Observou-se que a partir das mudanças propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) 2014 quanto à reformulação dos projetos pedagógicos dos cursos de medicina e considerando a percepção dos atores envolvidos, o Internato Médico na APS da UPE apresentou importante contribuição para a formação médica, colaborando para o desenvolvimento do perfil de competências necessário aos egressos. Destaca-se a grande relevância da manutenção da interlocução interinstitucional, bem como o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) para a efetivação das propostas e superação de desafios.

Palavras-chave: Educação Médica. Currículo. Internato e Residência. Integração docente-assistencial.

RODRIGUES, Maria Laura da Costa. The contribution of medical internship in primary health care in Garanhuns – PE. 2021. Dissertation (Professional Master's Degree in Family Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

ABSTRACT

The present research is a qualitative case study with the aim of analyzing the contribution of medical internship in primary health care (PHC) to academic formation in medicine. At the Universidade de Pernambuco (UPE)/Campus Garanhuns, the medical course curricular development axis was constructed around the health of both individuals and populations based on methodology that privileges active alum participation in creating knowledge. The study was developed in the Municipality of Garanhuns, PE, Brazil, and the methodology adopted included documentary research (pedagogical project of the course, national curriculum guidelines in medicine, and final rotation reports) and semi-structured interviews of key actors representing the four points of medical degree (professors and alumni, staff, administrators, and health service users). Documentary and interview data were treated with content analysis based on Bardin. This process generated five essential categories: (1) medical internship in PHC and competency profile of UPE/Garanhuns alumni; (2) key actor perception of the implementation of medical internship in PHC; (3) interinstitutional dialogue between university, public administration and health care services; (4) correlation between theory and practice during medical internship in PHC; and (5) experience and bonding in PHC. Considering key actor perception and the pedagogic project changes made by the 2014 national curriculum guidelines (Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN) regarding medicine courses, it was observed that internship in PHC at UPE/Garanhuns made an important contribution to the formation of medical alumni, helping develop a competency profile better suited for egress students. It is noted the relevance of maintaining interinstitutional dialogue and reinforcing permanent education in health (Educação Permanente em Saúde – EPS) for effectuating proposals and overcoming challenges.

Keywords: Medical Education. Curriculum. Internship and Residency. Teaching-care integration.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do Tempo – Ações que antecederam às Políticas de reorientação da formação profissional em saúde	21
Figura 2 – Linha do Tempo – Políticas de reorientação da formação profissional em saúde	22
Figura 3 – Mapa de Pernambuco e em destaque o Agreste Meridional	39
Figura 4 – Mapa de Pernambuco e em destaque a mesorregião do Agreste	40
Figura 5 – Linha do Tempo dos eventos relacionados à implantação do Internato médico na APS.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Bases estruturais do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde	27
Quadro 2 – Componentes do Quadrilátero da Formação e seus elementos para reflexão	33
Quadro 3 – Grupos, instituição, representação do Quadrilátero da formação e quantidade	44
Quadro 4 – Quantidade de entrevistas por grupos de participantes da pesquisa	47
Quadro 5 – Instrumentos, categorias e método de análise.....	49
Quadro 6 – Objetivos e categorias de análise	50
Quadro 7 – Estrutura organizacional DCN 2001 e 2014.....	53
Quadro 8 – Comparativo normativas internato médico 2001 e 2014	55
Quadro 9 – Área de competência de atenção à saúde.....	59
Quadro 10 – Área de competência de gestão em saúde.....	60
Quadro 11 – Área de competência de educação em saúde	61
Quadro 12 – Comparação perfil do egresso	63
Quadro 13 – Barreiras e facilitadores do durante a implementação do internato na APS.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CFE	Conselho Federal de Educação
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS	Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento da Gestão da Educação
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
FACEG	Faculdade de Ciências Exatas de Garanhuns
FAGA	Faculdade das Ciências da Administração de Garanhuns
FAHUG	Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas e Humanas de Garanhuns
FDG	Faculdade de Direito de Garanhuns
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Integração Docente-Assistencial
IDA	Integração Docente Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
IESC	Integração Ensino-Serviço-Comunidade
IFPE	Instituto Federal de Pernambuco
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NEPE	Núcleo de Educação Permanente
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RH	Recursos Humanos
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNI	Uma Nova Iniciativa
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNINASSAU	Universidade Maurício de Nassau
UNIP	Universidade Paulista
UNIT	Universidade Tiradentes
UPE	Universidade de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 GERAL.....	18
2.2 ESPECÍFICOS	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 FORMAÇÃO PARA O SUS.....	19
3.1.1 Programa de Integração Docente Assistencial – (IDA)	22
3.1.2 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)	24
3.1.3 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – (PRÓ-SAÚDE)	26
3.2 INTERNATO MÉDICO NA APS	29
3.3 QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO.....	32
3.4 INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL.....	34
4 METODOLOGIA	37
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	37
4.2 CENÁRIO E PERÍODO DA PESQUISA	39
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	41
4.4 ESTRATÉGIA DE PRODUÇÃO E COLETA DE DADOS	44
4.4.1 Pesquisa Documental	44
4.4.2 Entrevista semiestruturada	45
4.5 Análise dos dados	47
4.6. Aspectos éticos	50
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1 O INTERNATO MÉDICO NA APS E O PERFIL DE COMPETÊNCIA DO GRADUANDO EM MEDICINA DA UPE/GARANHUNS	52
5.1.1 O Processo de implantação do internato médico na Atenção Primária à Saúde	63
5.2 O PERCEPÇÃO DOS ATORES QUANTO À IMPLANTAÇÃO NO INTERNATO MÉDICO NA APS	67
5.3 INTERLOCUÇÃO INTERINSTITUCIONAL: UNIVERSIDADE, GESTÃO E SERVIÇO; INTERPRETAÇÃO PELOS ATORES ENVOLVIDOS.....	77

5.4 CORRELAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA DURANTE O INTERNATO MÉDICO NA APS	81
5.5 VIVÊNCIA E DESENVOLVIMENTO DE VÍNCULOS NA APS.....	86
6 CONCLUSÃO	90
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES A – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFESSORES VINCULADOS AO INTERNATO MÉDICO – UPE/GARANHUNS	110
APÊNDICES B – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS GESTORES DO NEPE/SMS GARANHUNS.....	112
APÊNDICES C – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DA UPE/GARANHUNS MATRICULADOS NOS MÓDULOS CORRESPONDENTES AO INTERNATO MÉDICO E EGRESSOS	114
APÊNDICES D – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PRECEPTORES DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GARANHUNS VINCULADOS AO INTERNATO MÉDICO DA UPE/GARANHUNS	116
APÊNDICES E – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM USUÁRIOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GARANHUNS – USF VINCULADAS AO INTERNATO MÉDICO DA UPE/GARANHUNS	118
APÊNDICES F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	120
APÊNDICES G – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM.....	122
APÊNDICES H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	123
APÊNDICES I – PROJETO DE INTERVENÇÃO – GUIA DO INTERNATO NA APS	124
ANEXOS A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	152
ANEXOS B - ANUÊNCIA UPE	156
ANEXOS C - ANUÊNCIA SMS/GARANHUNS-PE	157
ANEXOS D - ANUÊNCIA IAM/FIOCRUZ	158

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 1990, o debate sobre o contexto da formação médica no Brasil intensificou-se, proporcionando uma reflexão sobre qual perfil de egresso se desejaria alcançar. Diferentes propostas surgiram no intuito de contribuir para uma maior coesão entre a teoria e a prática, considerando as inúmeras realidades e contextos dos serviços de saúde, das pessoas e comunidades (LIMA; FEURWERKER, 2004).

Para Azevedo et al. (2013), a formação médica no Brasil foi influenciada pelo modelo flexneriano, pautando a graduação em medicina de maneira fragmentada, incorporando a individualização/ biologização do processo de adoecimento, e o ensino por disciplinas, segundo especialidades. Além disso, os Hospitais Universitários (HU) serviram como local estratégico para o exercício da medicina, desconsiderando outros possíveis cenários de práticas.

Com a mudança do perfil epidemiológico da população, e o grande predomínio das doenças crônico-degenerativas, exigiu-se um reordenamento das ações e estratégias na saúde, com sérias implicações na formação dos profissionais. Os conhecimentos e práticas da saúde coletiva, o entendimento e a participação na construção das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde tornaram-se competências necessárias e imprescindíveis ao desempenho dos profissionais da saúde (PAGLIOSA, 2008).

Neste sentido, em 2001, lançam-se as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para graduação em Medicina, com propostas contemporâneas de modelos curriculares para o cuidado em saúde. Essas diretrizes são atualizadas em 2014, e privilegiam uma formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética, capaz de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, visando uma assistência integral ao ser humano, com responsabilidade social (ADLER, 2017).

Com objetivo de expandir a formação para além da busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, busca-se desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Considerando-se esse propósito de redimensionamento e expansão da formação, uma etapa fundamental da formação médica é o internato médico. Neste período, o estudante coloca em prática com maior ênfase a teoria absorvida, encontrando através da formação no serviço, a ressignificação do aprendizado por meio da responsabilização e da autonomia no exercício da medicina. Para Garcia (1972), o internato médico é uma fase de passagem entre a condição de estudante a de médico.

Compreende-se que a inserção de estudantes de medicina nas Unidades de Saúde da Família (USF) e sua vivência junto às Equipes de Saúde da Família (ESF) possa melhorar a qualidade da assistência à saúde das pessoas contextualizadas em seus territórios. Dessa forma, a formação ocorre por meio da atuação conjunta e integrada de profissionais de saúde, comunidade e estudantes (CALDEIRA, 2011).

Nunes (2019) afirma que a entrada dos estudantes nos cenários de prática do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na Estratégia Saúde da Família, é fundamental na formação, para que a prática médica futura seja harmônica com a realidade dos futuros assistidos, assim como para o enfrentamento das dificuldades e observação das potencialidades do nosso sistema de saúde. Ressalta ainda, a grande possibilidade de transformação social na região, em razão da possibilidade de fixação/estabelecimento desses profissionais no território que abrange os serviços de saúde que contribuíram para a sua formação profissional, operando papel de relevância para a manutenção da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Atendendo a reorientação da formação médica, o Curso de Medicina / Universidade de Pernambuco (UPE), em específico, o Bacharelado em Medicina / Campus Garanhuns, iniciou suas atividades em 2011, apresenta duração de 6 anos e possui uma carga horária de 7.310 horas, distribuídas ao longo dos 12 semestres do curso. Sua proposta curricular baseia-se na utilização das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, cujo conteúdo é dividido por módulos, onde os quatro últimos semestres correspondem ao estágio supervisionado obrigatório, denominado Internato Médico.

Caracterizada pelo pioneirismo na região do Agreste Setentrional do estado de PE, a implantação do internato médico na APS estabeleceu-se em 2018, com carga horária correspondente a seis meses nos serviços de saúde na Atenção Primária (ressalta-se a importância da carga horária em razão do caráter inovador não

contemplado em outras graduações em medicina nas universidades públicas) e trouxe consigo a necessidade de aprofundamento quanto a compreensão do processo em si, bem como sua evolução e percepções dos atrelados.

A presente pesquisa nasceu a partir da necessidade de explorar as questões que permeiam o Internato médico, em especial no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Cabe registrar o envolvimento da pesquisadora, que integrando o colegiado do curso e como única médica de família e comunidade, coube-lhe a tarefa de planejamento e organização, posteriormente coordenação e supervisão do Internato médico na Atenção Primária à Saúde (APS). Prossegue atualmente como servidora pública ocupante de cargo de professora auxiliar na graduação em medicina da Universidade de Pernambuco / Campus Garanhuns nos módulos de APS I e II, e componentes modulares correspondentes às Tutorias e Curricularização da Extensão, Projetos de Extensão e Pesquisa, assim como, contribuindo com a gestão acadêmica através da Comissão de Integração Ensino-Serviço-Comunidade e Núcleo Docente Estruturante do curso de medicina.

Diante do exposto, considerando que, até a presente data, inexistem estudos sobre a implantação do internato médico da UPE na Atenção Primária em Saúde no município de Garanhuns, nesse estudo questiona-se: **De que maneira as atividades do internato médico na APS em Garanhuns contribuem para a formação profissional dos estudantes de medicina?**

Parte-se do pressuposto que o internato médico na APS vem colaborando para uma melhor preparação e desenvolvimento do perfil de competências da formação médica, dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, nas seguintes áreas: Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; e Educação em Saúde. A presente investigação se propõe a analisar sob a ótica dos atores envolvidos, quais as contribuições do Internato Médico na APS para a formação profissional dos estudantes da graduação em medicina da UPE / Campus Garanhuns.

2 OBJETIVOS

Abaixo serão apresentados os objetivos propostos para este estudo.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a contribuição do internato médico na Atenção Primária à Saúde do município de Garanhuns quanto à formação profissional dos estudantes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Contextualizar a implantação do internato médico da UPE/ Garanhuns na Atenção Primária à Saúde diante da necessidade de integrar ensino-serviço-comunidade;
- b) Relacionar o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) frente às recomendações para o internato médico dispostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina / 2014;
- c) Conhecer as percepções dos atores envolvidos acerca da implantação do internato médico na APS;
- d) Atualizar o Guia do Internato na Atenção Primária à Saúde da UPE/Garanhuns.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta etapa da pesquisa se propõe a explorar quatro pilares considerados imprescindíveis para a composição do embasamento teórico deste estudo: Formação para o SUS, Internato médico na APS, Quadrilátero da formação e Integração docente-assistencial.

3.1 FORMAÇÃO PARA O SUS

Com a Constituição de 1988, o redirecionamento democrático foi o marco de uma série de reformas em diferentes setores do governo federal, incluindo o da Saúde. A ampliação do direito à Saúde ganha um sentido legal, e ao mesmo tempo, oferta a possibilidade de novas experiências e a maneira de como “fazer saúde” começa a ser explorada a partir das realidades territoriais (PAIM, 2008).

Para Garcia, Yasui e Severo (2018) faz-se necessária uma intensa mudança na relação entre os profissionais de saúde e a população com suas diferentes demandas, sendo imperativo demandar um novo olhar sobre como pensamos a saúde.

A defesa da saúde enquanto direito, passa a ser compreendida através das necessidades gerais dos indivíduos, quer sejam culturais, emocionais, econômicas e sociais; compreende-se também, a corresponsabilização nos processos de saúde-doença. Desta maneira o SUS assume uma nova percepção de saúde como prática social e de direito, enfatizando a promoção e educação em saúde, a atenção básica com perspectiva da integralidade (BATISTA et al., 2015).

A dimensão objetiva do modelo centrado na doença começa a perder sua força, a partir da necessidade da inclusão da esfera subjetiva no contexto da saúde, considerando os indivíduos em sua totalidade, de maneira integral. Formar profissionais que respondam às necessidades de saúde de uma população foi e é um enorme desafio. Há um consistente esforço para reorganizar e incentivar a atenção básica, como estratégia para substituição do modelo tradicional do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar. Estabelecer uma atenção básica resolutiva e de qualidade significa, entre outros, reafirmar os princípios constitucionais estabelecidos para o SUS, na medida em que se busca, por meio desta atenção, concretizar a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações (SUNDFELD, 2010).

O Ministério da Saúde tem como uma de suas funções prioritárias a de ordenar a formação de recursos humanos para a Saúde. Entretanto, confronta-se com a precária disponibilidade de profissionais com formação generalista, humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade (BRASIL, 2008).

Nas últimas três décadas, o governo brasileiro tem implementado programas de qualificação para formação de profissionais de saúde, cuja articulação compreende duas áreas estratégicas: a Saúde e a Educação, onde a interdisciplinaridade e interlocução são essenciais para avaliar a formação dos profissionais que trabalharão para o Sistema Único de Saúde (HADDAD et al., 2010).

Destaca-se, em dado momento, programas como o AprenderSUS, VerSUS e as Residências Multiprofissionais. Posteriormente a esses programas, nasceram as Diretrizes Nacionais Curriculares para os cursos de Graduação na Área da Saúde, cujo apontamento indica que a formação do profissional deve responder às necessidades do sistema de saúde, privilegiando uma atenção integral à saúde com sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência, além de enfatizar a importância do trabalho em equipe (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

A partir desta nova compreensão quanto à formação na área da saúde, evidenciou-se a necessidade da construção e da colaboração entre as IES e serviços de saúde, tanto para o estreitamento das relações e efetiva integração ensino-serviço-comunidade, quanto para a promoção das mudanças necessárias dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação na área da saúde (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

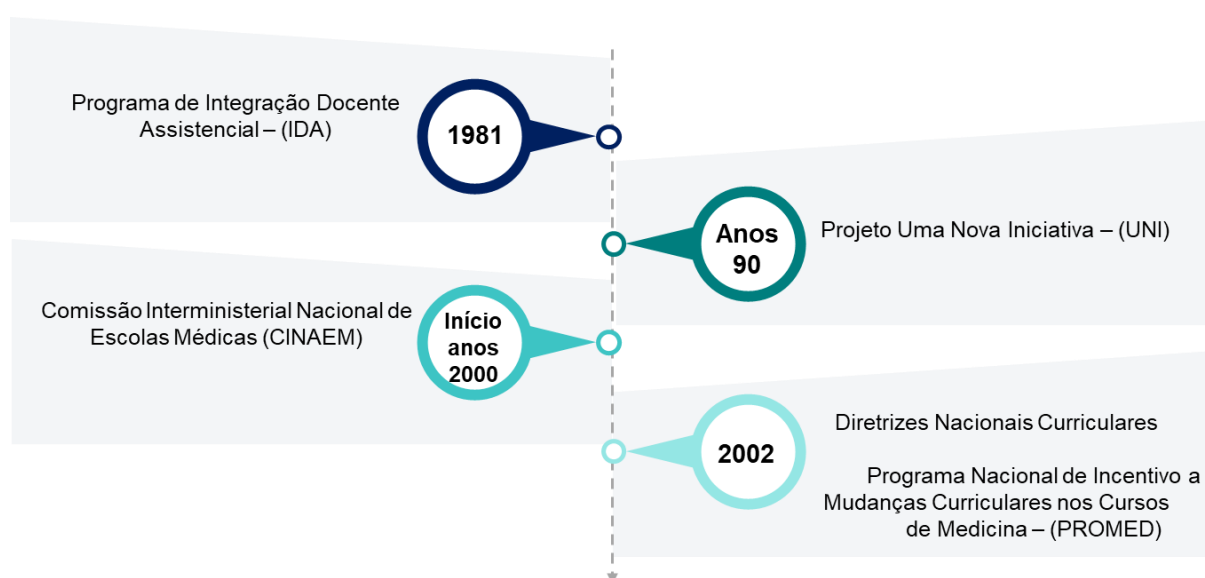
Chirelli (2003) pontua que o processo de formação deve ser articulado com o mundo do trabalho, rompendo a separação existente entre teoria e prática e estimulando os profissionais de saúde a desenvolver um olhar crítico-reflexivo que possibilite transformação das práticas, tendo em vista a resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados à população.

Nessa perspectiva, é desejável que os profissionais de saúde tenham um perfil generalista e que sejam preparados para trabalhar em equipe multiprofissional, atuando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Isso se faz mister para que ocorra a integralidade da atenção e o enfrentamento eficaz de todos os aspectos relacionados ao cuidado e atenção à saúde e vivências na prática profissional (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2007).

Para melhor compreensão quanto à cronologia dos eventos, torna-se imprescindível mencionar as ações que antecederam as Políticas de reorientação da formação profissional em saúde, considerando sua importância para a trajetória das mudanças no cenário da formação médica para o SUS.

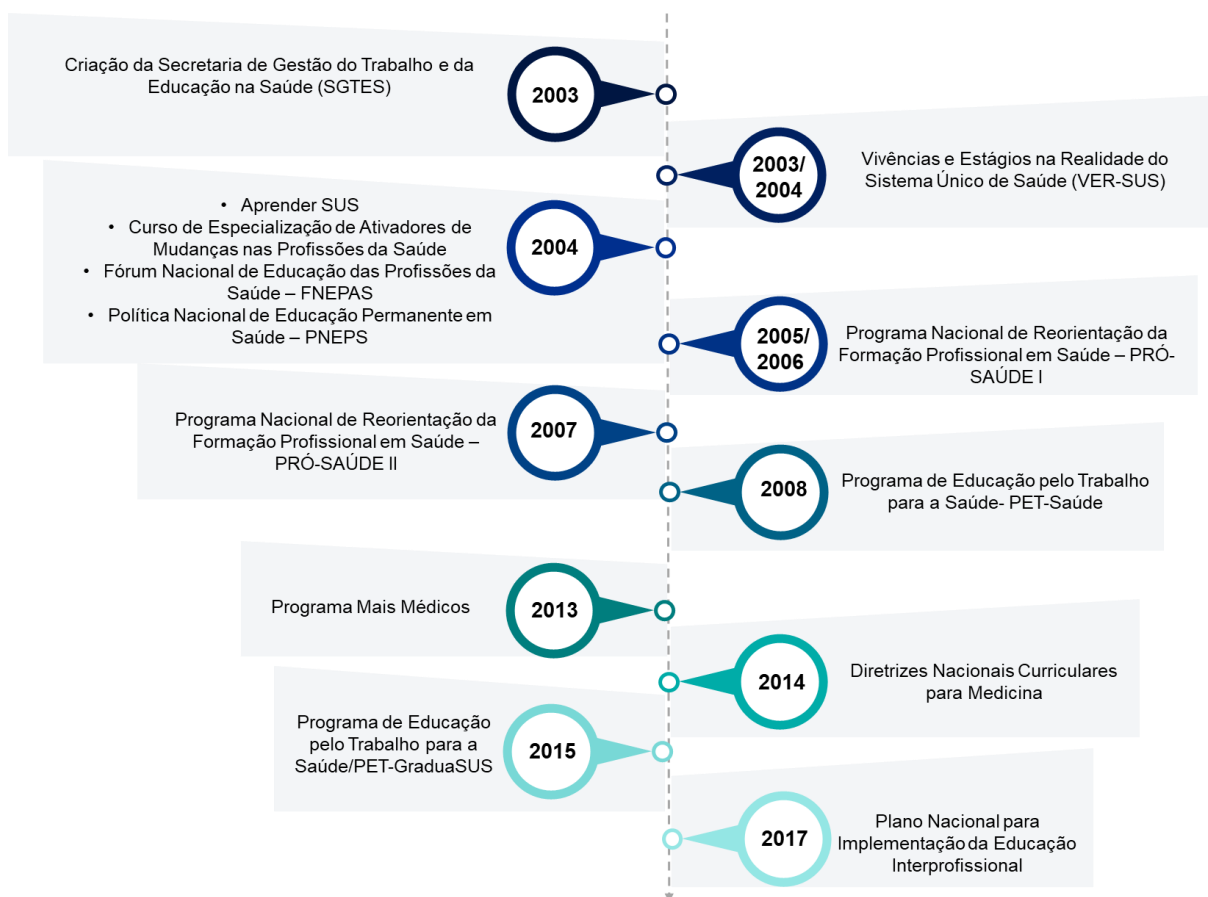
Nas imagens abaixo observam-se as ações e posteriores políticas indutoras da reorientação da formação em saúde no Brasil (Figura 1 e 2).

Figura 1 – Linha do Tempo – Ações que antecederam às Políticas de reorientação da formação profissional em saúde



Fonte: Ambiente virtual de Aprendizagem do SUS, 2020. (adaptado).

Figura 2 – Linha do Tempo – Políticas de reorientação da formação profissional em saúde.



Fonte: Ambiente virtual de Aprendizagem do SUS, 2020 (adaptado).

Considerando a temática abordada para este estudo e correlacionando-a aos eventos que contribuíram para a reorientação da formação profissional em saúde, destacam-se três momentos: Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE I).

3.1.1 Programa de Integração Docente Assistencial (IDA)

O IDA nasceu a partir da parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde do Brasil (MS), baseada na real necessidade da formação de recursos humanos para os serviços de saúde, no início da década de 80, majoritariamente com desenvolvimento das atividades no âmbito da Medicina Generalista e Comunitária o programa se apoiava na proposta de inserir os estudantes

nas Unidades de Saúde, promovendo uma maior interação entre as IES e os Serviços de Saúde (GONZÁLEZ, 2010).

Para Rodrigues (1993), o IDA pode ser conceituado como:

[...] reunião de esforços em um processo de crescente articulação, entre instituições de educação e de serviços de saúde, adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino.

A prerrogativa do IDA associava-se aos movimentos anteriores e acrescentou a estratégia de romper com a resistência dos estudantes à abordagem nas esferas epidemiológica e social através de atividades de extensão (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996).

Compreendendo que após a Constituinte de 1988, coube ao SUS, a atribuição da ordenação da formação dos profissionais da saúde, no início dos anos 90 surgiu um novo movimento a reforçar o IDA, o “Uma Nova Iniciativa” (UNI), financiado pela fundação Kellogg, cujo propósito voltava-se à formação profissional e interdisciplinar, buscando inserir curricularmente estágios em caráter obrigatório nas comunidades, e igualmente ao IDA, reiterar a importância da epidemiologia na formação em saúde. Estas experiências de integração ensino-serviço foram erguidas, buscando o aprendizado diante das dificuldades e limites existentes frente ao modelo acadêmico da formação profissional e da organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde (DIAS, 2013; BATISTA et al., 2015).

Os Projetos IDA e UNI acionaram as inserções do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, assim como a integração ensino-serviço de maneira a ofertar uma maior interação com o sistema de saúde, aproximando e promovendo o diálogo entre a IES, os serviços de saúde e a comunidade, oferecendo contribuição e apoio à pesquisa. Entretanto, as diferentes concepções de saúde e cuidado e as diferentes compreensões quanto à organização do trabalho em saúde revelaram um contexto nos processos de trabalho que privilegiaram aspectos subjetivos, interesses e conflitos, entre outras particularidades (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

Dias (2013) afirma que a despeito dos avanços, a partir da conformação da Rede IDA – Brasil, de onde se conformaram vários projetos, houve uma limitação do programa no tocante à assistência em saúde, com pouca adesão de professores e

descontinuidade das ações, dificultando assim, mudanças significativas nos currículos da graduação.

Posteriormente, a junção dos programas UNI e IDA, denominou-se Rede UNIDA, que apresentou importante contribuição, para reinserir a necessidade de discussão sobre os recursos humanos na construção das políticas públicas de saúde, em particular, para as de formação profissional em saúde (GONZÁLEZ et al., 2013).

Desta maneira, os diferentes projetos, pesquisas e intervenções, buscaram a ampliação da democratização nas organizações e ensino de saúde, de modo a ofertar uma formação analítica, crítica e reflexiva dos diferentes contextos das práticas em saúde, fornecendo base para o enfrentamento dos desafios que se apresentam nos serviços, como a fragmentação dos processos de trabalho e o engessamento dos profissionais envolvidos com a gestão do cuidado dos indivíduos e comunidades (GARCIA Jr.; YASUI, 2018).

González e Almeida (2010) pontuam que, apesar do cenário político desfavorável e da recente criação do SUS, ambos movimentos contribuíram para um novo olhar no processo da formação profissional em saúde com a inserção das dimensões social e humana, como também promoveram uma maior aproximação entre a IES e os profissionais dos Serviços de Saúde.

3.1.2 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Entre os marcos alcançados ao longo dos 30 anos do SUS, encontra-se a criação do SGTES em 2003. Este órgão governamental assumiu importante papel no desenvolvimento da Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde. A educação na saúde adquiriu caráter de Política de Estado através da SGTES, com o estabelecimento de iniciativas voltadas para a reorientação da formação dos profissionais, viabilizando propostas e programas de educação permanente em saúde, priorizando uma maior integração entre as instituições de ensino superior, os profissionais dos serviços e da comunidade (PIERANTONI et al., 2008; MAGNAGO et al., 2017).

A SGTES foi concebida com propósito de fomentar ações e políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS. A secretaria está apoiada em dois pilares: Departamento da Gestão da Educação (DEGES) e Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) (BRASIL, 2011).

Para França e Magnago (2019), o SGTES através do DEGES, tem empregado grande esforço no sentido de promover a discussão coletiva e ao mesmo tempo, incitar, desenvolver e fortalecer as iniciativas de educação na saúde em todo o território brasileiro.

O DEGES coordena a implantação da Política Nacional de Educação Permanente, além de planejar, acompanhar e avaliar as ações de gestão da educação que envolvem as três esferas do governo. É responsável também pelas políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à Educação Permanente dos trabalhadores do SUS – tanto no nível superior como no nível técnico-profissional. Para cumprir sua missão institucional de promover o fortalecimento da formação em saúde no SUS, o DEGES também promove ações de articulação e integração de órgãos educacionais, entidades de classe e movimentos sociais (BRASIL, 2013, GONÇALVES et al., 2019).

Machado (2016) pontua que a qualificação de profissionais para atuação na saúde pode ser compreendida como a concretização de estratégias e ações que contemplem e estimulem a potencialidade dos profissionais, para superação dos desafios que emergem do trabalho diário nos diferentes espaços do SUS.

A importância da formação de recursos humanos que atendam às demandas de saúde da população tem ocupado lugar de destaque nas discussões que envolvem políticas de saúde, considerando a complexidade acerca do tema: quantidade de profissionais e qualidade da formação, sua distribuição e fixação nos territórios, entre outros. Estes aspectos trazem à tona fragilidades que demonstram desarticulação na implementação de políticas sociais envolvendo os setores educacional e de serviços na área da saúde (HADDAD et al., 2009).

Partindo do pressuposto da aprendizagem através do trabalho, no ano seguinte à criação do SGTES, é publicada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que veio reforçar o compromisso da reorientação das profissões da saúde assumindo transversalidade na articulação de diferentes estratégias de mudanças na formação dos profissionais de saúde. A Educação Permanente na Saúde (EPS) baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, ocorre no cotidiano do trabalho e busca a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social (BRASIL, 2007; CECCIM, 2004).

Para Batista e Simões (2011) a PNEPS surge como proposta que busca reformular as práticas tradicionais de capacitações por demanda, propondo uma nova concepção do aprendizado coletivo através de uma construção participativa, dialógica e centrada nos processos de trabalho.

Ao aproximar e promover a interlocução entre as áreas da saúde e educação, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, torna público em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, buscando um maior estreitamento de relações entre a academia e os serviços, promovendo reflexão quanto à necessidade de novas práticas pedagógicas que contemplem uma formação profissional crítica e reflexiva baseada nos diferentes contextos de saúde dos territórios (BATISTA et al., 2015).

3.1.3 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)

O DEGES, braço do SGTES responsável pela gestão e educação na saúde, baseado nas ações e políticas indutoras da reorientação da formação profissional em saúde, lançou o PRÓ-SAÚDE, através da Portaria nº 2.101 de 2005, do Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior (SESU) / Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

Conforme o exposto no Artigo 1º da Portaria do PRÓ-SAÚDE, o programa tem como objetivos (BRASIL, 2005, p. 111):

- I - Reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do sus;
- II - Estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do sus e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e a integração da rede à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;
- III - Incorporar, no processo de formação da medicina, enfermagem e odontologia, abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde; e
- IV - Ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde.

Ao incentivar transformações no processo de formação, o programa busca gerar conhecimento, fortalecendo a pesquisa, além de melhorar a prestação de serviços à população, através da abordagem integral do processo de saúde-doença (BRASIL, 2005).

Para uma melhor compreensão acerca das características do PRÓ-SAÚDE, segue quadro baseado na sua concepção:

Quadro 1 – Bases estruturais do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

Eixos	Características
Orientação Teórica	Determinantes de Saúde e Doença; Produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS; Pós-graduação e educação permanente.
Cenário de Práticas	Integração docente assistencial; Diversificação dos cenários de prática; Articulação dos serviços próprios das instituições acadêmicas no contexto do SUS.
Orientação Pedagógica	Análise crítica da atenção básica; Integração ciclo básico-clínica; Mudança metodológica.

Fonte: BRASIL, 2007.

Batista et al. (2015) afirma que o programa foi concebido com ampla estrutura e procura subsídios para três aspectos considerados essenciais para a formação de profissionais: a compreensão do processo saúde-doença; no “fazer” saúde através da perspectiva formativa e na construção do conhecimento diante do contexto inserido.

Vendruscolo (2016) expõe que através da interação ativa, o estudante poderá trabalhar a partir de problemas reais, admitindo responsabilidades, enquanto prestador de cuidados, de acordo com seu grau de autonomia. Para que isto seja alcançado, os cenários de ensino necessitam ser diversificados, e contar com a construção coletiva dos setores que envolvem equipamentos de saúde, educacionais e comunitários; o PRÓ-SAÚDE orienta o emprego de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais, onde o professor assume o papel de facilitador e orientador do processo, instigando os estudantes a suplantarem suas dificuldades, com atitude efetiva na construção do conhecimento.

Observa-se que a integração ensino-serviço de acordo com o Pró-Saúde visa a melhoria da qualidade do cuidado, uma vez que esta interação proporciona a constante reflexão sobre a atuação profissional, contribuindo para um olhar abrangente sobre o paciente e o processo de adoecer, além da melhoria das condições de vida (BONIN et al., 2011).

Neste sentido, Campos (2007) afirma que há uma grande necessidade na busca de novas soluções, construções de modelos pedagógicos que estejam apoiados na parceria entre a IES, os serviços e grupos comunitários, onde se impõe estrutura que considere novas práticas pedagógicas-assistenciais.

Para potencializar a abrangência dos objetivos para a formação em saúde, é fundamental promover a integração entre ensino e serviço como um espaço de ensino-aprendizagem, oportunizando ao acadêmico a atuação comunitária e a apreensão das necessidades de saúde da população, seja em nível individual ou coletivo (FERREIRA et al., 2007).

Sob a perspectiva de ampliação dos cenários de prática visando à formação que se aproxima dos princípios e diretrizes do SUS, além da experiência de trabalho com a comunidade, houve grande aproximação com a organização e atuação na atenção básica. Contudo, algumas dificuldades da integração ensino-serviço, descreve-se nas relações assimétricas de poder a que estão submetidos os distintos atores institucionais, prevalecendo os interesses de grupos hegemônicos, o que muitas vezes contraria o posicionamento dos atores que estão diretamente envolvidos no processo. Detectou-se também a desarticulação das estratégias de integração e o panorama dos serviços, com distanciamento entre os pares, mesmo contando com o incentivo governamental do Pró-Saúde (RIBEIRO, 2017; DIAS, 2014; MORAES et al., 2010).

A criação do Pró-Saúde revela o acúmulo de conquistas e desafios que foram encarados e vencidos, considerando as novas questões e dilemas que surgem no cotidiano das propostas formativas. Neste sentido, o incentivo e mobilização da aprendizagem construída nos espaços de trabalho em saúde, o desenvolvimento e criação de redes de diálogos entre os estudantes, docentes e profissionais de serviço, expandem as possibilidades de aprendizagens problematizadoras e significativas (BATISTA et al., 2015).

3.2 INTERNATO MÉDICO NA APS

O internato médico foi regulamentado no Brasil, pelo Conselho Federal de Educação (CFE), através da Resolução Nº 8/1969, conferindo-lhe caráter de obrigatoriedade na Graduação em medicina. Posteriormente, em 1983, recebeu repaginação, determinando-o como período de treinamento, com a exigência de docente supervisor em estabelecimentos de saúde que poderiam ou não estar vinculadas à IES. As regulamentações para o internato médico mais recentes, estão dispostas nas Diretrizes Nacionais Curriculares, de 2002 e 2014, respectivamente (LAMPERT, 2018) e estabelecem:

§ 1º A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES);

§ 2º A carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina;

§ 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato;

§ 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência;

§ 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade;

§ 6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas;

§ 7º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional;

§ 8º O colegiado acadêmico de deliberação superior da IES poderá autorizar, em caráter excepcional, percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, desde que devidamente motivado e justificado;

§ 9º O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período;

§ 10. Para o estágio obrigatório em regime de internato do Curso de Graduação em Medicina, assim caracterizado no Projeto Pedagógico de Curso (PPC), a jornada semanal de prática compreenderá períodos de plantão que poderão atingir até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 40 (quarenta) horas semanais, nos termos da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes;

§ 11. Nos estágios obrigatórios na área da saúde, quando configurar como concedente do estágio órgão do Poder Público, poderão ser firmados termos de compromisso sucessivos, não ultrapassando a duração do curso, sendo os termos de compromisso e respectivos planos de estágio atualizados ao final de cada período de 2 (dois) anos, adequando-se à evolução acadêmica do estudante.” (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014, grifo nosso).

A última etapa do curso de medicina é composta por dois anos – quinto e sexto anos – de aprendizado e práticas nos serviços de saúde vinculados ao SUS. Neste período, o estudante tem a oportunidade de vivenciar de forma mais concreta a prática do aprendizado em medicina, deixando de ser apenas um mero observador para atuar de forma mais ativa, sob a orientação de preceptores (COSTA et al., 2012).

Conforme destacado na citação acima, a ampliação da carga horária do internato médico na APS e orientação para que ele tenha ênfase na Medicina de Família e Comunidade (MFC), demonstra a intencionalidade do Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS) em responder à prerrogativa do SUS enquanto legislação, visto que a constituinte propunha a formação profissional de acordo com o perfil correspondente aos seus princípios (OLIVEIRA et al., 2014).

Compreendendo a reorientação para a formação profissional, a academia e os serviços de saúde vêm passando por mudanças importantes decorrentes das modificações sociais, em razão das transformações demográficas e epidemiológicas da população, que têm impactado nas necessidades e demandas de saúde. Apesar do novo direcionamento, algumas dificuldades da academia ainda persistem: déficit de professores para este novo enfoque de ensino-aprendizagem; a desvalorização da atenção básica enquanto cenário de práticas; dificuldade para aprendizagem interdisciplinar; resistência dos acadêmicos; pouca participação do controle social. Nos serviços de saúde, algumas dificuldades podem estar relacionadas à resistência dos profissionais, sob a escusa que não há reconhecimento financeiro para desenvolver a função da preceptoria; os problemas na estrutura física das unidades; resistência de parte da população à presença do estudante no serviço; e por fim, o temor de que as vulnerabilidades do serviço sejam percebidas, entre outras. Tais

dificuldades, sugerem que a prática pedagógica, nos serviços de saúde do SUS, implica o encontro de diferentes agentes (gestores, preceptores, docentes, discentes e controle social) com finalidade de acolher diferentes necessidades da academia e serviço (CAVALHEIRO, 2011).

O estímulo necessário para as novas propostas pedagógicas, parte da realidade e dos diferentes contextos de saúde, onde cabe inferir que há necessidade de novas medidas a serem implementadas na formação do profissional médico, através de novos cenários de prática na graduação, buscando-se assim, alcançar o perfil de egressos que atuem de acordo com as demandas de saúde da população, respaldados pelo modelo brasileiro de atenção à saúde fundamentado na assistência com foco na APS (MELO et al., 2017).

As duas últimas décadas caracterizaram-se por grandes mudanças, iniciativas e fortalecimento da educação em serviço. As DNC (2014) nasceram às expensas da Lei nº 12.871/2013 que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM) cuja premissa versa sobre dois eixos: Formação para o SUS e Provisão de Recursos Humanos qualificados para atender às necessidades do SUS. Para tanto, busca a formação dos profissionais de saúde dentro da parceria e da integração entre ensino-serviço-comunidade, voltando-se às necessidades da atenção básica. Neste sentido, a construção dos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) reveste-se de grande significado, pois através deles se projeta a construção social e histórica da instituição de ensino acoplada ao conjunto de saberes, práticas, objetivos, processos metodológicos e avaliativos, entre outros, necessários à formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2017; BRACIALLI, 2014; MAIA, 2013).

As DCN (2014) posicionaram o estudante enquanto sujeito ativo no processo de ensino e aprendizagem. A atuação do discente articula-se com os novos papéis dos professores, que por meio do uso de novas metodologias, estimularão os estudantes na construção do conhecimento. Nesse contexto, os serviços de saúde vinculados ao SUS, surgem estrategicamente como importantes locais de cenários de prática (CIRYNO et al., 2012).

Considerando a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas para o perfil de egresso, no futuro exercício profissional do médico, a formação em medicina cumpre o dever de contemplar as seguintes áreas: Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Educação em Saúde (BRASIL, 2014).

Além disso, as DCN de 2014 estabeleceram que a preceptoria, exercida por profissionais do serviço de saúde, contaria com a supervisão dos próprios docentes das IES e que a carga horária do internato representaria, no mínimo, 35% da carga horária total do curso. Desse percentual, no mínimo 30% deveriam estar voltados à Atenção Básica e aos serviços de Urgência e Emergência do SUS. Determinam ainda, que as atividades voltadas à Atenção Básica sejam desenvolvidas no enfoque da Medicina de Família e Comunidade, conferindo obrigatoriedade de inclusão da área de Saúde Mental (CÂNDIDO; BATISTA, 2019).

Ferreira et al. (2007) evidencia a necessidade de mudança nos currículos dos cursos da área de saúde, com conceitos e práticas relacionados ao planejamento, promoção de saúde e prevenção de doenças, utilizando-se tecnologias eficazes e metodologias de ensino-aprendizagem que vão além dos espaços acadêmicos, a fim de chegar às necessidades de saúde da população.

Considerando o exposto, a reorientação da formação profissional em saúde orienta a necessidade de ampliar os cenários de prática privilegiando a APS, assim como considerar a pluralidade das situações e territórios, sob a correlação dos diferentes atores que conformam a integração ensino-serviço-comunidade.

3.3 O QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO

Refletir sobre o trabalho em saúde exige um olhar crítico atento às Políticas Públicas norteadoras da formação em saúde e ao mesmo tempo, que ofereçam propostas inovadoras que aprimorem as práticas profissionais. Esse movimento permite que a organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde se alie ao aprender e ao ensinar, não apenas formando profissionais para a saúde, mas para o SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dentre os processos de indução da reorientação da formação profissional para a saúde, a PNEPS propôs que os processos de qualificação dos profissionais considerem as necessidades e a realidade local de saúde, enquanto objetivo para transformação das práticas profissionais e do trabalho e que sejam estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho de saúde. O Quadrilátero da Formação é a base operacional da PNEPS, e orienta uma articulação entre ensino, gestão, atenção em diferentes níveis e controle social (CECCIM; FERLA, 2005.)

A busca na melhoria da qualidade do cuidado, da capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social, promove também a produção de saberes a partir da experiência e da cultura do sujeito na sua prática de trabalho através de postura crítica (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No quadro a seguir, observa-se os elementos para reflexão da Educação Permanente em Saúde, correspondentes aos componentes do Quadrilátero da Formação:

Quadro 2 – Componentes do Quadrilátero da Formação e seus elementos para reflexão

COMPONENTES	ELEMENTOS PARA REFLEXÃO DA EPS
ENSINO	Análise da educação dos profissionais de saúde, buscando mudar a concepção hegemônica tradicional e mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento.
GESTÃO	Análise da gestão setorial, buscando modos criativos e originais de organizar a rede de serviços, segundo a acessibilidade e satisfação dos usuários.
ATENÇÃO	Análise das práticas de atenção à saúde, buscando a integralidade e a inclusão da participação dos usuários no projeto terapêutico como nova prática de saúde.
CONTROLE SOCIAL	Análise da organização social, buscando o efetivo contato e permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.

Fonte: CECCIM, 2005.

Para Vendruscolo et al. (2016) os representantes de cada componente do Quadrilátero da Formação - ensino, atenção, gestão e controle social - percebem a integração ensino-serviço-comunidade como uma união de saberes próprios, onde o diálogo e o respeito às diferenças, pautados nos contrastes e orientados à negociação, são basilares. Nesse sentido, precisam ser respeitadas as individualidades de cada sujeito social com finalidade de alcançar a integração entre educação e trabalho.

Para Bello (2016) está clara a importância da união entre educação e saúde para dar conta de uma formação permanente de profissionais e gestores qualificados

para atuar no SUS, bem como da educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde.

Aquino (2013) enfatiza que a construção e organização de uma gestão da educação integrada com a gestão do SUS, tendo como componentes o ensino, a gestão, a atenção e o controle social, que contribua na qualidade da saúde da população, assim como na formação dos profissionais, considerando os aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, a organização setorial e a estruturação do cuidado, torna-se o grande desafio para o fortalecimento da PNEPS.

Assim sendo, a Educação Permanente em Saúde passou de uma proposta do Ministério da Saúde para ser uma Política do SUS, que defende enquanto estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de novas políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

3.4 INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL

Inicialmente, as estratégias de promoção da integração ensino-serviço na área da saúde ocorreram para os cursos de Enfermagem e de Medicina, proporcionando avanços significativos em suas áreas, o que justificou a ampliação para outros cursos (FAÉ et al., 2016).

A partir da necessidade de modificar as práticas pedagógicas em saúde e processo de formação, a articulação entre a Universidade, os Serviços de Saúde e Usuários dos serviços faz-se imprescindível de maneira a fornecer o preparo e formação adequada aos profissionais para que compreendam e atuem satisfatoriamente frente às demandas de saúde da população e as complexidades existentes no Sistema de Saúde (MENDES, 2014).

Compreende-se por Integração Docente – Assistencial, mais frequentemente designada Integração Ensino-Serviço e Integração Ensino-Serviço-Comunidade, o trabalho integrado entre estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os profissionais da gestão, visando a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE, 2008).

Abrahão e Merhy (2014) destacam que a partir dessa nova compreensão o trabalho interdisciplinar passa a ser a prerrogativa dessa nova concepção, colaborando para a construção de uma efetiva educação profissional, considerando quatro pilares fundamentais: aprender a saber (cognitivo), aprender a fazer (habilidades), aprender a conviver (trabalho em equipe) e aprender a ser (atitudes).

O Conselho Nacional de Educação, através das DCN 2014, enfatiza o compromisso da formação médica com as necessidades do SUS, conectando o ensino, a pesquisa e a extensão ao serviço e adota o desdobramento da formação em três eixos formativos: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde (CAMPOS, 2016).

Ao instituir um novo panorama às grades curriculares e projetos pedagógicos dos cursos, percebe-se intencionalidade de rompimento do modelo da formação médica tecnicista, biomédica, e um claro direcionamento às escolas médicas na direção da integração com o serviço e a comunidade. O uso da Rede de Saúde como espaço de conformação de um novo profissional de saúde e a ampliação dos cenários de prática traduzem a inclinação para o distanciamento da formação médica meramente hospitalocêntrica (KUABARA et al., 2014).

Gonzalo et al. (2018) expõe que as experiências anteriores de integração ensino-serviço-comunidade trouxeram poucos resultados na reorientação da formação médica, porém contribuíram para reflexões nas Universidades que, progressivamente, passaram a compreender a real dimensão do campo de prática, não apenas como cenário de aprendizagem para seus alunos, mas, espaços dinâmicos para potenciais transformações da realidade social e, conseqüentemente, do processo formativo.

Docentes e profissionais dos serviços necessitam trazer um novo significado, construir e desenvolver suas capacidades tanto na área educacional, quanto no cuidado à saúde dos indivíduos e comunidades; as relações requerem de maior horizontalidade, parceria e cooperação, postura crítica e reflexiva, solidária e ética, desenvolvendo a capacidade de aprender a aprender, superando limites e constrictões (BRASIL, 2014).

Albuquerque et al. (2008) afirma:

Para que seja possível construir um novo modo de organizar e praticar a atenção à saúde, é preciso um novo perfil de trabalho e de

trabalhadores. A formação e a qualificação dos profissionais da saúde devem ser orientadas pelas necessidades da população. Logo, não cabe mais uma relação distanciada e cerimoniosa entre o ensino e o serviço. Muito pelo contrário, é necessária uma articulação estreita, tendo em vista a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Esta transformação pressupõe trabalho em equipe, acolhimento dos usuários, produção de vínculo entre eles e as equipes, responsabilização com a saúde individual e coletiva, atendimento das necessidades dos usuários, assim como resolubilidade dos problemas de saúde detectados.

Considerando a Universidade como espaço privilegiado para reflexão e construção de conhecimento, há necessidade de reorientação dos projetos político-pedagógicos, a fim de acolher com maior abrangência, questões de relevância social, que considerem a importância de reflexões acerca da necessidade de uma formação de profissionais para o SUS que tenha como característica principal estar atenta e em permanente contato com a realidade da população brasileira, tendo como cenários de aprendizado as práticas nos diferentes serviços de saúde (GARCIA-Jr.; YASUI; SEVERO, 2018).

No cenário atual, a integração ensino-serviço firma-se como eixo norteador do processo de mudança de práticas na formação em saúde, a partir da reestruturação curricular dos cursos e de ações diversas na interconexão entre ensino e serviço. Cooperam com o diálogo entre as instituições, os gestores e os demais participantes do processo pedagógico, fortalecendo a relação interinstitucional (OLIVEIRA, 2017).

4 METODOLOGIA

Apresenta-se abaixo o detalhamento da metodologia proposta para execução da pesquisa.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo estudo de caso, que se propõe a analisar a contribuição do Internato Médico na Atenção Primária à Saúde em relação à formação profissional dos estudantes da UPE – Garanhuns.

Para Turato (2005), no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas.

Minayo (2015), afirma que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis.

Para esta pesquisa, foi escolhido o estudo de caso, em face à adequação para a investigação proposta. Yin (2001) explica que o estudo de caso é encarado como o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos. Gil (2010) afirma que o estudo de caso consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou mais objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Martins (2012) defende que um estudo de caso permite elaboração de uma teoria explicativa do caso que possibilite condições para se fazerem inferências analíticas sobre proposições constatadas no estudo e outros conhecimentos encontrados.

Desta forma, o desenho do estudo de caso se adequa às necessidades desta pesquisa, uma vez que ao compreender e encontrar respostas frente aos objetivos propostos, os achados podem vir a subsidiar a construção de novas propostas e aperfeiçoamentos futuros para o Internato Médico e sua contribuição na formação profissional.

Para qualquer área de pesquisa, a realização de um levantamento bibliográfico prévio é necessária para a delimitação do tema, fundamentação teórica, e ainda para justificar limites e contribuições da pesquisa que será realizada (CERVO, 2011).

Para Minussi et al. (2018) uma vez escolhido o tema e mesmo antes da delimitação do problema, faz-se necessário um estudo exploratório, com o objetivo de recolher informações preliminares sobre o campo de interesse do pesquisador.

A pesquisa bibliográfica é um procedimento para a busca do estado da arte sobre determinado tema, tendo o objetivo de encontrar respostas após a consulta dos documentos bibliográficos (BERVIAN; CERVO; SILVA, 2007).

Após a investigação por estudos anteriores que demonstrassem familiaridade com o objeto desta pesquisa e valendo-se dos descritores, encontrou-se nas plataformas de pesquisa Scielo, Pubmed e Lilacs/BVS um total de 18.882 publicações; após maior delimitação direcionada ao Internato médico e Integração docente assistencial geraram um total de 1.808 publicações que versaram sobre diferentes enfoques: Internato médico nas diferentes especialidades médicas, internato em saúde mental, avaliação do internato, preceptoria no internato, avaliação docente no internato, avaliação discente no internato, residência em Medicina de Família e Comunidade, avaliação de residência médica, entre outros. Ao atrelar o descritor Internato à formação médica e APS, observou-se maior afinamento com relação ao escopo da pesquisa, trazendo à sua totalidade 228 publicações, que variaram quanto à perspectiva central sobre a contribuição do internato médico na APS: avaliação discente no internato na APS, avaliação docente no internato na APS, residência médica na APS, avaliação de programa de residência na APS, formação médica e saúde mental na APS, preceptoria na APS, entre outros. Desta maneira, encontraram-se 07 estudos direcionados à contribuição do internato médico na APS para a formação médica de maneira direta e indiretamente.

Assim sendo, compreende-se que na pesquisa bibliográfica a variável dependente (o fenômeno) é um conjunto de diretrizes, objetivas, para a formação médica no período do Internato Médico, que possa contemplar simultaneamente aspectos institucionais e educacionais, respeitando a singular interface educação-saúde e as características das situações, dos acontecimentos e das pessoas (FARIAS FILHO, 2019).

4.2 CENÁRIO E PERÍODO DA PESQUISA

O município de Garanhuns é o local de realização deste estudo. Conforme o IBGE (2019), a estimativa populacional para a cidade foi de 139.788 habitantes, destacando-se o crescimento populacional desde o último censo em 2010, que sinalizou 129.408 pessoas.

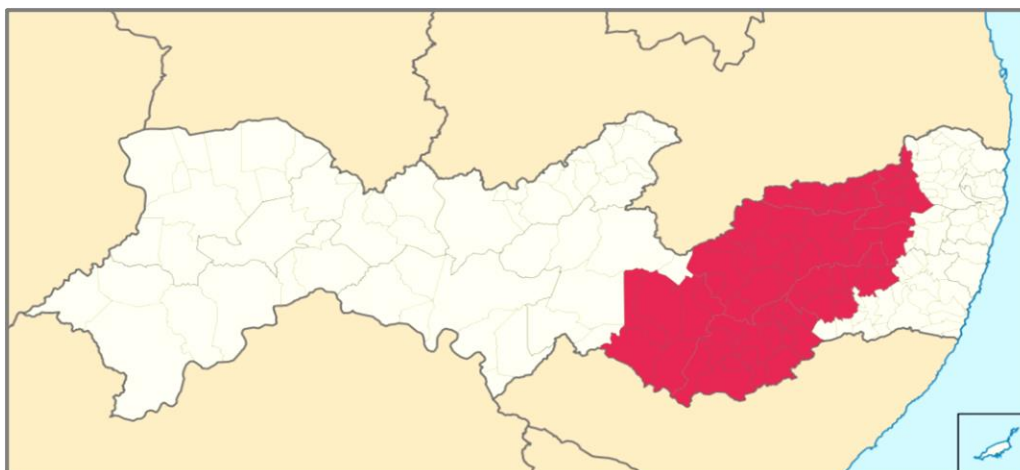
Garanhuns é um município da Microrregião denominada Agreste Meridional (Figura 3), pertencente a mesorregião do Agreste Pernambucano (Figura 4) no estado de Pernambuco. Dista cerca de 230 km da capital do estado, Recife. Ocupa uma área de 458,550 km², sendo o território maiormente composto por zona rural (IBGE, 1990).

Figura 3 – Mapa de Pernambuco e em destaque o Agreste Meridional.



Fonte: IBGE, 1990.

Figura 4 – Mapa de Pernambuco e em destaque a mesorregião do Agreste.



Fonte: IBGE, 1990.

No ano de 2010, 62,02% da população com idade igual ou superior a 18 anos era economicamente ativa, enquanto a taxa de desocupação foi de 10,86% (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013). Em 2017, o salário médio mensal era de 1,8 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 15,6%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, 43,8% da população encontrava-se nessas condições (IBGE, 2017). Apesar de apresentar um número de habitantes modesto, existe no município registro de comunidades, regiões degradadas que não possuem acesso aos serviços básicos, como abastecimento de água potável, rede de coleta e tratamento de esgoto, além de ruas calçadas e pavimentadas.

Apesar do desenvolvimento do setor terciário (comércio e serviços) ser a principal fonte econômica para o município, nos últimos anos a desigualdade socioeconômica é um dado crescente; o acesso aos serviços de saúde frequentemente é dificultoso e pouco célere. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13,79 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2017).

Em contraponto ao aumento das desigualdades e pobreza, o município foi alvo de uma considerável expansão educacional, com uma maior oferta dos cursos de graduação. Garanhuns dispõe de um Campus de uma das principais universidades do estado, a UPE, que disponibiliza, na unidade, cursos de graduação para licenciatura em computação, letras, matemática, ciências biológicas, pedagogia, geografia e em história; desde 2011, bacharelado em psicologia e medicina, e

bacharelado em engenharia de software desde 2018. Além de contar com uma unidade da Universidade Federal do Agreste de Pernambuco (UFAPE), disponibilizando cursos de graduação em agronomia, ciências da computação, engenharia de alimento, licenciatura em letras e pedagogia, medicina veterinária e zootecnia, oferecendo também cursos de pós-graduação: mestrado em sanidade e reprodução de ruminantes, mestrado em produção agrícola e o programa de pós-graduação em ciência animal e pastagens. O Campus Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) possui o curso de engenharia elétrica. O município possui ainda a Faculdade das Ciências da Administração de Garanhuns (FAGA); a Faculdade de Direito de Garanhuns (FDG); a Faculdade de Ciências Exatas de Garanhuns (FACEG); a Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas e Humanas de Garanhuns (FAHUG).

Encontram-se também as Instituições que ofertam cursos técnicos e profissionalizantes, como o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI). Cabe mencionar a expansão das universidades que ofertam cursos nas modalidades do Ensino à Distância (EAD)/Semi-presencial: Universidade Tiradentes (UNIT), Universidade Paulista (UNIP), Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU), entre outras.

Com a crescente oferta de cursos universitários e técnicos, houve um aumento do fluxo estudantil na Rede de Saúde de Garanhuns, demandando novos movimentos e articulações para inserção dos estudantes nos diferentes serviços e cenários de práticas.

Para o presente estudo, serão explorados os cenários de práticas pertinentes à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vinculados ao Internato médico na APS, totalizando nove Unidades de Saúde da Família (USF), no período de outubro de 2020 a fevereiro de 2021 e analisará dados sobre as melhorias na formação profissional advindas da inserção do internato médico na Atenção Primária à Saúde do curso de medicina, a partir de 2018.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Nas pesquisas realizadas sob o enfoque qualitativo, o pesquisador preocupa-se em mostrar e esclarecer o que é dado. Não procura explicar mediante leis, nem deduzir com base em princípios, mas considera imediatamente o que está presente

na consciência dos sujeitos. Defende o papel ativo do sujeito em sua relação com o objeto de conhecimento a construção da realidade. Dessa forma, o conhecimento é entendido como algo que não se encontra nem nas pessoas, nem fora delas, mas é construído progressivamente pelas interações estabelecidas (GIL, 2005).

Para este estudo consideraram-se participantes da pesquisa: docentes e discentes da UPE/ Campus Garanhuns, profissionais gestores da saúde da SMS – Garanhuns, profissionais preceptores e usuários/pacientes das Unidades de Saúde da Família que receberam os estudantes do internato médico. A definição dos participantes da pesquisa baseou-se nos componentes do Quadrilátero da formação, onde os diferentes componentes possuem relevância nos processos de melhoria da formação profissional. Para Ceccim (2004), o quadrilátero da formação está composto por: ensino - gestão - atenção - controle social. A qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecno-profissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários.

São critérios de inclusão da pesquisa:

- Discentes do curso de Medicina que estão cursando e ou concluíram (egressos) o internato médico na APS, a partir da sua implantação em 2018;
- Docentes da UPE vinculados ao internato médico e profissionais preceptores vinculados à SMS - Garanhuns e UPE que atuam nas unidades que receberam o internato médico na APS;
- Gestores do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde responsáveis pela mediação entre academia e as Unidades de Saúde que receberam os estudantes do internato médico na APS;
- Usuários / pacientes com idade superior aos 18 anos, pertencentes à população adscrita às Unidades de Saúde que recebem/receberam os estudantes do internato médico.

São critérios de exclusão:

- Docentes e servidores vinculados ao internato que estejam de férias, licença prêmio ou afastados por outros motivos;

- Discentes afastados por trancamento do semestre e egressos que realizaram / concluíram o Internato, que não foi possível localizar no momento da coleta de dados.

As entrevistas direcionaram-se a uma amostra intencional, não-probabilística do tipo por acessibilidade / conveniência, cujos atores-chave possuem relação direta com o objeto desta pesquisa. A amostra foi caracterizada por 12 entrevistados: docentes e preceptores vinculados a UPE e SMS - Garanhuns (04), gestores do núcleo de educação permanente da SMS - Garanhuns (02), discentes vinculados ao internato médico (03) e usuários das USF ligadas ao internato médico (03). É imprescindível esclarecer que devido às diferenças entre o universo total para cada grupo dos atores-chave, buscou-se nivelar o quantitativo das entrevistas, evitando-se assim, que as opiniões e subjetividades de um determinado grupo se sobrepujassem aos demais. A realização das entrevistas não está pautada no objetivo de generalizar os dados obtidos, mas aprofundar o olhar e o conhecimento sobre o objeto da pesquisa a partir das diferentes percepções dos atores envolvidos. Para Minayo (2017), uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo.

Com vistas a garantia do anonimato dos participantes da pesquisa, a identificação realizou-se através do grupo pertencente e por numeração indicativa em face ao quantitativo expressado. Os dados coletados foram gravados por componente eletrônico (áudio e/ou vídeo) e, em seguida, transcritos.

A seguir, contempla-se a descrição e agrupamento dos atores-chave, assim como sua representação no Quadrilátero da formação:

Quadro 3 – Grupos, instituição, representação do Quadrilátero da formação e quantidade

GRUPO	INSTITUIÇÃO	REPRESENTAÇÃO DO QUADRILÁTERO	QUANTIDADE
Preceptores	SMS	Assistência	03
Docentes e Discentes	UPE	Ensino	04
Gestores	SMS	Gestão	02
Usuários	SMS	Controle Social	03
Total			12

Fonte: A autora, 2020.

4.4 ESTRATÉGIA DE PRODUÇÃO E COLETA DE DADOS

4.4.1 Pesquisa Documental

Entende-se por documento qualquer registro que possa ser usado como fonte de informação, por meio de investigação, que engloba: observação (crítica dos dados na obra); leitura (crítica da garantia, da interpretação e do valor interno da obra); reflexão (crítica do processo e do conteúdo da obra); crítica (juízo fundamentado sobre o valor do material utilizável para o trabalho científico) (PRODANOV, 2013).

A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas quando o fato ou fenômeno ocorre, ou depois (LAKATOS, 2013). Salienta-se que na pesquisa documental, o trabalho do pesquisador requer uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico (OLIVEIRA, 2007).

Para Gil (2004), nesta categoria estão os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, tais como associações científicas, igrejas, sindicatos, partidos políticos etc. Incluem-se aqui inúmeros outros documentos como cartas pessoais, diários, fotografias, gravações, memorandos, regulamentos, ofícios, boletins etc. De outro lado, há os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc. Além do mais, boa parte das fontes usualmente consultada nas pesquisas documentais, tais como jornais, boletins e folhetos, pode ser tratada como fontes bibliográficas.

A pesquisa documental apresenta uma série de vantagens. Primeiramente, há que se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados. Como os documentos subsistem ao longo do tempo, tornam-se mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica (GIL, 2004).

Para esta etapa da pesquisa documental foram contemplados os seguintes textos: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UPE/Garanhuns e DCN para o curso de graduação em medicina de 2014, o Guia do Internato Médico na APS de 2018, Relatório individual de final de estágio (ao término do rodízio na APS) realizado pelos estudantes.

O Relatório individual de final de estágio, constitui-se em valiosa ferramenta metodológica, apresenta característica crítico-reflexiva, guardando em si as impressões, sentimentos e reflexões dos estudantes, a partir da sua inserção nas Unidades de Saúde da Família.

A escolha destes documentos deu-se em virtude da necessidade de maior compreensão sobre o internato médico e suas características, considerando o exposto no referencial teórico deste estudo, cujos elementos entrelaçam-se às políticas, programas e ações que culminaram nas normativas vigentes.

4.4.2 Entrevista semiestruturada

Nas pesquisas qualitativas, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira sobre eles, ou seja, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador (PRODANOV, 2013). Enquanto técnica de coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (SELLTIZ et al., 1967).

Para Farr (2002) a entrevista é essencialmente uma técnica, ou método, para estabelecer ou descobrir que existem perspectivas, ou pontos de vista sobre os fatos, além daqueles da pessoa que inicia a entrevista. Cabe ao pesquisador selecionar os participantes que conservem afinidade com os aspectos a serem investigados, conferindo-lhes intencionalidade na eleição dos participantes.

Gil (2010) pontua algumas recomendações ao momento da elaboração de um roteiro de entrevista: (1) as instruções para o entrevistado devem ser elaboradas com

clareza, para que ele tenha facilidade de entendê-las; (2) as questões potencialmente ameaçadoras devem ser construídas de forma que o entrevistado possa respondê-las sem constrangimentos; (3) as questões devem ser ordenadas de maneira a favorecer o rápido engajamento do respondente na entrevista; (4) as perguntas devem ser padronizadas na medida do possível, a fim de que as informações obtidas possam ser comparadas entre si.

A entrevista semiestruturada tem como atributos questionamentos básicos que se baseiam em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos entrevistados (TRIVIÑOS, 2009).

Para este estudo realizaram-se entrevistas semiestruturadas, baseadas nas recomendações para elaboração de roteiro que estabelecem três critérios fundamentais, conforme proposto por Manzini (2003): (1) questões relacionadas ao planejamento da coleta; (2) questões sobre variáveis que afetam os dados de coleta e futura análise; (3) questões que se referem ao tratamento e análise de informações advindas de entrevista. Parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam com a pesquisa e em seguida acrescentam-se novas interrogativas que surgem ao longo da entrevista, permitindo maior interação e conhecimento da realidade dos informantes (CERVO, 2002; RAUPP; BEUREN, 2004). Desta forma, o apresto das entrevistas e coleta das informações foram constituídas de maneira a gerar dados com maior aproximação e correspondência aos objetivos propostos nesse estudo. Manzini (2004) salienta que é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos. A partir do exposto, constituíram-se os roteiros para as entrevistas de acordo com cada grupo de atores-chave (APÊNDICES A-E).

As entrevistas foram realizadas por meio de gravações de áudio e vídeo, em ambiente físico e virtual, com duração média de 40 a 100 minutos, após os esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e Termo de Autorização de Uso de Imagem (APÊNDICES F e G).

A seguir, observa-se a quantidade de entrevistas por grupo, o agrupamento dos atores-chave e a codificação utilizada para identificação dos participantes:

Quadro 4 – Quantidade de entrevistas por grupos de participantes da pesquisa

GRUPOS	QUANTIDADE DE ENTREVISTAS	IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES
Preceptores	03	P 1 P 2 P 3
Docentes/Discentes	04	D 1 E 1 E 2 E 3
Gestores	02	G 1 G 2
Usuários	03	U 1 U 2 U 3

Fonte: A autora, 2021.

Legenda: D = Docente; E = Estudante; P = Preceptores; G = Gestores; U = Usuários

4.5. Análise dos dados

A escolha do método para análise dos dados baseou-se no emprego de ferramenta que respondesse aos instrumentos de coleta de dados, de maneira a aprofundar a crítica e o conhecimento acerca do objeto da pesquisa. Silva e Fossá (2015), afirma que a Análise de Conteúdo é uma técnica de apreciação das comunicações, que irá ponderar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos. Bardin (2016) ressalta a importância do rigor na utilização da análise de conteúdo, a necessidade de ultrapassar as incertezas, e descobrir o que é questionado. A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça.

A análise de conteúdo foi realizada seguindo a metodologia de Bardin (2016), a qual é dividida em três categorias: (1) a pré-análise, (2) a exploração do material e (3) o tratamento dos resultados.

A pré-análise caracteriza-se pela organização do material a ser analisado com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais. Trata-se da organização quatro etapas: (a) leitura flutuante, traduzida através do contato com os documentos da coleta de dados, que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, consiste na

seleção do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

A segunda fase consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao material textual coletado submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase.

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Consiste em captar os conteúdos expressos e latentes contidos em todo material coletado (entrevistas e documentos). Ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica. O tratamento dos resultados compreende a codificação e a inferência (SANTOS, 2012).

Desta forma, a partir dos objetivos propostos para esta pesquisa, buscou-se sistematizar no quadro abaixo com os Instrumentos, Categorias e Método de Análise a serem empregados:

Quadro 5 – Instrumentos, categorias e método de análise

INSTRUMENTOS	CATEGORIAS DE ANÁLISE	MÉTODOS DE ANÁLISE DOS DADOS
PPC DCN	O Internato Médico na APS e o perfil de competência do graduando em medicina da UPE / Garanhuns	Análise documental
Relatório Final de Rodízio Entrevistas	Correlação entre teoria e prática durante o Internato médico na APS Percepção dos atores quanto à implantação do Internato Médico na APS; Vivência e desenvolvimento de vínculos na APS; Interlocução interinstitucional: Universidade, Gestão e Serviço; interpretação pelos atores envolvidos	Análise documental Análise de conteúdo

Fonte: A autora, 2021.

Para este estudo, os documentos selecionados e as entrevistas – após escuta atenciosa e transcrições - foram submetidos à exaustiva leitura, onde recortes dos textos foram agrupados em unidades de registro. A partir dos agrupamentos, foram constituídas unidades temáticas baseadas nas informações precisas e sua representação no conteúdo. Após a identificação de palavras-chave, realizou-se o resumo de cada parágrafo (unidade) resultando na primeira categorização. Obedecendo ao proposto por Bardin, essas categorias iniciais foram agrupadas tematicamente e originaram as categorias intermediárias e estas, em função da ocorrência e confluência dos temas, resultaram nas categorias finais.

Desta forma, os textos das entrevistas e dos documentos foram reunidos em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), posteriormente agrupados em categorias iniciais, intermediárias e finais, cabendo e possibilitando inferências.

Assim sendo, elaborou-se um quadro com a estrutura analítica, delineando as categorias a serem exploradas:

Quadro 6 – Objetivos e categorias de análise

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORIAS
Relacionar o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) frente às recomendações para o internato médico dispostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina/ 2014	1.O Internato Médico na APS e o Perfil de competência do graduando em medicina da UPE / Garanhuns
Contextualizar a implantação do internato médico da UPE/ Garanhuns na Atenção Primária à Saúde diante da necessidade de integrar ensino-serviço-comunidade	2.Interlocução interinstitucional: Universidade, Gestão e Serviço; interpretação pelos atores envolvidos
	3.Correlação entre teoria e prática durante Internato Médico na APS
Conhecer as percepções dos atores envolvidos acerca da implantação do internato médico na APS	4.Percepção dos atores quanto à implantação do Internato Médico na APS;
	5.Vivência e desenvolvimento de vínculos na APS

Fonte: A autora, 2021.

4.6. Aspectos éticos

Esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; e com normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, aprovadas pelo CNS, através da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CEP/PROPEGI-UPE), e aprovado pelo referido CEP, sob Parecer Nº 4.403.862, CAAE: 37752020.9.0000.5207 (ANEXO A).

A pesquisa envolveu: **Riscos:** vinculado à quebra do sigilo e constrangimento, para tanto, o estudo baseou-se de forma a se evitar todos os riscos e se obter benefícios. As entrevistas ocorreram em ambiente reservado e virtual (videochamada, gravação de vídeo e áudio), com prévia autorização do uso de imagem, em razão da necessidade do isolamento social devido à pandemia da COVID-19. Antes da realização da entrevista ocorreu uma leitura prévia com os voluntários e se deixou claro que nenhum dado pessoal seria divulgado, por isso a partir desse momento, eles seriam identificados por código numérico para evitar possíveis constrangimentos. O estudo teve como **benefício direto:** 1. Conhecer quais

benefitorias e contribuições para formação médica foram encontrados advindas da implantação do internato médico na Atenção Primária à Saúde no município de Garanhuns; 2. Buscar promover mudanças que respondam às necessidades e aperfeiçoamentos futuros para a formação profissional dos estudantes de medicina da UPE/Garanhuns; 3. Aperfeiçoar o Guia do internato médico na Atenção Primária à Saúde, a partir dos resultados obtidos através da análise da percepção dos atores (docentes, discentes, gestores, preceptores e comunidade) implicados. Como **benefício indireto**, a partir das lacunas encontradas no estudo podem ser propostas intervenções que possibilitem a melhora do panorama encontrado.

Como **Medidas Protetivas**, todas as informações e resultados desta pesquisa são confidenciais e serão divulgados em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação, assim como foram disponibilizadas através de correio eletrônico pessoal fornecido pelos participantes, considerando a impossibilidade para consultas nos eventos e publicações científicas. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações de áudio e vídeo, decorrentes das entrevistas), ficarão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador principal, pelo período de 5 anos. Nada foi pago ou cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação foi voluntária. Ficou também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Para o acesso ao material documental e realização das entrevistas foi solicitada Carta de Anuência da UPE e da SMS – Garanhuns (ANEXOS B e C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para esta etapa apresentam-se os resultados obtidos através da pesquisa documental e das entrevistas realizadas junto aos atores-chave. Após a aplicação do análises propostas para este estudo - a análise documental e de conteúdo - nasceram as categorias de magnitude para melhor compreensão e conhecimento acerca do Internato Médico na APS e da sua contribuição para a formação médica.

5.1 O INTERNATO MÉDICO NA APS E O PERFIL DE COMPETÊNCIA DO GRADUANDO EM MEDICINA DA UPE/GARANHUNS

Após as DCN 2014, os projetos pedagógicos das graduações em medicina passaram por modificações e apesar dos avanços nos currículos dos cursos de medicina dos últimos anos, percebe-se a necessidade de aprofundamento nas discussões e estudos na área de formação e educação médica, sobretudo no que diz respeito aos contextos interdisciplinares relacionados diretamente o campo da APS e Saúde Coletiva (BRASIL, 2014).

Para realização da análise, tomou-se as resoluções do Conselho Nacional de Educação que determinam as DCN's de 2001 e 2014. Buscou-se elementos que identificassem o alinhamento entre os documentos citados, de maneira a traduzir as proposições e recomendações direcionadas ao Internato médico na APS.

As DCN foram inicialmente publicadas em 2001, passaram por reformulação em 2014, sendo homologadas pelo Conselho Nacional de Educação, pela Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014).

As discussões tornaram-se mais intensas desde as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, quando os eixos estruturantes da saúde coletiva (epidemiologia, ciências sociais, planejamento e gestão) foram incluídos nas competências a serem desenvolvidas na formação médica (OLIVEIRA et al., 2011).

As características dos documentos quanto ao tamanho, mostram que as diretrizes de 2001 possuem estrutura compacta e quantidade de páginas menor (seis no total) comparada às diretrizes de 2014, que apresenta estrutura detalhada e com maior volume (quatorze páginas). A organização das informações contidas em ambos, evidenciou diferenças quanto ao arcabouço conforme observado no quadro a seguir:

Quadro 7 – Estrutura organizacional DCN 2001 e 2014

ORGANIZAÇÃO / ESTRUTURA	DNC 2001	DNC 2014
Artigos	1º ao 14º	1º ao 41º
Capítulos	—	I, II, III
Seções	—	I, II e III (I e II Capítulos)

Fonte: A autora, 2021.

A apresentação das DCN 2001 traz sua configuração distribuída em nove pontos fundamentalmente:

- 1) Perfil do formando - Egresso;
- 2) Conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais (composto por 06 subitens);
- 3) Conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades específicas (composto por 22 subitens);
- 4) Conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde-doença e a integralidade das ações do cuidar em medicina. (composto por 06 subitens);
- 5) Estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço;
- 6) Atividades complementares;
- 7) Projeto Pedagógico do Curso orientado pelas DCN;
- 8) Estrutura do curso (composta por 08 subitens);
- 9) Orientações gerais sobre processos avaliativos, metodologias de ensino etc.

Comparado às DCN instituídas em 2001, esta última – DCN 2014 – traz consigo os aspectos principais e constitutivos do documento anterior, contudo, observa-se complementação das orientações com maior detalhamento e configuração diferenciada, como pode-se apreciar:

(1) Capítulo I – Das Diretrizes; (formação nas três áreas)

Seção I – Da Atenção à Saúde (composta por dez itens);

Seção II – Da Gestão em Saúde (composta por oito itens);

Seção III – Da Educação em Saúde (composta por sete itens).

(2) *Capítulo II – Das Áreas de Competência da Prática Médica (perfil do egresso)*

Seção I – Da Área de Competência Atenção à Saúde:

Subseção I – Da Atenção às Necessidades Individuais de Saúde (composta por dois subitens e seus desdobramentos);

Subseção II – Da Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva (composta por dois subitens e seus desdobramentos);

Seção II – Da Área de Competência Gestão em Saúde (composta por dois itens):

Subseção I – Da Organização do Trabalho em Saúde (composta por dois subitens e seus desdobramentos);

Seção III – Da Área de Competência Educação em Saúde (composta por três itens):

Subseção I – Da Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva (composta por único subitem);

Subseção II – Da Ação-chave Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento (composta por único subitem e seus desdobramentos);

Subseção III – Da Ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos (composta por único subitem e seus desdobramentos).

(3) *Capítulo III - Dos Conteúdos Curriculares e do Projeto Pedagógico do Curso de graduação em medicina (composto por vinte e três itens).*

Com o intuito de delimitar o escopo da análise, segue quadro comparativo com as mudanças ocorridas no internato médico, em especial na APS, após as DCN 2014.

Quadro 8 – Comparativo normativas internato médico 2001 e 2014

DCN 2001	DCN 2014	ANÁLISE
<p>Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.</p> <p>§1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.</p> <p>§2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.</p>	<p>Art. 24. A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.</p> <p>§1º A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES);</p> <p>§2º A carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina.</p> <p>§3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato.</p> <p>§4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência.</p> <p>§5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observa-se a inclusão da unidade formação atrelada ao treinamento em serviço; 2. A supervisão permanece realizada pelos docentes da Instituição formadora; 3. A carga horária mínima do Internato foi mantida em 35% do total da graduação em Medicina; 4. Destaca-se a mudança significativa de 30% da carga horária total do internato médico destinada ao desenvolvimento das atividades na Atenção Básica considerando Serviços de Gestão e Saúde Mental; e Serviços de Urgência e Emergência; 5. As atividades do internato a serem desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica devem estar direcionadas para a Medicina de Família e Comunidade; 6. O papel do preceptor surge bem delimitado na figura dos profissionais dos serviços de saúde; 7. Delimita-se a jornada semanal de atividades baseada na "Lei do Estágio", onde a jornada diária é de no máximo 12h nos plantões e de 40 h durante a rotina semanal;

(continua)

Quadro 8 – Comparativo normativas internato médico 2001 e 2014

DCN 2001	DCN 2014	ANÁLISE
<p>Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.</p> <p>§1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.</p> <p>§2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.</p>	<p>Art. 24.</p> <p>§6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas.</p> <p>§7º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar a realização de até 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para o estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em instituição conveniada que mantenha programas de Residência, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, ou em outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.</p> <p>§8º O colegiado acadêmico de deliberação superior da IES poderá autorizar, em caráter excepcional, percentual superior ao previsto no parágrafo anterior, desde que devidamente motivado e justificado.</p> <p>§ 9º O total de estudantes autorizados a realizar estágio fora da Unidade da Federação em que se localiza a IES não poderá ultrapassar o limite de 50% (cinquenta por cento) das vagas do internato da IES para estudantes da mesma série ou período.</p> <p>§10. Para o estágio obrigatório em regime de internato do Curso de Graduação em Medicina, assim caracterizado no Projeto Pedagógico de Curso (PPC), a jornada semanal de prática compreenderá períodos de plantão que poderão atingir até 12 (doze) horas diárias, observado o limite de 40 (quarenta) horas semanais, nos termos da Lei Federal nº</p>	<p>8. Estabelecimento de termos de compromisso entre as instituições pactuando o período de prática dos estudantes e plano de estágio atualizados a cada 2 anos.</p>

(continua)

Quadro 8 – Comparativo normativas internato médico 2001 e 2014

DCN 2001	DCN 2014	ANÁLISE
	<p>11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes.</p> <p>§11. Nos estágios obrigatórios na área da saúde, quando configurar como concedente do estágio órgão do Poder Público, poderão ser firmados termos de compromisso sucessivos, não ultrapassando a duração do curso, sendo os termos de compromisso e respectivos planos de estágio atualizados ao final de cada período de 2 (dois) anos, adequando-se à evolução acadêmica do estudante.</p>	

Fonte: A autora, 2021.

Através do exercício de interpretação dos dados, observa-se a ênfase quanto às atividades do internato médico voltadas para a Atenção Básica, fato inédito que sem dúvida pontua um novo momento no direcionamento para as mudanças nos currículos, a partir da inserção das três esferas de competência que estruturam a formação médica: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde.

Em 2016, a reformulação do projeto pedagógico da graduação em medicina / UPE-Garanhuns, em especial o programa do internato médico, tornou-se iminente em virtude não somente do imperativo quanto à normativa, mas devido a importância e relevância das características do território – município sede da IES – de maneira a traduzir a formação de profissionais que atendessem às necessidades da população. Para Cândido e Batista (2019) algumas estratégias como a ampliação e diversificação de cenários de prática são apontados como fatores essenciais para implantação e reestruturação do ensino de Atenção Básica no internato. Desta forma, as DCNs influenciaram diretamente no processo construção do guia do internato na APS – UPE, realizado com os diferentes atores: professores, estudantes, preceptores e gestores, onde, privilegiou-se a oferta e ampliação do campo de atuação na APS, bem como, o fortalecimento das relações interinstitucionais, realizando as adequações necessárias, considerando a importância do perfil de competências preconizado.

A competência profissional é dada como um complexo conjunto de comportamentos construídos sobre componentes do conhecimento, habilidades e atitudes, além das capacidades individuais (CARRACCIO et al., 2020).

Para Rodrigues et al. (1994) em função da característica da formação e atuação profissional, o perfil de competências tem tarefa de evidenciar a importância da identificação e concepção sistêmica de um conjunto de habilidades a serem alcançadas pelos estudantes, tendo em conta o caráter generalista que deve estar dirigido a fortalecer o processo formativo pertinente ao encargo social contemporâneo.

O perfil de competências do graduando em medicina UPE/Garanhuns, guarda íntima relação junto às DCN 2014, apoia-se nas habilidades a serem desenvolvidas durante a graduação em medicina, principalmente durante o período do internato médico, por sua característica majoritária de atividades práticas (Quadro 9, 10 e 11):

Quadro 9 – Área de competência de atenção à saúde

Subárea	Ações-chave	Desempenhos
Atenção às Necessidades Individuais de Saúde	Identifica as Necessidades de Saúde	Realização da História Clínica; Realização do Exame Físico; Formulação de Hipóteses e Priorização de Problemas; Promoção de Investigação Diagnóstica.
	Desenvolve e avalia Planos Terapêuticos	Elaboração e Implementação de Planos Terapêuticos; Acompanhamento e Avaliação de Planos Terapêuticos.
Atenção às necessidades de Saúde Coletiva	Investiga problemas de Saúde Coletiva	Analisa as necessidades de saúde de grupos de pessoas e as condições de vida e de saúde de comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde.
	Desenvolve e avalia Projetos de Intervenção Coletiva	Participa: 1. da discussão e construção de projetos de intervenção em grupos sociais, orientando-se para melhoria dos indicadores de saúde, considerando sempre sua autonomia e aspectos culturais; 2. da implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade; 3. do planejamento e avaliação dos projetos e ações no âmbito do SUS, prestando contas e promovendo ajustes, orientados à melhoria da saúde coletiva; Estimula: 1. a inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; 2. a inclusão da perspectiva de outros profissionais e representantes de segmentos sociais envolvidos na elaboração dos projetos em saúde; Promove o desenvolvimento de planos orientados para os problemas priorizados.

Fonte: Adaptado de PPC Medicina UPE/Garanhuns, 2016.

Quadro 10 – Área de competência de gestão em saúde

Ações-chave	Desempenhos
Organiza o Trabalho em Saúde	I. Identificação do Processo de Trabalho; II. Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção.
Acompanha e Avalia o Trabalho em Saúde	I. Gerenciamento do Cuidado em Saúde; II. Monitoramento de Planos e Avaliação do Trabalho em Saúde.

Fonte: PPC Medicina UPE/Garanhuns, 2016.

Quadro 11 – Área de competência de educação em saúde

Ações-chave	Desempenhos
<p>Identifica as Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva</p>	<p>I. Apresenta curiosidade e desenvolve a capacidade de aprender com todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde;</p> <p>II. Identifica as necessidades de aprendizagem próprias, das pessoas sob seus cuidados e responsáveis, dos cuidadores, dos familiares, da equipe multiprofissional de trabalho, de grupos sociais ou da comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um.</p>
<p>Promove a Construção e Socialização do Conhecimento</p>	<p>I. Apresenta postura aberta à transformação do conhecimento e da própria prática;</p> <p>II. Escolhe estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades de aprendizagem identificadas, considerando idade, escolaridade e inserção sociocultural das pessoas;</p> <p>III. Orienta e compartilha os conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, responsáveis, familiares, grupos e outros profissionais, levando em conta o interesse de cada segmento, no sentido de construir novos significados para o cuidado à saúde;</p> <p>IV. Estimula a construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada, participando da formação de futuros profissionais.</p>
<p>Promove o Pensamento Científico e Crítico e Apoia a Produção de Novos Conhecimentos</p>	<p>I. Utiliza os desafios do trabalho para estimular e aplicar o raciocínio científico, formulando perguntas e hipóteses e buscando dados e informações;</p> <p>II. Faz análise crítica de fontes, métodos e resultados, no sentido de avaliar evidências e práticas no cuidado, na gestão do trabalho e na educação de profissionais de saúde, pessoa sob seus cuidados, famílias e responsáveis;</p> <p>III. Identifica a necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis;</p> <p>IV. Favorece o desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade.</p>

Fonte: PPC Medicina UPE/Garanhuns, 2016.

Silva et al. (2020) afirmam que o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, docência, de enfrentamento criativo das situações de saúde, de trabalhar em equipe e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas possuem sua lógica na educação permanente que se caracteriza por: descentralizadora, ascendente e transdisciplinar.

O sistema de habilidades lógico-intelectuais, sob uma visão atualizada, é transcendente para a formulação de objetivos, a integração de conteúdo, o desenvolvimento de métodos de ensino-aprendizagem e, em última instância, para a formação de habilidades profissionais que devem distinguir o médico que a sociedade atual precisa. Os argumentos e reflexões estabelecidos estão em plena correspondência com tendências contemporâneas relacionadas aos desenhos curriculares por competências no ensino superior (ARROYO, 2017; MORENO, 2017; TOBÓN et al., 2010; DIAZ Y BARROSO, 2014).

Nesse sentido, as competências são entendidas como a possibilidade real de os seres humanos integrarem e mobilizarem sistemas de conhecimento, habilidades, hábitos, atitudes e valores para a solução bem-sucedida dessas atividades vinculadas à satisfação de suas necessidades cognitivas e/ou profissionais demonstradas em sua atuação, ao tomar decisões e resolver situações que são apresentadas em sua esfera de trabalho (NOGUEIRA et al., 2014).

Segundo Rocha (2017), observando as construções das DCN, de 2001 e de 2014, percebe-se que as novas experiências buscam a afirmação que o compromisso ético-político do futuro profissional de saúde esteja presente nas concepções, permeando o seu aprendizado a partir do trabalho em equipe. Contudo, apresentam-se questionamentos quanto ao alcance dos objetivos firmados relacionados ao perfil de egresso, como ao esperado nas instâncias atitudinais, da criação de vínculo e a sua relação com a construção do SUS.

Ao ponderar sobre o perfil de Egresso do graduando em medicina da UPE/Garanhuns e para efeito de comparação, observa-se os dados encontrados nos seguintes documentos (Quadro 12):

Quadro 12 – Comparação perfil do egresso

DNC 2014	PPC Medicina UPE/Garanhuns
O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.	O graduado em medicina da UPE/Garanhuns, será formado para que, ao lado de uma base sólida de conhecimento da Medicina contemporânea, possa atuar dentro dos princípios de resolutividade e integralidade, preconizados pelo SUS. Durante o curso, ele aprenderá a aprender, isto é, aprender a ser, a fazer, a conviver e a conhecer para desenvolver o seguinte perfil: “médico com formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença”.

Fonte: A autora, 2021.

Nota-se a semelhança dos textos, uma vez que através das adequações realizadas no projeto pedagógico, buscou-se contemplar a formação para a atuação no SUS conforme o preconizado nas DCN's.

Anteriormente compreendido de maneira tecnicista – o treinamento em serviço – dá lugar à terminologia Formação em serviço, enfatizando os processos de aprendizagem diretamente relacionados à formação dos profissionais da área da saúde, transpondo a educação do domínio técnico - científico da profissão, seguindo pelos fundamentos de relações e de práticas que em conjunto contribuam para a melhoria da saúde da população, enfocando tanto o processo saúde – doença, quanto os fatores relacionados à gestão e estruturação do cuidado à saúde, pautada na operacionalização do quadrilátero de formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, sob a inclusão da educação permanente em saúde como constituinte de uma política pública nacional em ação (SILVA et al., 2020).

Para Vieira, Pierantoni e Magnago (2018) políticas públicas têm buscado induzir ênfase na formação em cenários comunitários, como consta nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina; essa tendência de aumento da participação de serviços comunitários na formação das profissões de saúde, colocou a centralidade do contexto nos currículos (CARDOSO; CAMPOS, 2019).

A diversidade de situações e contextos, a complexidade das diferentes realidades e subjetividade quanto à compreensão sobre a saúde, torna a APS um excelente sítio para desenvolvimento das competências profissionais.

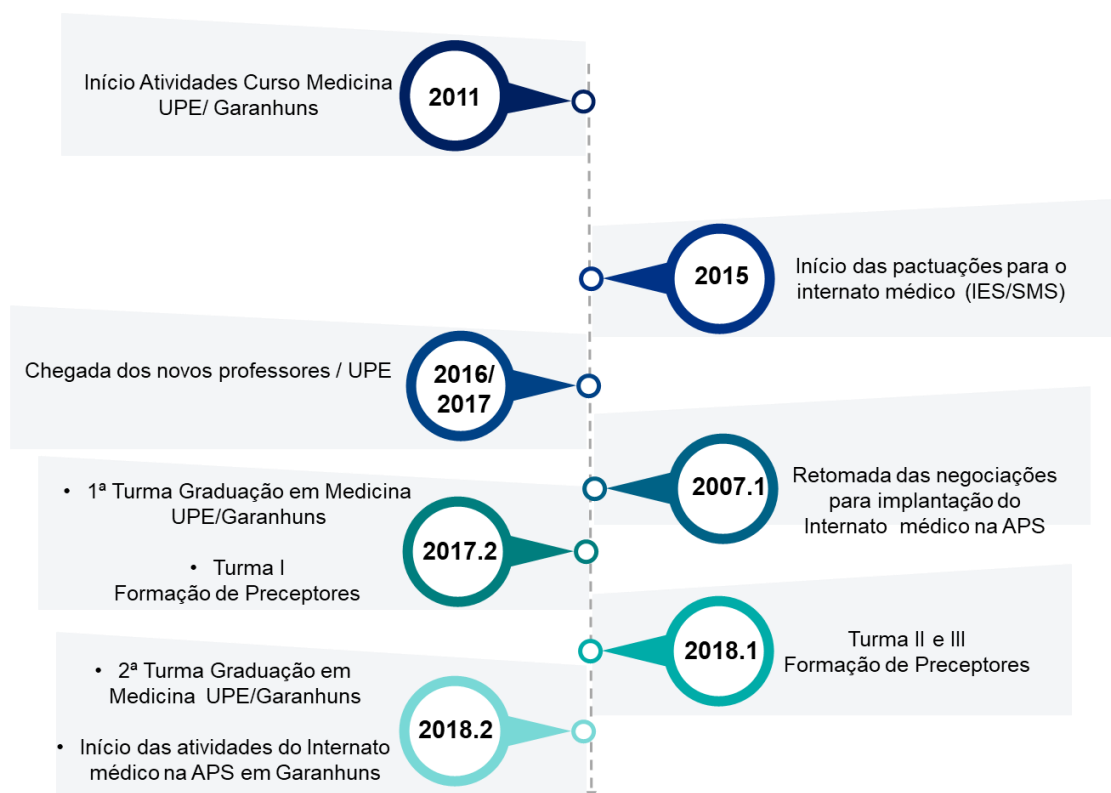
5.1.1 O Processo de implantação do internato médico na Atenção Primária à Saúde

O início das atividades do curso/bacharelado em medicina da UPE/Garanhuns deu-se no ano de 2011, caracterizado por uma entrada anual de 40 vagas, sempre ao início do segundo semestre de cada ano. A abertura do curso deu-se de maneira a incrementar a interiorização das graduações em saúde no estado de Pernambuco, atendendo a Diretriz Nacional de Interiorização da Educação Superior do Plano Nacional de Desenvolvimento da Educação, considerando o artigo 4, inciso VIII e artigo 6, inciso III, do Estatuto da Universidade de Pernambuco de 2008 que respectivamente, trata sobre prover a sociedade e seus setores produtivos de conhecimentos de tecnologias e de profissionais, visando contribuir para a construção do processo histórico-social da região e do país e criar, modificar e extinguir cursos, organizar seus projetos e propostas pedagógicas, observadas as normas legais vigentes e as exigências dos meios social, econômico e cultural (UPE, 2008).

A partir do surgimento do curso, a necessidade de preparar o território e cenários das práticas tornou-se evidente e imprescindível, considerando o período de maior carga horária em campo: o internato médico. Estabeleceu-se a priori, as práticas ambulatoriais referentes aos semestres iniciais (primeiro ao oitavo períodos) na rede municipal e estadual de saúde. Posteriormente, constituiu-se uma comissão para o internato médico composta por dois docentes, dois discentes e um docente / gestor – Pró-reitoria de graduação (PROGRAD/UPE) que, em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde (SES – PE) e SMS – Garanhuns começaram a discutir as possibilidades de implantação do internato.

Em 2015, iniciaram-se rodas de conversas entre a IES e a SMS-Garanhuns com intuito de estabelecer pactuações que culminassem com a entrada dos estudantes dos quatro últimos períodos da graduação (período correspondente ao internato médico) nos serviços de saúde vinculados ao município de Garanhuns. Para melhor sistematização dos eventos, observa-se linha do tempo a seguir:

Figura 5 – Linha do Tempo dos eventos relacionados à implantação do Internato médico na APS



Fonte: A autora, 2021.

De acordo com as falas dos entrevistados, apesar do empenho dos envolvidos durante esse processo, alguns fatores sobrepuseram-se de maneira a retardar tal possibilidade:

Estou no internato da UPE desde a primeira turma. Quando iniciamos o trabalho para as pactuações, percebemos a necessidade de um suporte da rede que naquele momento não tínhamos. Mas sempre houve uma sinalização positiva por parte da gestão de saúde municipal. **(D1)**

Como fatores relacionados à IES, pode-se descrever o número de docentes inferior ao necessário para suprir às novas demandas advindas do internato, a ausência de preparo dos professores quanto à integração docente-assistencial no

território e a fragilidade dos vínculos (seleções simplificadas e contratos emergenciais). Quanto à SMS, houve preocupações com a disposição dos profissionais dos serviços em relação ao exercício da preceptoria e as necessidades de adaptações e ajustes dos espaços físicos de alguns estabelecimentos de saúde. Também figuraram inquietações quanto às questões de ordem prática como possibilidade de diminuição da produtividade nos serviços em razão da presença dos estudantes. Entretanto, por tratar-se de um processo pioneiro, e mesmo diante dos obstáculos mencionados, a gestão municipal de saúde mostrou-se receptiva e colaborativa com a IES, estabelecendo parceria e planejamento para o enfrentamento das dificuldades.

Passado o momento inicial das negociações, e sem o desfecho desejado, houve uma pausa entre 2016 e 2017 em relação às pactuações. Após concurso público, em 2017, um novo grupo de professores iniciou suas atividades na IES, e após a primeira reunião do colegiado do curso, foi estabelecido um prazo para o início das atividades do internato médico no município de Garanhuns: segundo semestre de 2018. Este prazo se impôs diante do fato dos estudantes graduados anteriormente (primeira e segunda turmas, respectivamente, 2017 e 2018) haverem vivenciado o internato médico nas cidades de Caruaru e Recife, em virtude da não implementação do internato em Garanhuns. Em seguida, a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES-UPE) composta por cinco professores, deu início a retomada das negociações e pactuações necessárias para a implantação do internato médico na APS. Foram realizados encontros sistemáticos entre a IES e SMS, para detalhamento dos aspectos a serem discutidos: 1. Definição dos serviços de saúde a serem utilizados; 2. Contrapartidas da IES; 3. Suporte pedagógico – educação permanente em saúde compartilhado (IES e NEPE/SMS); 4. Necessidade de preparação dos profissionais dos serviços para o desenvolvimento da preceptoria.

Para Wanderley (2016) em geral, nos processos de implementação, apresentam-se como desafios para gestão da IES: resistência docente, discente e de técnicos administrativos; entraves na relação ensino-serviço; falta de sintonia entre a gestão acadêmica e a gestão administrativa; falta de reconhecimento e apoio à preceptoria.

Tornou-se evidente a necessidade do fortalecimento da educação permanente, compreendendo que ela possibilita, simultaneamente, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na área da saúde e o

desenvolvimento das instituições. Além disso, ela reforça a relação das ações de formação com a gestão da rede e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social, estando vinculada ao desenvolvimento de propostas educativas que ressignifiquem o processo de trabalho, situação em que o cotidiano de trabalho se constitui em fonte de conhecimento, permitindo-se estabelecer reflexões e problematizar a realidade dos serviços de saúde (D'AVILA et al.,2014). No quadro abaixo foram pontuados as principais barreiras e elementos facilitadores durante a implantação do internato na APS na UPE/Garanhuns.

Quadro 13 – Barreiras e facilitadores durante a implantação do internato na APS.

BARREIRAS	FACILITADORES
Dificuldade / aceitação dos discentes quanto ao aumento da carga horária total do Internato na APS.	Compreensão por parte dos atores sobre a importância da inserção do internato nas Unidades de Saúde da Família.
Número reduzido de Docentes.	Abertura e Acolhimento da Gestão Municipal de Saúde.
Despreparo dos profissionais para o exercício da preceptoria.	Fortalecimento da IESC.
Disponibilidade das Equipes de Saúde da Família para receber o internato médico na APS.	Cumprimento das atividades pactuadas pelas Instituições para preparar o campo de prática.

Fonte: A autora, 2021.

Após a consolidação das pactuações, iniciou-se um grande esforço por parte da IES para construir e ofertar cursos voltados para desenvolvimento da preceptoria. A oferta se deu através da parceria / conjunto de iniciativas educacionais dos projetos de apoio ao SUS, aprovados para o triênio 2015-2017 para execução pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP/ HSL), fruto de parceria com o Ministério da Saúde, Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), em acordo com as diretrizes do Proadi-SUS (Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde) e através do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. O público-alvo esteve composto por profissionais da rede municipal de saúde e docentes da IES. O primeiro grupo foi contemplado no segundo semestre de 2017, e no primeiro semestre de 2018, segundo e terceiro grupos, respectivamente.

Para Botti e Rego (2008), o preceptor atua dentro do ambiente de trabalho e de formação com o objetivo de auxiliar o estudante em seu progresso. É o profissional que participa ativamente do processo de formação em saúde articulando a prática com o conhecimento científico, transformando a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem (RIBEIRO; PRADO; 2014). Refletindo a importância e papel crucial do preceptor para o internato médico, os profissionais das Unidades de Saúde da Família que foram selecionadas para o recebimento dos estudantes participaram dos cursos, onde, a partir das atividades, discussões e temáticas trabalhadas, obteve-se como produto principal o Guia para o Internato Médico na APS.

Tal iniciativa baseou-se na necessidade de aprimoramento dos docentes e profissionais dos serviços conforme o descrito nas DNC's 2014, onde orienta-se que o curso de Graduação em Medicina deve manter programa de formação e desenvolvimento docente em saúde que englobe estratégias de ensino ativas, fundamentadas em práticas interdisciplinares, adotando maior compromisso com a transformação do ensino médico, de forma integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, além de oportunizar aos estudantes, professores e profissionais da saúde a ampliação das ofertas de aprendizagem.

Finalmente, após o cumprimento das propostas (pactuação 2017 - IES e SMS), ressaltando o empenho das instituições envolvidas, as atividades do Internato médico na APS debutaram em julho de 2018.

5.2 PERCEPÇÃO DOS ATORES QUANTO À IMPLANTAÇÃO NO INTERNATO MÉDICO NA APS

A experiência da implantação do internato na APS trouxe consigo elementos pontuais que caracterizaram de maneira marcante todo o processo. A presença dos estudantes continuamente, em tempo integral nas USF durante seis meses (duração total do rodízio na APS), propiciou uma série de adaptações para os discentes, docentes, profissionais dos serviços, gestores e usuários dessas Unidades de Saúde da Família.

A construção do programa do internato na APS possibilitou o estabelecimento de carga horária, de modo a contemplar o desenvolvimento das

habilidades preconizadas nas DCN 2014 / PPC. A duração total do rodízio (24 semanas) foi alvo de muitos questionamentos por parte dos discentes, pois havia uma forte concepção de que “passar” muito tempo na APS seria um “desperdício” de horas de práticas que poderiam ser mais bem aproveitadas nos rodízios de outras áreas médicas:

Sinceramente, fui contra o aumento da carga horária porque eu nunca achei que APS seria tão importante. Para mim, outras especialidades eram importantes, principalmente o rodízio de Urgências e Emergências. Após os meses e o desenvolvimento das atividades minha percepção mudou. Esse rodízio me fez perceber a real importância da APS e percebi que 6 meses na verdade foi pouco tempo. **(E2)**

[...] inicialmente eu achei estranho porque era muito tempo, achei que tinha que ficar mais tempo em rodízios que me preparavam para plantões. À medida que o tempo foi passando, percebi a importância da APS no contexto da Rede de saúde, e como isso fazia diferença nos outros serviços. Muito do que eu aprendi como médica, do que eu venho realizando na unidade em trabalho hoje, veio do meu internato, em especial da APS. Hoje, eu posso afirmar que 6 meses foram pouco tempo de rodízio. **(E1)**

A visão externada pelos estudantes anteriormente à inserção deles na APS, apresenta coesão com o modelo biomédico / especializado, que não contempla a formação generalista voltada para as práticas na APS e pautadas pela medicina de família e comunidade.

Gonzalez (2010) pontua que a formação em saúde ainda tende a seguir uma lógica linear e parcelar, numa perspectiva tradicional, que tende a trabalhar domínios de conhecimentos mantendo posturas práticas já enraizadas. Entretanto a aproximação, principalmente no nível da Atenção Básica, apresenta-se como estratégica para superar uma formação médica tradicional, baseada no modelo flexneriano, hospitalocêntrico, com conteúdo descontextualizado e fragmentado, cujo principal objetivo é a formação para a doença e não para o atendimento das necessidades do paciente.

Em um estudo direcionado ao internato médico na APS, Farenzena (2017) observa que a partir das novas concepções incorporadas pelos internos em razão da inserção na APS, onde a participação nas discussões sob enfoque não-biologicista possa estar propiciando a gestação de novos pressupostos. O seguinte relato traz a essência do exposto:

O aumento do tempo no rodízio foi muito importante. Alguns estudantes ficaram surpresos com os casos graves que chegavam na unidade e o quanto não era básico. Percebi essa mudança de visão nos estudantes. Um dos estudantes terminou o rodízio e escolheu permanecer na USF no seu

estágio eletivo, por causa da importância do serviço. Acredito que quando eles perceberam que atenção básica não tem nada de básico, se deram conta de que os pacientes que chegam aos hospitais são os mesmos provenientes dos bairros, são os mesmos que buscam auxílio nas unidades de saúde. Eles passaram a entender que o trabalho na USF não é fácil, é difícil. **(P1)**

Sempre acreditei que o aumento do tempo de permanência dos estudantes nas Unidades de Saúde da Família produziria uma mudança, um impacto maior nos processos de trabalho dos serviços, porque isso motiva a aprendizagem e incentiva a busca pelos novos profissionais da equipe. **(G1)**

Considerando o exposto, após um intenso trabalho de sensibilização com os estudantes e professores, que incluiu diversos encontros para sanar dúvidas, estabelecer canal de conversação e atualização sobre o processo de preparo dos cenários e preceptores, observou-se diminuição da resistência quanto à adequação do estágio supervisionado obrigatório (internato), assim como, mudança nas percepções e compreensão da importância da APS para a formação médica:

Essa mudança tenta garantir uma maior duração nas grandes áreas básicas, uma vez que essa é a maior necessidade da população brasileira, formação de médicos generalistas. A questão é formar profissionais que saiam da graduação com uma visão ampla das grandes áreas, enxergando as residências não como uma correção do que foi deficitário, mas como uma opção após a visão global das grandes áreas. **(D1)**

A mudança no tempo total do rodízio me assustou um pouco. A gente sempre acha que não precisa passar tanto tempo na APS. Fizemos muitas atividades com grupos de gestantes, tabagismo, hipertensos e diabéticos, com diferentes propostas pedagógicas. No final, pude compreender que na verdade eu ainda não tinha entendido a grande importância da APS na nossa vida profissional. **(E3)**

Para Gondim et al. (2018) a atenção primária ou atenção básica constitui-se no primeiro ponto de atenção à saúde e tem, como um de seus objetivos, o alcance de certo grau de resolução de problemas, que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações mórbidas que demandem ações de maior complexidade. Dessa maneira, a ausência de procedimentos de que demandam maior complexidade nessa esfera da assistência não classifica seu nível de importância dentro do sistema de saúde; torna claro que não devemos nos deixar levar pela falsa crença de que ações de saúde com qualidade, resolutivas ante os problemas de saúde, são somente aquelas dotadas de alta tecnologia presentes nos processos diagnósticos e terapêuticos.

Paralelamente à permanência maior dos estudantes nas unidades, houve uma aproximação com a comunidade de maneira intensa, permitindo que se estabelecessem novas dinâmicas para o acompanhamento e seguimento dos indivíduos e suas famílias, o que dialoga com o proposto pelas DCN 2014, conforme o Art. nº 13 que estabelece a ação-chave Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos, estabelecendo o cuidado no processo do acompanhamento clínico-terapêutico dos pacientes assistidos nas USF e que demonstra-se através das falas dos envolvidos:

[...] nós sistematizamos estudos de caso com alguns pacientes na USF e isso representou um enorme ganho de conhecimento, porque acompanhamos a evolução dos pacientes e reduzimos encaminhamentos. **(E2)**

A continuidade das vivências nos serviços e seu desfecho foram coisas marcantes para os estudantes. Por ex.: Início do tratamento com insulina e como o paciente vai responder a isso. O vínculo com certeza foi algo muito importante, porque realmente é sentido pelos estudantes. A continuidade foi o principal. Em alguns momentos, 6 meses parece ser muito repetitivo, mas as histórias não se repetem. Esse tempo do rodízio é muito positivo. **(P2)**

A primeira coisa que percebi, é o fato que podemos sim fazer diferença. Um cuidado, uma atenção a mais, modifica o processo saúde-doença do paciente. Trabalhar no território pode ser um desafio, mas pode e deve ser desenvolvido. Acredito que a importância da APS ficou muito clara para mim, diferente dos períodos iniciais do curso. **(E3)**

O estabelecimento de uma atenção continuada do estudante em relação ao paciente permite a construção e o aprendizado do cuidado horizontal, rico em valores como compromisso, afetividade, responsabilidade e, ainda, a construção de conhecimento de forma significativa e reflexiva, à medida que esta ocorre no cenário de atuação, proporcionando a integração teórico-prática (GONÇALVES e SILVA et al., 2018).

Para a gestão municipal, o fortalecimento da integração ensino-serviço conjuntamente com a implantação do internato médico na APS apresentou para além dos ganhos de qualidade na assistência aos usuários e reforço quanto as atividades propostas para educação permanente junto aos profissionais dos serviços, a possibilidade de fixação dos futuros profissionais na Rede, em virtude do exercício da preceptoria e dos bons resultados quanto à organização das unidades a partir da contribuição desses estudantes. Destaca-se o mencionado pela gestão:

Esse tempo eu acredito que favoreceu demais (a permanência dos profissionais) com a ampliação na carga horária, tanto é que hoje a

gente tem vários profissionais médicos contratados pela Secretaria de Saúde que foram Internos de medicina. **(G2)**

As experiências dos estudantes na rede, especialmente nas Unidades de Saúde da Família, permitiram que eles tivessem uma nova postura, com maior interesse sobre o funcionamento do serviço. Isso ajudou muito para que mesmo depois de formados continuassem com a gente. **(G1)**

Rocha et al. (2020) pontuam que a valorização do local de formação, estágios prolongados (em torno de 6 meses) nos dois últimos anos da graduação voltados para APS, preceptoria qualificada ligada à APS e a Medicina de Família e Comunidade, programas de graduação inseridos em zona rurais, relação entre aluno e preceptor, duração do contato do estudante com os usuários e a comunidade, desenvolvimento de projetos educacionais definidos pelas necessidades da comunidade, são alguns dos preditores educacionais que auxiliam na fixação dos profissionais médicos em áreas desassistidas ou remotas.

Dentre os vários aspectos pontuados nos diferentes momentos, esteve presente nos depoimentos a importância da preparação dos preceptores e territórios, como razão para melhores resultados dentro do processo de ensino-aprendizagem e a integração teórico-prática proposta para o internato na APS:

A preparação para a preceptoria foi fundamental para iniciar as atividades. A disponibilidade da coordenação e supervisão do internato presentes nas unidades de saúde com toda certeza foram fundamentais para a implantação do internato. **(P2)**

Foi um grande avanço para universidade e para o município. Porque com essa preparação houve discussões sobre treinamentos, capacitações e adequações dos horários dos cursos para que os profissionais fossem preparados para ser preceptores. Essa adequação possibilitou uma melhor adesão e assiduidade. O cuidado para receber estudantes, pois não adiantava só jogar de forma verticalizada, foi necessário quebrar o paradigma de que o profissional desta categoria estava no serviço somente para atender e pronto. Isso fez com que os profissionais médicos aceitassem de bom grado a função da preceptoria. **(G1)**

Com todos os benefícios observados após a implantação do internato, hoje, a gente vê esse avanço porque a gente tem médicos solicitando estudante de internato para sua unidade. **(G2)**

Segundo Albuquerque et al. (2008) um dos focos da mudança curricular na área da saúde é a formação de profissionais para conformação de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário. As Instituições de ensino necessitam oferecer ajuda às instituições parceiras na busca da melhoria da assistência, por meio da capacitação pedagógica e técnica dos profissionais dos serviços (ZANOLLI, 2019).

Na busca da melhor configuração possível, considerando os cenários de práticas, bem como as características gerais e os diferentes contextos, a proposta e oferta dos cursos para preparação de preceptores surgiu diante da necessidade de capacitar pedagogicamente os profissionais dos serviços, a fim de que os objetivos formativos pudessem ser contemplados de maneira satisfatória; observa-se coesão com os relatos:

[...] a gente organizava, planejava a rotina e as atividades do serviço; combinávamos muito entre nós (equipe) qualquer atividade que fôssemos realizar. Acho que algo muito importante foi o fato de me dar muito bem com a preceptora médica, isso facilitou muito. A capacitação que a gente recebeu na UPE fez toda diferença. Por exemplo, eu e preceptora médica tivemos que avaliar, e a gente percebeu que não era só o conhecimento, que o comportamento, a educação, o compromisso, pontualidade com a equipe também eram aspectos importantes. E isso a gente foi vendo na prática. **(P1)**

A construção do programa do rodízio, da maneira como foi realizada, trouxe muitos ganhos porque as atividades, toda a programação foi construída coletivamente, e discutida na unidade em conjunto; isso foi algo muito positivo. **(E1)**

A estratégia de estabelecer pontes entre ensino-trabalho e entre simulação-realidade representa um desafio na educação interprofissional pela inovação tecnológica frente aos currículos tradicionais. Na Saúde, essa articulação requer a inserção da educação no contexto do SUS, visando à produção de práticas colaborativas que promovam um estilo de pensamento interprofissional (LIMA et al., 2018).

Prosseguindo a análise dos discursos, os aspectos-chave das entrevistas e relatórios de final de rodízio, trouxeram diferentes percepções e observações quanto aos processos de trabalho nas USF durante as atividades programadas para o internato médico:

Receber os estudantes significou quebrar a visão burocrática da APS como é vista na universidade. O SUS é muito mais que a burocracia. A experiência foi muito boa e inserir essa concepção aos estudantes foi algo que acredito termos alcançado com nosso internato. **(P2)**

A Proposta do internato tem ajudado bastante porque contempla o acolhimento; conseguimos observar e ouvir os relatos de melhoria quanto às necessidades de triagem, pré-agendamentos. **(G1)**

O posto funcionou melhor com os estudantes, teve muita palestra. Houve uma melhora grande, principalmente na marcação das consultas e nos encaminhamentos. **(U1)**

Os alunos são muito prestativos. A gente vê que eles não têm pressa para atender. **(U3)**

Deve-se, portanto, reconhecer que a reestruturação dos currículos, em especial do Internato médico na APS, envolve repensar a organização do conhecimento na prática. Para tanto, priorizar uma educação sustentada na interdisciplinaridade, proporcionando uma formação de modo integral coloca-se cada vez mais de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Para alcançar a interdisciplinaridade, os docentes precisam trabalhar juntos e articular seus conhecimentos de forma complementar e organizada, de modo a buscar a participação ativa dos discentes no processo de ensino (CUSTÓDIO et al., 2019). Algumas falas demonstram a participação ativa dos discentes durante o processo:

Realizei muitas visitas individualmente e junto à Universidade nas 09 Unidades de Saúde da Família que receberam os alunos do internato e observei momentos em que os estudantes junto com os preceptores estavam em atendimento, e pude constatar uma qualidade diferenciada com muita humanização na assistência prestada. **(G2)**

Desde o início a interação foi muito positiva, tivemos uma liberdade para tirar dúvidas, perguntar, trabalhar em equipe. Muita interação para desenvolver os projetos, e fez com que eu me sentisse parte da equipe. **(E2)**

Enquanto o doutor 'tava' lá na sala, os estudantes ficavam aqui fora conversando com a gente, perguntando como a gente estava. Eles sempre perguntavam sobre os problemas de saúde da gente. **(U2)**

Eles (estudantes) explicam bem direitinho sobre os exames, sobre os remédios, como a gente deve tomar. **(U1)**

Para os usuários do SUS no âmbito da APS, as três dimensões percebidas e que favorecem a avaliação do serviço, são traduzidas pelo acesso, relação profissional-usuário / vínculo e informação. A perspectiva do usuário é de grande valor, por apresentar-se como elemento norteador para o planejamento e a tomada de decisões nos serviços de saúde (PAIVA et al., 2015).

O trabalho em equipes se refere, ao mesmo tempo, à assistência, gestão e formação profissional em saúde, e requer empenho tanto dos profissionais como dos gestores do sistema de saúde, dos educadores, e dos estudantes, que precisam ser preparados/habilitados para a prática interprofissional; para tanto, a articulação com a rede assistencial é fundamental, constituindo-se em cenários de ensino-aprendizagem (PEDUZZI et al., 2013).

A busca pela oferta de um programa para o internato na APS que pudesse contemplar a formação generalista, inseriu em sua estrutura aspectos fundamentais para os serviços do SUS, em especial na esfera da Política Nacional de Humanização em Saúde – HUMANIZASUS - criada em 2003 com o intuito de efetivar

os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão e para incentivar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, produzindo melhoria da qualidade da saúde no Brasil. As diretrizes do HUMANIZASUS foram trabalhadas de maneira a garantir a vivência das mesmas pelos estudantes, incluindo a participação direta dos alunos na implantação do acolhimento em algumas USF. Aspectos como clínica ampliada, organização dos fluxos, cogestão, trabalho em equipe, inter e multiprofissional foram alguns dos elementos inseridos na programação das atividades e que através dos relatos dos atores-chave, observa-se que foram experienciadas durante o processo:

Além de ser um ambiente novo para nós, também foi para os profissionais. A unidade deixou de ser somente ambiente de trabalho e passou a ser de ensino também. Muitos projetos e ideias surgiram para melhorar o funcionamento da unidade. **(E1)**

A dimensão de organização, liderança, gestão do cuidado, foi algo muito desenvolvido na minha Unidade e trouxe muito benefício para minha formação. **(E3)**

O estudo de casos clínicos reais trouxe um crescimento exponencial para mim. É algo fácil, integrado ao rodízio e beneficia o estudante, o serviço, e principalmente ao paciente. **(E3)**

Novamente, cabe reafirmar a importância da Educação Permanente em Saúde, como elo imprescindível que configura a interação dinâmica entre ensino, docência e saúde, objetivando respostas positivas na qualidade, equidade e acesso aos serviços (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAUL, 2014).

Por meio dos relatos analisados observaram-se muitos benefícios no decorrer das atividades do internato, entretanto, algumas dificuldades foram pontuadas, destacando-se:

A alta demanda é um dos problemas dos serviços de saúde, que nos desafiou e ao mesmo tempo comprometia os espaços de troca e discussão entre a equipe. **(E1)**

A grande demanda atrapalhou muito a dinâmica, principalmente para deliberar muitas atividades e ações. Por outro lado, o ganho de autonomia foi enorme. Nossos preceptores sempre se esforçavam para estarem alinhados ao programa construído em conjunto com os docentes. **(E3)**

Não foi 100% perfeito, em razão das inúmeras demandas, das diferentes agendas dos profissionais, mas acredito que conseguimos construir uma agenda coletivamente. **(P2)**

Para Reuben (2007) a organização do serviço e a diretriz para que as portas dos serviços estejam sempre abertas, gera uma grande demanda e o uso repetido

da unidade; produzindo uma situação delicada, pois não se pode recusar à clientela os benéficos dos exames e consultas especializadas, assim como não se pode negar a efetividade de um atendimento cuidadoso, realizado sem pressa, através do diálogo com o profissional, na busca da garantia de seguimento e de atendimento não agendado em caso de intercorrência.

As necessidades de saúde estão relacionadas à produção social e à acessibilidade às ações de saúde. O cuidado em saúde precisa ser planejado, e levar em conta as demandas e a disposição dos serviços de saúde para tratar tais necessidades, de maneira a compreender seus significados e os sujeitos envolvidos no processo de produção e consumo à saúde (MORAES; BERTOLOZI; HINO, 2011).

Entre outros aspectos mencionados durante as entrevistas, dificuldades com o acesso ao serviço de saúde, ambiência e insumos foram citados:

Senti muita dificuldade na estrutura, suporte enquanto falta de medicações entre outros insumos. **(E3)**

[...] a ausência de kits para sutura, muitas vezes dificultavam coisas simples que poderiam ser resolvidas na unidade de saúde. **(E1)**

Ainda tem muita dificuldade para a marcação. Acho isso muito errado; deviam ter um horário melhor; distribuir fichas para ninguém passar na frente. **(U3)**

O Posto (USF) é bem pequeno; mas o atendimento melhorou bastante. Teve muita palestra, mas não participei de nenhuma porque não pude. **(U2)**

Conforme observado acima, muitas dificuldades são conhecidas e persistem nas diferentes realidades dos serviços de saúde. Obstáculos para o acesso ao serviço, a falta de suprimento com relação aos materiais de trabalho, medicamentos entre outros insumos, inadequação do espaço físico e ambiência, configuração das equipes (quantidade de profissionais que comporte satisfatoriamente a assistência em relação ao total de usuários da área adscrita), são alguns exemplos de situações que persistem na APS.

Tesser (2018) pontua que o acesso na APS aumentou com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas ainda permanece insuficiente. O subdimensionamento/subfinanciamento da APS, excesso de usuários vinculados às equipes da ESF, número reduzido de Médicos de Família e Comunidade, com pouca interiorização/fixação, burocratização e problemas funcionais dos serviços, como rigidez nos agendamentos e priorização de grupos específicos configuram as principais barreiras ao acesso à saúde.

Algumas observações surgiram através da modificação da rotina nas unidades de saúde da família, em virtude da presença dos estudantes e por consequente exercício da preceptoria:

Houve muita reclamação sobre a presença dos estudantes por parte da comunidade; isso no começo; a gente tinha que “perder” tempo explicando as coisas, a rotina do serviço; depois a comunidade se acostumou. Houve uma grande ajuda, essa troca proporcionou novas propostas, mudanças, e a população sentiu essa melhoria. **(P1)**

[...]há também diminuição do status “pedestal” que o preceptor fica, uma diminuição da distância entre o preceptor e o estudante. **(P3)**

Zanoli (2019) em seu estudo, retrata a realidade do Internato médico em 68 escolas médicas brasileiras, e enfatiza que em sua maioria a preceptoria dos internos é realizada sem prejuízos ou até com benefícios para ambos, porém a supervisão dos estudantes requer tempo extra dos preceptores.

Para Vilela et al. (2009) é necessário estabelecer maior diálogo com profissionais e população sobre as potencialidades e limites do trabalho em saúde na APS, de modo a evitar que a atenção à saúde neste nível, seja percebida como uma intermediação entre o sofrimento do usuário e um hipotético bem-estar obtido por meio de tecnologias pouco acessíveis. Para Zanoli (2019) é de suma importância a articulação entre as atividades assistenciais e de supervisão, pois somente com uma boa assistência garante-se um bom aprendizado. Ainda assim, a percepção dos estudantes mostrou-se valiosa diante do embate com os percalços do dia a dia:

A unidade de saúde da família recebe todo tipo de casos, leves, graves; somos porta de entrada, então a APS é a ponte com as demais especialidades junto ao paciente. Negligenciar a APS é fechar os olhos diante das necessidades reais dos pacientes. **(E2)**

Me chamou atenção que alguns quadros clínicos que os pacientes vinham se queixando para gente, poderiam ser abordados no serviço de ambulatório por exemplo, porém muitas vezes não era necessário, pois isso passa pelo preparo dos profissionais da APS. **(E3)**

Nesse contexto, busca-se encontrar o difícil equilíbrio entre a boa prática clínica e a oferta dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis no contexto de uma demanda ainda pouco familiarizada à oferta de serviços com base na integralidade e na perspectiva das necessidades de saúde (CAMPOS; BATAIERO; 2007).

Dentre as muitas dificuldades existentes no campo de prática exemplificadas através das hierarquias, dificuldades nas relações interprofissionais e as questões

de ordem gerenciais, a riqueza que o território fornece para o aprendizado e a consequente formação para a saúde é abissal.

5.3 INTERLOCUÇÃO INTERINSTITUCIONAL: UNIVERSIDADE, GESTÃO E SERVIÇO; INTERPRETAÇÃO PELOS ATORES ENVOLVIDOS

Considerando a responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar o desenvolvimento técnico-científico, através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) determinou-se que as universidades, pautadas nas diretrizes curriculares nacionais, devem transformar, juntamente com os serviços, suas práticas de saúde e de ensino (BARBOSA; NUNES, 2021).

A percepção dos diferentes sujeitos que produzem e vivenciam a integração ensino-serviço-comunidade (IESC) revela afinidade com o perfil profissional e com as competências e habilidades comuns recomendadas nas DCNs dos cursos de graduação da área da saúde. A IESC é compreendida como espaço necessário para a efetivação das DCNs e para se alcançar o perfil profissional proposto (SILVEIRA et al., 2020).

Diante da necessidade de uma maior aproximação entre Universidade, Gestão e Serviços de saúde fez-se imprescindível conectar as instituições utilizando a IESC como principal instrumento para promover uma formação em saúde de qualidade. Essa demanda foi percebida através das falas:

O processo de articulação tanto da parte de gestão como dos profissionais favoreceu essa integração ensino - serviço – comunidade, onde se viu a oportunidade tanto de trazer as ideias da Universidade como também de vivenciar a realidade, os casos da comunidade. **(G1)**

É importante ressaltar o quanto a Universidade se aproximou do serviço e da gestão, foi para unidade de saúde para dar suporte aos profissionais de saúde para que tudo ocorresse de acordo com o planejamento e alcançasse os objetivos traçados. **(G2)**

Entendo que a integração ensino-serviço-comunidade deve ser uma relação harmoniosa, visando uma boa formação acadêmica para estudantes e principalmente um serviço de qualidade para os pacientes. A gente tem professores e estudantes representando a instituição de ensino, integrados a um serviço de saúde que por sua vez busca ofertar um melhor serviço para a população e para comunidade, e quem ganha no final das contas é o paciente. **(P3)**

A partir das mudanças na formação de recursos humanos (RH) para o SUS, surge a necessidade da Integração Ensino-Serviço. A academia e o serviço são provocados quanto às suas particularidades e potenciais: a universidade por ser sítio privilegiado da construção do saber, o reconhecimento que o serviço produz conhecimento, e o serviço, por sua vez, apresenta a compreensão que a parceria com a academia qualifica esta produção (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011). Nesse sentido, de acordo com os relatos dos entrevistados, o espaço para diálogos e discussões foi bem-sucedido:

A relação de pactuação sempre foi satisfatória. Em Garanhuns, houve uma particularidade, pois as pactuações foram realizadas diretamente com os gestores, preceptores, algo que nos enche de orgulho, pois demonstra essa consciência do papel da rede na formação, para além da existência de um contrato. **(D1)**

Sempre há uma necessidade de contato com os preceptores de maneira constante, pois alguns não compreendem com clareza o que a IES deseja. A comunicação deve ser livre, transparente, para essa parceria seja benéfica. **(D1)**

Lucchese (2010) ressalta a importância da articulação dos setores de educação com o da saúde, como forma essencial para o alcance das mudanças na gestão e nas práticas de saúde. Para Zanolli (2019), a IESC tornou-se uma prática obrigatória que demandou das Instituições de Ensino Superior, a necessidade de construir parcerias com o Sistema Único de Saúde. Alguns relatos estabelecem essa compreensão quanto a importância da IESC:

A relação foi muito importante, pelo respaldo da SMS e da UPE, com a supervisão do internato, encontros com os preceptores. Tive a real sensação de que nossas dúvidas e anseios estavam sendo acolhidos pela IES. **(P2)**

[...] os preceptores possuem a liberdade de emitir suas percepções e avaliações, sempre assessorados pela IES, para suporte pedagógico adequado, principalmente pelo desconhecimento das ferramentas pedagógicas necessárias para a condução do processo de aprendizagem e avaliação dos estudantes. **(D1)**

A EPS se caracteriza por uma série de sentidos: a valorização do trabalho no desenvolvimento pessoal; a articulação do fazer educativo com o processo de trabalho; a articulação da educação com a atenção; a integração das ações educativas sob diferentes dimensões, junto à equipe multiprofissional e interdisciplinar; o uso de estratégias educativas em prol de transformações das práticas de saúde, além de um olhar diferenciado sobre a integralidade da atenção aos usuários e à população (SILVA et al., 2017).

Algumas falas aludem às percepções dos envolvidos e dialogam com a compreensão apresentada por Silva et al. (2017), em que a educação permanente em saúde desponta como uma ferramenta importante e necessária para auxiliar a efetivação da IESC. Está fundamentada em teorias pedagógicas buscando o desenvolvimento integral dos trabalhadores, propondo a participação de diferentes segmentos e, estabelece importante estratégia de complementação/superação a propostas educativas reducionistas, tecnicistas, compartimentadas e de caráter reiterativo, em prol de uma práxis inovadora e transformadora:

A oferta de atividades de educação permanente foi muito importante, não só apenas por parte dos estudantes inseridos na rede, mas os trabalhadores dos serviços. A oferta de cursos e oficinas com estratégias que pudesse estar aproximando ainda mais a gestão da assistência foi fundamental. **(G1)**

O território é um desafio sempre; mas acredito que melhorar o suporte e respaldo pedagógico e estrutural é muito importante, para que muitas ações possam ser postas em prática em plenitude. **(E1)**

A gente sabe da necessidade de capacitação didática/pedagógica dos profissionais, principalmente a figura do preceptor. Serão esses profissionais que vão dizer se os estudantes estão aptos ou não para exercer. **(D1)**

Mendes et al. (2018) identificam o desafio da institucionalização das práticas de IESC, além da rigidez das universidades em relação às grades curriculares e o pouco envolvimento dos docentes no processo de trabalho. Apontam a importância de a IES estar inserida no processo, dando apoio e respaldo às unidades do SUS, tanto na formação dos preceptores quanto dos acadêmicos. Para Soares et al. (2020), essa tendência de reorientação do perfil com pactuações para mudanças na formação é recente, em que incide o reconhecimento da necessidade de mudanças ser algo imperativo. Nesse sentido, alguns relatos colidem com o referencial exposto, trazendo à tona dificuldades durante as atividades:

No começo foi muito boa a comunicação com a Universidade e a SMS, mas depois com a mudança de alguns profissionais que estavam na integração ensino-serviço, o contato realmente ficou ruim, porque não tínhamos com quem falar, a quem recorrer. **(P1)**

O apoio da universidade foi muito importante no começo. Após a troca da coordenação, não tivemos um professor que nos apoiasse; houve um estudante que começou a faltar muito e não tivemos como resolver, pois não houve posicionamento da Instituição com relação a equipe ou ao estudante. Esse apoio é fundamental. **(P2)**

Deste modo, torna-se nítido que, para a conservação do caráter perene quanto aos bons resultados e a livre conversação interinstitucional, há necessidade

de manutenção da IESC. Nutrir as relações de maneira positiva, aparar arestas, conciliar divergências e zelar pelo cumprimento das pactuações, são exemplos de ações que desempenham esse papel. Em seu estudo sobre a contribuição da IESC para a formação em saúde, Silveira et al. (2020) pontua que os profissionais do SUS valorizam a comunicação e a interação dos estudantes com a comunidade, indicando a necessidade de melhorar essa habilidade com os estudantes.

Para Ellery, Bosi e Loiola (2013) novos investimentos precisam ser feitos no sentido de desvelar as dinâmicas e os processos em construção que facilitem e impulsionem a integração do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde.

5.4 CORRELAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA DURANTE O INTERNATO MÉDICO NA APS

De maneira geral, para os entrevistados, o internato é compreendido pela prática no serviço que permite o desenvolvimento de habilidades e consolidação do conhecimento, conforme destaca-se nas falas a seguir:

O Internato médico é o melhor momento na formação do estudante pois integra diretamente o estudante ao paciente e é a oportunidade de colocar em prática tudo aquilo que ele aprendeu durante os quatro anos de formação acadêmica com os melhores professores que ele poderia ter, seus pacientes. **(P3)**

O internato médico para mim é a melhor hora. É o momento em que você pode praticar, que você se torna médico; porque eu acho que você vai se formando desde seu primeiro período até chegar ao período mais intenso da nossa vida acadêmica. É o momento crucial; no início é estressante, mas depois a gente vai gostando. **(E1)**

Para Nogueira e Martins (2015), a formação médica instiga a interação entre conhecimentos, habilidades e atitudes; desenvolve-se com base em estudos teóricos e experiências assistenciais supervisionadas. Engloba a personalidade do estudante, o processo e o ambiente de ensino-aprendizagem, as vivências relacionadas ao atendimento de pacientes, as experiências de vida e da formação durante o processo.

A educação através do trabalho em saúde permite que se definam os espaços de ação e de reflexão sobre a prática como duas unidades em cooperação e transformação – o trabalho e a educação. Quando em entrecorte, se institui o diálogo com outras realidades, produzindo novas possibilidades. Para que essa transformação da realidade ocorra, as instituições formadoras bem como os serviços

de saúde precisam estreitar relações, dialogar e realizar planejamento para melhoria do processo de aprendizagem (VENDRUSCOLO et al., 2017).

Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Tal reflexão encontra-se em sintonia com o exposto:

O internato promove a presença integral do estudante no serviço todos os dias tornando natural o processo de educação permanente. Ao mesmo tempo que se ensina, se organiza o serviço, identifica-se lacuna de aprendizagem, etc. Então a descoberta dessa dinâmica, permite a real visão da preceptoria e o estudante modifica o cenário de aprendizagem, porque naturalmente induz a prática da educação permanente. **(D1)**

[...] é um período dedicado exclusivamente para a parte da prática, pois tudo que foi vivenciado na academia durante os períodos anteriores se intensifica no internato. É o momento para viver a prática, ir para a comunidade junto aos outros profissionais que já estão na área. **(G1)**

Merhy et. al (2016) pontuam que o estudo das práticas de saúde tem se multiplicado com intuito de compreender e avaliar os processos de trabalho para proposição de novas modelagens de atenção, amparadas pelos princípios do SUS. Busca-se, portanto, superar o modelo biomédico hegemônico.

Através da experiência do internato médico na APS, buscou-se traçar alternativas para minimizar a distorção de que o ensino atrapalha o serviço e ampliar o entendimento sobre a bipartição entre teoria e a prática; nesse sentido, através das entrevistas extraiu-se:

Acredito que é uma falsa dicotomia entre o profissional ser da assistência ou ser da educação, pois a educação permanente demonstra a importância do aprender fazendo, no serviço. As duas coisas estão atreladas. Os profissionais vão gostando de desenvolver a preceptoria na sua prática. Quanto mais se estimulam os trabalhadores, mais eles desenvolvem suas atividades. **(D1)**

Em um estudo sobre os profissionais da Atenção Básica que realizam atividades de ensino e extensão junto aos acadêmicos da UNIFESP no município de Santos (SP), quanto à percepção sobre a mudança nas práticas profissionais, é exposto que a integração ensino-serviço pode favorecer a quebra da dicotomia entre teoria e prática; ao mesmo tempo, reconhecer que antecipar o contato com o serviço

durante a graduação pode ser estratégia fundamental para uma formação em saúde condizente com a realidade (VASCONCELOS; ETEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016).

A formação médica é um constante desafio para professores, estudantes e profissionais dos serviços. A real compreensão sobre a importância do Internato médico (para além do desenvolvimento particular dos discentes mas, para o campo de prática em sua totalidade, em especial profissionais e a comunidade), os diferentes cenários de aprendizagem, as metodologias empregadas para cada objetivo a ser alcançado e a importância do apoio da preceptoria, são alguns aspectos que dada sua relevância, buscam conjuntamente integrar e permitir um maior acercamento entre o que se estuda na sala de aula e sua aplicabilidade nos serviços de saúde, dito isto, observa-se as seguintes falas:

[...]todo mundo estava vivenciando coisas novas; a maioria querendo trazer uma mudança para a APS. Tudo muito desafiador; conseguimos relacionar o aprendizado na universidade, a prática na unidade de saúde e a vivência com a comunidade. **(P2)**

Toda a construção / agenda das atividades foi realizada junto com a equipe e os estudantes; buscamos sanar e variar as atividades de acordo com as possibilidades do território. **(P2)**

Os alunos estão tendo oportunidade de vivenciar a comunidade na prática, é ali no território, que eles estão intensificando o aprendizado. **(G2)**

Percebeu-se que nos diferentes postos de trabalho houve uma maior consciência da importância do cenário de prática e do território para além dos objetivos propostos para o internato na APS; houve uma maior compreensão por parte dos estudantes em relação ao potencial do território enquanto espaço para atuação e aprendizado.

Peduzzi (2011) afirma que o trabalho em saúde é aqui compreendido como uma prática social, carregando consigo finalidades que respondem a um projeto de sociedade em que estão imbricadas concepções de saúde-doença-cuidado. Extraiu-se das entrevistas pontos em comum:

No internato a gente consegue ter uma noção melhor dessa integração, com todo o contato que a gente consegue com as pessoas e comunidades, não que a gente não tenha tido essa integração antes, mas é muito mais intensa. **(E2)**

A gente ia para as práticas e visualizava aspectos sociais que a gente não trabalhava na sala de aula. A interlocução entre a teoria e a prática foi muito importante porque fez a gente expandir nossa visão sobre o que envolve saúde. **(E1)**

Com a mudança curricular, os cursos delinearam propostas com o compromisso ético de formar indivíduos com senso crítico sobre seu papel frente à sociedade, estimulando o estudante a adquirir habilidades em comunicação, liderança, administração e gerenciamento dos serviços e da própria aprendizagem (SOARES; CASSIANO; COELHO, 2020).

Através do cotidiano das atividades nas USF, a presença dos graduandos em tempo integral nos serviços, trouxe para a equipe e os estudantes uma ressignificação das pré-concepções quanto ao aprendizado pelo trabalho nos diferentes territórios, conforme externados nos depoimentos:

O internato na APS tornou esse processo palpável. É algo visceral, integral em todos os sentidos. O processo da integração foi tranquilo, o SUS representa isso. Ter o respaldo da Universidade te guiando, conduzindo junto ao preceptor, foi algo muito importante, contribuiu para muita coisa, abriu minha cabeça, minha perspectiva, o quanto a gente pode fazer. **(E1)**

[...] a visão dos estudantes quanto a importância da APS, deixa de ser compreendida como algo menor, básico e não impede que os estudantes se especializem em outras áreas, mas fornece o entendimento da real importância da APS para a saúde pública. Acho que com esse formato, nosso internato consegue dar esse salto de qualidade. **(D1)**

[...] o rodízio trouxe muitos componentes para a minha formação, o exemplo de um profissional que precisa ter um amplo conhecimento nas diferentes áreas da medicina. **(E3)**

A complexidade da formação em cenários de APS exige habilidades específicas dos profissionais que orientam os alunos na prática, o fortalecimento da APS depende diretamente da formação de médicos especialistas em cuidados primários para atender às necessidades de saúde da população. (IZECKSOHN et al., 2017).

Deste modo, o preceptor figura com total centralidade dentro do processo do aprendizado, construindo pontes entre a teoria e a prática. Os preceptores influenciam diretamente na vida pessoal, acadêmica e profissional dos estudantes, estabelecendo um cenário de troca de conhecimentos mútuo e horizontal, havendo a necessidade primordial de uma boa relação entre os envolvidos (STEINBACH, 2015; ROCHA et al., 2016). Algumas falas estabelecem diálogo com o referencial:

[...] a gente tinha a mão do preceptor ao nosso lado, tivemos um grau de autonomia maravilhoso, no começo eu fiquei com medo, mas depois a gente perde essa ideia de ter que acertar o tempo todo; a gente foi ficando mais seguro, mais firme nas atividades e atendimentos. Quanto ao trabalho dos demais profissionais, estávamos numa unidade de saúde em que havia muita valorização das diferentes áreas e muita interação no processo de trabalho. **(E2)**

Sempre que precisava, “meu” preceptor conseguia me suprir através da segurança e na forma de abordagem que ele tinha, em nenhum momento havia esse peso de ter que saber de tudo, mesmo quando ele não sabia, havia humildade, e aí a gente ia pensar junto. A relação foi maravilhosa muito boa. Fui muito feliz com meus preceptores, não só o médico, mas a enfermeira também. **(E1)**

Para Zanolli (2019), o preceptor necessita ser um modelo para os internos durante o desenvolvimento das atividades assistenciais. Deve-se destacar a importância dos diferentes profissionais nas Unidades de Saúde da Família, onde a preceptoria não é desenvolvida apenas pelo profissional médico. As atividades propostas para o internato médico na APS/ UPE- Garanhuns contemplaram os diferentes profissionais dos serviços; não obstante, houve certo grau de desconfiança por parte dos estudantes em relação aos profissionais não-médicos enquanto preceptores:

Alguns estudantes gostavam mais de ficar com o preceptor médico; com a gente da enfermagem, às vezes ficavam com uma cara estranha; mas em geral, nunca me faltaram com respeito. **(P1)**

Geralmente o preceptor é médico por ser da área, mas a equipe tb exerce a preceptoria. No início o preceptor tem algum receio, resistência; mas a gente observou um fenômeno interessante, a mudança da postura dos preceptores com relação a presença dos estudantes, mostrando-se acessíveis à medida em que os estudantes desenvolviam interesse e motivação no serviço **(D1)**

Soares, Cassiano e Coelho (2020) indicam em seu estudo que alguns fatores como a precariedade da rede de atenção básica pertinentes à atividade laboral, como o cumprimento de metas de produtividade, as desfavoráveis condições de trabalho e a ausência de reconhecimento (financeiro ou não), associados ao exercício da preceptoria são, de fato, condições que favorecem ao abandono do papel de preceptor.

Para além do desenvolvimento das aptidões em diagnosticar e tratar as diferentes situações que envolvem o processo de saúde-doença dos indivíduos e da população, através das falas dos entrevistados, é notória a relevância da preceptoria, em razão da importância da necessidade da manutenção e qualidade da formação em saúde. Uma boa formação de estudantes, residentes e preceptores confere importante contribuição no processo de ensino-aprendizagem dessas categorias. Para tanto, destaca-se o papel necessário da instituição formadora, como

fornecedora de métodos formativos, no intuito de fortalecer o processo de aprendizagem, aproximando cada vez mais a universidade e o serviço.

Observou-se na postura dos envolvidos a perspectiva de continuidade quanto ao exercício da preceptoría:

Tenho planos certos para continuar desenvolvendo o papel de preceptor. É muito enriquecedor e transformador enquanto profissional de saúde. **(P3)**

Os profissionais que têm em sua unidade internos de medicina, não abriram mão dos estudantes, houve até conflitos porque havia solicitações das Unidades querendo a presença dos alunos, não para serem mão de obra, não é isso, mas porque impulsiona, traz um novo estímulo, faz com que a equipe tenha motivação e executem novas ações nas unidades. **(G1)**

A formação dos profissionais de saúde com vistas a atender aos princípios da atenção primária em saúde (APS) exige vivência da realidade do SUS e apropriação dos conhecimentos produzidos nos campos das práticas, com abordagens pedagógicas inovadoras (LINS et al., 2016). A rede de Atenção Primária à Saúde como campo potencial de práticas necessárias e o profissional como preceptor são, portanto, fundamentais para a formação em saúde.

5.5 VIVÊNCIA E DESENVOLVIMENTO DE VÍNCULOS NA APS

Discorrer sobre vínculo na APS revela muitas vezes, um tema que deveria ser mais trabalhado com as equipes, pois de certa maneira, caracteriza o funcionamento de um determinado serviço quanto à responsabilização e longitudinalidade do cuidado (BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M 2017). Os relatos sobre a experiência do internato médico na APS demonstraram um enorme ganho quanto ao estreitamento das relações profissionais, ultrapassando os limites do trabalho, chegando à esfera pessoal, e de maneira positiva, trouxe grande reflexão aos envolvidos em especial, pelo tempo de inserção nas Unidades de Saúde da Família.

A inserção precoce dos alunos na rede de serviços de saúde e, sobretudo, a imersão significativa no universo do trabalho das equipes de saúde e no cotidiano das comunidades representa algumas das mudanças curriculares da graduação em Medicina. A aproximação dos estudantes com a realidade diária dos usuários e o desenvolvimento da capacidade de produção de vínculo devem ser explorados como

ponto da formação para a integralidade (TEÓFILO; SANTOS; BADUY, 2017). Neste sentido, algumas falas trazem ao diálogo:

[...] acho que os estudantes perceberam de fato que saúde da família não é só consulta. O vínculo que muitos criaram aqui com a comunidade se estendeu para além do rodízio. **(P1)**

[...] esse desenho (do internato) traduz a formação de vínculo porque insere os estudantes de segunda a sexta nas unidades, vivenciando todas as atividades de rotina, sazonais e planejamento do serviço. Isso possibilita essa integração com os profissionais da equipe e a comunidade, por um tempo considerável, que fornece uma certa segurança e autonomia para os estudantes. **(D1)**

Assis et al. (2010) pontuam que na ausência do acolhimento e do estabelecimento do vínculo, não há produção de responsabilização e resolutividade, que são os processos que mais impactam na produção de saúde e doença.

É importante ressaltar que o vínculo entre os profissionais configura elemento de extrema importância, pois permite troca de saberes com maior fluidez, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos estabelecidos a partir das argúcias de cada coletivo e indivíduos, favorecendo a integralidade da atenção em saúde. É um aspecto fundamental da atenção integral, podendo ser pensado em três esferas: como afetividade, como relação terapêutica e continuidade da relação / cuidado (VIEGAS; PENNA, 2012). Neste sentido, os aspectos pontuados guardam relação com o texto:

Houve a proposta inicial de dispor junto aos estudantes a real noção do que é fazer saúde; saúde não se faz somente nos hospitais ou ambulatorios de especialidades, mas garantindo uma continuidade no acompanhamento dos pacientes. **(P2)**

O cuidado não termina quando o paciente sai do consultório; sempre recebemos uma formação com professores médicos e não-médicos, então sempre acreditei nas demais áreas e diferentes preceptores. Admiro muito o trabalho das técnicas de enfermagem e os curativos; os agentes de saúde e a responsabilidade de ir de casa em casa; minha visão modificou um pouco, no sentido de compreender a intensidade das relações e vínculos, assim como a importância de cada um. **(E1)**

Tivemos um feedback dos profissionais dos serviços, mas principalmente os preceptores enfermeiros com relação à valorização por parte dos estudantes; e até na própria equipe multiprofissional, a cooperação dos estudantes enquanto membros da equipe foi muito valiosa. É gratificante ver que dá tempo eles se integrarem muito bem tanto com a equipe como com a população e com a realidade da comunidade. **(G1)**

A continuidade do cuidado ao paciente deve ser preservada quando relacionada ao futuro da prática e educação na APS, dedicando maior tempo à assistência dos casos mais complexos, propiciando o trabalho das equipes

multiprofissionais e permitindo inter-relações pessoais contínuas que resultem em uma maior satisfação e significado para o trabalho e aprendizagem (BRIENZA, 2016).

A longitudinalidade constitui um atributo essencial da APS, que resulta da importância de conferir a orientação pela perspectiva do usuário, pela continuidade no atendimento e o conhecimento do paciente (GÉRVAS; FERNANDEZ, 2006). Estabelecer vínculo é ampliar os laços relacionais, com o desenvolvimento de afetos e da potencialização do processo terapêutico, bem como do acolhimento (SANTOS; ASSIS, 2006).

A formação do vínculo se caracteriza pela relação de afetividade e confiança estabelecida entre os profissionais de saúde e as pessoas que utilizam os serviços (DANTAS et al, 2021). Compreende-se que a partir da construção do rodízio e a definição da duração do mesmo, considerou-se a importância do tempo de convivência dos estudantes nas USF, o que acarretou inúmeros ganhos quanto ao estreitamento das relações:

É muito forte a sensação da amizade construída ao longo do processo, da parceria construída com o grupo que iniciou o internato médico na APS aqui em Garanhuns. **(P1)**

Quando eu vim para o médico, ele informou que eles (estudantes) iriam acompanhar. Senti um pouco estranho, mas depois foi ótimo. **(U2)**

Fui muito bem atendido. Foi muito, muito bom. Segunda vez que eu venho me consultar. Eles (estudantes) são muito educados, explicam tudo direitinho, gostei muito. **(U3)**

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2012) o termo vínculo é descrito como a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. Segue em concordância:

Me senti bem acolhida. Passei por uma consulta com os estudantes e assim, eu tomo fluoxetina e através de uma conversa com um deles, eu consegui sair, já não tomo mais como antes. **(U1)**

Na realidade o tempo é muito corrido, com o passar do tempo o atendimento com os estudantes foi muito proveitoso. A gente passou a procurar mais pela equipe. Essa equipe é como se fosse uma família, na hora que a gente tá se apegando, eles vão embora. Criou um elo muito bonito. **(U1)**

Fiz muitas amizades e estreitamento de laços afetivos através da construção dos vínculos com os pacientes. Sou o rei dos avôs e avós! Risos. **(E3)**

Para Seixas et al. (2019), o vínculo é algo passível de ser construído, mas que também pode ser desconstruído – ou nunca ser alcançado – e que, portanto, precisa ser cuidado. As atividades na APS constituem importante espaço didático-pedagógico, propiciando a criação de um vínculo entre os profissionais das unidades e os usuários, mais estreito e de caráter longitudinal. Dessa forma, observa-se nos estudantes, uma facilitação quanto à emancipação e busca da autonomia profissional (FARENZENA, 2017).

Em uma revisão sobre vínculo na atenção à saúde no Brasil, Brunello et al. (2010) concluem que o estabelecimento deste tipo de relação entre equipes e usuários poderia, inclusive, melhorar o conhecimento, por parte dos profissionais, dos reais problemas da população atendida e motivá-los a buscarem juntos as soluções para estes e para a melhoria dos serviços de saúde.

Considerando o exposto ao longo dos resultados e discussão, cabe ressaltar a importância dos dados apresentados, não somente por trazer à luz as percepções dos envolvidos, mas fomentar mudanças a partir do revelado. Atrelado a esta pesquisa, encontra-se o projeto de intervenção, que consiste em valiosa ferramenta para proposições, ajustes, reavaliações dos planos de trabalho, projetos e programas de ensino; traz consigo a possibilidade de movimentos integrados estreitando os vínculos entre a academia, trabalhadores da saúde, gestores e usuários, oportunizando a busca da modificação das diferentes realidades e a vivência das práticas sociais transformadoras.

6 CONCLUSÃO

O objetivo fundamental da presente pesquisa propôs analisar sob a ótica dos atores envolvidos, as contribuições do Internato médico na APS para a formação profissional dos estudantes de medicina da UPE/Garanhuns.

As atividades do internato médico na APS contribuíram com o desenvolvimento do perfil de competências da formação médica ao promover um maior acercamento entre a teoria e a prática, considerando a importância dos fatores sociais e culturais dos indivíduos, famílias e comunidades, através da articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes durante o período vivenciado nas Unidades de Saúde da Família, do município de Garanhuns-PE.

A importância da APS para a formação dos futuros profissionais da área médica, foi ressignificada pelos estudantes, que demonstraram uma maior compreensão quanto à relevância e a importância da mesma para a prática profissional. Ressalta-se o aproveitamento positivo dos estudantes, a coerência entre as atividades realizadas no serviço e as necessidades de saúde da população assistida. Observou-se uma maior autonomia e segurança, trazendo uma atuação nos cenários de práticas com marcante confiança no trabalho realizado. O incremento dos vínculos, assim como a implantação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família, demonstrou o desenvolvimento de atitudes e habilidades frente à necessidade de uma atenção à saúde humanizada, com atividades voltadas para promoção e prevenção à saúde, de maneira individual e coletiva por meio dos grupos de Tabagismo, Gestantes, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Constatou-se que a partir da maior compreensão das potencialidades da APS, a experiência do internato possibilitou aos estudantes ampliar sua visão acerca da sua capacidade resolutiva e importante contribuição junto ao serviço. Houve uma valorização da preceptoria, não apenas exercida pelo profissional médico, mas dos demais membros da equipe de saúde da família, em especial da enfermagem. Observou-se ainda, o reconhecimento da necessidade e importância do trabalho multiprofissional.

Cabe mencionar a importância da preparação pedagógica para a preceptoria, mencionada pelos profissionais do serviço como algo imprescindível para o início das atividades do internato, uma vez que a maior fração dos profissionais nunca recebeu capacitação ou formação em saúde para o seu exercício.

De maneira positiva, percebeu-se uma perspectiva de mudança quanto ao histórico modelo biomédico-mecanicista, trazendo a esperança de novos perfis profissionais de egresso, neste caso que contemplem a formação generalista tão necessária ante nossa realidade de saúde.

O sentimento de colaboração Interinstitucional foi percebido pelos preceptores de maneira a enfatizar a importância da Integração ensino-serviço-comunidade, sua manutenção e continuidade.

É possível compreender que, para os usuários dos serviços - em face ao desconhecimento quanto às propostas pedagógicas desenvolvidas – a contribuição do internato médico na APS para formação dos estudantes nas unidades foi percebida através das mudanças na organização dos fluxos, o acolhimento, a escuta ativa, a formação do vínculo, o maior tempo para as consultas, assim como, as orientações voltadas para o âmbito da promoção e prevenção para a saúde.

Para além do exposto, outras contribuições advindas surgiram: a gestão municipal de saúde pôde constatar que o desenvolvimento das atividades do internato médico na APS trouxe benefícios quanto à organização dos serviços nas USF, com conseqüente melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários e fixação dos profissionais na rede municipal de saúde, assim como os diferentes projetos de intervenção, elaborados e executados pelos estudantes em seus respectivos sítios de práticas e a produção de manuais e protocolos.

Observou-se no decorrer das buscas por estudos e trabalhos sobre a temática desta pesquisa, certa escassez quanto às publicações direcionadas ao Internato médico na APS e sua contribuição para a formação profissional, o que demonstra a necessidade de novas investigações e publicações na área em questão.

Algumas considerações se fazem necessárias enquanto reflexões para processos formativos do agora e do porvir; o processo de mudança curricular para a graduação em medicina é algo recente, observa-se ainda uma distância importante entre os documentos normativos e processo de formação na academia. O fortalecimento da comunicação entre os atores envolvidos é percebido como um importante aspecto, cujo desenvolvimento conjuga papel fundamental no desfecho (satisfatório ou não) das propostas estabelecidas.

No contexto da realização das atividades do internato médico na APS, houve grande satisfação quanto ao cumprimento da proposta pedagógica para esta etapa da formação médica, traduzindo a importância da parceria e manutenção das

relações: interinstitucional, docente-discente, docente-preceptores, preceptores-discentes, discentes-usuários, preceptores-usuários, docentes-usuários, e toda a gama de possibilidades. Para uma formação médica satisfatória e adequada às necessidades de saúde da população, se faz mister enfatizar a importância da EPS como indutora do aprendizado pelo trabalho, considerando uma comunicação e parceria estabelecida entre as instituições, de maneira a compreender que a IESC e a EPS estabelecem uma relação simbiótica através da corresponsabilização, retroalimentação e fonte inesgotável para novas estratégias e propostas que busquem sanar as dificuldades encontradas ao longo dos diferentes processos de formação em saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 313-324, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18n49/313-324/pt/>>. Acesso em: 04 de abril de 2020.
- ADLER, M. S.; GALLIAN, D. MA. C. Escola médica e Sistema Único de Saúde (SUS): criação do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil (UFSCar) sob perspectiva de docentes e estudantes. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu v. 22, p. 237-249, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zCtCShxZ6G4hJwhZb4Mbp8M/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 07 de abril de 2020.
- ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 jun. 2020.
- ATKINSON, S.; HARAN, D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. **Social Science & Medicine**, v. 60, n. 3, p. 501-513, 2005. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795360400262X>>. Acesso em: 22 abr. 2021
- AVASUS. **Ambiente virtual de aprendizagem do SUS**. 2020. Disponível em: <<https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/timeline/eis-pt/timeline1/>>. Acesso em: 08 abr. 2020.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Tratado de saúde coletiva. **Rio de Janeiro: FIOCRUZ**, p. 871, 2006.
- BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: Um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003–1022, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312017000401003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 1 abr. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cp/a/ttbmyGkhjNF3Rn8XNQ5X3mC/?lang=pt>>. Acesso em: 20 abr. 2021.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de Saúde para o SUS: Significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884–889, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/abstract/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 04 jun. 2020.

BATISTA, S. H. S. DA S. *et al.* Formação em Saúde: Reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, Botucatu, v. 19, p. 743–752, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500743&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 jul. 2020.

BENEITONE, P.; GONZÁLEZ, J.; WAGENAAR, R. (ed.). **Meta-perfiles y perfiles: una nueva aproximación para las titulaciones en América Latina**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2014.

BONIN, J. E. *et al.* Liga acadêmica de medicina de família e comunidade: instrumento de complementação Curricular. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 50–57, 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/923>>. Acesso e: 23 mar. 2021.

BOTTI, S. H. DE O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, set. 2008. v. 32, n. 3, p. 363–373. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 mar. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.al.ma.gov.br/arquivos/CON1988.pdf>>. Acesso em: 29 de maio. 2020.

_____. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Glossário temático, 2ª edição, p. 44, Brasília, 2012. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2020.

_____. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, DF, 23 Out 2013. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12871-22-outubro-2013-777279-norma-pl.html>.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: <http://www.disasterinfo.net/PEDSudamerica/leyes/leyes/suramerica/brasil/salud/Sistema_Unico_de_Salud.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2020.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Conselho Nacional de Educação**, Câmara de Educação Superior. Resolução no 4, de 7 de novembro de 2001: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 17 dez. 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 nov. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.813, de 20 de novembro de 2008.** Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Gabinete do Ministro, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2813_20_11_2008.html>. Acesso em: 09 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (1ª.ed., 1ª. reimpr.). *EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004.* Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde /* Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). *VER-SUS Brasil: cadernos de textos.* Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A Educação Permanente entra na roda: Polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_rod_a.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 3 de novembro de 2005**. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, DF, 2005. Disponível em: <<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/odontologia/portaria-interministerial-ms-mec-n-2101-de-3-de-novembro-de-2005/3454>>. Acesso em: 13 se. 2020.

_____. **Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005**. Instituiu parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <https://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

_____. **Portaria Interministerial no 3.019, de 26 de novembro de 2007**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde, DF, 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019_26_11_2007.html>. Acesso em: 13 se. 2020.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRIENZA, R. S. At a Crossroads: The Future of Primary Care Education and Practice. **Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges**, Stanford, 91(5), 621–623, 2016. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pediatria/Repositorio/seminarios/subsidios-bibliograficos/documentos-basicos/at-a-crossroads-the-future-of-primary-care-education-and-practice/view>>. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRUNELLO, MA. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, p. 131-135, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/cZmxbMPbffBXzgyGtmMVMSQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

CALDEIRA, E. S.; LEITE, M. T.S.; RODRIGUES-NETO, J. F. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 477-485, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/jsK4jYBxFRvW7bBz4dqSZ6n/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu v. 11, p. 605-618, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/M7LYHvWNCs3SHPh3Ch7v6qS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

CAMPOS, F. E. *et al.* O SUS como escola: a responsabilidade social com a atenção à saúde da população e com a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 513–514, dezembro de 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/fMKD9Tq9W7ph5qHxSVxTvHv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

_____. *et al.* Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidade da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 53-59, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/tRzxXSmgY8pbscWqHkyZcQw/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2655-2663, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n9/2655-2663/>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

CÂNDIDO, P. T. S.; BATISTA, N. A. O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/mH7yv66DQkwfrjMtHQT4bSB/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 27 out. 2020.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; MONTANARI, P. M.; ÁVILA, L. K. Presentation – Interprofessional education in health in the integration of teaching and work: Notes and contributions of Professor Regina Marsiglia for the field. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 976–979, 2018.

CARVALHO, M. S.; MERHY, E. E.; SOUSA, M. F. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2019.v23/e190211/pt/>>. Acesso em: 24 mar. 2021.

CAVALCANTE, T. M. *et al.* Uma experiência de integração ensino, serviço e comunidade de alunos do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de Maceió. **Revista Ciência Plural**, Rio Grande do Norte, v. 3, n. 3, p. 69-80, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13301/9353>. Acesso em: 06 de novembro de 2020.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**, São Paulo, v. 1, p. 19–27, 2011.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975–986, dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 jun. 2020.

_____.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 5, p. 1400–1410, 2004.

_____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CELEDÔNIO, R. M. *et al.* Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1100-1110, 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027984015.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

CERVO, A. L. **Metodologia do trabalho científico**. 5 ed., São Paulo: Prentice Hall, 2000. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1620081/mod_resource/content/1/Apostila%20da%20metodologia%20de%20pesquisa.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 8-11, 23 jun. 2014. Disponível em: <<https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1609>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). **Resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969**. Legislação do ensino superior; índice remissivo e jurisprudência. *Renascença*, p.54-6, Rio de Janeiro, 1973. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me002677.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2020.

COSTA, E. F. O. *et al.* Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 53–59, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 jul. 2020.

CUSTÓDIO, J. B. *et al.* Desafios Associados à Formação do Médico em Saúde Coletiva no Curso de Medicina de uma Universidade Pública do Ceará. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 114–121, jun. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180118>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

CYRINO, E. G. *et al.* Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1 suppl 1, p. 92–101, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200013>. Acesso em: 26 jul. 2020.

SILVA, M. N. P. *et al.* Formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Archives of Health**, São José do Rio Preto, v. 1, n. 5, p. 178-182, 2020. Disponível em: <<https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/59>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

DANTAS, G. C.; FIGUEIREDO, W. S.; COUTO, M. T. Desafios na comunicação entre homens e seus médicos de família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/DDP9yqBZ7NdvMDPTtxvHxWb/?format=html>>. Acesso em: 22 de abril de 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 2017. Disponível em: <<http://appcatnov.grupogen.com.br/public/uploads/da27157bd4c8b94c9396b45ea5178cb3.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

NUNES, M. F.; BARBOSA, S. C. O. Parceria ensino-serviço na formação em odontologia. **Itinerarius Reflectionis**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 01-24, 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/62775>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/rpq>>. Acesso em: 06 nov. 2020.

SOUZA, S. V.; FERREIRA, B. J. Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v.

44, n. 1, 2019. Disponível em:

<<https://portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1074/828&hl=pt-BR&sa=T&oi=gsb-gga&ct=res&cd=0&d=9908975378898291784&ei=sFFWYZ6gLaPZsQLX4rjwBQ&scisig=AAGBfm1HFqvtR42aRFrXIY16FPodnHxoeg>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613–1624, 2013.

DIAS, J.; PESSALACIA, R. **Reflexão Teórica Interviews and Questionnaires: A Bioethical Analysis of Risks in Research**. v. 1, n. 3. 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/112>>. Acesso em: 15 out. 2020.

DÍAZ, F. D.; BARROSO, R. B. Diseño y validación de una propuesta de evaluación auténtica de competencias en un programa de formación de docentes de Educación Básica en México. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. **Perspectiva Educacional**. México, V.53, n.1, p.36-56, enero 2014. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4776603>>. Acesso em: 15 out. 2020.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: Antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 187–198, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000100017&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 22 jun. 2020.

FAÉ, J. M. *et al.* A integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil. **Revista da ABENO**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 7–18, out. 2016. Disponível em: <<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/286>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

FARR, Robert M. As raízes da psicologia social moderna (1872-1954) In: **As raízes da psicologia social moderna**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Vozes. 2002.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUERA, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 52–59, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022007000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 jul. 2020.

FRUTUOSO, M. F. P.; JUNQUEIRA, V.; CAPOZZOLO, Â. A. A experiência de formação (em) comum de nutricionistas na Unifesp, campus Baixada Santista. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 41, n. 112, p. 298–310, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000100298&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 26 mar. 2021.

GARCIA Jr., C. A. S. Reflexões sobre a formação para o SUS e sua articulação com a pesquisa e a in(ter)venção nos cenários das práticas e dos serviços. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 22, n. 3, dez. 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/56076>>. Acesso em: 21 jun. 2020.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 89–100, fev. 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/QxXkW3C7DFsRMnYnJ5j4cZg/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 03 de setembro de 2020.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. La función de filtro del médico general y el papel de los especialistas en los sistemas de salud. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, p. 251-252, 2006. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rbepid/2006.v9n2/251-252/es/>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 747-763, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/ytsBRpHqC8b9TgQcHHdJkxm/?lang=pt>>. Acesso em: 26 jul 2020.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. reimpr. **São Paulo: Atlas**, v. 201, 2010.

_____. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999. **Como elaborar projetos de pesquisa**, v. 4, 2005.

GOMES, A. P. *et al.* Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 541–549, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/rPbm38MqfQFpGFVY9CPrrpk/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

GOMES, L. B.; SAMPAIO, J.; LINS, T. S. Currículo de medicina na Universidade Federal da Paraíba: reflexões sobre uma experiência modular integrada com ênfase na Atenção Básica. **Saúde em Redes**, Rede UNIDA, v. 1, n. 1, p. 39-46, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/viewFile/305/20>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

GONÇALVES, C. B. *et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 43, n. spe1, p. 12–23, ago. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019000500012&tlng=pt>. Acesso em: 28 jul. 2020.

GONÇALVES, J. V.; SILVA, R. F.; GONÇALVES, R. C. Cuidado à Saúde e a Formação do Profissional Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 9-15, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022018000300009&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 mar. 2021.

GONDIM, R. *et al.* Organização da atenção. **Qualificação de gestores do SUS**, v. 2, p. 93-120, 2009. Disponível em:

<<https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf#page=97>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 551-570, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/FXZxqhHPjbtqKk6njFnNQ3m/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

GONZALO, J. D. *et al.* A practical guide for implementing and maintaining value-added clinical systems learning roles for medical students using a diffusion of innovations framework. **Advances in Health Sciences Education**, [s.l.], v. 23, n. 4, p. 699–720, out. 2020. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29564583>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

HADDAD, A. E. *et al.* Undergraduate programs for health professionals in Brazil: an analysis from 1991 to 2008. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/garanhuns.html>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

IZECKSOHN, M. M. A. V. *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 737-746, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300737&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 25 mar. 2021.

KUABARA, C. T. M. *et al.* Education and health services integration: an integrative review of the literature. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 195–207, 2014. Disponível em: <<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/918>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. (Org.) 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Rio de Janeiro: **Associação Brasileira de Educação Médica**; 2014.

LIMA, S. A. V.; ALBUQUERQUE, P. C.; WENCESLAU, L. D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425–441, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200012&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 1 abr. 2021.

MAGNAGO, C. *et al.* Política de gestão do trabalho e educação em saúde: A experiência do progeSUS. **Ciencia & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1521–1530, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/xMTDTk93M9jbbGjMwLnG6yw/?lang=pt>>. Acesso em: 1 abr. 2021.

MANZINI, E. J. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. 2o Seminário internacional de pesquisa e estudos qualitativos. **A pesquisa qualitativa**

em debate, São Paulo, 2004. Disponível em:
<<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Entrevista+semie+estruturada:+an?lise+de+objetivos+e+de+roteiros#0>>. Acesso em: 14 jun. 2020.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: Marquezine MC, Almeida MA, Omote S. **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. Londrina: Eduel; 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed.-São Paulo: Atlas, 2003.

MENDES, T. M. C. et al. Interação ensino-serviço-comunidade no Brasil e o que dizem os atores dos cenários de prática: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, Rio Grande do Norte, v. 4, n. 1, p. 98-116, 2018. Disponível em:
<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/download/14283/9823&hl=pt-BR&sa=T&oi=gsb-gga&ct=res&cd=0&d=792654919189627401&ei=ZCRWYd3RC4KNmwHSr4XgAw&scisig=AAGBfm1gYrHKLAD7G_1AMZwTdZwn7qF20Q>. Acesso em: 06 nov. 2020.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MIRANDA, S. M. *et al.* Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de medicina. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 104-110, 2009. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rbem/a/YTVQqLnskHrqkxJZGyppJbb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

MIRANDA, S. M. *et al.* O internato médico no novo currículo de uma universidade pública: a apreciação do estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 519–531, dez. 2014. Disponível em:
<www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acesso em: 27 jan. 2020.

MORAIS, F. R. R. *et al.* A reorientação do ensino e da prática em enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, p. 442-449, 2010. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rngen/a/dvYHzZNSsgzCW5Q5QX9mqmy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jan. 2020.

MORENO OLIVOS, T. La evaluación de competencias em educación. **Sinéctica**, [s.l.], n. 39, p. 01-20, Diciembre 2012. Disponível em:
<<http://www.scielo.org.mx/pdf/sine/n39/n39a10.pdf>>. Acesso em: jan. 2021.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 435-439, 2006. Disponível em:
<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/443>>. Acesso em: jan. 2021.

NASCIMENTO, G. M. *et al.* Avaliação da Relação Médico-Paciente em Alunos Internos de um Curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio

de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 161–170, jan. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/yd7td5F5LMMn7q7vffGc94s/?lang=pt>>. Acesso em: janeiro de 2021.

NOGUEIRA SOTOLONGO, M.; RIVERA MICHELENA, N.; BLANCO HORTA, F. Desarrollo de competencias para la gestión docente en la educación médica superior. **Revista Cubana de Educación Médica Superior**, La Habana v. 17, n. 3, 2013. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000300004>. Acesso em: enero 2020.

NUNES, W. B. **Vivência integrada na comunidade: implicações de um internato longitudinal na formação médica**. 2019. Dissertação de Mestrado. RN, Brasil. 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/27524>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

OLIVEIRA, A. G. DE; ARAÚJO, A.; RIBEIRO, L. DA C. C. Caracterização da integração ensino e serviço: dizeres de docentes, discentes e enfermeiros. **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://www.bts.senac.br/bts/article/view/476>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

OLIVEIRA, J. A. A. et al. A saúde coletiva na formação dos discentes do curso de medicina da Universidade Estadual do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 398-404, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/DNQBbRHCKTcvr7xb5yq37Bqq/?lang=pt>>. Acesso em: janeiro de 2020.

OLIVEIRA, S. F. et al. Percepção sobre o Internato de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelos Preceptores do Serviço na Atenção Básica: um Estudo de Caso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 79-85, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/58QYLwT8N7K6bvHR8mqYL8k/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

PAIVA, M. B. P. *et al.* Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 925–950, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300013>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

PAIZ, J. C.; DALLEGRAVE, D. Avaliação de um programa de residência multiprofissional como tecnologia educativa para consolidação do quadrilátero da formação em saúde. **Saúde em Redes**, Rede UNIDA, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 18–26, 2017. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/779>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: Recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685–704, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/BwHJ8RF9yFmtrgJxRshShpj/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

PIZZINATO, A. *et al.* A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1 suppl 2, p. 170–177, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/DZyZCgqb3NrDkpSgqVGgDNk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 de janeiro de 2021.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição**. Editora Feevale, 2013.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais. In: BEUREN, I. M. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2004

REUBEN, D. B. Better care for older people with chronic diseases: an emerging vision. **Jama**, [s.l.], v. 298, n. 22, p. 2673-2674, 2007. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.376.1713&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 24 março de 2020.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. DO. [The educational practice of preceptors in healthcare residencies: a study on reflective practice]. **Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 161–165, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>. Acesso em: 24 mar. 2021.

RIVERA MICHELENA, N. M.; PERNAS GÓMEZ, M.; NOGUEIRA SOTOLONGO, M. Un sistema de habilidades para la carrera de Medicina, su relación con las competencias profesionales. Una mirada actualizada. **Revista Cubana de Educacion Médica Superior**, La Habana, v. 31, n. 1, p. 215-138, 2017. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000100019>. Acesso em: 27 mar. 2021.

ROCHA, P. F.; WARMLING, C. M.; TOASSI, R. F. C. Preceptoria como modalidade de ensino na saúde: atuação e características do preceptor cirurgião-dentista na atenção primária. **Revista Saberes Plurais**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p.96-112, jun. 2016. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/168739/001003654.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 de fev. de 2021.

ROCHA, V. X. M. *et al.* Reformas na educação médica no Brasil: **estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014**. 2018. UNISANTOS, Santos. Disponível em: <<http://biblioteca.unisantos.br:8181/handle/tede/4441>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

RODRIGUES, M. A. Integração Docente-Assistencial: Abordagem Conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 15–24, 1993. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hbGJqqNXyMGG3KrgrQPgQC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 de março de 2020.

RODRÍGUEZ GUERRA, E. et al. Un sistema de habilidades para las carreras en ciencias de la salud. **Revista Cubana de Educación Médica Superior**, La Habana, p. 43-53, 1994. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-158491>>. Acesso em: janeiro 2020.

SANTOS, F. M. Resenha ANÁLISE DE CONTEÚDO: A VISÃO DE LAURENCE BARDIN. **Revista Eletrônica de Educação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 383–387, 2012. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/291/156>>. Acesso em: 16 de maio de 2020.

SEIXAS, C. T. *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2019.v23/e170627/>>. Acesso em: 24 mar. 2021.

SILVA, A. T. C. *et al.* Medicina de Família do primeiro ao sexto ano da graduação médica: considerações sobre uma proposta educacional de integração curricular escola-serviço. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 336-345, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/5w46RcDZs9Pf7jhy976LKgf/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 15 abril de 2021.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, Campina Grande, v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113>>. Acesso em: 16 de maio de 2020.

SILVA, F. A. DA *et al.* Teachers' role in strengthening teaching-service-community integration policies: The context of Brazilian medical schools. **Interface: Communication, Health, Education**, Botucatu, v. 22, p. 1411–1423, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22suppl1/1411-1423/en/>>. Acesso em: 15 abril de 2021.

SILVA, L. A. A. *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000100407&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SILVESTRE, H. F.; TESSER, C. D.; ROS, M. A. Da. Avaliação Discente de um Internato Médico em Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 383–392, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01622015>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SOARES, F. J. P.; CASSIANO, H. M. T.; DE MIRANDA COELHO, J. A. P. A valorização da preceptoria para fortalecimento da integração ensino-serviço: Um

estudo qualitativo. **New Trends in Qualitative Research**, [s.l.], v. 3, p. 128-139, 2020. Disponível em:
https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/download/152/150&hl=pt-BR&sa=T&oi=gsb-gga&ct=res&cd=0&d=3861071244262078086&ei=20pWYcvtH8-TmwHRgpvwBw&scisig=AAGBfm3KX0ywpQASi_rg1CzpQNsd2YNMug. Acesso em: 12 abril de 2020.

SOUTO, B. G. A.; PEREIRA, S. M. S. F. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 36, n. 3, 2011. Disponível em:
<https://portalnepas.org.br/abcs/article/view/58/57&hl=pt-BR&sa=T&oi=gsb-gga&ct=res&cd=0&d=14179472409563674891&ei=u1BWYdOwF4LemgHBhLcY&scisig=AAGBfm3sxymA1I7ZV29sZuThO5mOduuk9Q>. Acesso em: 26 de maio de 2020.

SOUZA, C. D. F. DE et al. E o Passado é uma Roupa que Não nos Serve Mais: uma Reflexão sobre Integração Ensino-Saúde-Comunidade em Curso Médico do Nordeste. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1 suppl. 1. 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/SCqv8ZB7txrSDv6DQvnc7sF/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 12 fev. de 2020.

STEINBACH, MARINA. **A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço**. 2015. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/157306/336648.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 dez. de 2020.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: Relato de uma experiência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079–1097, dez. 2010. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 jul. 2020.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. S. The main characteristics of qualitative studies carried out by doctors in Brazil: a literature review. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 2423-2430, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/zGwrCW5czMqLyFxLpk7S6Rs/?lang=en>. Acesso em: 23 mar. 2020.

TEIXEIRA, L. DE A. S. et al. Internato Médico: o Desafio da Diversificação dos Cenários da Prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2. 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/9TfCzq96kQNvt5L4ZbYKSPp/%3Flang%3Dpt&hl=pt-BR&sa=T&oi=gsb-gga&ct=res&cd=0&d=13689496400101524487&ei=D1RWYZWeMs-TmwHRgpvwBw&scisig=AAGBfm2fWi76nt0CPsYOxn2fbYvJanOOxA>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

TOBÓN, S. T.; PRIETO, J. H. P.; FRAILE, J. A. G. **Secuencias didácticas: aprendizaje y evaluación de competencias**. México: Pearson educación, 2010. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Tobon4/publication/287206904_Secuencias_didacticas_aprendizaje_y_evaluacion_de_competencias/links/567387b708ae04d9b099dbb1.pdf>. Acesso em: 15 de maio 2019.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo**. 5 ed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

TURATO, E. R. Qualitative and quantitative methods in health: Definitions, differences, and research subjects. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, 2005. v. 39, n. 3, p. 507–514. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 4 fev. 2020.

UPE. Universidade de Pernambuco. **Projeto Pedagógico do Curso Bacharelado em Medicina-Multicampi/Campus Garanhuns**. Disponível em: <http://www.upe.br/garanhuns/wpcontent/uploads/2018/09/PPC_MEDICINA_UPE_GARANHUNS_2017.pdf>. Acesso em: 12 de janeiro de 2020

UPE. Universidade de Pernambuco. **Estatuto da Fundação Universidade de Pernambuco**: aprovado pelo CONSUN em 29.07.2008. Disponível em: <<http://www.upe.br/garanhuns/wp-content/uploads/2020/03/ESTATUTO-DA-UNIVERSIDADE-DE-PERNAMBUCO.pdf>>. Acesso em: 28 de março de 2021.

VARELA, D. S. Da S. *et al.* Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Patos, v. 6, n. 3, p. 39, 2016. Disponível em: <https://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR_65f4cad26fd7d680f069baa121248607>. Acesso em: 6 fev. 2020.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: Relato de experiência. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002530013>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L. DO; KLEBA, M. E. Reorientação do ensino no sus: para além do quadrilátero, o prisma da educação. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 3, p. 246, 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/5420>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

VENDRUSCOLO, CARINE; PRADO, MARTA LENISE DO; KLEBA, MARIA ELISABETH. Integração ensino-serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2949-2960, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n9/2949-2960/pt>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

VERAS, R. M.; FEITOSA, C. C. M. Reflections on the national curricular guidelines of undergraduate medical courses based on the national health promotion policy. **Interface: Communication, Health, Education**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600200&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 jun. 2020.

WANDERLEY, VICENTINA ESTEVES. **A gestão acadêmica da reestruturação curricular do curso médico: uma análise**. São Paulo. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/47231>>. Acesso em: 21 jan.2021.

YIN, ROBERT K. **Estudo de Caso-: Planejamento e métodos**. Bookman editora, Porto Alegre, 2015.

ZARPELON, L. F. B.; TERCENIO, M. L.; BATISTA, N. A. Education-service integration in the context of Brazilian medical schools: an integrative review. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 23, p. 4241-4248, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/mjTZSWDSYdKzQVZCFXgXNhH/?lang=en>>. Acesso em: 10 jan. 2020

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFESSORES VINCULADOS AO INTERNATO MÉDICO – UPE/GARANHUNS.

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Formação: _____
Formação Complementar: _____
Tempo de formação: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- (1) O que o(a) Sr.(a) compreende por Internato Médico?
- (2) O que o(a) Sr.(a) entende sobre Integração Ensino-Serviço-Comunidade?
- (3) Como é a relação / interlocução entre a IES e a secretaria municipal de saúde? E entre a IES e os serviços que recebem os estudantes do Internato Médico?
- (4) Qual a opinião do(a) Sr.(a) sobre a afirmação de que as atividades desenvolvidas nas USF's em virtude da inserção do Internato Médico na APS têm favorecido a construção de novas práticas pedagógicas para a formação médica?
- (5) O (A) Sr.(a) compreende que a inserção dos estudantes no rodízio de APS com duração de 6 meses (módulo do internato médico) possibilita maior compreensão dos diferentes contextos e realidades de saúde dos indivíduos, suas famílias e comunidades, de maneira a promover uma maior aproximação quanto à prática profissional futura? Justificar.
- (6) Tendo em foco a importância da integração pedagógica, as práticas desenvolvidas no Internato Médico na APS dialogam com o conteúdo de outros rodízios (outras especialidades) do internato médico?
- (7) Os preceptores dos serviços participam do planejamento das práticas em conjunto com os docentes do internato médico?

- (8) Durante as atividades do internato médico na APS, os estudantes participam ativamente no processo de tomada de decisões e coordenação do cuidado aos usuários, junto à Equipe de Saúde valorizando a Multiprofissionalidade e Interdisciplinaridade?
- (9) As atividades do internato médico na APS têm possibilitado a integração-ensino-serviço-comunidade?
- (10) A presença dos estudantes nas Unidades de Saúde da Família contribui para a melhoria do processo de trabalho nos serviços e permite uma maior compreensão sobre a importância do internato médico na Atenção Primária à Saúde?
- (11) Após a inserção dos estudantes do internato médico na APS, foram observadas mudanças das práticas e processos de trabalho nas USF's?
- (12) O que o (a) Sr. (a) apontaria enquanto potencialidades do internato médico na APS para contribuição, quanto à formação profissional dos estudantes? E o que considera como principais desafios?
- (13) O (A) Sr.(a) gostaria de adicionar mais alguma colocação/observação a respeito do que dialogamos?

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS GESTORES DO NEPE/SMS GARANHUNS.

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Formação: _____
Tempo de formação: _____
Cargo: _____
Tempo no cargo: _____
Formação complementar: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- (1) O que o (a) Sr.(a) compreende por Internato Médico?
- (2) O que o (a) Sr.(a) entende sobre Integração Ensino-Serviço-Comunidade?
- (3) Como é a relação / interlocução entre a IES e a secretaria municipal de saúde? E entre a IES e os serviços que recebem os estudantes do Internato Médico?
- (4) A parceria da UPE/Garanhuns na realização de atividades de educação permanente (cursos, seminários, oficinas, eventos científicos, vagas em cursos de pós-graduação etc.) aos gestores, trabalhadores e usuários do SUS tem sido satisfatória?
- (5) Quais são as expectativas do NEPE acerca da utilização da rede de serviços de saúde do município como campo de práticas aos estudantes de Medicina da UPE/Garanhuns?
- (6) O (A) Sr.(a) compreende que a inserção dos estudantes no rodízio de APS com duração de 6 meses (módulo do internato médico) possibilita maior compreensão dos diferentes contextos e realidades de saúde dos indivíduos,

suas famílias e comunidades, de maneira a promover uma maior aproximação quanto à prática profissional futura? Justificar.

- (7) Durante as atividades do internato médico na APS, os estudantes participam ativamente no processo de tomada de decisões e coordenação do cuidado aos usuários, junto à Equipe de Saúde valorizando a Multiprofissionalidade e Interdisciplinaridade?
- (8) A IES tem contribuído para a formação de preceptores buscando qualificar os profissionais para sua atuação nos cenários de práticas de acordo com as necessidades e demandas dos processos de ensino-aprendizagem?
- (9) O início das atividades do Internato Médico na APS tem possibilitado a integração-ensino-serviço-comunidade?
- (10) A presença dos estudantes nas Unidades de Saúde da Família contribui para a melhoria do processo de trabalho nos serviços e permite uma maior compreensão sobre a importância do internato médico na Atenção Primária à Saúde?
- (11) Após a inserção dos estudantes do internato médico na APS, foram observadas mudanças das práticas e processos de trabalho?
- (12) O que o (a) Sr. (a) apontaria enquanto potencialidades da gestão municipal para contribuição quanto à formação profissional dos estudantes nos cenários da APS? E o que considera como principais desafios?
- (13) O (A) Sr.(a) gostaria de adicionar mais alguma colocação/observação a respeito do que dialogamos?

APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DA UPE/GARANHUNS MATRICULADOS NOS MÓDULOS CORRESPONDENTES AO INTERNATO MÉDICO E EGRESSOS.

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Período: _____
Cidade de origem _____
Formação complementar: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- (1) O que o(a) Sr.(a) compreende por Internato Médico?
- (2) O que o(a) Sr.(a) entende sobre Integração Ensino-Serviço-Comunidade?
- (3) Como o internato médico tem contribuído para formação profissional dos estudantes considerando o uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem no curso, com ênfase na problematização, o que demanda uma interlocução entre teoria e prática – universidade e território?
- (4) Qual a opinião do(a) Sr.(a) sobre a relação entre estudantes e preceptores?
- (5) No rodízio do internato médico na APS, são desenvolvidas atividades pedagógicas em conjunto com estudantes, professores e preceptores?
- (6) O (A) Sr.(a) compreende que a inserção dos estudantes no rodízio de APS com duração de 6 meses (módulo do internato médico) possibilita maior compreensão dos diferentes contextos e realidades de saúde dos indivíduos, suas famílias e comunidades, de maneira a promover uma maior aproximação quanto à prática profissional futura? Justificar.
- (7) Tendo em foco a importância da integração pedagógica, as práticas desenvolvidas no Internato Médico na APS dialogam com o conteúdo de outros rodízios (outras especialidades) do internato médico?

- (8) Os preceptores dos serviços participam do planejamento das práticas em conjunto com os docentes do internato médico?
- (9) Durante as atividades do internato médico na APS, os estudantes participam ativamente no processo de tomada de decisões e coordenação do cuidado aos usuários, junto à Equipe de Saúde, valorizando a Multiprofissionalidade e Interdisciplinaridade?
- (10) As atividades do internato médico na APS sensibilizam os estudantes para a importância das intervenções no território, assim como têm favorecido a construção e manutenção do seu vínculo com as pessoas, as famílias e comunidades?
- (11) A presença dos estudantes nas Unidades de Saúde da Família contribui para a melhora do processo de trabalho nos serviços e permite uma maior compreensão sobre a importância do internato médico na Atenção Primária à Saúde?
- (12) Após a inserção dos estudantes do internato médico na APS, foram observadas mudanças das práticas e processos de trabalho?
- (13) O que o (a) Sr. (a) apontaria enquanto potencialidades do internato médico na APS para contribuição quanto à formação profissional dos estudantes? E o que considera como principais desafios?
- (14) O (A) Sr.(a) gostaria de adicionar mais alguma colocação/observação a respeito do que dialogamos?

APÊNDICE D – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PRECEPTORES DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GARANHUNS VINCULADOS AO INTERNATO MÉDICO DA UPE/GARANHUNS.

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Formação: _____
Tempo de formação: _____
Formação complementar: _____
Unidade de saúde: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- (1) O que o(a) Sr.(a) compreende por Internato Médico?
- (2) O que o(a) Sr.(a) entende sobre Integração Ensino-Serviço-Comunidade?
- (3) Como é a relação / interlocução entre a IES e a secretaria municipal de saúde? E entre a IES e os serviços que recebem os estudantes do Internato Médico?
- (4) Como o internato médico tem contribuído para formação profissional dos estudantes considerando o uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem no curso, com ênfase na problematização, o que demanda uma interlocução entre teoria e prática – universidade e território?
- (5) Qual a opinião do(a) Sr.(a) sobre a relação entre estudantes e preceptores?
- (6) O (A) Sr.(a) recebeu alguma formação para desenvolver a atividade de preceptoria? São desenvolvidas atividades pedagógicas em conjunto com estudantes, professores e preceptores?
- (7) O (A) Sr.(a) compreende que a inserção dos estudantes no rodízio de APS com duração de 6 meses (módulo do internato médico) possibilita maior compreensão dos diferentes contextos e realidades de saúde dos indivíduos,

suas famílias e comunidades, de maneira a promover uma maior aproximação quanto à prática profissional futura? Justificar.

- (8) Tendo em foco a importância da integração pedagógica, as práticas desenvolvidas no Internato Médico na APS dialogam com o conteúdo de outros rodízios (outras especialidades) do internato médico?
- (9) Os preceptores dos serviços participam do planejamento das práticas em conjunto com os docentes do internato médico?
- (10) Durante as atividades do internato médico na APS, os estudantes participam ativamente no processo de tomada de decisões e coordenação do cuidado aos usuários, junto à Equipe de Saúde, valorizando a Multiprofissionalidade e Interdisciplinaridade?
- (11) As atividades do internato médico na APS sensibilizam os estudantes para a importância das intervenções no território, assim como têm favorecido a construção e manutenção do seu vínculo com as pessoas, as famílias e comunidades?
- (12) A presença dos estudantes nas Unidades de Saúde da Família contribui(u) para a melhora do processo de trabalho nos serviços e permite uma maior compreensão sobre a importância do internato médico na Atenção Primária à Saúde?
- (13) Após a inserção dos estudantes do internato médico na APS, foram observadas mudanças das práticas e processos de trabalho?
- (14) O (A) Sr.(a) considera importante a função de preceptor, para sua prática profissional? E para a formação em saúde?
- (15) O que o (a) Sr. (a) apontaria enquanto potencialidades do internato médico na APS para contribuição quanto à formação profissional dos estudantes? E o que considera como principais desafios?
- (16) O (A) Sr.(a) gostaria de adicionar mais alguma colocação/observação a respeito do que dialogamos?

APÊNDICE E – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM USUÁRIOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GARANHUNS – USF VINCULADAS AO INTERNATO MÉDICO DA UPE/GARANHUNS.

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Formação: _____
Unidade de saúde de referência: _____
Participação social: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- (1) Ao chegar à Unidade de Saúde da Família, o (a) Sr.(a) percebe a presença dos estudantes de Medicina da UPE/Garanhuns?
- (2) O (A) Sr.(a) sente-se bem recebido/acolhido pelos profissionais desta unidade e pelos estudantes de Medicina?
- (3) A estrutura física da unidade de saúde da família e a oferta de atividades educativas, assim como das consultas em geral, favorecem a atuação dos profissionais junto aos estudantes?
- (4) O (A) Sr.(a), enquanto usuário do SUS, participou ou tem participado de atividades educativas em conjunto com alunos, professores da universidade e os profissionais preceptores?
- (5) O (A) Sr.(a) e as demais pessoas das comunidades são ouvidas pelos trabalhadores e estudantes da unidade de saúde da família a qual pertencem?
- (6) O (A) Sr.(a) concorda que as práticas desenvolvidas durante o internato médico/estágio dos estudantes trouxeram e/ou trazem um melhor acolhimento e atendimento para os usuários/pacientes?

- (7) O trabalho desenvolvido pelos profissionais e estudantes tem atendido as necessidades de saúde dos indivíduos e suas famílias?
- (8) O (A) Sr.(a) enquanto usuário/paciente da USF, passou a cuidar-se com mais atenção e considerar as orientações para a saúde após a presença dos estudantes nas unidades de saúde?
- (9) O (A) Sr.(a) percebeu melhor acesso quanto aos agendamentos e adesão ao tratamento medicamentoso após a presença dos estudantes nas unidades de saúde?
- (10) O (A) Sr.(a) considera que as atividades externas à USF trazem benefícios para os usuários? Quais?
- (11) O (A) Sr.(a) gostaria de adicionar mais alguma colocação/observação a respeito do que dialogamos?

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/MS)

PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “**A contribuição do Internato Médico na Atenção Primária à Saúde em Garanhuns - PE**”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Maria Laura da Costa Rodrigues, sob orientação da Profª Drª Sydia Rosana de Araujo Oliveira.

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso e tem como objetivo principal analisar a contribuição do Internato Médico na Atenção Primária à Saúde do município de Garanhuns quanto à formação profissional dos estudantes. A partir do início das atividades do internato médico na Atenção Primária à Saúde, diante da necessidade de integrar ensino-serviço-comunidade, este estudo busca conhecer as percepções dos atores envolvidos acerca das contribuições para a formação profissional dos estudantes advindas da implantação do internato médico na APS. A coleta dos dados se dará através de pesquisa documental e entrevista semiestruturada direcionada aos atores-chave. Os documentos e as entrevistas serão submetidos a análise de conteúdo de Bardin.

A pesquisa está sendo realizada pelo Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE, vinculada ao programa de mestrado profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, como parte da dissertação de mestrado desta pesquisadora, sob a orientação da Profª Drª Sydia Rosana de Araujo Oliveira.

Farão parte do estudo os professores e estudantes do curso de Medicina da UPE/Garanhuns, gestores da secretaria municipal de saúde de Garanhuns, usuários dos serviços de saúde e profissionais preceptores vinculados à secretaria municipal de saúde de Garanhuns, que concordarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa envolve: **Risco** vinculado à quebra do sigilo e constrangimento, para tanto, o estudo baseia-se de forma a se evitar todos os riscos e se obter benefícios. As entrevistas ocorrerão em ambiente reservado que poderá ser físico ou virtual (videochamada, com gravação de vídeo e áudio) - com prévia autorização do uso de imagem - em razão da necessidade do isolamento social devido à pandemia da COVID-19. Antes da realização da entrevista ocorrerá uma leitura prévia com os voluntários e se deixará claro que nenhum dado pessoal será divulgado, por isso a partir desse momento eles serão identificados por código numérico para evitar possíveis constrangimentos. O estudo terá como **benefício direto**: 1. Conhecer quais benfeitorias e contribuições para formação médica foram encontrados advindas da implantação do internato médico na Atenção Primária à Saúde no município de Garanhuns; 2. Buscar promover mudanças que respondam às necessidades e aperfeiçoamentos futuros para a formação profissional dos estudantes de medicina da UPE/Garanhuns; 3. Aperfeiçoar o Guia do internato médico na Atenção Primária à Saúde, a partir dos resultados obtidos através da análise da percepção dos atores (docentes, discentes, gestores, preceptores e comunidade) implicados. Como **benefício indireto**, a partir das lacunas encontradas no estudo poderão ser propostas intervenções que possibilitem a melhora do panorama encontrado.

Como **Medidas Protetivas**, todas as informações e resultados desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação, assim como serão disponibilizadas através de correio eletrônico pessoal fornecido pelos participantes, considerando a impossibilidade para consultas nos eventos e publicações científicas. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações de áudio e vídeo, decorrentes das entrevistas), ficarão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador principal, pelo período de 5 anos. Nada lhe será pago ou cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas, você pode procurar o pesquisador responsável Maria Laura da Costa Rodrigues, por meio dos seguintes contatos: endereço: Universidade de Pernambuco-Campus Garanhuns (Rua Capitão Pedro Rodrigues, São José, 55295110, Garanhuns- PE), e-mail: maria.rodrigues@upe.br e telefone: (87) 99905-1982 e Profª Orientadora Sydia Rosana de Araújo por meio dos seguintes contatos: Fundação Oswaldo Cruz (PE), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (Av. Professor Moraes Rego, s/n-Campus da UFPE Cidade Universitária 50670420 - Recife, PE-Brasil). E-mail: sydia@cpqam.fiocruz.br; Telefone: (81) 21237820. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique e assine as páginas ao final deste documento que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador. Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade de Pernambuco - CEP/PROPEGI-UPE localizado à Av. Agamenon Magalhães, S/N, Santo Amaro, Recife-PE, telefone 81-3183-3775 ou ainda através do e-mail comite.etica@upe.br.

Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas com o pesquisador, concordo em participar do estudo intitulada “**A contribuição do Internato Médico na Atenção Primária à Saúde em Garanhuns - PE**”, como voluntário(a) bem como, autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador (es).

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

APÊNDICE G – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS (FOTOS E VÍDEOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa: “**A contribuição do Internato Médico na Atenção Primária à Saúde em Garanhuns - PE**”, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Maria Laura da Costa Rodrigues**.

A proposta deste Termo de Autorização para uso de imagens é ter sua autorização para fixar, armazenar e exibir a sua imagem por meio de vídeo com o fim específico de inseri-la nas informações que serão geradas na pesquisa, aqui citada, e em outras publicações dela decorrentes, exclusivamente para fins científicos em revistas, jornais ou periódicos científicos ou em eventos acadêmicos afins, tais como: encontros, seminários, simpósios, conferências, fóruns, jornadas e cursos no formato de banner, painel, apresentação em slides ou em livretos, quer sejam na mídia impressa ou internet.

A presente autorização abrange, exclusivamente, o uso de sua imagem para os fins aqui estabelecidos e deverá sempre preservar a proteção das suas informações pessoais. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser autorizada. O pesquisador responsável assegura-lhe que os dados serão armazenados em meio digital, sob sua responsabilidade, por 5 anos, e após esse período, serão destruídas.

Assegura-lhe, também, que poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse de suas imagens. O participante poderá se recusar e/ou retirar esta autorização a qualquer momento que desejar, sem prejuízo a ambas as partes.

Recife, ____/____/____

Assinatura: _____

Nome completo: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisadora

Assinatura: _____

Nome completo da Pesquisadora: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisadora: Maria Laura da Costa Rodrigues

Endereço: Universidade de Pernambuco-Campus Garanhuns (Rua Capitão Pedro Rodrigues, São José, CEP 55295-110, Garanhuns- PE).

E-mail: maria.rodrigues@upe.br

Telefone: (87) 99905-1982

APÊNDICE H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

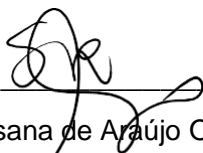
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE (ELABORADO DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO NO 466/2012 – CNS/MS)

Eu, Maria Laura da Costa Rodrigues, CPF Nº 041.167.034-43, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa “**A contribuição do Internato Médico na Atenção Primária à Saúde em Garanhuns - PE**”, sob a orientação da Prof.^a Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira (IAM-FIOCRUZ/PE), CPF Nº. 031.523.124-66, comprometo-me a prover procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros e que o acesso a estes dados ou em outra base de dados será utilizado somente para o projeto ao qual está vinculado.

Garanhuns 25 de agosto de 2020.



Maria Laura da Costa Rodrigues
(pesquisador responsável)



Sydia Rosana de Araújo Oliveira
(Orientadora)

APÊNDICE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO – GUIA DO INTERNATO NA APS



Universidade de Pernambuco
Campus Garanhuns
Curso de Medicina



Guia do Internato Médico - Atenção Primária à Saúde

Garanhuns
2021

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Saúde do Município de Garanhuns, pela parceria e disponibilidade;

À Universidade de Pernambuco – Campus Garanhuns, pela oportunidade e incentivo ao trabalho integrado entre docentes e discentes;

Aos estudantes, fonte inesgotável e motor propulsor para a busca de um melhor desempenho e aprendizado, na busca da contribuição efetiva na formação qualificada de novos profissionais;

À Comissão de Integração Ensino-Serviço-Comunidade, pelo árduo trabalho desenvolvido nos últimos 3 anos, cujo resultado, proporcionou a aproximação entre teoria e prática;

Aos preceptores pela parceria e apoio na construção de uma educação e formação em saúde com perfil social, humanístico e comprometido com as necessidades de saúde dos indivíduos e suas famílias.

M^a Laura da C. Rodrigues
Professora / APS / UPE - Garanhuns

APRESENTAÇÃO

Vivenciar o cotidiano dos serviços na Atenção Primária, proporciona e conduz ao conhecimento profundo sobre seus fluxos, organização, demandas, potencialidades e fragilidades. Também permite entrar em contato com os diferentes indivíduos, grupos, famílias, ampliando e aguçando os sentidos, no que concerne ao cuidado em saúde e seus diferentes aspectos.

Caminhar por estas passagens, exterioriza e demonstra a necessidade de refletir sobre o exercício da clínica, a valorização das dimensões individuais e coletivas, esperando solucionar condições crônicas que persistem, em grande parte, em razão de uma prática fragmentada e mecanicista.

Assim sendo, aprender e reaprender, ou seja, tornar significativo ou ressignificar o que se aprende, reside em grande parte, na descoberta do sentido humanístico e técnico, voltado para excelência e melhores referências na literatura, cujo embasamento é um dos objetivos do estágio. Entretanto, deve-se insistir na importância da contemplação das situações reais do cotidiano da vida das pessoas e do sistema de saúde, buscando sempre uma abordagem integral e singular.

O presente Guia para o Internato Médico na Atenção primária à Saúde, é fruto do trabalho coletivo realizado junto aos profissionais preceptores da Rede de saúde do município de Garanhuns, e seu intuito é o de promover um maior acercamento das diferentes realidades e contextos de saúde para contribuir com a formação médica, apreciando os aspectos individuais e coletivos da população das unidades de saúde da família, na busca do aprendizado significativo, valorizando o cuidado integral, humano, com fundamentação técnica-científica.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	05
2 OBJETIVO GERAL.....	06
3 HABILIDADES, COMPETÊNCIAS E ATITUDES A SEREM DESENVOLVIDAS	06
4 PROCEDIMENTOS DIDÁTICOS.....	10
4.1 TEÓRICOS	10
4.1.1 Seminários Integrados	10
4.1.2 Cronograma Seminários Integrados	11
4.2 TEÓRICO-PRÁTICOS.....	11
4.3 PRÁTICOS	13
4.3.1 Principais Atividades Programáticas nas Unidades de Saúde da Família.....	13
5 ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO	15
6 SEMANA PADRÃO	15
7 FREQUÊNCIA.....	17
8 SISTEMA DE AVALIAÇÃO.....	17
9 ACOMPANHAMENTO E SUPERVISÃO.....	17
10 PROJETO DE INTERVENÇÃO / PLANO DE AÇÃO	18
10.1 OBJETIVOS	18
10.2 ORIENTAÇÕES GERAIS.....	18
10.3 ROTEIRO / ASPECTOS PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	19
10.4 CRONOGRAMA	20
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXOS.....	22
ANEXO I – Ficha de Frequência do Interno	
ANEXO II – Ficha de Avaliação do Interno	
ANEXO III – Ficha de Supervisão do Internato Médico na APS	

1 INTRODUÇÃO

O Estágio obrigatório supervisionado na Atenção Primária à Saúde figura como um marco importante para a Universidade de Pernambuco/Campus Garanhuns, pois, as atividades do Internato Médico – APS na Rede de Saúde Municipal (SMS-GUS) constitui-se o primeiro rodízio do internato médico realizado no município-sede da UPE/Garanhuns. Seu início deu-se no segundo semestre de 2018. Para tal feito, a adição de forças entre os diferentes profissionais e instituições, fundamentalmente pontua e reforça a legitimidade da importância da presença da Academia na realidade dos serviços de saúde.

Atendendo às necessidades do SUS e respeitando as normativas regentes para a Graduação em Medicina, se faz necessária, a explanação acerca do texto guia – DNC (2014), a seguir:

Art. 30 O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Art. 40 Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

- I - Atenção à Saúde;
- II - Gestão em Saúde; e
- III - Educação em Saúde.

Art. 24. A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

[...]§ 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato.

[...]§ 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência.

[...]§ 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade...

Considerando o exposto, o estreitamento entre teoria e prática, deve ser contemplado de modo a potencializar o aprendizado na graduação, bem como, contribuir com a melhoria da assistência à saúde e dos serviços de saúde – SUS.

O serviço de saúde trabalha com a demanda que lhe é apresentada e a partir da lógica da referência e contrarreferência, do cuidado no território, dos princípios que sustentam e fazem o SUS acontecer nos seus 30 anos (PAIM, 2018). Considerada a principal porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde, a Atenção Básica deve apreciar o sujeito-usuário em sua singularidade e inserção sociocultural para que as ações e serviços sejam planejados e executados com base nas necessidades reais da população atendida, assegurando efetividade e eficiência (BRASIL, 2011).

2 OBJETIVO GERAL

Promover a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, através do desenvolvimento da aprendizagem em Serviço na Atenção Primária em Saúde com ênfase na Medicina de Família e Comunidade, vivenciando ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação dos agravos mais prevalentes à saúde do indivíduo, família e comunidade.

3 COMPETÊNCIAS, HABILIDADES E ATITUDES A SEREM DESENVOLVIDAS (Extraído e adaptado do Manual do Internato em Saúde Coletiva / UFPB-2016 e Manual do Estágio em Saúde da Família e Comunidade / UNIRG -2017).

✓ Atender a demanda espontânea da USF sob supervisão do preceptor médico;

- ✓ O estudante deve, sob supervisão, realizar: anamnese centrada no paciente e exame físico; raciocínio clínico; solicitar exames necessários ao problema do paciente; realizar referências;
- ✓ Propor terapêutica aos casos e outros cuidados necessários a prevenção e promoção da saúde do paciente; enquadrá-lo nos programas preventivos adequados à sua faixa etária e outros processos necessários a um plano de cuidados integral;
- ✓ Realizar atividades de visitas domiciliares previstas nas ações programáticas e demandadas espontaneamente;
- ✓ Participar das ações programáticas da UBS;
- ✓ Alimentar os prontuários, fichas de seguimento e sistemas de informação existentes na USF, bem como realizar as notificações compulsórias;
- ✓ Participar e/ou mobilizar atividades com participação da comunidade;
- ✓ Participar e organizar atividades educativas;
- ✓ Participar e organizar atividades de promoção de saúde;
- ✓ Reconhecer os problemas mais comuns dentro da ESF;
- ✓ Estabelecer a relação profissional ética no contato com as pessoas sob seus cuidados, familiares ou responsáveis, considerando o amplo espectro da diversidade humana e as diferenças culturais;
- ✓ Construir abordagem as situações mais prevalentes de forma integral e centrada no paciente e em sua família, percebendo os aspectos psíquicos, sociais, culturais e econômicos dos problemas atendidos, segundo as diretrizes da clínica ampliada;
- ✓ Orientar o atendimento às necessidades de saúde, sendo capaz de combinar o conhecimento clínico e as evidências científicas, com o entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa;
- ✓ Identificar emergências, desde o início do contato, atuando de modo a preservar a saúde e a integridade física e mental das pessoas sob cuidado;
- ✓ Utilizar linguagem compreensível no processo terapêutico, estimulando o relato espontâneo da pessoa sob cuidados, tendo em conta os aspectos psicológicos, culturais e contextuais, sua história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociofamiliares, assegurando a privacidade e o conforto;

- ✓ Favorecer a construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado;
- ✓ Identificar os motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de outros elementos relacionados ao processo saúde-doença;
- ✓ Orientar e organizar a anamnese, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico, da técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas;
- ✓ Registrar os dados relevantes da anamnese no prontuário, de forma clara e legível.
- ✓ Saber selecionar, organizar e elaborar os dados e sintomas significativos (lista de problemas) para elaboração de projetos terapêuticos;
- ✓ Esclarecer sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa sob seus cuidados ou do responsável e atuando sempre de forma ética e na perspectiva de evitar iatrogenias;
- ✓ Estabelecer hipóteses diagnósticas mais prováveis, relacionando os dados da história e exames clínicos;
- ✓ Estabelecer prognóstico dos problemas da pessoa sob seus cuidados, considerando os contextos pessoal, familiar, do trabalho, epidemiológico, ambiental e outros pertinentes;
- ✓ Informar e esclarecer as hipóteses estabelecidas, de forma ética e humanizada, considerando dúvidas e questionamentos da pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis;
- ✓ Estabelecer oportunidades na comunicação para mediar conflito e conciliar possíveis visões divergentes entre profissionais de saúde, a pessoa sob seus cuidados, familiares e responsáveis;
- ✓ Solicitar exames complementares, com base nas melhores evidências científicas, conforme as necessidades da pessoa sob seus cuidados, avaliando sua possibilidade de acesso aos testes necessários;

- ✓ Interpretação os resultados dos exames realizados, considerando as hipóteses diagnósticas, a condição clínica e o contexto da pessoa sob seus cuidados;
- ✓ Estabelecer, a partir do raciocínio clínico-epidemiológico em contextos específicos, planos terapêuticos, contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e considerando uma atuação interprofissional;
- ✓ Promover o diálogo entre as necessidades referidas pela pessoa sob seus cuidados ou responsável, e as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde, estimulando a pessoa sob seus cuidados a refletir sobre seus problemas e a promover o autocuidado;
- ✓ Implementar as ações pactuadas e disponibilizar, quando necessário, prescrições, solicitações de exames e encaminhamentos de maneira legível e com as informações necessárias para que possam ser compreendidas pelos usuários e outros profissionais de saúde.
- ✓ Conhecer e realizar notificação compulsória de agravos aos setores responsáveis, conforme as normativas vigentes;
- ✓ Estabelecer propostas de acompanhamento e avaliação da efetividade das intervenções realizadas; revisando o diagnóstico e o plano terapêutico, sempre que necessário;
- ✓ Saber tomar atitudes com relação à prevenção e promoção da saúde;
- ✓ Saber selecionar, organizar e elaborar os dados e sintomas significativos (lista de problemas) para elaboração de projetos terapêuticos;
- ✓ Avaliar a necessidade de referência dos casos que demandam apreciação do especialista;
- ✓ Vivenciar e desenvolver capacidade crítica-reflexiva sobre as relações entre os níveis de assistência;
- ✓ Saber construir um cuidado integral aos agravos de seus pacientes;
- ✓ Desenvolver perfil de comprometimento e acolhimento dos fatores condicionantes ou determinantes dos agravos de seus pacientes.
- ✓ Reconhecer a necessidade de encaminhamento para centro de referência;
- ✓ Conhecer as opções terapêuticas mais utilizadas, suas indicações, limitações e balanço custo/efetividade;

- ✓ Estabelecer bom relacionamento de trabalho com a equipe de saúde;
- ✓ Reconhecer os objetivos e limites do atendimento primário, secundário e terciário, assim como o SUS em todos os seus graus de complexidade dentro da especialidade

4 PROCEDIMENTOS DIDÁTICOS

4.1 TEÓRICOS

Seminários integrados e grupos de discussão para abordagem do conteúdo teórico; problematização; aprendizado baseado no problema;

- **Discussão de casos clínicos com os profissionais da ESF;**
- **Seminários Integrados.**

4.1.1 Seminários Integrados

- ✓ Atividade teórica elaborada por cada trio de estudantes - (6 grupos de 03/04 estudantes);
- ✓ Com frequência mensal (ex.: última segunda-feira de cada mês);
- ✓ Participação do profissional especialista (de acordo com o eixo temático);
- ✓ Participação dos profissionais preceptores (Médicos(as) / Enfermeiros(as)/ Equipe Multiprofissional / Docentes de outros módulos e discentes dos demais períodos da graduação);

4.1.2 Cronograma Seminários Integrados

Data	Tema
01	Distúrbios do ciclo menstrual
02	Demência (Avaliação Multidimensional do idoso)
03	Ansiedade e Depressão
04	Doenças prevalentes na infância (IVAS/ASMA)
05	Dor
06	Espiritualidade/Comunicação e Saúde

Ob.: Exemplo de temas que podem ser abordados.

4.2 TEÓRICO-PRÁTICOS

Discussão de casos clínicos reais (usuários do território de práticas) com os profissionais da ESF.

➤ Eixos Temáticos / Atividades Teórico-práticas

I - Saúde da Criança e do Adolescente

- ✓ Crescimento e Desenvolvimento;
- ✓ Vacinação;
- ✓ Doenças prevalentes na infância (IVAS/ASMA);
- ✓ Sexualidade e Gravidez na adolescência;
- ✓ Educação em saúde para o adolescente.

II - Saúde da Mulher

- ✓ Planejamento Familiar + Contracepção;
- ✓ Distúrbios do ciclo menstrual;
- ✓ Menopausa e Climatério;
- ✓ Pré-natal;
- ✓ Rastreamento (Neoplasias);
- ✓ Cefaléia.

III - Saúde do Adulto

- ✓ Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (HAS E DM);
- ✓ Doenças Infecto-contagiosas;
- ✓ Promoção e Prevenção DCNT;
- ✓ Dor;
- ✓ Saúde do homem.

IV - Saúde do Idoso

- ✓ Demência (Avaliação Multidimensional do idoso);
- ✓ Dor / Cuidados paliativos;
- ✓ Acidentes e trauma;
- ✓ Polifarmácia.

V - Saúde Mental:

- ✓ Ansiedade;
- ✓ Depressão;
- ✓ Suicídio;
- ✓ Esquizofrenia;
- ✓ Dependências (medicamentosa, etilismo, tabagismo).

VI - Linhas de Cuidado / Longitudinalidade do cuidado/ Projeto Terapêutico**Singular/ Método clínico centrado na pessoa**

- ✓ MCCP;
- ✓ Espiritualidade / Comunicação;
- ✓ RAS;
- ✓ PTS.

4.3 PRÁTICOS

Os alunos durante seu estágio serão orientados e avaliados por seus respectivos preceptores, pelo desempenho nas atividades (atitudes, habilidades, conhecimento).

- **Elaboração de Projeto de Intervenção / Plano de Ação;**
- **Desenvolvimento das atividades programáticas da Estratégia Saúde da Família.**

4.3.1 Principais Atividades Programáticas nas Unidades de Saúde da Família (Extraído e adaptado do Programa Internato em Saúde Coletiva: ênfase em Atenção Básica/Saúde da Família – PUCRS- 2016).

A Prática Clínica / Consulta

A consulta clínica em atenção primária é o momento primordial, onde ocorre o exercício das habilidades clínicas e de comunicação em prol da atenção integral ao sujeito e à família no sentido da criação de um vínculo continuado. Este vínculo legitima a atuação comunitária do profissional e a prática integrada de ações curativas e preventivas.

B Visitas Domiciliares

As visitas domiciliares, são instituídas como uma das bases do tripé de ferramentas (a saber: visita domiciliar/acolhimento/ abordagem familiar) que, juntamente com sua inserção social privilegiada, diferenciam o médico de família. Contemplam a prevenção, promoção da saúde, a busca ativa de casos e faltosos, o acompanhamento de doentes crônicos, a internação domiciliar de acamados, e a observação da família e do paciente em seu ambiente cotidiano.

C Grupos

O trabalho em grupos é uma modalidade terapêutica/promocional coletiva, muito utilizada no âmbito das Instituições Públicas ou Universitárias de Saúde. Como exemplos destacam-se os grupos educativos (diabéticos, hipertensos), operativos (tabagismo), de convivência (terceira idade), de apoio (amamentação), entre outros.

Os grupos oferecem espaços físicos e psicológicos onde são preparadas estratégias para potencializar as atividades individuais e coletivas existentes nos grupos humanos, em busca de melhorias do estado de saúde.

D Gestão e Epidemiologia

As atividades em Gestão e Epidemiologia serão pactuadas em cada unidade de estágio, propondo-se alternativas para desenvolvimento em grupos, com supervisão do preceptor local:

1. Vigilância Epidemiológica em nível local - Acompanhar as equipes de vigilância na investigação das doenças de notificação compulsória.
2. Acompanhamento e monitoração de Programas - Estudo de programas prioritários de Saúde Pública p.ex. DST-AIDS, Gestantes, TB, Asma- com acompanhamento do processo de coleta de dados e análise em nível local.
3. Uso de Evidências e Protocolos Clínicos - Revisão crítica de Protocolos existentes em Instituições do SUS, com análise das evidências utilizadas.
4. Diagnóstico de Saúde - Os alunos podem atualizar o banco de dados do Diagnóstico de Saúde das USF's. Sala de situação em saúde.

5 ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Período	24 semanas / 6 meses
Carga Horária	816h (30h/Semanais - Prática e 04h/Semanais - Teoria)
Cenário de Prática	Unidades de Saúde da Família – Rede Municipal de Saúde / Garanhuns
Quantidade de Estudantes	40
Quantidades de Grupos	10 grupos de 02 estudantes / semestre
Unidades de Saúde da Família	10 USF's

6 SEMANA PADRÃO

A semana padrão deverá ser o elemento norteador para o ajuste e adequações das Unidades de Saúde, levando em consideração aspectos pertinentes ao serviço, como demanda, indicadores, perfil epidemiológico, necessidades particulares da área adscrita e características gerais da população assistida.

SEMANA PADRÃO

TURNOS;	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira
MANHÃ LOCAL	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento
	Atividade educativa			Atividade educativa	
TARDE LOCAL	Atendimento Médico	Atendimento Médico	Visita Domiciliar	Atendimento Médico	Atendimento Enfermagem
	Atendimento Enfermagem	Atividade Teórica In loco / Integrada	Projeto Intervenção/ Atividade Educação em Saúde	Atendimento Enfermagem	Projeto Intervenção/ Estudo dirigido
HORÁRIO	8:00 – 15h	8:00 – 15h	8:00 – 15h	8:00 – 15h	8:00 – 14h

* As atividades teóricas estarão dispostas conforme orientações dos preceptores e cronograma/planejamento do serviço.

7 FREQUÊNCIA

- ✓ Cada estudante receberá pasta com ficha - padrão para registro da frequência durante o rodízio (Anexo I);
- ✓ A responsabilidade sobre o documento é única e exclusiva do titular;
- ✓ O registro de presença nas Unidades de Saúde, deve ser realizado conforme turno de estágio, diariamente.

8 SISTEMA DE AVALIAÇÃO

Nota + Conceito emitido pelos Preceptores das Equipes envolvidas, contemplando aspectos como: Assiduidade; Pontualidade; Interesse; Conhecimento; Habilidades; (ver Ficha de Avaliação do interno - **ANEXO II**), bem como Projeto de Intervenção.

Nota / Conceito Final =

Avaliação Preceptores (70%) + Projeto de Intervenção (30%)

9 ACOMPANHAMENTO E SUPERVISÃO

Encontros
mensais/Supervisor
e preceptor

Visitas quinzenais
(in loco)

- ✓ Encontros destinados ao acompanhamento, monitoramento do rodízio, objetivando otimização e melhoria da Integração Ensino-Serviço, maior deslocamento do aprendizado dos estudantes, bem como ajustes e superação de quaisquer eventos e/ou desafios.
- ✓ Registro das supervisões, devidamente datadas e assinadas pelos preceptores e Instituição de ensino (professor supervisor); (ver anexo III).

10 PROJETO DE INTERVENÇÃO / PLANO DE AÇÃO

10.1 OBJETIVOS

- Colocar em prática os princípios básicos de planejamento e avaliação de ações, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Desenvolver ações que, através das vivências e observância, estejam fundamentadas nas necessidades do território, de maneira a contribuir com melhorias à USF e a comunidade adscrita.

10.2 ORIENTAÇÕES GERAIS

- ✓ Deverá ser elaborado por cada dupla de estudantes – 01 PI por unidade de Saúde, totalizando 10 projetos/semestre.
- ✓ As apresentações dos projetos, ocorrerão ao final do rodízio, com a presença de professores convidados e comissão avaliadora, no auditório da UPE – Campus Garanhuns, com data a ser definida posteriormente.

10.3 ROTEIRO / ASPECTOS PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

****Título do projeto****

1. Justificativa – deve constar uma apresentação geral do projeto com a definição/delimitação do problema, quais foram os fatores que determinaram sua escolha e uma revisão da literatura sobre a problemática escolhida;
2. Objetivos da intervenção gerais e específicos;
3. Breve fundamentação teórica sobre o problema escolhido;
4. Descrição da intervenção proposta e de todos os seus passos;
5. Cronograma das ações e responsáveis – onde se indicará quando e quem realizará cada ação;
6. Resultados esperados;
7. Recursos necessários – nesta seção, deverão se indicar os recursos que serão utilizados para que o projeto se efetive;
8. Referências – Todos os trabalhos citados no texto deverão ser referenciados, seguindo as normas da ABNT.

***O projeto deve ser escrito em no mínimo 5 e no máximo 10 páginas, em fonte arial tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5, papel A4 com margens de 3 cm (superior e esquerda) e de 2 cm (inferior e direita).**

10.4 CRONOGRAMA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

Cronograma	
1ª Etapa: Entrega por escrito do Projeto de Intervenção	Prazo: 1º mês do rodízio (Última semana)
2ª Etapa: Execução do Projeto	Prazo: Do 2º ao 5º mês do rodízio
3ª Etapa: Entrega do Relatório final do PI + Apresentação	Prazo: Última quinzena do rodízio

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se com este instrumento, traçar itinerário para as vivências na APS, privilegiar a busca e a aquisição de conhecimentos com autonomia e crítica, buscando a reflexão sobre a possibilidade de mudança de uma realidade. A formação médica não deve deter-se apenas ao treinamento técnico, mas, ao desenvolvimento do pensamento crítico, inquietante, de maneira a despertar a motivação e o sentido de agentes transformadores que podemos ser nos cenários e serviços de saúde. É indispensável o interesse pelas atividades, a disponibilidade para aprender e a capacidade de superar desafios, assim como o exercício da humildade, da troca e interação.

Aprender no SUS significa aprender na prática, ou seja, o aprendizado não se limita a reprodução da teoria e sua técnica, mas alude entender-se parte do processo, no aprendizado e na construção do mesmo, individual e coletivamente, assim como na efetiva integração e inserção na esfera do trabalho, pensando e produzindo saúde, traduzindo um novo caráter para a formação e na contribuição da assistência à saúde prezando pela qualidade e dignidade.

REFERÊNCIAS

BOTTI SHO. **O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**. Rio de Janeiro; 2009. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. **Programa de Integração Docente-Assistencial – PIDA**. Brasília: MEC-SESU; 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. [disponível na internet: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>]

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [citado 27 jan. 2018]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html]

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet]. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>

GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222p.

PINHEIRO R, Ceccin RB. **Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade**. In Pinheiro R; Ceccin RB; Mattos RA de (orgs.). Ensinar saúde: a

integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006. p. 13-35.

PUCRS. Faculdade de Medicina departamento de Medicina Social. **Programa Internato em Saúde Coletiva: ênfase em Atenção Básica/Saúde da Família**; 2016.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática – Vol. I e II - Editora: Artmed (Grupo A) – editora oficial da SBMFC, 2012.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Manual de Preceptoría Interação Comunitária Medicina UFSC/SMS**. 2014.

UFPB. Universidade Federal da Paraíba. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual do Internato em Saúde Coletiva.**2016

UNIRG. Universidade de Gurupi. **Manual do Estágio em Saúde da Família e Comunidade.** 2017.

ANEXOS**Anexo I**

Universidade de Pernambuco
Campus Garanhuns
Curso de Medicina

**FICHA DE FREQUÊNCIA DOS INTERNOS**

NOME:		
Período:	Rodízio:	Unidade:

	DIA	HORÁRIO	DATA (DD/MM/AA)	SERVIÇO	ASSINATURA E CARIMBO DO PRECEPTOR
1ª SEMANA	Segunda-Feira	Manhã			
		Tarde			
	Terça-Feira	Manhã			
		Tarde			
	Quarta-Feira	Manhã			
		Tarde			
	Quinta-Feira	Manhã			
		Tarde			
	Sexta-Feira	Manhã			
		Tarde			
	Sábado	Manhã			
		Tarde			
	Domingo	Manhã			
		Tarde			
TOTAL DE HORAS CUMPRIDAS:					

	DIA	HORÁRIO	DATA (DD/MM/AA)	SERVIÇO	ASSINATURA E CARIMBO DO PRECEPTOR
2ª SEMANA	Segunda- Feira	Manhã			
		Tarde			
	Terça- Feira	Manhã			
		Tarde			
	Quarta- Feira	Manhã			
		Tarde			
	Quinta- Feira	Manhã			
		Tarde			
	Sexta- Feira	Manhã			
		Tarde			
	Sábado	Manhã			
		Tarde			
	Domingo	Manhã			
		Tarde			
TOTAL DE HORAS CUMPRIDAS:					

- **A ficha de frequência apresenta os campos de registro de acordo com a quantidade de semanas pertinentes ao rodízio (24 semanas).**

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do preceptor
responsável pelo estágio

Anexo II



Universidade de Pernambuco
Campus Garanhuns
Curso de Medicina



Internato Médico - FICHA DE AVALIAÇÃO DO INTERNO

NOME:		
Período:	Rodízio:	Serviço:

Conceitos e Notas	ÓTIMO 9,0 a 10,0	BOM 7,0 a 8,9	REGULAR 5,0 a 6,9	REPROVADO 4,9
FREQÜÊNCIA				
Assiduidade				
Pontualidade				
Permanência no serviço				
CONHECIMENTO				
Teórico (Compreensão dos determinantes biológicos, sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos/ legais e diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica)				
Prático (Desenvolvimento de habilidades/ procedimentos)				
Compreensão do papel do serviço nos níveis de atendimento do SUS				

APRENDIZADO				
Teórico				
Prático				
Busca ativa por conhecimento				
Evolução do conhecimento durante estágio				
COMUNICAÇÃO				
Relação com paciente e acompanhantes				
Relação com os outros estudantes, profissionais da mesma e de outras áreas.				
CONDUTA				
Interesse				
Capacidade de tomar iniciativa				
Postura ético/ humanística com o paciente				
Dedicação ao paciente (tentar garantir assistência				
Postura ética com outros profissionais				
Responsabilidade com suas tarefas				
Postura crítica diante da dinâmica de trabalho/ assistência do serviço				
Média Final dessa Avaliação				
Observações:				

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do preceptor
responsável pelo estágio

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE
PERNAMBUCO - REITORIA -
UPE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A CONTRIBUIÇÃO DO INTERNATO MÉDICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM GARANHUNS - PE

Pesquisador: MARIA LAURA DA COSTA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 37752020.9.0000.5207

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.403.862

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso e tem como objetivo principal analisar a contribuição do Internato Médico na Atenção Primária à Saúde do município de Garanhuns quanto à formação profissional dos estudantes. A partir do início das atividades do internato médico na Atenção Primária à Saúde, diante da necessidade de integrar ensino-serviço-comunidade, este estudo busca conhecer as percepções dos atores envolvidos acerca das contribuições para a formação profissional dos estudantes advindas da implantação do internato médico na APS.

A coleta dos dados se dará através de pesquisa documental e entrevista semiestruturada direcionada aos atores-chave. Os documentos e as entrevistas serão submetidos a análise de conteúdo de Bardin.

A pesquisa está sendo realizada pelo Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE, vinculada ao programa de mestrado profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar a contribuição do Internato Médico na Atenção Primária à Saúde do município de Garanhuns quanto à formação profissional dos estudantes.

Continuação do Parecer: 4.403.862

Objetivos específicos:

1. Relacionar o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) frente às recomendações para o internato médico dispostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina / 2014;
2. Contextualizar a implantação do internato médico da UPE/ Garanhuns na Atenção Primária à Saúde diante da necessidade de integrar ensino-serviço-comunidade;
3. Conhecer as percepções dos atores envolvidos acerca da implantação do internato médico na APS;
4. Atualizar o Guia do Internato na Atenção Primária à Saúde da UPE/Garanhuns.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa será desenvolvida em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; e com normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, aprovadas pelo CNS, através da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. O estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CEP/PROPEGI-UPE), e somente após sua aprovação pelo referido CEP, as atividades descritas no cronograma serão iniciadas.

Riscos:

O risco está vinculado à quebra do sigilo e constrangimento, para tanto, o estudo baseia-se de forma a se evitar todos os riscos e se obter benefícios. As entrevistas ocorrerão em ambiente reservado que poderá ser físico ou virtual (vídeochamada) em razão da necessidade do isolamento social devido à pandemia da COVID-19. Antes da realização da entrevista ocorrerá uma leitura prévia com os voluntários e se deixará claro que nenhum dado pessoal será divulgado, por isso a partir desse momento eles serão identificados por código numérico para evitar possíveis constrangimentos.

Benefícios:

1. Conhecer quais benfeitorias e contribuições para formação médica foram encontrados advindas da implantação do internato médico na Atenção Primária à Saúde no município de Garanhuns;
2. Buscar promover mudanças que respondam às necessidades e aperfeiçoamentos futuros para a formação profissional dos estudantes de medicina da UPE/Garanhuns;
3. Aperfeiçoar o Guia do internato médico na Atenção Primária à Saúde, a partir dos resultados obtidos através da análise da percepção dos atores (docentes, discentes, gestores, preceptores e

Continuação do Parecer: 4.401862

Objetivos específicos:

1. Relacionar o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) frente às recomendações para o internato médico dispostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina / 2014;
2. Contextualizar a implantação do internato médico da UPE/ Garanhuns na Atenção Primária à Saúde diante da necessidade de integrar ensino-serviço-comunidade;
3. Conhecer as percepções dos atores envolvidos acerca da implantação do internato médico na APS;
4. Atualizar o Guia do Internato na Atenção Primária à Saúde da UPE/Garanhuns.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

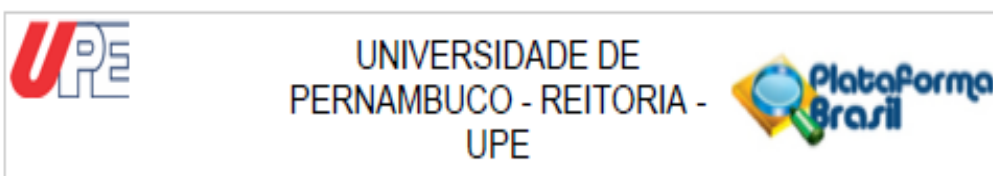
Esta pesquisa será desenvolvida em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; e com normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, aprovadas pelo CNS, através da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. O estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CEP/PROPEGI-UPE), e somente após sua aprovação pelo referido CEP, as atividades descritas no cronograma serão iniciadas.

Riscos:

O risco está vinculado à quebra do sigilo e constrangimento, para tanto, o estudo baseia-se de forma a se evitar todos os riscos e se obter benefícios. As entrevistas ocorrerão em ambiente reservado que poderá ser físico ou virtual (vídeoconferência) em razão da necessidade do isolamento social devido à pandemia da COVID-19. Antes da realização da entrevista ocorrerá uma leitura prévia com os voluntários e se deixará claro que nenhum dado pessoal será divulgado, por isso a partir desse momento eles serão identificados por código numérico para evitar possíveis constrangimentos.

Benefícios:

1. Conhecer quais benfeitorias e contribuições para formação médica foram encontrados advindas da implantação do internato médico na Atenção Primária à Saúde no município de Garanhuns;
2. Buscar promover mudanças que respondam às necessidades e aperfeiçoamentos futuros para a formação profissional dos estudantes de medicina da UPE/Garanhuns;
3. Aperfeiçoar o Guia do internato médico na Atenção Primária à Saúde, a partir dos resultados obtidos através da análise da percepção dos atores (docentes, discentes, gestores, preceptores e



Continuação do Parecer: 4.403.862

da pesquisa, totalizando seus resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1613309.pdf	04/11/2020 17:58:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCM.pdf	03/11/2020 13:05:42	MARIA LAURA DA COSTA RODRIGUES	Aceito
Outros	CLattes.pdf	03/11/2020 13:04:30	MARIA LAURA DA COSTA	Aceito
Outros	DetalhamentoAjustes.pdf	14/10/2020 17:12:02	MARIA LAURA DA COSTA	Aceito
TCLE / Temos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUPE.pdf	14/10/2020 17:04:09	MARIA LAURA DA COSTA RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	13/10/2020 19:25:47	MARIA LAURA DA COSTA	Aceito
Outros	TermodeConfidencialidade.pdf	28/08/2020 23:23:00	MARIA LAURA DA COSTA	Aceito
Outros	anuenciaupe.pdf	14/08/2020 22:32:17	MARIA LAURA DA COSTA	Aceito
Outros	anuencia.pdf	14/08/2020 22:31:38	MARIA LAURA DA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 17 de Novembro de 2020

Assinado por:
CLAUDINALLE FARIAS QUEIROZ DE SOUZA
(Coordenador(a))

ANEXO B – ANUÊNCIA UPE

CAMPUS GARANHUNS

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO****CARTA DE ANUÊNCIA**

Ciente dos objetivos e da metodologia do estudo proposto, intitulado “A contribuição do Internato médico na Atenção Primária à Saúde em Garanhuns-PE” da pesquisadora Maria Laura da Costa Rodrigues, vinculada ao Instituto Aggeu Magalhães (IAM/FIOCRUZ-PE) sob a responsabilidade da Profª. Dra. Sydia Rosana de Araujo Oliveira (IAM/FIOCRUZ-PE), concedo anuência para seu desenvolvimento. No caso do não cumprimento das atividades propostas, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da atividade, sem penalização alguma.

Garanhuns, 03 de agosto de 2020.

Prof. Adauto Trigueiro de Almeida Filho
Vice - Diretor da UPE
Multicampi Garanhuns
Mat. 12087-1

Prof. Adauto Trigueiro de Almeida**Vice-diretor****UPE / *Campus* Garanhuns**

ANEXO C – ANUÊNCIA SMS / GARANHUNS-PE



Secretária Municipal de Saúde de Garanhuns

CARTA DE ANUÊNCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Aceito a pesquisadora **Maria Laura da Costa Rodrigues** da Universidade de Pernambuco, para desenvolver sua pesquisa intitulada "A CONTRIBUIÇÃO DO INTERNATO MÉDICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM GARANHUNS - PE", sob orientação da Professora **Sydla Rosana de Araújo Oliveira (IAM/FIOCRUZ-PE)**.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada concede a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- . O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP.
- . A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- . Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,
- . No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Garanhuns, 05 de Agosto de 2020.

Cleide dos Santos
Coord. Educação Permanente
SMS-Garanhuns-PE
Mat. 00607

Cleide dos Santos Batista
Cleide dos Santos Batista

Núcleo de Educação Permanente

Harley Davidson
Harley Davidson de Rocha Lima

Secretário Adjunto de Saúde

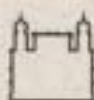
Harley Davidson Rocha de Lima

Secretário Executivo

Part. 006/2018-GP

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 09.372.856/0001-10
CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL ARLINDA DA MOTA VALENÇA
Rua Joaquim Távora S/N – Hellópolis CEP: 55.295-380 - Garanhuns / PE

ANEXO D – ANUÊNCIA IAM / FIOCRUZ



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Aggeu Magalhães

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização da pesquisa intitulada “A CONTRIBUIÇÃO DO INTERNATO MÉDICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM GARANHUNS - PE”, pela pesquisadora Maria Laura da Costa Rodrigues, sob orientação da Prof. Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira. Estou ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nessa pesquisa, concordando em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o cumprimento das determinações éticas contidas nas resoluções brasileiras, a exemplo da Resolução CNS no 466/2012; a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa, sempre que se fizer necessário; de que não haverá nenhuma despesa para esta instituição decorrente da participação nessa pesquisa; E, no caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma para instituição.

Recife, 11 de janeiro de 2021.

Pedro Miguel dos Santos Neto
Ciência Chefe de departamento

Constancia Flavin Junqueira Ayres Lopes
Diretora em Exercício
IAM/Fiocruz PE