UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TATIANA MARIA COELHO VELOSO

**A formação de profissionais de saúde: um olhar para o eixo da Atenção
Primária à Saúde**

Ribeirão Preto

2016

TATIANA MARIA COELHO VELOSO

**A formação de profissionais de saúde: um olhar para o eixo da Atenção
Primária à Saúde**

Tese a ser apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutora em Ciências,
Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Educação em saúde e a
formação de recursos humanos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Conceição Bernardo
de Mello e Souza

Ribeirão Preto

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Veloso, Tatiana Maria Coelho

A formação de profissionais de saúde: um olhar para o eixo da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, 2016.

166 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, EERP/USP. Área de concentração: Educação em saúde e a formação de recursos humanos.

Orientadora: Souza, Maria Conceição Bernardo de Mello e

1. Atenção Primária à saúde. 2. Educação superior em saúde. 3. Educação em Odontologia. 4. Educação médica. 5. Educação em Enfermagem.

VELOSO, T. M. C. **A formação de profissionais de saúde: um olhar para o eixo da Atenção Primária à Saúde. 2016.** 165f. Tese (Doutorado) apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, força e presença que faz tudo ter sentido.

Aos meus pais, pelo incentivo e amor incondicional, meu referencial de afeto, coragem e fé na vida.

À minha família, pelo apoio e por acreditarem em meu potencial.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza, pela paciência, dedicação e por ensinar de forma tão brilhante o valor da palavra ‘professora’.

Aos professores Maria José Bistafa Pereira, Maria do Carmo G. Caccia Bava e Wilson Mestriner Junior, por dividirem o conhecimento de coração aberto e pelas contribuições para a construção deste trabalho.

Aos amigos, de perto e de longe, novos e antigos, pelos ouvidos e abraços que fizeram toda diferença nesta trajetória.

Aos profissionais que fazem parte da história do Núcleo de Saúde da Família VI, por me incentivarem a ser uma enfermeira melhor a cada dia.

Aos alunos participantes da pesquisa, pela disposição em colaborar.

O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.
O que Deus quer é ver a gente
aprendendo a ser capaz
de ficar alegre a mais,
no meio da alegria,
e inda mais alegre
ainda no meio da tristeza!
A vida inventa!
(...)

O mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas,
mas que elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam. Verdade maior.
Viver é muito perigoso; e não é não.
Nem sei explicar estas coisas.

João Guimarães Rosa

RESUMO

VELOSO, T. M. C. **A formação de profissionais de saúde: um olhar para o eixo da Atenção Primária à Saúde.** 2016. 165f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A pesquisa teve por objetivo investigar como os discentes do último ano dos Cursos de Bacharelado em Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade de São Paulo, *campus* Ribeirão Preto, compreendem sua formação para trabalharem como membros de equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e analisar os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos cursos estudados, identificando diretrizes que apontam para formação de profissionais que atendam a demanda do SUS no eixo da APS. Trata-se de pesquisa exploratória descritiva, de natureza qualitativa. Os participantes foram 48 alunos do último ano dos cursos de graduação estudados. A amostra foi intencional por saturação teórica. Os alunos foram entrevistados e seus relatos audiogravados, transcritos e realizada Análise de Conteúdo de Bardin. Também realizou-se a análise documental dos PPPs dos cursos, da qual emergiu uma discussão teórica: **"Projetos Políticos Pedagógicos: uma aproximação das escolhas de princípios norteadores"**, em que se percebeu que os três cursos apresentam concepções e princípios com enfoque no SUS e no fortalecimento da APS. Das falas, emergiram quatro categorias empíricas: **"Conhecimentos relevantes para atuar em Atenção Primária à Saúde"**, em que os alunos reconhecem a articulação de saberes diversificados para atuação em APS, não se restringindo à perspectiva biológica; **"Inserção dos alunos nas equipes de Atenção Primária à Saúde"**, identificou-se que os estudantes têm contato desde as séries iniciais com os serviços de APS, com predomínio de atividades como territorialização e visitas domiciliares; na categoria **"Possibilidades e limites vivenciados nos estágios curriculares"** os alunos apontaram os aspectos que influenciaram na vivência do estágio curricular supervisionado, que se destaca como experiência de grande valor para a formação, e na categoria **"Percepção sobre a formação para atuar em Atenção Primária à Saúde: atingiu as expectativas?"** foram discutidos os aspectos que colaboraram para a percepção do aluno em se sentir bem formado para atuar na APS. Mesmo diante de mudanças ocorridas nos currículos dos cursos, para os alunos de medicina e enfermagem, ainda há um predomínio das vivências no contexto hospitalar, o que dificulta a aprendizagem para a APS. Os alunos de odontologia sentem-se satisfeitos com a formação para atuação nesse contexto. A aproximação da percepção dos alunos acerca da própria formação e a análise dos Projetos Políticos Pedagógicos apontaram para a relevância das intervenções legais, com destaque para as Diretrizes Curriculares Nacionais, e do potencial que há em bons encontros, marcados pelo diálogo entre professores, profissionais de saúde e alunos. Acredita-se que o estudo poderá ser um disparador para reflexões acerca da formação em saúde, considerando que o aprimoramento das práticas educacionais na APS poderá colaborar para a mudança desejada para o fortalecimento do SUS e garantia de acesso à saúde da população brasileira.

Palavras-chave: Atenção Primária à saúde. Educação superior em saúde. Educação em Odontologia. Educação médica. Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

VELOSO, T. M. C. **Health Professionals Education: a look into the Primary Health Care axis.** 2016. 165f. Thesis (Doctorate) - Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The aim of this research was to investigate how senior undergraduate students majoring in Nursing, Medicine and Odontology at University of São Paulo, *campus* Ribeirão Preto, understand their education to work as members of Primary Health Care (APS) teams. Furthermore, the aim was to analyze the Politic and Pedagogic Programs (PPP) of these courses, in order to identify the guidelines that point to professional education that suit the Universal Health Care System (SUS) principles regarding APS. This is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach. 48 senior undergraduate students took part in the study. The sample was intentionally chosen until theoretical saturation was achieved. The students were interviewed and had their speeches recorded, transcribed and analyzed using Bardin's content analysis. A documental analysis of the courses PPPs was conducted, from which a theoretical discussion emerged: **"Politic and Pedagogic Programs: an approach to choose guiding principles"**, in which it was determined that the three majors present conceptions and principles that focus on SUS and in strengthening the APS. From the speeches, four empirical categories emerged: **"Relevant knowledge to perform in Primary Health Care"**, in which the students recognized how to articulate diversified knowledge to perform in APS not restricted to the biologic perspective; **"Introducing students into Primary Health Care teams"**, which elucidated that students are introduced to the APS services in the early years of the courses, mainly in territory activities and home visits; in the category **"Possibilities and limits experienced in curricular internships"**, the students pinpointed the aspects that influenced the experience of supervised curricular internship which holds great value to their education and at last, the category **"Perception on the education to perform in Primary Health Care: did it meet the expectations?"** discussed the aspects that corroborated to the student's perception about being well educated to perform in APS. Even though some changes were made in the Medicine and Nursing programs, hospital experiences are still predominant, which is onerous to learning focused in APS. Odontology students are satisfied with their education to perform in that context. The approach to the students' perception regarding their education and the PPPs analysis show the relevance of legal interventions, highlighting the National Curricular Guidelines and the potential for good encounters, featured by dialogues among teachers, health professionals and students. We believe this study may be a trigger to reflect about health education, considering that the improvement of educational practices in APS may contribute to the expected change to strengthen the SUS and guarantee access to health to the Brazilian population.

Key words: Primary Health Care. Higher education. Dental education. Medical education. Nursing education.

RESUMEN

VELOSO, T. M. C. **La formación de profesionales de salud: una mirada al eje de Atención Primaria de salud.** 2016. 165f. Tesis (Doctorado)- Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Este estudio tuvo como objetivo investigar cómo los estudiantes del último año de los cursos de Licenciatura en Enfermería, Medicina y Odontología de la Universidad de São Paulo campus de Ribeirão Preto, comprenden su formación para trabajar como miembros de equipos de Atención Primaria de Salud (APS) y analizar los Proyectos Políticos Pedagógicos (PPP) de los cursos estudiados, identificando directrices relacionadas con la formación de profesionales que cumplan con las exigencias del SUS en el eje de la APS. Fue un estudio exploratorio descriptivo, de naturaleza cualitativa. Los participantes fueron 48 estudiantes del último año de estudios de pregrado. La muestra fue intencional por la saturación teórica. Los estudiantes fueron entrevistados y sus informes audio-grabados, fueron transcritos y se realizó un análisis de contenido de Bardin. También se realizó el análisis documental de los PPPs de los cursos, de la que surgió una discusión teórica: **"Proyectos políticos y pedagógicos: una aproximación de las opciones de principios orientadores"**, en el que se percibió que los tres cursos presentan conceptos y principios con un enfoque en el SUS y en el fortalecimiento APS. De las intervenciones, emergieron cuatro categorías empíricas: **"Conocimientos relevantes para actuar en la Atención Primaria de Salud"**, en el que los estudiantes reconocen la articulación de los conocimientos diversificados para actuar en APS, no se restringen a la perspectiva biológica; **"Inclusión de los estudiantes en los equipos de Atención Primaria de Salud"**, se identificó que los alumnos tienen contacto desde los primeros años con los servicios de APS, con un predominio de actividades tales como territorialización y visitas domiciliarias; en la categoría de **"Posibilidades y límites vivenciados en las prácticas curriculares"**, los estudiantes señalaron los aspectos que influenciaron en la experiencia de prácticas supervisadas, que se erige como una valiosa experiencia para la formación y en la categoría **"Percepción sobre la formación para actuar en la Atención Primaria de salud: ¿cumplió las expectativas?"** fueron discutidos los aspectos que contribuyeron a la percepción de los estudiantes en la sensación de ser bien formados para actuar en la APS. Incluso frente a cambios ocurridos en los planes de estudio para los estudiantes de medicina y enfermería, todavía hay un predominio de experiencias en el hospital, por lo que es difícil el aprendizaje de APS. Los estudiantes de odontología están satisfechos con las actividades de formación en este contexto. El enfoque de la percepción de los estudiantes sobre la propia formación y el análisis del Proyecto Político Pedagógico señaló la importancia de las intervenciones legales, en especial las Directrices Curriculares Nacionales, y del potencial que hay en buenas reuniones, marcado por el diálogo entre profesores, profesionales salud y estudiantes. Se cree que el estudio podría ser un desencadenador para la reflexión sobre la formación en salud, considerando que la mejora de las prácticas educativas en la APS puede contribuir al cambio deseado para el fortalecimiento del SUS y garantía de acceso a la salud de la población brasileña.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Educación superior en salud. Formación de Recursos Humanos en Salud. Educación en Odontología. Educación médica. Educación en Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da quantidade de participantes da pesquisa por curso	41
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese do Projeto Político Pedagógico do curso de Bacharelado em Enfermagem	49
Quadro 2 - Síntese do Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina	57
Quadro 3 - Síntese do Projeto Político Pedagógico do Curso de Odontologia	61

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP-EERP/USP	Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ENSP	Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca
ECS	Estágio Curricular Supervisionado
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FCFRP	Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto
FFORP/USP	Faculdade de Farmácia e Odontologia de Ribeirão Preto
FMRP/USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FORP/USP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto
GAPRP	Grupo de Apoio Pedagógico do Campus de Ribeirão Preto
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases 9394/96
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PAE	Programa de Aperfeiçoamento de Ensino
PET Saúde	Programa de Educação para o Trabalho para a Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional
PPP	Projetos Políticos Pedagógicos
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	21
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
3.1 O ensino na saúde	22
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	39
4.1 Tipo de estudo.....	39
4.2 Participantes da pesquisa	40
4.3 Cenário da pesquisa	42
4.3.1 Contexto em que a formação acontece.....	42
4.3.2 História dos cursos	43
4.3.3 Local em que ocorreu a coleta de dados.....	44
4.4 Métodos de coleta de dados	44
4.5 Análise dos dados	45
4.6 Aspectos éticos	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	47
5.1 Estudantes participantes.....	48
5.2 Projetos Políticos Pedagógicos: uma aproximação das escolhas de princípios norteadores	48
5.3 Conhecimentos relevantes para atuar em Atenção Primária à Saúde.....	64
5.4 Inserção dos alunos nas equipes de Atenção Primária à Saúde.....	82
5.5 Possibilidades e limites vivenciados nos estágios curriculares	95
5.6 Percepção sobre a formação para atuar em Atenção Primária à Saúde: atingiu as expectativas?	124
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
REFERÊNCIAS.....	148
APÊNDICES	163
ANEXOS.....	165

INTRODUÇÃO

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) fez parte de um contexto amplo de modificações nas políticas públicas, em que o Estado, através da Constituição Federal de 1988, assumiu a saúde como um direito de todos, assegurando acesso universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013).

Para garanti-lo, alguns princípios deveriam nortear a construção do sistema. Têm-se os princípios da *universalização* do acesso às ações e serviços de saúde garantindo que todo cidadão tivesse atendimento em serviços, conforme as suas necessidades, além da *integralidade da atenção*, considerando não apenas acesso, mas que este fosse oferecido a partir de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços diversos, dos preventivos aos de reabilitação (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013).

Como princípio para o novo formato de condução e organização, tem-se a *descentralização*, entendendo que a lógica de organização do sistema de saúde pressupõe que a proximidade do gestor com problemas da comunidade aumenta as chances de conduzir adequadamente a resolução dos mesmos. É um princípio que transfere o poder decisório do governo federal para outras instâncias (estaduais e municipais), que terão que articular com a população as prioridades, pois a *participação popular* consta como outro princípio, reforçando a democratização mediante conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013; BATISTA, 2008).

Como uma forma de viabilizar e concretizar esses princípios, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família. Identificando o potencial dessa ação, tornou-se uma estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), sendo o Programa Saúde da Família denominado atualmente como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012a)

Para Mello, Fontanella e Demarzo (2009; p.205), há no Brasil uma “oscilação terminológica” em torno dos termos “Atenção Básica” (escolhido preferencialmente nos documentos do Ministério da Saúde e legislações referentes ao SUS) e “Atenção Primária à Saúde” (usado internacionalmente e considerado pelos autores o termo que mais se assemelha à proposta do SUS e da ESF). Para fins deste estudo, tais termos serão considerados sinônimos, como foi optado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a).

Entende-se que a Atenção Primária à Saúde, especialmente a ESF, mediante o fundamento de território adscrito (geograficamente definido), tem o potencial para planejar e desenvolver ações de saúde próximas à população, de acordo com suas necessidades, dialogando com o contexto sociocultural e suas singularidades. Para tanto, realizam-se ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com consultas individuais e atividades grupais, nos mais diversos espaços comunitários (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011b).

A partir da utilização de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, as equipes de APS devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância, identificando riscos e demandas de saúde, mediante uma clínica que inclua o vínculo e estimule a autonomia das pessoas (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012a).

A Atenção Primária à Saúde tem importante papel no funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), devendo ser uma das “portas de entrada” para usuários, bem como base e elo de comunicação, acompanhando as pessoas entre os diversos pontos de atenção dessas redes, caracterizando sua grande relevância ao ser considerada coordenadora do cuidado (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011b)¹.

As equipes com ESF implantadas são compostas por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), denominadas de equipes mínimas. Podendo ser acrescidos profissionais que formem equipes de saúde bucal, com cirurgião dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal².

Nas equipes de ESF, os profissionais de nível superior podem ser generalistas ou especialistas em saúde da família e, no caso da medicina, ser médico de família e comunidade (BRASIL, 2012a). Apesar do incentivo do Ministério da Saúde aos municípios brasileiros para progressivo aumento de equipes de ESF, devido a questões operacionais/administrativas, há municípios com equipes tradicionais de AB, que são, na maioria das vezes, arranjos de profissionais como médicos especialistas (clínico, pediatra e ginecologista-obstetra), enfermeiros e técnicos de enfermagem³.

Em termos populacionais, o Ministério da Saúde direciona que cada Unidade Básica de Saúde (UBS) que não tenha a ESF implantada atenda, no máximo, 18 mil habitantes. Para

¹ As Redes de Atenção à Saúde constituem arranjos de organização entre ações e serviços de saúde com diferentes finalidades assistenciais, que trabalham de forma complementar.

² A partir da Portaria N.º 1444/GM, de 2000, foi estabelecido incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal e consequente maior expansão desses profissionais na ESF.

³ Apesar do reconhecimento das diferenças entre os dois formatos de equipe, nesta pesquisa só se fará destaque a isso quando se fizer estritamente necessário para a melhor compreensão do assunto em questão.

as UBS com ESF, recomenda-se máximo de 12.000 habitantes, sendo um máximo de 4000 pessoas por equipe de ESF (a média recomendada é de 3000 pessoas) (BRASIL, 2012a).

Atualmente, no Brasil, tem-se aproximadamente 11.000 Unidades Básicas de Saúde, nas quais estão implantadas 40.307 equipes de ESF, o que representa uma cobertura assistencial a 123 milhões de pessoas (em torno de 64% da população brasileira). O crescimento do número de equipes caracteriza a boa adesão por parte dos gestores em investir nesse aspecto da rede de saúde (BRASIL, 2016).

A expansão da APS tem favorecido a equidade e a universalidade da assistência. No entanto, ainda vivencia inúmeros desafios em virtude da dificuldade de implementar a integralidade nas práticas em saúde, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, bem como a centralidade da produção no cuidado (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; CUNHA; SÁ, 2013; COSTA et al., 2009).

Dentre as possibilidades para promover a efetiva implementação da APS, a intervenção nos processos de formação dos profissionais de saúde assume papel relevante, reorientando o trabalho em saúde e estimulando a renovação de práticas pedagógicas a partir do conhecimento da realidade social e de saúde da população (FERREIRA et al., 2015; LIMA et al., 2014; CAVALCANTE; SOARES; CORREIA, 2014; NEUMANN; MIRANDA, 2012; BORGES et al., 2011).

Essa relação entre a construção de um modelo de saúde e a necessidade de pessoal qualificado para consolidação do SUS/APS aponta para a readequação das instituições formadoras. As universidades destacam-se com papel determinante quanto ao direcionamento de processos de formação e adequação de currículos capazes de integrar e contribuir com o desenvolvimento do SUS (FERREIRA et al., 2015; LIMA et al., 2014; LIMA, PEREIRA; DRUMOND, 2013).

Os currículos das Instituições de Ensino Superior (IES) apontam que ainda são fortemente marcados pelo viés biologicista, mostrando-se inadequados às necessidades do SUS. Há a necessidade de avançar na compreensão e implementação de práticas que favoreçam uma formação abrangente, capaz de incluir os aspectos técnicos, mas também de múltiplos determinantes sociais, econômicos e culturais (LEME et al., 2015; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015; FINKLER; CAETANO, 2014; FREITAS; CALVO; LACERDA, 2012; SANTANA et al., 2010).

Os modelos de currículos, conteudistas e fragmentados, arraigados nas instituições de ensino, imbricados no modelo biomédico, tornaram-se incapazes de suprir as necessidades do atual sistema de saúde, em que se espera uma atuação profissional com foco na família,

através de uma equipe, com vistas a desenvolver ações intersetoriais e integrais (LEME et al., 2015; LIMA et al., 2011; COSTA; MIRANDA, 2009; NOGUEIRA, 2009).

Nesse sentido, a formação deve oferecer ferramentas para que o profissional seja capaz de articular conhecimentos e atitudes a uma realidade social concreta, de grande diversidade e complexidade, que perpassa as características das políticas de saúde locais, os entraves do financiamento, com as exigências de uma população que tem por direito constitucional a saúde, tendo por meta um cuidado humanizado, mediante um trabalho em equipe. Uma formação em que habilidades técnicas, conhecimentos específicos somem-se ao entendimento de emoções e valores, sempre ancorada na reflexão do fazer cotidiano (ULIANA; CYRINO, 2014a).

O trabalho na APS apresenta-se de forma complexa, sendo necessário que o profissional de saúde tenha um arsenal de tecnologias e saberes que deveriam ser adquiridos e desenvolvidos ainda na graduação. Tal instrumental será determinante para que o futuro profissional possa dar respostas satisfatórias, sendo resolutivo e com um cuidado humanizado (IGNOTTI et al., 2014; LIMA et al., 2014; UCHIMURA; BOSI, 2012).

Diante das necessidades de mudanças, com vistas a um redirecionamento nos processos de formação profissional, algumas intervenções legais se destacam, como a criação da Lei de Diretrizes e Bases 9394/96 (LDB) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (BRASIL, 2001a; BRASIL, 1996).

A Lei 9394/96, a atual LDB, foi promulgada em 1996, demandando que todo o processo educacional se adequasse a ela, representando os primeiros passos para a reforma curricular dos cursos de graduação, inclusive os da área da saúde. Mediante essa lei, houve o rompimento com a ideia de um currículo mínimo, que ignorava as diferenças loco-regionais, além de apresentar a obrigatoriedade de construção de Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) (BRASIL, 1996).

O rompimento com o currículo mínimo foi um avanço para os cursos de graduação, possibilitando uma maior flexibilidade e atendendo às diferenças de cada região do país. Quanto à obrigatoriedade da construção de Projetos Políticos Pedagógicos, foi também uma inovação para as universidades que não trabalhavam nessa lógica.

A elaboração de um PPP deve ser uma ação intencional de pessoas que definem um compromisso coletivamente. É político por sua articulação com interesses da maioria dos envolvidos, situando-se em um contexto social. É também pedagógico, pois nele devem estar definidas as ações educativas e as características necessárias às escolas para que cumpram seus propósitos e sua intencionalidade, mediante a formação de um cidadão participativo,

responsável, compromissado, crítico e criativo (GURGEL, 2014; RODRIGUES et al., 2013; VEIGA, 2010)

Além da LDB, as DCNs para cursos de graduação, regulamentadas em 2001 pelo Conselho Nacional de Educação, representaram importante direcionamento para a educação superior, com a definição de parâmetros para organização, desenvolvimento e avaliação de cada curso das instituições.

As resoluções incluíram diversos cursos da área da saúde e direcionaram para que fosse assegurado um conjunto de competências gerais, sem ignorar as especificidades de cada um. As orientações gerais têm por base uma formação abrangente, com uma concepção ampliada de saúde, com ênfase na integralidade, comunicação, capacidade de atualização contínua e, de forma especial, o compromisso com os princípios do SUS (LEME et al., 2015; KLOH et al., 2014; FREITAS; CALVO; LACERDA, 2012; SANTOS, 2011).

A expressão da adesão dos cursos de graduação às DCNs deve estar explícita nos PPPs das instituições. Mas, além da expressão, faz-se necessária a apropriação das diretrizes pelos cursos, o que pode dar-se com dificuldades, como revelam algumas pesquisas (RODRIGUES et al., 2013; SILVA; SOUZA; FREITAS, 2011; MORETTI-PIRES, 2009; COSTA; MIRANDA, 2009; ABDALLA et al., 2009) sobre um descompasso entre a adesão às DCNs, as opções pedagógicas apontadas nos PPPs e o que efetivamente é executado no cotidiano das instituições.

Assim, tem-se, por vezes, a incorporação das DCNs aos PPPs de forma mecânica, e a contradição emerge ao constituir um currículo com disciplinas pouco articuladas, com carga horária incoerente diante das escolhas que fundamentavam os cursos, com pouco enfoque nos determinantes sociais da saúde, com priorização da técnica e do trabalho individual centrado na doença e pesquisas desenvolvidas essencialmente nas áreas biomédicas.

Acrescido a isso, o processo de participação e envolvimento para constituição do PPP é conduzido de forma que os docentes desconhecem esse documento e seus eixos norteadores, ficando explícito que a elaboração foi mais para atender às DCNs, do que consequência de uma construção coletiva (SOUZA, 2010).

O que se evidencia é que a definição da DCN e a obrigatoriedade do PPP, e de outros documentos oficiais, são instrumentos para induzir as mudanças necessárias, mas que, por si, não as garantem. A implementação delas vai, além disso, fazendo-se indispensável o diálogo entre academia, serviços de saúde e comunidade para que se unam esforços no sentido de colaborar para uma formação de profissionais de saúde qualificados a oferecer respostas

aos desafios já postos anteriormente, referentes ao fortalecimento do SUS e da atenção básica, entendendo seu papel de ordenadora da rede de saúde.

As vozes da comunidade, gestores, profissionais e professores da área da saúde revelam aspectos dessa realidade, mas acredita-se que o aluno tem um olhar privilegiado para fazer uma leitura da própria formação que sinalizaria o que “ficou registrado” como significativo, das opções curriculares, das experiências em salas de aulas e cenários de prática, diante do que foi conversado nos corredores e lido no discurso oficial (por meio dos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos, das ementas das disciplinas e documentos em geral).

A partir disso, questiona-se: como têm ocorrido a formação de médicos, enfermeiros e dentistas para atuarem na APS, na perspectiva dos discentes? Após criação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996) e das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação (BRASIL, 2001), como as instituições têm organizado seus PPPs? Estes têm contribuído para a formação de profissionais comprometidos com a consolidação da APS?

Com este estudo espera-se, por meio do olhar de estudantes que vivenciam a transição profissional (aluno/profissional de saúde), refletir sobre sua atual formação e contribuir para se pensarem estratégias de mudanças no ensino, se necessárias, para transformação das práticas de saúde vivenciadas nos cenários da APS.

A motivação para a realização do estudo deu-se a partir da experiência como enfermeira de uma equipe de ESF e, posteriormente, com as vivências proporcionadas pelo mestrado.

Trabalhei em uma unidade de saúde em que era campo de estágio rural para alunos de enfermagem e odontologia. Os estagiários eram estudantes do último ano de uma universidade particular do estado do Ceará, que tinham por objetivo realizar uma experiência de imersão naquele contexto, por algumas semanas. Eles saíam encantados com o trabalho da equipe, a vida rural e os hábitos particulares daquela população.

Na época, entendia que o fato de deslocar-se da capital do estado, rumo a uma pequena cidade, em que a organização da saúde dava-se de forma difícil, mas também criativa, justificava a riqueza da aprendizagem. Posteriormente, a inquietação foi a de tentar entender o desconhecimento deles, em finalização da graduação, de rotinas e funcionamentos da unidade e da rede de saúde, para além daquela realidade, mas de uma forma geral.

Alguns anos depois, ao desenvolver o trabalho de dissertação de mestrado, pude observar que as práticas de saúde mental desenvolvidas por uma equipe de ESF do Ceará, eram ainda centradas na consulta individual, baseada nos núcleos de saber específico de cada

profissional, com poucos momentos de reflexão conjunta acerca de situações que desafiavam a equipe, tanto em termos assistenciais como de processo de trabalho. Além disso, as práticas em saúde mental, foco do estudo citado, eram pautadas na lógica da medicalização e do encaminhamento, caracterizando que o vínculo e a humanização poderiam ser fortalecidos (VELOSO, 2012; ANTONACCI; PINHO, 2011; CAVALCANTE et al., 2011).

Durante o mestrado, além da aprendizagem na área de saúde mental na atenção primária, temática da dissertação, tive oportunidade de me aproximar das questões relativas à educação. Inicialmente, frente à formação para a docência, com a participação no Grupo de Apoio Pedagógico do Campus de Ribeirão Preto (GAPRP)⁴.

Depois, como aluna do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE), na disciplina de Educação Profissional em Enfermagem I, pude conhecer um variado repertório de temas e assuntos novos e instigantes que fizeram questionar minha própria formação e as dos alunos que eu acompanhara em breves semanas, lá no estágio rural, no interior do Ceará.

Morando e trabalhando na rede de saúde de Ribeirão Preto/SP, e entendendo a Universidade de São Paulo (campus de Ribeirão Preto) como uma referência nacional e internacional em qualidade dos cursos de graduação na área da saúde, a escolha de investigar essa temática a partir do olhar de alunos desse campus deu-se por entender que seria factível e de interesse nacional repensar questões acerca da formação de profissionais de saúde da instituição.

A opção pelos cursos de medicina, enfermagem e odontologia aconteceu em consequência da legislação oficial do Ministério da Saúde que inclui esses três profissionais como partes da equipe de ESF (garantida mediante repasse financeiro federal).

Considerando que no campus de Ribeirão Preto, a graduação em enfermagem tem dois cursos, sendo um bacharelado em enfermagem e outro de bacharelado e licenciatura em enfermagem, e as graduações em odontologia e medicina apenas bacharel em cada uma das áreas, optou-se por escolher apenas alunos do curso de bacharelado em enfermagem, como uma forma de padronizar quanto ao tipo de formação.

⁴ O grupo iniciou suas atividades em setembro de 2002 com o objetivo de oferecer subsídios para que docentes e membros das Comissões de Graduação do *campus* USP Ribeirão Preto renovassem e aprofundassem conhecimentos a fim de promover mudanças necessárias na prática pedagógica, tendo em vista a qualidade no ensino de graduação.

2 OBJETIVOS

- Investigar como os discentes do último ano dos Cursos de Bacharelado em Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade de São Paulo, *campus* Ribeirão Preto, compreendem sua formação para trabalharem como membros de equipes de Atenção Primária à Saúde.

- Analisar os Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de Bacharelado em Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade de São Paulo, *campus* Ribeirão Preto, identificando diretrizes que apontam para formação de profissionais que atendam a demanda do SUS no eixo da APS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O ensino na saúde

A formação dos profissionais de saúde sempre esteve na pauta das preocupações institucionais. Há registros mostrando que, no século XVI, o ensino da profissão médica passou por mudanças, na Europa, devido ao início do interesse dos Estados Unidos acerca das condições de saúde da população. Tal preocupação deu-se em um contexto histórico em que havia o empenho em manter as pessoas saudáveis e ativas a fim de representarem maior produtividade para o sistema mercantilista vigente (PEREIRA; LAGES, 2013; ROSEN, 1980).

No século XVIII, com a Revolução Industrial, novamente as condições de saúde emergiram fortemente na pauta das reivindicações devido às denúncias dos trabalhadores (proletariado) sobre as condições ruins de trabalho, influenciando sua saúde e a de seus familiares (PEREIRA; LAGES, 2013; ROSEN, 1994).

A partir disso, os Estados começam a organizar seus sistemas de saúde nacionais e, assim, os países como França, Inglaterra e Alemanha direcionaram esforços para observação e registros sobre condições de natalidade, mortalidade e morbidade. Naquele contexto, surgia a necessidade de normatização das práticas e saberes médicos e a preocupação com o controle da atividade profissional (PEREIRA; LAGES, 2013; ROSEN, 1980).

No Brasil, no século XIX, especificamente em 1808, teve início a educação superior, marcada com a chegada da família real portuguesa, sendo daquela época as duas primeiras escolas médicas, em Salvador e no Rio de Janeiro. Em 1879 foi criado o primeiro curso de odontologia e, um ano após, o primeiro de enfermagem (CECCIM; CARVALHO, 2005).

No século XX, houve o fortalecimento do paradigma da anatomia/patologia, que caracteriza um marco para o sanitarismo, pois a ênfase estava na relação entre saúde e atividades profiláticas (saneamento, imunização, controle de vetores). A concepção era de que, para o enfrentamento dos problemas de saúde, os conhecimentos de fisiopatologia e microbiologia subsidiavam a terapêutica, com minimização do olhar para os aspectos sociais influenciando as situações de doença (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Nessa lógica, o século XX foi caracterizado pela ênfase nas ciências biológicas, com tendência a incorporar os princípios e rigor científicos na prática em saúde.

No campo da odontologia, especialmente nas três últimas décadas do séc. XX, houve um avanço científico, com técnicas sofisticadas para resolução de complexos casos de saúde

bucal, porém, não houve redução dos índices de doenças bucais da população brasileira da época. Assim, Garrafa (1993) considera que se tratava de uma odontologia tecnicamente elogiável, mas cientificamente discutível, pois não conseguiu expandir a qualidade para a maior parte da população, e socialmente caótica devido ao pouco impacto social em termos de programas públicos (TOASSI et al., 2012; GARRAFA, 1993).

Em estudo realizado no Brasil acerca da prática da odontologia no período de 1952 a 1992, concluiu-se que havia uma odontologia de mercado, baseada em assistência individualizada e restrita a um ambiente clínico-cirúrgico (NARVAI, 1994).

Um marco que influenciou os cursos na área da saúde durante o séc. XX, com reflexos até os dias atuais, foi a elaboração do Relatório Flexner. Seu autor, Abraham Flexner, foi um professor da Universidade Johns Hopkins (EUA), convidado pela Fundação Carnegie, para analisar a educação médica nos Estados Unidos e Canadá (PEREIRA; LAGES, 2013; AZEVEDO et al., 2013; CECCIM; CARVALHO, 2005).

O propósito do relatório era resolver problemas relacionados à formação médica que, na época, não tinha nenhum tipo de padronização nem fiscalização pelos órgãos governamentais. Por isso, o relatório propunha medidas como controle da admissão, tempo para desenvolver o currículo, divisão do mesmo em aulas e práticas em hospitais universitários (GOMES; REGO, 2011; NUNES, 2010).

Após a publicação do relatório Flexner, iniciou-se uma reforma na educação médica nos EUA que influenciou os currículos no Brasil, que também vai gradativamente migrando para concepções extremamente positivistas. Mas será em 1968, com a Reforma Universitária, que as escolas médicas farão opção declarada pelo modelo flexneriano (NUNES, 2010).

Na prática, as mudanças direcionavam para um estudo do ser humano baseado em recortes de órgãos e sistemas do corpo humano, com enfoque na biologia para compreender o adoecimento e com a divisão do curso em disciplinas baseadas em especialidades. Nessa época, foram criados os Hospitais Universitários, considerados espaços privilegiados para o ensino e a pesquisa (AZEVEDO et al., 2013; CECCIM; CARVALHO, 2005).

Dessa forma, o ensino na saúde foi fortemente influenciado por uma formação disciplinar, fragmentada, que estimulava a escolha da especialidade precocemente e sob a influência da lógica de mercado de serviços em saúde. Nesse contexto, houve um maior investimento em ações curativas, hospitalocêntricas, com ênfase em aparelhos e normatizações (AZEVEDO et al., 2013; CECCIM; CARVALHO, 2005).

As práticas em saúde que olhavam o ser humano em sua integralidade e o trabalho interdisciplinar em rede foram deixados em segundo plano, tendo a formação em saúde o

objetivo de investigar a saúde do indivíduo, com vistas às desordens biológicas (CECCIM; CARVALHO, 2005; MOYSÉS, 2004).

A entrada de tecnologias de alto custo para “fazer saúde” tornou inviável um sistema público, o que favorece o sistema suplementar, empresas privadas e complexo industrial a formarem uma aliança com forte impacto na formação e prática dos médicos, com o compromisso de ética para a produção de saúde ficando restrito a um nível discursivo (AZEVEDO et al., 2013).

Atualmente, são feitas diversas leituras acerca do Relatório Flexner, mas, em consenso, tem-se que foi legitimada a incorporação da racionalidade científica à medicina e outros cursos da saúde, com ênfase assistencial-hospitalar, o que passou a ser conhecido por “flexnerização” da formação em saúde. Trata-se de uma concepção de saúde na medida em que se valorizam os aspectos biológicos, com mecanização de práticas, especialização do conhecimento, negação dos saberes populares, com ênfase na medicalização e cura (PEREIRA; LAGES, 2013; CECCIM; CARVALHO, 2005).

Porém, há movimentos de questionamento frente o que estava posto, quando a Organização Mundial de Saúde, em 1946 “lembra” que o conceito preconizado de saúde incluía o bem-estar físico, mental e social. Ou seja, o ensino em saúde deveria compreender a biologia sem deixar de fazer um intercruzamento com as humanidades e com as determinações socioeconômicas (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Na década de 1960, iniciou-se em países como Inglaterra, Canadá e EUA, uma discussão acerca da inadequação da formação de profissionais de saúde cujo objeto de trabalho era a doença e não a saúde, da internação ao invés da proteção dos ambientes onde vive, com destaque para a realização de procedimentos e não para a educação (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Anos mais tarde, em meio àquele contexto, no Brasil, surgiu como projeto contra-hegemônico o movimento da Reforma Sanitária e um projeto de Saúde Coletiva em que se buscava resistir e reinventar as práticas de produção em saúde e da formação em saúde (AZEVEDO et al., 2013; CECCIM; CARVALHO, 2005).

Tais práticas em saúde e sua relação com a formação de profissionais já haviam sido relacionadas desde as primeiras Conferências Nacionais de Saúde (1941 a 1963) em que houve manifesto acerca da preocupação com a formação de profissionais da área. Depois, nas Conferências compreendidas entre os anos de 1967 e 1980 houve uma atenção para a qualificação deles (BRASIL, 2006).

Em 1986, após a 8ª Conferência Nacional em Saúde, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde (BRASIL, 2006).

Em 1988, marco histórico da Reforma Sanitária, culminando na criação do Sistema Único de Saúde, firmou-se o compromisso de que o mesmo passaria a ordenar a formação de recursos humanos, ou seja, a ser um “direcionador” da formação em saúde. No entanto, o relatório da VIII Conferência não trouxe os fundamentos pedagógicos necessários para a formação técnica, ética e política dos profissionais que atuariam no SUS, pautado em princípios como equidade, integralidade, universalidade e participação social (PEREIRA; LAGES, 2013).

Inevitavelmente, sem a determinação de referenciais para efetivar as mudanças na formação em saúde, foi possível observar que elas não ocorreriam de “forma natural”, sem uma intervenção que concretamente direcionasse os rumos necessários para que os profissionais defendessem os princípios do SUS. Daí tem-se por imperativo qualificar os profissionais a fim de que sejam pessoas a contribuir para melhorar o SUS e superar os desafios (FERREIRA et al., 2015; LIMA et al., 2014; NEUMANN; MIRANDA, 2012).

Desta forma, repensar a formação, dentre outros aspectos que influenciaram para isso, como a mudança do perfil epidemiológico e demográfico, tem relação direta com a qualidade dos recursos humanos em saúde capazes de construir e colaborar para a consolidação de um sistema de saúde mais justo e que se propõe a ter nas necessidades das pessoas sua prioridade (CAVALCANTE; SOARES; CORREIA, 2014; NEUMANN; MIRANDA, 2012).

Com o SUS, veio também a mudança na forma de organizar e pensar a saúde. Assim, a atenção primária em saúde é apontada como ordenadora da rede de atenção em saúde, tendo na Estratégia Saúde da Família sua principal estratégia de concretização e organização (BRASIL, 2012a).

Porém, um sistema de saúde que opta por priorizar a atenção primária e não tem profissionais formados e preparados para atuar, frustra as expectativas da população. O que se vê então é a mudança do modelo de atenção, com iniciativas para novos processos de trabalho, porém sem transformar a clínica da forma necessária (NEUMANN; MIRANDA, 2012).

As contradições revelavam-se também quando parecia, em uma análise empírica, que o hospital muitas vezes ainda era compreendido como espaço preferencial para a formação do profissional de saúde. A complexidade da clínica na atenção básica nem sempre foi reconhecida, apesar de ser evidente, entendendo que o profissional além de reconhecer as

necessidades da pessoa, negociaria a terapêutica e ampliaria o olhar para a família e coletivo a fim de intervir de forma mais integral e abrangente (IGNOTTI et al., 2014; LIMA et al., 2014; NEUMANN; MIRANDA, 2012).

Constatou-se então que o ensino superior em saúde precisava de mudanças. Tal reconhecimento não se deu apenas no âmbito nacional, pois também a comunidade internacional já havia evidenciado. Além disso, também não era novidade que o mundo do trabalho na atualidade tinha características cada vez mais dinâmicas e que a formação do profissional desvinculada da prática influenciava negativamente para uma formação de qualidade (GOMES; REGO, 2011).

Especificamente no Brasil, tornavam-se urgentes as mudanças na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde, tendo em vista que a implementação do SUS vinha ocorrendo com avanços destacáveis, como o controle social e o processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde. As práticas em saúde ainda eram marcadas fortemente por um distanciamento entre as necessidades da população e o que se aprendia nas escolas (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; CUNHA; SÁ, 2013; BRASIL, 2006).

Com o intuito de impulsionar as mudanças necessárias na formação, intervenções a partir de parcerias entre os Ministérios da Saúde e Educação destacam-se: as Diretrizes Curriculares Nacionais e os programas: Programa de Incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina (PROMED), Curso de especialização Ativadores de Mudanças, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde), Programa de Educação para o Trabalho para a saúde (PET-Saúde) e PET-Saúde/GraduaSUS (DIAS et al., 2013).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) são um conjunto de definições doutrinárias elaboradas pelo Conselho Nacional de Educação para os diversos níveis de ensino: infantil, fundamental, médio e superior. No caso do último, os diversos cursos de graduação têm explícitas referências para conduzir os currículos e Projetos Políticos Pedagógicos, devendo ser respeitadas pelas Instituições de Ensino Superior.

Para os cursos da saúde, o referencial teórico que sustenta as DCNs são a legislação do SUS e, no campo da educação, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB 9394/96). Nessa última, já está proposta a substituição do “currículo mínimo” pelas “diretrizes curriculares”, com a definição de competências e habilidades, ampliando as possibilidades para dar respostas aos desafios vivenciados no mundo do trabalho (CECCIM;

FEUERWERKER, 2004; CATANI; OLIVEIRA; DOURADO, 2001; BRASIL, 1996; BRASIL, 1997).

A ideia do currículo mínimo consistia em garantir uniformidade mínima entre as diversas instituições. No entanto, acabou gerando currículos excessivamente rígidos, com pouca liberdade por parte das instituições para organizar suas atividades de ensino. Acabou revelando-se ineficaz para garantia da qualidade desejada, além de não favorecer a inovação nem a diversificação na formação (VEIGA; SOUZA; GARBIN, 2013; BRASIL, 1997).

O intuito do término do currículo mínimo foi assegurar maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras, indo ao encontro das diferentes realidades de formação prévia dos alunos, além de suas expectativas e interesses. Também apresentava uma nova compreensão de que a boa formação em graduação é a que entende ser essa uma etapa inicial frente à formação continuada (VEIGA; SOUZA; GARBIN, 2013; BRASIL, 2002; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 1997).

Há de se considerar que o fim do currículo mínimo, ou a chamada “flexibilização curricular”, está relacionado à reestruturação produtiva do capitalismo no mundo, que direciona para a flexibilização do trabalho, com forte associação entre a formação do aluno e a capacidade de adaptar-se às rápidas mudanças do mundo do trabalho e atender de forma mais satisfatória às demandas do mercado (CATANI; OLIVEIRA; DOURADO, 2001).

Destaca-se os princípios que as DCNs devem observar: liberdade às instituições de ensino para compor a carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos; indicar campos de estudos e experiências de ensino-aprendizagem, mas não determinar conteúdos específicos; evitar o prolongamento desnecessário do curso; estimular práticas independentes de aprendizagem, com vistas à autonomia; estimular o reconhecimento de conhecimentos e habilidades fora do ambiente escolar; promover articulação entre teoria e prática; avaliações periódicas com distintos meios, e que estes sirvam de instrumentos para docentes e discentes compreenderem o desenvolvimento das atividades (CATANI; OLIVEIRA; DOURADO, 2001; BRASIL, 1997).

De uma forma geral, as DCNs trazem em si aspectos essenciais do campo do saber e visam a desenvolver um aluno em permanente aprendizado e desenvolvimento intelectual. Os cursos de graduação devem deixar de atuar como meros transmissores de conhecimento e informações, devendo almejar a meta de formação básica sólida, preparando o graduando para as rápidas mudanças da sociedade (VEIGA; SOUZA; GARBIN, 2013; BRASIL, 2002; CATANI; OLIVEIRA; DOURADO, 2001; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 1997).

Além das competências e habilidades dos egressos, as DCNs apontam o perfil esperado do futuro profissional, os conteúdos curriculares essenciais, o desenvolvimento de atividades complementares, a organização do curso e referenciais da avaliação (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002).

No caso dos cursos da área da saúde, para a concretização das DCNs foi necessário participação de esforços coletivos entre os Ministérios da Saúde e da Educação, além do Conselho Nacional de Saúde, conselhos profissionais e fóruns de reitores de universidades (PEREIRA; LAGES, 2013; AZEVEDO et al., 2013).

Em 2001, os cursos de medicina, enfermagem e nutrição, foram os precursores e, alguns anos após, em 2004, todos os cursos tinham suas DCNs. O curso de odontologia teve suas DCNs a partir de 2002. Em meados do ano de 2014 foram instituídas novas DCNs para o curso de medicina (BRASIL, 2014a).

Em 2006, o Ministério da Educação, por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e da Secretaria de Educação Superior (SESU), e o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), realizaram um esforço coletivo para analisar a aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2006).

A avaliação deu-se de forma quanti-qualitativa, oportunizando uma compreensão ampliada da realidade dos 33 cursos de medicina, 110 de enfermagem e 52 de odontologia avaliados. A aderência média às DCNs dos cursos de medicina foi de 55%, 72% dos cursos de enfermagem e 77% dos cursos de odontologia. Os três índices foram considerados abaixo das expectativas, considerando que, na ocasião, já haviam passados cinco anos de vigência das DCNs (BRASIL, 2006).

Os cursos com menor aderência apresentavam alguns aspectos que caracterizam um currículo tradicional, com disciplinas isoladas, tendo como referência implícita o currículo mínimo. Há divisão entre disciplinas dos ciclos básicos e as referentes à clínica, sem integração entre os conteúdos, tampouco com a rede de serviços. O Projeto Político Pedagógico do curso faz referência literal às DCNs sem apresentar, na realidade, aspectos que sejam coerentes com as opções teóricas (BRASIL, 2006).

Esse último exemplo foi uma contradição evidenciada nos relatórios das três áreas, em que se preconiza um profissional crítico reflexivo, humanista e ético, porém apresentam uma lógica de estruturação do currículo baseada em disciplinas centradas no professor, com avaliações que valorizam exclusivamente os aspectos cognitivos (BRASIL, 2006).

Foi observado que havia a reprodução literal de conteúdos das DCNs por parte dos cursos, o que pode revelar um compromisso em alinhar-se com a proposta, mas sem um esforço de compreensão ampliada nem reelaboração do conteúdo (BRASIL, 2006).

Especificamente no relatório de avaliação dos cursos de medicina, foi citado que faltava, em parte deles, clareza da forma como os conteúdos de saúde coletiva devam ser inseridos no processo de formação. Ao contrário da odontologia e enfermagem, em que se destacavam uma formação que contemplasse a saúde coletiva ao longo do curso (BRASIL, 2006).

A avaliação também destacou as práticas educacionais que colaboravam positivamente para uma formação do profissional de saúde de forma mais coerente com o proposto pelas DCNs. De uma forma geral, são experiências de integração curricular, com os currículos organizados em conteúdos ou módulos com temas integradores, o uso de metodologias ativas de ensino, mecanismos de avaliação mais amplos e incentivo à participação de projetos de pesquisa e extensão, com atividades extramuros (BRASIL, 2006).

Além disso, a inserção precoce dos alunos nas atividades profissionais, com uma formação com ênfase no SUS e com atenção especial à Atenção Primária em Saúde, tendo como prioridade o reconhecimento das necessidades dos usuários, em uma lógica de integralidade e intersetorialidade.

Essa referência ao SUS e ao perfil epidemiológico do local em que se insere o curso sinaliza o entendimento da relevância de considerar-se tal realidade ao construir o PPP, bem como na seleção de cenários de aprendizagem condizentes (LOPES NETO et al., 2008).

O documento valoriza e reconhece que as mudanças para adequação às DCNs decorrem de um processo com diferenças e intensidades características de cada profissão, pois cada uma tem suas particularidades históricas em relação às especificidades de cada área e à influência para a inserção no SUS.

Os autores Lampert e Costa (2014) apresentaram estudo avaliativo com 48 escolas (46 do curso de medicina e 02 de nutrição) em que se observou aumento na percepção da comunidade acadêmica de mudanças nas escolas no sentido de adesão às DCNs, com adequação dos currículos. Em 2008, 28,6% das escolas identificavam-se como inovadoras com tendência avançada e em 2013 esse número aumentou para 35,41%, sendo que se avaliar o total de escolas (em 2008 e 2013), 79,16% classificavam-se como “não tradicionais”.

Além das DCNs houve outras iniciativas do Estado brasileiro com a finalidade de constituírem políticas indutoras na formação dos profissionais de saúde, como o PROMED,

Curso de Especialização Ativadores de Mudanças na Formação Superior de Profissionais de Saúde, Pró-Ensino na saúde e PET-Saúde, explicados a seguir.

Em 2002, surgiu o Programa de Incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina (PROMED), que foi um programa precursor de políticas indutoras de mudanças curriculares. Funcionava a partir de incentivo financeiro dado para as escolas de medicina que realizassem mudanças em seus currículos favorecendo a efetiva formação de profissionais que visassem o fortalecimento do SUS, especialmente a atenção básica (BRASIL, 2014b; DIAS et al., 2013; GOMES; REGO, 2011).

O direcionamento para as escolas de medicina apontavam mudanças de orientação teórica, as metodologias utilizadas para a aprendizagem, bem como diversificação de cenários de prática. O incentivo financeiro consistia em colaborar para que essas mudanças se dessem a partir da realização de oficinas, visitas de consultores, requalificação de professores e compra de material de ensino a fim de que as escolas formadoras dessem maior ênfase na integralidade e humanização, a partir de metodologias ativas com alunos mais autônomos (BRASIL, 2014b; DIAS et al., 2013; GOMES; REGO, 2011).

Em 2005, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) promoveu um curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. Desenvolvido em parceria com a Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca (ENSP) e a Rede Unida, teve por objetivo fomentar mudanças a partir da inserção de profissionais nas Instituições de Ensino Superior com perfil capaz de potencializar modificações no processo de formação, apoiando as escolas para iniciarem ou manterem os movimentos na direção da reorientação da prática dos profissionais de saúde (LIMA et al., 2015; DIAS et al., 2013).

Em anos posteriores, os Ministérios da Saúde e Educação lançaram um programa mais amplo, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-saúde), que abrange o Pró-Ensino na saúde e o PET-Saúde (Programa de Educação pelo trabalho para a saúde).. O PET-Saúde objetiva qualificar os recursos humanos em saúde, constituindo um investimento para garantia do desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2014a; ALBUQUERQUE et al., 2013; DIAS et al., 2013).

Tais programas atuam conjuntamente para estimular a formação de docentes e de profissionais que atendam as necessidades do SUS, com forte integração entre o ensino e os serviços de saúde, especialmente com a atenção básica. Como consequência, aumenta o número de cursos que se lançam em novos currículos orientados para uma formação com

compromisso prioritário em fortalecer o SUS (DIAS et al., 2013; GOMES; REGO, 2011; BRASIL, 2006).

O Pró-saúde traz uma concepção acerca do que o Ministério da Saúde entende ser necessário para ocorrerem mudanças quando defende que “o investimento em adequação da rede física, de tecnologia, de medicamentos e de insumos é em vão, se os profissionais de saúde não apostarem no SUS” (BRASIL, 2009, p.5). E ainda completa “Há que se corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS” (BRASIL, 2009, p.9).

Porém, análise realizada pelos autores Freitas, Calvo e Lacerda (2012) acerca dos relatórios parciais de projetos aprovados no Pró-Saúde, revela: diferentes níveis de desenvolvimento, com significativas mudanças nos currículos ou, do outro lado, discretas adequações às DCNs. Alguns projetos não traziam informações ou tinham muito pouco acerca do desenvolvimento, a maioria (11) apresentava mudanças “francamente odontocêntricas”, com formação direcionada estritamente para a clínica odontológica. Por fim, apenas 4 projetos fazem referência a um modelo de saúde com intensa integração com os serviços de saúde, com forte enfoque em saúde coletiva.

Em 2008, através de nova parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação foi lançado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). De uma forma geral, o objetivo não difere dos programas anteriores, constituindo mais uma estratégia para fortalecer o SUS a partir de ênfase nos serviços da atenção básica. A metodologia consiste em favorecer, aos profissionais que já atuam em serviços de saúde, participação em programas de aperfeiçoamento ou especialização, bem como promover, desde os primeiros anos dos diversos cursos da área da saúde, estágios e vivências aos estudantes mediados por tutores e grupos de aprendizagem (DIAS et al., 2013; BRASIL, 2008).

Em 2015, o Ministério da Saúde convidou as secretarias municipais e estaduais de saúde, bem como as Instituições de Ensino Superior a enviarem projetos para o Programa de Educação para o Trabalho para a saúde- PET Saúde/GraduaSUS. A finalidade era selecionar projetos para apoiar iniciativas que visavam desenvolver ações que estimulassem mudanças curriculares alinhadas às DCNs e favorecer experiências de parcerias entre ensino-saúde-comunidade, de forma articulada com o SUS (BRASIL, 2015).

Da mesma forma como as outras iniciativas, o intuito do Programa é fortalecer as mudanças para a formação em saúde, tendo as necessidades do SUS como direcionamento e fim das experiências (BRASIL, 2015; BRASIL, 2008).

O desenvolvimento desses programas não se dá sem resistências. Os espaços de formação (universidades e serviços de saúde) constituem locais de embates constantes acerca de em qual projeto político, ético e pedagógico os envolvidos acreditam, direcionando as escolhas no caminho da formação (VEIGA, 2013; AZEVEDO et al., 2013; OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004; MAIA, 2004).

Desde 1996, com a LDB, as escolas precisaram formalizar seus projetos. O PPP consiste em um plano sobre onde pretende-se chegar com a formação oferecida por determinada escola. É uma formalização dos objetivos de um curso com as estratégias que serão utilizadas para alcançar o que foi proposto, a partir dos papéis dos diversos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem (VEIGA, 2013; RODRIGUES et al., 2013; SOUZA, 2010; RIOS, 1992).

Para tanto, é necessário conhecer o contexto escolar, em seus limites e potencialidades, almejar uma meta, os caminhos por quais deverão seguir os envolvidos para alcançar a meta, bem como definir princípios norteadores ao longo do processo. As atividades deverão ser compartilhadas entre os sujeitos e a avaliação sobre se os mesmos estão direcionados a alcançar o que foi proposto, será contínua, por isso, o projeto é sempre provisório (VEIGA, 2013; RODRIGUES et al., 2013; SOUZA, 2010; RIOS, 1992).

Para a construção de um PPP é de grande relevância que todas as pessoas envolvidas com a formação sejam colaboradores ativos. Assim, o resultado do trabalho não será o olhar de poucos, mas contemplará as diversas crenças, conhecimentos, aspectos diversos do contexto social e científico. Para isso, alunos, professores, equipe técnica-administrativa e membros da comunidade deverão participar (VEIGA, 2013; RODRIGUES et al., 2013; SOUZA, 2010; RIOS, 1992).

Nesse sentido, o PPP será "pedagógico" por trazer em si as opções, os marcos conceituais intencionalmente escolhidos como forma de atingir os objetivos e também será "político" pois deverá estar intimamente ligado ao compromisso sociopolítico da instituição enquanto colaboradora para a formação de cidadãos (VEIGA; FONSECA, 2015; RODRIGUES et al., 2013).

Nessa diversidade, há de se ressaltar que o processo de construção do PPP será palco de conflitos os quais deverão ser mediados a fim de evitar que os mesmos inviabilizem o momento salutar de discussões, que devem dar-se sem competições, mas valorizando as relações horizontais e o diálogo democrático (VEIGA; RESENDE, 2015; VEIGA, 2013; CARVALHO FILHO, 2011; SOUZA, 2010).

O projeto pedagógico pode ser construído a partir de duas perspectivas: estratégico-empresarial ou emancipadora. A primeira entende o PPP como instrumento de controle, na medida em que está vinculado a mecanismos operacionais, técnicos e estratégicos vindos de diferentes pessoas e/ou núcleos de decisões. Esse tipo de gestão é posta a partir de uma fragmentação, entre os que pensam e os que fazem. Há uma desqualificação do ensino, pois o custo e a eficiência são prioridades, além de que, há uma participação restrita dos professores, alunos e funcionários que devem realizar suas atividades rotineiras sob pressão e controle. Não há estímulo a inovações e no caso dos professores, há produção de conhecimento desarticulado da prática (VEIGA; FONSECA, 2015; SOUZA, 2010).

Na perspectiva emancipadora, o PPP é construído de forma coletiva, em que os diversos atores envolvidos colaboram a partir de suas experiências. O diálogo é essencial para que todos possam participar, em uma visão de unicidade entre teoria e prática, sem um ser mais que o outro. A ideia é construir um conhecimento em permanente construção, a partir do olhar interdisciplinar e coletivo (VEIGA; FONSECA, 2015; FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

De uma forma geral, o PPP deve conter três “braços”: a proposta curricular, a formação de professores e a gestão administrativa. A proposta curricular deverá ter o que se considera relevante para o processo de ensino, bem como a forma como se desenvolverá o mesmo, a organização do tempo e os espaços de aprendizagem. A formação de professores deverá contemplar como a equipe se organizará para atingir as metas propostas e a gestão administrativa como deverão estar os aspectos administrativos que viabilizarão o processo como um todo (VEIGA; FONSECA, 2015; VEIGA, 2015).

Ao serem analisados os PPPs de três Instituições de Ensino Superior (IES) de enfermagem, Rodrigues et al. (2013) observaram que se encontravam estruturados segundo as DCNs, com competência para intervir no processo saúde-doença de forma contextualizada. No entanto, o PPP revelava contradições quando era possível observar que nas três IES a maior carga horária era destinada a disciplinas com enfoque individual e biológico, refletindo ainda forte influência do caráter biomédico na formação, denotando fragilidade na formação dos enfermeiros.

Lima et al. (2011) analisaram cinco cursos de graduação em enfermagem e todos os PPPs investigados defendem a necessidade de profissionais éticos e humanistas, sendo características consideradas essenciais na formação do futuro enfermeiro. Apesar disso, ao analisarem as 218 ementas de disciplinas, em apenas 40 foram encontrados termos relacionados ao significado ético-humanista. O aspecto positivo é que, apesar do número ter

sido considerado baixo pelos autores, as disciplinas que contemplam o referencial ético-humanista distribuem-se ao longo dos cursos de graduação, o que se supõe ser algo relevante para permear todo o currículo.

Abdalla et al. (2009) analisaram 28 escolas médicas quanto à percepção de alunos e professores acerca do PPP das suas instituições. A maioria dos sujeitos envolvidos consideraram o PPP inovador ou avançado. Enfatizaram a relevância dos determinantes da saúde, com direcionamento do curso apara atender as necessidades do SUS com ênfase na atenção básica, com interação entre ensino e comunidade.

No entanto, em relação à produção de conhecimento, ainda há forte predomínio de pesquisas nas áreas biomédicas. Outro aspecto levantado foi a dificuldade em articular os cursos de graduação, pós-graduação e a educação permanente (ABDALLA et al., 2009).

Essa situação sinaliza que há mais avanços na construção teórica do projeto pedagógico do que efetivamente na operacionalização cotidiana do mesmo. Como qualquer processo, está sempre em aperfeiçoamento, considerando que o ponto de partida é o tradicional modelo hegemônico de fazer ciência na área da saúde para um outro modelo, que inclui, amplia e contempla outras linhas de pesquisa, de gestão e de pensar os processos de ensino-aprendizagem (LAMPERT; COSTA, 2014; ABDALLA et al., 2009).

Assim, as instituições formadoras têm sido estimuladas a inovarem em seus currículos e práticas pedagógicas, na tentativa de motivar o corpo de docentes e discentes a novos conhecimentos para que a mesma contribua sobremaneira na formação do profissional (LAMPERT; COSTA, 2014; VEIGA; SOUZA; GARBIN, 2013; MITRE et al., 2008; ANASTASIOU, 2007).

A inovação curricular tem sido apontada como um tema que ocorre com frequência nas pesquisas sobre currículo na formação em saúde no Brasil, no período de 2005 a 2011. Destaca-se também o volume de estudos feitos por pesquisadores dos cursos de enfermagem, sendo as experiências de mudanças e implantação de currículos inovadores ou integrados apontadas como estratégias para alcançar os propósitos das DCNs (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012).

Currículo, do latim *curriculum*, significa caminho, percurso, trajetória, sendo justamente, no contexto escolar, o documento que terá sistematizado como se dará a trajetória do educando em sua formação (VEIGA; SOUZA; GARBIN, 2013; SACRISTÁN, 2013; BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012; LOPES; MACEDO, 2011).

A organização do currículo será um reflexo de um contexto histórico, cultural, social em que os processos administrativos, filosóficos, políticos, teóricos estarão articulando-se

para definir e apontar as diretrizes para a prática pedagógica. Assim, não são autônomos ou “neutros” de transmissão desinteressada, pois dependem das várias relações de poder prescritas na sociedade e, de certa forma, são por elas determinados (SACRISTÁN, 2013; VEIGA; SOUZA; GARBIN, 2013; BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012).

É importante considerar que, no cotidiano das instituições escolares, o currículo tem várias dimensões, pois há o currículo proposto, que é o oficialmente designado; há o currículo ensinado, que é o que os professores põe em prática e, por fim, o currículo aprendido, que é efetivamente o aprendido pelos alunos (FINKLER; CAETANO, 2014; TOASSI et al., 2012; SILVA, 1999; MAIA, 2004).

Considerando o currículo proposto ou oficial, o aspecto essencial consiste em definir o que é importante ser ensinado e aprendido a fim de formar o profissional, e não apenas isso, o ser humano desejado (SACRISTÁN, 2013; SOUZA, 2010; SILVA 1999; MAIA, 2004).

Apesar de incentivos para mudanças, em grande parte das IES de saúde, ainda persiste o modelo tradicional de ensino, essencialmente biomédico e cartesiano. O que reflete currículos tradicionais que focam na aquisição de conhecimentos através de conteúdos adquiridos, com fragmentação do conhecimento e dicotomia entre teoria e prática (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012; MOLINA; MIOTO, 2009).

Desde a década de 1990, esse tipo de currículo (tradicional, disciplinar) tem sido questionado. As mudanças apontam para a construção de currículos integrados, em que os conhecimentos, habilidades, emoções e valores sociais estejam interligados, com interação entre os conteúdos, indo de encontro ao isolamento entre as disciplinas, característico do currículo tradicional (LAMPERT; COSTA, 2014; SOUZA; ZEFERINO; DA ROS, 2011; ANASTASIOU, 2007).

Uma outra alternativa relevante para a formação de profissionais de saúde consiste na utilização das metodologias ativas, sendo apontada pelas DCNs a sua importância para o processo de ensino-aprendizagem (FREITAS et al., 2015; VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2014; SOBRAL; CAMPOS, 2012).

No Brasil, as duas abordagens metodológicas que se destacam são a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Problemática. Ambas trabalham a partir de situações-problema amplas, que envolvem questões biológicas, mas também psíquicas, éticas, socioeconômicas, dentre outras, elaboradas por equipe multiprofissional ou identificadas na vivência dos serviços de saúde. Os alunos devem discutir a compreensão e formas de resolução do problema em encontro coletivo (aluno e tutor), após realizar estudo/busca individual (SOBRAL; CAMPOS, 2012; CEZAR et al., 2010).

Tais métodos de aprendizagem estão ancorados na pedagogia crítica, movimento que ganhou força no final da década de 1970, em que a escola foi entendida como espaço apropriado para problematizar a realidade e lidar com as contradições sociais. Isso tendo em vista que os aspectos que influenciariam “o que saber” e “o que fazer” estavam interligados com as necessidades sociais vividas, formando o homem pelo/para o trabalho (OLIVEIRA et al., 2012; MARIN et al., 2010).

As diferenças entre elas consistem na forma de conduzir o processo de aprendizagem, mas ambas apresentam-se como formas de romper com o ensino tradicional. Essencialmente compreendem que o aluno deve estar no centro do processo, inserido em campos de prática desde os primeiros anos de graduação, a fim de contextualizar a teoria com a prática vivenciada. A construção teórica dos conteúdos é feita a partir de estudos individuais, com partilha do conhecimento de forma coletiva ou em pequeno grupo, sempre tendo em vista a integralidade do ser humano e o compromisso social do trabalho em saúde, além de valorizarem o aprender a aprender (CARÁCIO et al., 2014; SOBRAL; CAMPOS, 2012; CEZAR et al., 2010; MARIN et al., 2010).

Acredita-se que a utilização dessas metodologias favorece ao aluno uma apropriação teórico-prática com mais significado, reflexão sobre problemas da realidade, mais autonomia, o que lhe permitirá intervir nos problemas de saúde da população com mais eficácia e com maior potencial de transformação social (CARÁCIO et al., 2014; SOBRAL; CAMPOS, 2012; CEZAR et al., 2010; MARIN et al., 2010).

Além disso, uma aprendizagem que estimula a autonomia e iniciativa, passando por aspectos cognitivos mas também emocionais, é certamente mais duradoura e sólida (MITRE et al., 2008).

Ao contrário, a metodologia tradicional, centrada na transferência de informações do professor, na memorização de conteúdos, supervalorização da formação técnica e distanciamento entre o conhecimento teórico e o contexto social em que se está inserido é apontada como uma das razões para que os profissionais coloquem-se de forma passiva e acrítica frente à realidade social (CARÁCIO et al., 2014; SOBRAL; CAMPOS, 2012; CEZAR et al., 2010; MITRE et al., 2008).

As relações entre professores e alunos também trazem marcas diferentes do método tradicional. Neste, o papel do professor consiste em transmitir ou “passar” as informações, sendo mantida certa distância entre “o que sabe” e “o que aprende”. A prática pedagógica é considerada mecânica, rígida e programada (FREITAS et al., 2015; VEIGA, 2013; MARIN et al., 2010).

Estudos realizados a partir da opinião dos alunos acerca da utilização de metodologias ativas, destacam que os aspectos positivos ou fortalezas apontadas pelos estudantes são: o estímulo ao constante estudo, o fato de treinar as habilidades para o trabalho em equipe, incentivo à independência e responsabilidade na sua formação, aproximação com os profissionais dos serviços de saúde e menos uso da memorização (CARÁCIO et al., 2014; MARIN et al., 2010; GOMES et al., 2009; SALIBA et al., 2008).

Além disso, demonstraram melhor desempenho em questões sociais, comunicação adequada, maior compreensão e capacidade de intervenção no aspecto psicossocial do adoecimento, bem como trabalho relacionados à promoção de saúde, o que reforça um aspecto relevante de formação de profissionais humanizados (CARÁCIO et al., 2014; GOMES et al., 2009).

Quanto ao aspecto do trabalho em equipe, os alunos destacaram experiências que favoreceram a complementaridade, disposição para compartilhar decisões, responsabilidades e valorização da comunicação, o que remete ao fortalecimento das mudanças no processo de trabalho esperadas para que o SUS constitua-se em seus princípios. Ou seja, o processo de ensino-aprendizagem com ênfase nas relações humanas favorece uma postura, um exercício, que no campo de trabalho será de grande relevância (MARIN et al., 2010).

As dificuldades em relação ao uso das metodologias ativas poderão estar relacionadas: aos alunos, pois nem todos estão preparados, e por vezes se sentem perdidos, com a sensação de que os conhecimentos estão desorganizados, ou ainda “em choque”, inseguros devido às diferentes formas de condução das situações de aprendizagem; aos professores e profissionais, na utilização de algo “diferente” do tradicional, diante do desconhecimento das concepções pedagógicas e insegurança que poderá emergir devido aos desafios em conduzir um processo fortemente marcado pela autoaprendizagem (SALIBA et al., 2008; SOBRAL; CAMPOS, 2012).

A inserção das metodologias ativas ainda pode gerar uma percepção errônea de perda de poder ou encontrar barreiras devido à questão dos custos, pois há uma exigência de maior números de tutores, considerando o trabalho em pequenos grupos (SOBRAL; CAMPOS, 2012; MARIN et al., 2010; SALIBA et al., 2008).

Apesar de as experiências apontarem a importância da utilização de metodologias ativas para mudanças na formação dos profissionais de saúde, a produção científica ainda é escassa e o uso delas, no cotidiano, se dá a partir de movimentos contra-hegemônicos. Conforme já discutido anteriormente, o ensino em saúde foi fortemente marcado e ainda está arraigado por um referencial tradicional e fragmentado, pautado no uso de metodologias

conservadoras, sob influência importante do mecanicismo, da inspiração cartesiana, reducionista (FREITAS et al., 2015; MARIN et al., 2010; MITRE et al., 2008).

Para Marin (2010), a maior utilização de metodologias ativas está vinculada a uma mudança paradigmática, com necessidade de incorporação de tecnologias educacionais que incluam os princípios da integralidade, diversidade e globalização. Isso remete à necessidade de envolvimento vigoroso dos envolvidos para se adaptarem a uma mudança de comportamento que implica maturidade e compromisso.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa exploratória descritiva, de natureza qualitativa. As pesquisas exploratórias têm por finalidade desenvolver e esclarecer conceitos e ideias, além de proporcionar maior familiaridade com o problema, a partir da aproximação do pesquisador com determinado fato. As pesquisas descritivas são utilizadas quando se quer conhecer características de determinados grupos, descrever e analisar relação entre fatos e fenômenos (GIL, 2008).

A abordagem qualitativa busca aprofundar as experiências humanas e o significado delas dentro de um contexto. O pesquisador busca debruçar-se para conhecer o sentido que as pessoas dão às suas vivências e como elas entendem a experiência em relação às questões em estudo, para que dessa forma colabore no entendimento e produção de conhecimento (BOGDAN; BIKLEN, 2013; MINAYO, 2010).

Esse tipo de pesquisa valoriza os significados dos fenômenos, ocorrências, fatos, ideias, sentimentos, crenças, valores, opiniões que podem revelar o ponto de vista dos atores sociais em investigação, dando privilégio à linguagem como mediadora para compreensão dessa realidade (GOMES, 2014; TURATO, 2005).

Ainda que se tenham questões que direcionam o estudo, o foco não está em testar hipóteses, sendo a preocupação essencial a “análise de microprocessos”. Assim, mais do que resultados, o interesse está em aproximar-se do processo. Para tanto, o investigador recolhe informações e vai construindo um quadro que ganha forma à medida que a pesquisa desenvolve-se, a partir de exame intensivo em amplitude e profundidade acerca das questões e pessoas investigadas (BOGDAN; BIKLEN, 2013; MARTINS, 2004).

Em virtude da subjetividade que envolve a compreensão dos alunos acerca de seu processo de formação, tal abordagem mostrou-se mais adequada para atingir os objetivos propostos. Além disso, justifica-se a importância de pesquisas educacionais, as quais têm um potencial de aplicabilidade imediata por mostrarem caminhos que podem ser geradores de mudanças de práticas (ALVES-MAZZOTTI, 2001).

4.2 Participantes da pesquisa

O estudo foi realizado com alunos dos cursos de graduação em medicina, enfermagem e odontologia da Universidade de São Paulo, *campus* Ribeirão Preto.

O critério de inclusão foi estarem regularmente matriculados, no ano de 2014, nas seguintes disciplinas dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, respectivamente:

- Estágio Curricular: enfermagem na Atenção Básica
- Estágio em Medicina Comunitária II
- Estágio em Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família

Optou-se por alunos matriculados em disciplinas do último ano de cada curso pelo entendimento de que os mesmos estão em processo de integralização de sua graduação, tendo cursado a maior parte da carga horária prevista no projeto pedagógico.

O critério de exclusão foi desenvolver o estágio junto à equipe em que a pesquisadora trabalha como enfermeira de uma equipe de APS; desenvolver em local que não fosse unidade com atividades de atenção primária à saúde ou que não tivesse interface direta com APS.

Porém, diante dos objetivos da pesquisa, não foi possível determinar previamente um número ideal de alunos a serem entrevistados, optando-se por uma amostra intencional por saturação teórica.

Nos estudos qualitativos com amostras intencionais é mais importante como se concebe a representatividade dos sujeitos e a qualidade das informações que eles oferecem, do que a quantidade final de participantes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A saturação teórica de uma amostra dá-se a partir de um processo contínuo de análise dos dados, iniciado desde o começo da coleta de dados. Essa análise preliminar busca o momento em que poucas informações novas aparecem, considerando cada uma das questões pesquisadas, bem como o conjunto dos entrevistados. O ponto de saturação da amostra dependerá do recorte do objeto, objetivos da pesquisa, nível de profundidade que deseja explorar e da homogeneidade da população estudada (FONTANELA; MAGDALENO JÚNIOR, 2012; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Nas amostras não probabilísticas (intencionais), a amostra é “fechada” quando o conjunto de dados que subsidiaram a análise e interpretação é definido, e isso se dá a partir da experiência do pesquisador “numa empiria pautada em raciocínios instruídos por conhecimentos teóricos da relação entre o objeto de estudo e o corpus a ser estudado” (FONTANELLA et al., 2011, p.389).

A saturação é o momento em que se interrompe a coleta por entender que os dados mais recentemente coletados não trarão contribuição, no sentido de novos elementos que possam aprofundar ou balizar a análise da questão em estudo (FONTANELA; MAGDALENO JÚNIOR, 2012; FONTANELLA et al., 2011).

No ano de 2014, 223 alunos matricularam-se nessas disciplinas, sendo:

- 105 do curso de medicina, dos quais nenhum foi excluído; 95 foram contatados; 18 foram entrevistados, atingindo a saturação de dados.

- 70 da odontologia, dos quais 14 foram excluídos (por fazerem a disciplina no local de trabalho da pesquisadora); 48 foram contatados; 13 foram entrevistados, atingindo a saturação de dados.

- 54 da enfermagem, dos quais 04 foram excluídos (03 por fazerem a disciplina em unidades de saúde mental e 01 em local de trabalho da pesquisadora); 50 foram contatados (todos foram convidados); 17 aceitaram.

Tabela 1 - Descrição da quantidade de participantes da pesquisa por curso

ALUNOS	MATRICULADOS	EXCLUÍDOS	CONVIDADOS	ENTREVISTADOS
MEDICINA	105	00	95	18
ODONTOLOGIA	70	14	48	13
ENFERMAGEM	54	04	50	17

Foram solicitadas aos coordenadores dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia as listas constando os nomes dos alunos matriculados nas disciplinas supracitadas, com os respectivos períodos (meses) em que estariam realizando, local (unidade de saúde em que desenvolveriam o estágio/disciplina) e *e-mails* para contatos.

Como apenas o curso de medicina forneceu os e-mails, mas tendo os nomes completos dos alunos dos cursos de enfermagem e odontologia, e diante da dificuldade de contato individual nos diversos campos de estágio em que a disciplina acontecia, coube a utilização de rede social (*facebook*) para fazer a apresentação do estudo. Foi enviado por mensagem particular (*inbox*) um pequeno convite para participação na pesquisa, após a finalização da disciplina (período de estágio). Para os alunos que manifestaram interesse em participar, respondendo a mensagem, a pesquisadora detalhou a metodologia da pesquisa e marcou entrevista conforme disponibilidade de local e horário.

Percebendo que essa estratégia era mais rápida e prática para resposta dos alunos, os *e-mails* dos estudantes de medicina passaram a ser enviados junto com contato realizado pela rede social.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de fevereiro e novembro de 2014.

4.3 Cenário da pesquisa

4.3.1 Contexto em que a formação acontece

O contexto em que os alunos dos cursos de enfermagem, odontologia e medicina desenvolvem suas experiências de disciplinas e estágios no decorrer de seus cursos de graduação constitui-se das cidades de Ribeirão Preto e Cássia dos Coqueiros (esta no caso dos alunos de medicina).

O município de Ribeirão Preto/SP está localizado no interior do estado de São Paulo, distante 313 km da capital. Para o ano de 2015, tinha uma população estimada em 666.323 pessoas (IBGE, 2010).

A cidade destaca-se por ser um polo de formação universitária, com tradição especialmente no setor de saúde. O município divide-se em 05 distritos e a rede de saúde é composta por hospitais, centros de especialidade, unidades básicas de saúde (tradicionais e com ESF implantada, conhecidas por Núcleos de Saúde da Família), Centros de Saúde Escolares e uma unidade básica distrital de saúde (UBDS) por distrito. Além disso, cada distrito tem uma universidade por referência de atuação a fim de oportunizar melhor organização e distribuição dos alunos nas unidades de saúde que constituem os campos de práticas dos diversos cursos.

A Universidade de São Paulo, campus Ribeirão Preto, está localizada no distrito oeste, sendo o segundo maior distrito em termos populacionais e contando com o maior número de serviços de saúde.

No caso dos participantes desta pesquisa, o distrito oeste constitui o principal cenário de prática ao longo da graduação em saúde, mas também se desenvolvem atividades em alguns serviços do distrito central. No caso particular dos alunos do curso de medicina, há estágio no Centro Médico Social e Comunitário na cidade de Cássia dos Coqueiros/SP, distante 80 km de Ribeirão Preto.

4.3.2 História dos cursos

O primeiro curso de graduação em Enfermagem na **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP)** deu-se em 1953, no contexto da criação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP/USP, que considerava necessário existir uma escola de enfermagem para colaborar no funcionamento do Hospital das Clínicas vinculado ao funcionamento da faculdade (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), 2005).

Após 10 anos de sua criação, a EERP foi desanexada da FMRP/USP, tendo autonomia didático-administrativa e se tornando um estabelecimento de ensino superior. Ao longo dos 50 anos da Escola, o ensino de graduação passou por diversas mudanças no que se refere à estrutura curricular, bem como a ampliações de estrutura física, acadêmica e de corpo docente. Atualmente, além do curso de Bacharelado em Enfermagem, oferece também o Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem, com ingresso no vestibular separado do Bacharelado, implantado desde 2006 (USP, 2005).

O primeiro curso de medicina da **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP)** teve início em 1952, com um modelo de ensino caracterizado por divisão do currículo em básico e clínico, com predominância do hospital universitário como espaço para desenvolver a prática de medicina. A partir de 1970, a Faculdade teve crescentes destaques no contexto da pesquisa e pós-graduação, o que passou a ser questionado, considerando que tal situação gerava um descaso com o ensino de graduação, além do enfoque para um perfil de profissional muito técnico e mais restrito ao saber biológico (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), 2012).

O Projeto Político Pedagógico destaca o compromisso em ações de saúde na comunidade apontando que, desde a sua fundação, desenvolve atividades no Centro Médico Social Comunitário “Pedreira de Freitas”, no município de Cássia dos Coqueiros/SP a fim de garantir a inclusão dos componentes da saúde coletiva e da atenção primária à saúde, necessários à formação geral do médico (USP, 2012).

A Faculdade de Odontologia foi criada juntamente com a de Farmácia, em 1º de junho de 1924, sendo a primeira escola de ensino superior da cidade. Em 1958, após atuar por 34 anos como estabelecimento de ensino particular, a faculdade foi agrupada ao Sistema de Ensino Superior do Estado, mas apenas em 1975 foi incorporada à Universidade de São Paulo (USP). Em 1983, Faculdade de Farmácia e Odontologia de Ribeirão Preto (FFORP/USP) foi desmembrada em duas unidades distintas: a Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão

Preto (FCFRP) e a **Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP/USP)**, com administrações separadas (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), 2009).

4.3.3 Local em que ocorreu a coleta de dados

Para a realização da coleta de dados, os locais foram escolhidos pelos participantes, tendo sido predominantemente espaços do campus da universidade e residências, conforme preferência do participante.

A escolha desses locais deu-se por conveniência para o participante, que optava pela universidade por já estar lá para alguma atividade acadêmica, ou ainda, no caso dos alunos que optaram pela residência, devido ao horário mais flexível para a realização da coleta de dados.

4.4 Métodos de coleta de dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com utilização de roteiro construído previamente. Este compreendeu dados de identificação e questões envolvendo aspectos relacionados aos conhecimentos que os discentes consideravam relevantes para o trabalho na APS, a forma como o curso de graduação os inseriu nessa realidade, as vivências de estágios e as sugestões para o curso de graduação (Apêndice A). As entrevistas eram agendadas com antecedência, gravadas, conforme autorização do participante e, posteriormente, transcritas para dar seguimento à análise dos dados (detalhada no próximo tópico).

A entrevista é uma importante técnica na coleta de dados em ciências sociais, viabilizando a aquisição de informações sobre práticas, crenças e valores de um universo social, em que não se tem de forma clara os conflitos e contradições. O intuito é favorecer ao pesquisador um mergulho com vistas a alcançar como cada participante percebe e interpreta a realidade. Dessa forma, almeja-se conhecer, descrever e compreender a lógica que há nas percepções daquele grupo de pessoas entrevistadas (DUARTE, 2004).

Como qualquer outro método, a entrevista tem vantagens, como a possibilidade de alcançar grande número de informações, torna-se mais flexível, tendo em vista que se o participante não entender a pergunta, o pesquisador poderá esclarecer, além da chance de captar a linguagem não verbal, o tom de voz que também poderá ser importante para o

pesquisador. Mas também tem limitações como, por exemplo, consumo de muito tempo, a falta de motivação do entrevistado, a possibilidade de fornecer informações falsas e a influência do pesquisador sobre as respostas do entrevistado (GIL, 2008).

Além da entrevista, foi realizada análise documental dos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos. Para ter acesso aos documentos, foi solicitada aos coordenadores de curso uma cópia. Como resposta eles orientaram a acessar o site das respectivas faculdades para obtenção dos mesmos.

A análise documental consiste em uma técnica de coleta de dados que poderá ser utilizada de forma a complementar informações obtidas por outras técnicas ou apresentando novos aspectos acerca de um problema. O objeto desse tipo de pesquisa pode constituir-se por documentos oficiais, como o utilizado nesta pesquisa, mas também cartas, diários, revistas e jornais em geral (VÍCTORIA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

O intuito da pesquisa nos documentos oficiais foi poder aproximar-se do contexto de construção dos PPPs dos cursos de graduação em estudo, bem como as bases teóricas e metodológicas que os fundamentam para que, juntamente com as entrevistas, pudessem fornecer um panorama amplo e detalhado acerca do objeto de estudo.

4.5 Análise dos dados

Os dados, nesta pesquisa, consistiram de entrevistas transcritas e documentos oficiais (Projetos Políticos Pedagógicos) dos três cursos investigados.

As entrevistas foram interpretadas segundo a Análise de Conteúdo de Bardin (2011). O método busca superar o nível do senso comum, atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Dentre as várias modalidades, optou-se pela análise temática, que mediante um feixe de relações, apresentado por uma palavra ou frase, busca descobrir núcleos de sentido, cuja presença ou frequência signifique algum aspecto relevante para a pesquisa. O tema é a “unidade de significação que se liberta naturalmente” de um texto quando analisado segundo os critérios da teoria (BARDIN, 2011, p.135; MINAYO, 2010).

Operacionalmente, a análise temática dá-se mediante três fases: a de pré-análise (com a leitura flutuante, em que o pesquisador entra em contato direto e intenso com o material de campo; e constituição do corpus, em que se busca o universo estudado em sua totalidade); exploração do material (que consiste na categorização para alcançar a

compreensão do texto), tratamento dos resultados; e interpretação (etapa de busca do referencial teórico relacionado ao material, na qual se faz as inferências e interpretação propriamente dita) (BARDIN, 2011; MINAYO, 2010).

Os documentos foram analisados mediante utilização de instrumento (Apêndice B) que contribuiu para realizar a articulação com as falas dos sujeitos que emergiram das entrevistas, denotando as convergências e divergências entre eles.

4.6 Aspectos éticos

A investigação respeitou os princípios bioéticos postulados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que delimita as diretrizes das pesquisas que envolvem seres humanos. Esta pesquisa foi devidamente submetida ao e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP - Protocolo CAAE: 16140413.5.0000.5393 (Anexo A).

Em concordância com o parecer do CEP - EERP/USP, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto FMRP/USP (e seu Comitê de ética em Pesquisa) e a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto FORP/USP foram instituições coparticipantes neste trabalho.

Antes do início da coleta de dados, foi obtida autorização pelas Comissões de Graduação dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia da Universidade, para realização de pesquisa com alunos.

Antes da realização de cada entrevista, o participante fazia leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), momento em que era explicada a pesquisa, esclarecendo aspectos acerca da liberdade em participar, bem como do direito de se retirar, caso desejasse. Foi garantido sigilo e anonimato. Apenas após esse momento, os que concordaram assinaram o TCLE, recebendo uma cópia assinada pela pesquisadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados serão apresentados nos seguintes tópicos:

5.1 Estudantes participantes

5.2 Projetos Políticos Pedagógicos: uma aproximação das escolhas de princípios norteadores

5.3 Conhecimentos relevantes para atuar em Atenção Primária à Saúde

5.4 Inserção dos alunos nas equipes de Atenção Primária à Saúde

5.5 Possibilidades e limites vivenciados nos estágios curriculares

5.6 Percepção sobre a formação para atuar em Atenção Primária à Saúde: atingiu as expectativas?

No item 5.1, “**Estudantes participantes**” está descrita a caracterização dos estudantes que participaram do estudo, segundo curso de graduação, idade e sexo.

No item 5.2, “**Projetos Políticos Pedagógicos: uma aproximação das escolhas de princípios norteadores**” o intuito foi identificar as concepções e princípios dos documentos que favorecessem compreender a proposta pedagógica do curso, organização curricular, o enfoque no SUS e na APS, a adesão às DCN e perfil do egresso.

Nos itens 5.3 a 5.6, estão apresentados os resultados das categorias empíricas a partir dos discursos dos alunos.

Na categoria “**Conhecimentos relevantes para atuar em Atenção Primária à Saúde**” são discutidos os tipos de conhecimentos que os alunos identificaram como relevantes para desenvolverem atividades na atenção primária.

Na categoria “**Inserção dos alunos nas equipes de Atenção Primária à Saúde**”, buscou-se descrever a experiência dos alunos ao inserirem-se nos serviços de saúde de APS, as atividades desenvolvidas, o período do curso em que esse processo se inicia e a colaboração deles na aprendizagem.

Na categoria “**Possibilidades e limites vivenciados nos estágios curriculares**” é caracterizada a percepção dos alunos acerca da vivência no estágio curricular supervisionado em unidades de saúde, realizado no último ano de graduação.

Por fim, a categoria “**Percepção sobre a formação para atuar em Atenção Primária à Saúde: atingiu as expectativas?**” apresenta os olhares dos alunos de graduação em enfermagem, odontologia e medicina de uma forma mais ampla, acerca do caminho trilhado ao longo da formação, no que diz respeito à atenção primária.

5.1 Estudantes participantes

Foram entrevistados 48 estudantes, sendo 17 do curso de graduação em enfermagem, 13 do curso de odontologia e 18 do curso de medicina da Universidade de São Paulo, campus Ribeirão Preto, regularmente matriculados nas disciplinas do último ano do curso, 'Estágio Curricular: enfermagem na Atenção Básica', 'Estágio em Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família' e 'Estágio em Medicina Comunitária II'.

A média de idade dos alunos para os cursos de odontologia e enfermagem foi de 23 anos, e de 26 anos para o curso de medicina. O sexo predominante foi o feminino, 29 participantes. Os alunos foram identificados por letras e números para garantir anonimato e sigilo, assim após as falas dos mesmos, a letra "E" significa aluno do curso de enfermagem, "M" os de medicina e "O" os de odontologia. A numeração, após as letras, seguiu a sequência em que ocorreram as entrevistas.

5.2 Projetos Políticos Pedagógicos: uma aproximação das escolhas de princípios norteadores

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9394/96) aponta que as instituições de ensino têm autonomia para construírem os Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos, tendo como diretrizes as DCNs definidas para cada curso. Para os cursos da saúde, o referencial teórico que sustenta as DCNs são a legislação do SUS e, no campo da educação, a atual LDB.

Conforme discutido anteriormente, o Projeto Político Pedagógico deve ser uma construção coletiva, baseada no diálogo e com necessidade imperiosa de consenso, mesmo no universo de diferentes pensamentos, refletindo um corpo de escolhas acerca do referencial pedagógico e, no caso dos cursos da área da saúde, da compreensão de saúde que se tem e, consequentemente, do(s) modelo(s) de saúde(s) em que a instituição desenvolve suas ações e direciona a formação dos alunos.

Nesse sentido, o PPP não se dá de forma neutra e sem conflitos, considerando os diferentes "poderes" que operam no espaço educacional. Como articular um contexto marcado pela diversidade de pensamentos e poderes a uma atividade que gere o documento oficial do curso?

Uma possibilidade que se tem mostrado de grande valor tem sido o investimento das instituições em educação continuada, mediante oficinas ou outras estratégias que colaborem para que docentes, alunos e profissionais consigam avançar na construção de um PPP que signifique um processo democrático e dialogado (BAGNATO, 2012; TOASSI et al., 2012).

São processos de negociações com histórias de vidas concretas, pois a universidade passa por pessoas e elas têm culturas diferentes, diversas necessidades e origens sociais. O que se pode afirmar que há, de forma imbricada nesses espaços, o passado e o presente das pessoas e das instituições, marcando tempos e movimentos de resistências e mudanças (BAGNATO, 2012).

A análise dos principais aspectos do PPP em relação ao objeto do estudo tem a finalidade de olhar para o documento oficial de cada curso e buscar entender o que está oficialmente posto, mas também articular isso de tal forma que se possa compreender onde tais escolhas pedagógicas, ou pensamentos, ancoram-se.

A seguir, apresenta-se o quadro síntese do Projeto Político Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem (USP, 2005)⁵, com as concepções e princípios que norteiam a proposta pedagógica, o enfoque no SUS/APS, o perfil do egresso e a organização curricular:

Quadro 1 - Síntese do Projeto Político Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem

Concepções e princípios que norteiam a proposta pedagógica	<ul style="list-style-type: none"> • Currículo por competência e integrado; • Articulação da formação ao mundo do trabalho; • Referencial pedagógico: educação crítico-reflexiva (Aprendizagem Significativa) (p.9) <p>Interdisciplinaridade; Integralidade; Processo saúde-doença (p.7-8)</p>
Concepções e princípios do PPP- Identificando o enfoque no SUS e na APS (continua)	<p><i>“Um novo currículo (...) com as mudanças requeridas para a prática em saúde, fundamentada no Sistema Único de Saúde – SUS” (p.5)</i></p> <p><i>“Compromisso de contribuímos na construção de um modelo de assistência pautado na saúde e não somente na doença, com vistas a um Sistema Único de Saúde - SUS equânime e resolutivo”(p.7)</i></p>
Concepções e princípios do	<p><i>“Valorizando a integralidade, a interdisciplinaridade”(p.4)</i></p> <p><i>“Valores éticos, humanistas e equânimes” (p.5)</i></p>

⁵ Este Projeto Político Pedagógico foi reformulado em 2014, mantendo as principais ideias e diretrizes principais no atual projeto.

<p>PPP- Identificando o enfoque no SUS e na APS (continuação)</p>	<p><i>“Apropriamo-nos da concepção de APS como estratégia de reorganização do sistema de serviço de saúde, o que se contrapõe às ideias mais restritas de APS como atenção primária seletiva e como nível primário do sistema de serviços de saúde” (p.6)</i></p> <p><i>“O processo saúde-doença é compreendido para além da dimensão biológica, contemplando uma visão ampliada (...) do modo de viver (...). Essa visão supõe compreender o homem em sua integralidade” (p.7)</i></p> <p><i>“Compreender o homem em suas dimensões filosóficas, políticas, psicológicas, biológicas e sociais e em suas fases evolutivas do ciclo de vida, inserido no contexto familiar e social” (p.11)</i></p> <p><i>“Compreender e estabelecer novas relações com o contexto político, econômico, cultural e ambiental no qual se inserem as práticas de saúde, atuando como agente crítico e transformador da realidade” (p.11)</i></p> <p><i>“Compreender as políticas, a organização, a gestão e o financiamento dos sistemas de saúde, comprometendo-se com a busca de respostas aos desafios que se apresentam para garantir uma assistência à saúde de qualidade” (p.11)</i></p> <p><i>“Reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida, atuando de forma a garantir a integralidade da assistência, enfocada como ações preventivas, curativas e de reabilitação articuladas, prestadas em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, tendo em vista a saúde de indivíduos, família e comunidade” (p.11)</i></p> <p><i>“Reconhecer os perfis epidemiológicos das populações e as necessidades individuais e coletivas de atendimento à saúde, considerando as especificidades regionais de nosso país” (p.11)</i></p> <p><i>“Promover estilos de vida saudáveis, considerando as necessidades dos usuários dos serviços de saúde e da comunidade, atuando como agente de transformação social” (p.11)</i></p> <p><i>“Estabelecer relações de trabalho pautadas em atitudes éticas e humanas que favoreçam o trabalho em grupo” (p.11)</i></p> <p><i>“Comprometer-se com o trabalho multiprofissional/interdisciplinar em saúde (...)” (p.12)</i></p>
<p>Concepções e princípios do PPP- Identificando o</p>	<p><i>“Gerenciar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde, (...) utilizando instrumentos que promovam a qualidade e a humanização da assistência à saúde” (p.11)</i></p>

enfoque no SUS e na APS (conclusão)	<p><i>“Planejar, implementar e avaliar programas de promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento” (p.12)</i></p> <p><i>“Reconhecer e respeitar a diversidade de aspectos sociais, culturais e físicos de usuários dos serviços de saúde, família, comunidade, trabalhadores e alunos com os quais o profissional se articula (...)” (p.12)</i></p> <p><i>“Reconhecer o papel social do enfermeiro, instrumentalizando-se para atuar em atividades de política e planejamento em saúde (...)” (p.12)</i></p>
O perfil do egresso	<p><i>“Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Qualificado para exercer a prática assistencial de enfermagem, intervindo sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional. Capacitado a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.” (p.9)</i></p>
Enfoque das Diretrizes Curriculares Nacionais	<p><i>“(...) o curso de Bacharelado em Enfermagem, atendendo as diretrizes curriculares vigentes (...), propondo a adoção de metodologia ativa (...), propicia a inserção do estudante desde as primeiras séries do curso nos cenários de prática em saúde e educação, (...) provoca maior integração entre os diferentes atores (estudantes, professores, profissionais e usuários dos serviços)” (p.5)</i></p> <p><i>“(...) o desafio para a formação é incorporar os pilares para a educação para o século XXI ” (p.6)</i></p> <p><i>- Referencial pedagógico das competências (p.7)</i></p> <p><i>“Adotar uma atitude disponível para investir em sua própria educação continuada (...), “aprendendo a aprender” (...)” (p.12)</i></p>
Como se dá a organização curricular (continua)	<p><i>-Currículo por competência e integrado (p.10)</i></p> <p><i>“A Estrutura Curricular permitirá ao aluno o desenvolvimento de competências, articulando a teoria e a prática e privilegiando o enfoque interdisciplinar, propiciado pela integração de conteúdos de disciplinas” (p.13)</i></p> <p><i>“(...) eixos fundamentais de nossa proposta: atenção primária a saúde; processo saúde-doença/cuidado; processo de trabalho, referencial pedagógico das competências e interdisciplinaridade. Como temas transversais, apontamos a ética, trabalho em equipe e humanização” (p.5)</i></p>
Como se dá a organização curricular	<p><i>“Para a construção do ensino interdisciplinar, a EERP optou por trabalhar com disciplinas interdepartamentais, o que pressupõe uma nova organização do</i></p>

(conclusão)	<i>ensino, com a articulação de saberes e práticas” (p.8)</i>
--------------------	---

O Projeto Político Pedagógico do curso de Enfermagem aponta como propostas pedagógicas: o referencial teórico das competências, a articulação ao mundo do trabalho e a educação crítica-reflexiva.

A aprendizagem por competências é definida pelo PPP como capacidade de mobilizar múltiplos recursos numa mesma situação, entre os quais os conhecimentos adquiridos na reflexão sobre as questões pedagógicas e aqueles construídos na vida profissional e pessoal são capazes de responder às diferentes demandas das situações de trabalho. Os recursos, os quais os alunos devem ser capazes de mobilizar, são os conhecimentos, habilidades e atitudes que favorecerão lidar com as situações do cotidiano da profissão (USP, 2005).

No senso comum, competência pode estar relacionada à legitimidade atribuída por lei ou reconhecimento de pessoa ou organização para julgar questões específicas, ou ainda, atributos pessoais que garantam a capacidade de uma pessoa em resolver certos assuntos (LIMA, 2005; BURGATTI et al., 2013; SANTOS, 2011).

O termo "competência", inicialmente vinculado ao mercado de trabalho e campo da administração, foi introduzido na área da educação com múltiplas definições, a depender da origem do autor, setor ou país, o contexto, em que a palavra foi aplicada (LIMA, 2005).

Para alguns autores, a palavra usada no singular, "competência", e a utilizada no plural, "competências", significam aspectos diferentes que estão sendo considerados. O termo no singular aponta para a matriz australiana que considera de forma ampla o contexto, a cultura, os valores, e a integração entre a teoria e a prática, e significa uma síntese do perfil profissional após ser avaliado em sua prática profissional, sempre tendo por referência o contexto no qual está inserido (BRACCIALLI; OLIVEIRA, 2011; LIMA, 2005).

"Competências", no plural, denota habilidades pessoais, numa compreensão mais individual. Neste trabalho, a busca será por entender o referencial teórico no qual se ancora o termo competência, não fazendo diferença se sua grafia é apresentada no singular ou plural.

O estudo elaborado por Aguiar e Ribeiro (2010), acerca dos significados do termo competência para os estudiosos sobre o tema 'currículo médico', concluiu que há uma heterogeneidade no conceito de competência pelos representantes da comunidade acadêmica brasileira, mas, apesar disso, em geral, há clareza da polifonia existente nesse campo conceitual.

As DCNs (2001) citam várias vezes as competências desejáveis que o futuro enfermeiro deve vir a ter, muitas delas associando o termo a habilidades e/ou conteúdos. Porém, não apresenta uma definição ou explicitação da concepção de competência utilizada, o que gera impasses conceituais e incompreensões que dificultam o diálogo entre os atores de currículos em que foi feita essa opção (LIMA, 2005; SANTOS, 2011).

O que se pode perceber, segundo Lima (2005), é que na educação há três principais compreensões acerca do termo competência: coleção de atributos pessoais; vinculação aos resultados obtidos (tarefas realizadas) e por fim, a noção de competência dialógica, que é a combinação dos atributos pessoais na realização de ações, atingindo determinados resultados.

Ao entender competência como a capacidade do aluno para mobilizar diferentes atributos em uma determinada situação do cotidiano com vistas a resolvê-la, o PPP do Curso de Enfermagem faz aproximação teórica com essa perspectiva dialógica.

O ideal é que o currículo orientado por competência tenha em seu bojo o referencial teórico utilizado e que seu significado seja compartilhado pelos diversos profissionais envolvidos (BRACCIALLI; OLIVEIRA, 2011; LIMA, 2005; AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

Para exemplificar, pode-se imaginar que em um currículo com uma concepção de competência com raízes no behaviorismo, o entendimento é de que o aluno é capaz de fazer tarefas e daí surge a utilização de listas de tarefas, verificadas por meio de *check lists*, pois entende-se que há uma única e melhor maneira de realizar as ações profissionais. Por outro lado, a concepção dialógica de competência entende que o desenvolvimento de capacidades (cognitiva, afetiva e psicomotora), de forma combinada, poderão ser capazes de infinitas formas de realizar uma atividade profissional com sucesso (LIMA, 2005; AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

Além de o currículo em análise ser baseado em competência, o PPP pontua que ele é integrado. Esse tipo de currículo tem por objetivo favorecer experiências de articulação entre as diferentes áreas do conhecimento, bem como teoria e prática, o que promove avanços na teorização e resolução de questões do cotidiano, dentro de realidades locais. Muito além de memorização de conteúdos, é a solução de situações reais que objetiva o processo de ensino e aprendizagem (BRACCIALLI; OLIVEIRA, 2011).

O PPP compreende que não há dicotomia entre teoria e prática, sendo o currículo integrado, e não disciplinar, o mais adequado. E reforça que é a partir da inserção do aluno nos serviços de saúde, mediante situações vivenciadas, que ele é estimulado a utilizar ferramentas de identificação e intervenção na realidade, mediante reflexão sobre seus atos.

Esse compromisso com a “vida real” parte de uma visão de mundo em que a pessoa, sendo sujeito de sua história, é conduzida a ter uma postura mais ativa e crítica em sua formação profissional, o que dialoga com o referencial crítico-reflexivo.

Segundo o PPP, o referencial da educação crítico-reflexiva tem como meta um aluno mais questionador e interativo em seu processo de ensino-aprendizagem, culminando na contribuição da transformação social da realidade (USP, 2005).

A articulação com o mundo do trabalho, apontada pelo PPP do Curso de Enfermagem como outro alicerce do referencial pedagógico, está alinhada com essas concepções de currículo por competência e integrado e do profissional crítico-reflexivo, especialmente porque a ênfase da aprendizagem está na articulação teoria-prática, e não nos conteúdos.

A prática profissional, especialmente as situações cotidianas reais, é que fornece o principal subsídio para reflexão e teorização, sendo os conteúdos explorados em consequência do enfrentamento dessas situações. Assim, só faz sentido avaliar a competência se o aluno estiver em ação, e não baseada em disciplina, mas mediante situações específicas. Dessa forma, as opções do PPP do curso tem um caráter prático e social (BRACCIALLI; OLIVEIRA, 2011; LIMA, 2005).

A relação com o Sistema Único de Saúde faz-se preponderante, sendo possível visualizar a opção do PPP pelo fortalecimento do SUS quando inclui aspectos que dialogam com os princípios do sistema e da Atenção Primária à Saúde, como integralidade, interdisciplinaridade, trabalho em equipe, concepção ampliada de saúde, dentre outros.

Apresenta uma definição de APS como estratégia de reorganização do sistema de serviço de saúde, e faz sua opção por um referencial teórico segundo Starfield (2002), em que se destacam como características desse nível de atenção: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização da família e a orientação comunitária.

Destaca-se que a APS é um eixo temático do currículo, além do processo saúde-doença/cuidado, processo de trabalho e interdisciplinaridade. Os eixos transversais são a ética, trabalho em equipe e humanização.

O conceito de interdisciplinaridade ainda está em construção, mas o que já se tem por ponto de partida é a possibilidade de superar a fragmentação das ciências e do conhecimento advindo delas, uma resistência ao saber parcelado. É uma questão de “interpenetração” entre os campos do saber, de forma que a intensidade das trocas entre os especialistas e o grau de

integração real entre as disciplinas em um projeto caracterizará a experiência interdisciplinar (THIESEN, 2008).

Isso se dá numa perspectiva de ciência que entende que o todo é mais que a soma de suas partes, em que professores e alunos devem ter experiências que aprendam “a integrar o que foi dicotomizado, religar o desconectado e problematizar o dogmatizado” (THIESEN, 2008, p.551). Assim, a interdisciplinaridade consiste em algo maior do que integrar conteúdo, indo na direção do entendimento de que sua área de formação não é suficiente para dar conta dos desafios postos no ensino e/ou formação bem como apropriar-se das relações de sua área com as outras (THIESEN, 2008; MACHADO; BATISTA, 2012).

Ao pensar no trabalho em saúde, há de se considerar que o fazer em saúde transcende os fazeres específicos de cada profissão, apresentando forte relação com o trabalho em equipe, sinalizando que as mudanças na formação passam pela aprendizagem do trabalho em equipe multiprofissional (MACHADO; BATISTA, 2012).

De forma coerente com o que tem sido posto, o perfil do egresso apresentado pelo PPP do curso é bem semelhante ao proposto pela DCN do Curso de Enfermagem, em que se destaca a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com capacidade para intervir nas situações de saúde-doença mais prevalentes, com responsabilidade social e como promotor da saúde integral do ser humano.

Esse perfil é muito amplo e seria possível discorrer sobre cada um dos termos que o compõe. Santos (2006) fez uma revisão crítica da literatura sobre as palavras explícitas no perfil de egresso sugerido pelas DCNs e aponta que a compreensão acerca profissional de saúde generalista é uma associação entre o saber clínico e outros saberes. Exemplifica com a necessidade de conhecer epidemiologia, bem como vulnerabilidade e risco, educação em saúde, saber conviver com os outros, trabalhar em equipe multidisciplinar, além dos saberes de gestão.

Além disso, devem ter iniciativa e dinamismo a fim de que possam ser capazes de colaborar na construção de projetos de intervenção em uma perspectiva individual e/ou coletiva. É importante terem vínculo com o território, com parcerias intersetoriais e um enfoque especial para as questões de promoção de saúde e prevenção de doenças, tendo em vista um conceito ampliado de saúde (SANTOS, 2006).

Dessa forma, a formação generalista é entendida como uma possibilidade de desenvolver um profissional com identidade capaz de atuar em situações diversas e, ainda mais, imprevisíveis, considerando a atual dinamicidade das informações no mundo do trabalho (SANTOS, 2006).

Diante desse desafio, pode-se questionar como uma formação poderá dar conta de tantos atributos. E como isso tem se desenrolado no cotidiano das salas de aulas e nos diversos cenários de aprendizagem.

Segundo Gondim (2002), em pesquisa realizada com universitários do último ano de diversas áreas, eles dizem que seus professores ainda não incorporaram essa formação na medida em que defendem suas áreas específicas e não fazem relações com as outras áreas. Os estudantes se veem tendo que fazer escolhas diante de discursos antagônicos, que mais pressionam uma tomada de decisão (“de que lado ele está?”) do que oferecem oportunidades para que o conhecimento seja repensando e integrado.

Outro aspecto posto por Ciuffo e Ribeiro (2008) é que a formação generalista ainda é considerada desvalorizada em relação ao saber do especialista que, muitas vezes, por exemplo, é melhor remunerado. Além disso, o saber científico desenvolve-se predominantemente numa lógica de especialização. Vai além quando se questiona: afinal, os alunos desejam ser generalistas?

Para os autores Clapis et al. (2004) e Canever et al. (2012), a formação dos profissionais de saúde precisa estar sempre sendo repensada e discutida para que se favoreça a ampliação da compreensão de temáticas como competência, interdisciplinaridade e formação generalista, dentre outras.

Para Corbellini et al. (2010) há outras questões a serem propostas: que enfermeiro nós queremos para atuar na sociedade? Será que a formação generalista contempla o saber da enfermagem em diferentes cenários? Para os alunos pesquisados por esses autores, a formação generalista garante inserção no mercado de trabalho, pois se ampliam as possibilidades de áreas a trabalhar, com uma noção ampla das funções do enfermeiro em diversos locais.

A ideia não é pensar que esse tipo de formação seja capaz de fazer com que um profissional assuma toda a complexidade envolvida na APS, tornando desnecessária a constituição de equipes multidisciplinares. O cerne está em compreender que um generalista terá uma maior chance de abordar essa pessoa de forma integral, evitando uma desnecessária fragmentação do cuidado (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2012a).

Acerca dos outros termos que o perfil do egresso traz, Santos (2006) afirma que o enfermeiro crítico é aquele capaz de tomar decisões baseando-se em evidências, e não apenas impressões pessoais. Para tanto, mantém contato com a produção científica, consciente das mudanças que cotidianamente são postas para o profissional de saúde, considerando também as novas situações e adaptações necessárias a um bom cuidado em saúde. Com objetividade e postura questionadora, conduz suas atividades, utilizando-se do método científico.

Quanto ao termo reflexivo, o mesmo autor, baseado em Kant, traz que a reflexão consiste no ato do homem repensar suas próprias ações, sendo um estado de espírito em que a pessoa se dispõe a descobrir a subjetividade que há por trás dos conceitos (SANTOS, 2006). De uma forma mais prática, pode-se dizer que é a atitude de um profissional que não se baseia apenas na normatização para tomada de atitudes, ampliando o olhar e ponderando de forma ética o que seria o melhor a ser feito na ocasião.

Como já citado, o Curso de Enfermagem traz em seu PPP um compromisso de adesão às DCNs.

De acordo com o PPP do Curso de Medicina da FMRP-USP, o currículo em voga define linhas de formação do graduando mais adequadas às demandas atuais da sociedade, às DCNs (BRASIL, 2001b) e às próprias mudanças sofridas pela instituição nas últimas décadas, em especial às que se referem à sua plena integração ao sistema público de assistência à saúde da população.

A seguir apresenta-se o quadro síntese do Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina com as concepções e princípios que norteiam a proposta pedagógica, com enfoque no SUS, o perfil do egresso e a organização curricular:

Quadro 2 - Síntese do Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina

Concepções e princípios que norteiam a proposta pedagógica	<p>- Não traz de forma explícita a proposta pedagógica</p> <p>O que eles não queriam ter, mas reconhecem que têm:</p> <p><i>“predominância de métodos tradicionais e que dificultam a ampla adoção de modelos inovadores; (...) predomínio (...) de aula teórica formal (...); tendência de valorização da transmissão do conhecimento sobre a preocupação com o desenvolvimento de habilidades de aprendizado contínuo; (...) disciplinas estanques (...) dificulta o trabalho interdisciplinar; a avaliação (...) é, ainda, largamente desenvolvida por meio de provas formais (...) e privilegia a verificação da retenção do conhecimento adquirido” (p.17)</i></p>
Concepções e princípios do PPP- Identificando o enfoque no SUS e na APS (continua)	<p><i>“Reconhecer a saúde como estado de bem estar físico, psíquico e social e dependente de condições ambientais favoráveis” (p.4)</i></p> <p><i>“(...) evidencia a ênfase na formação ética do estudante e no seu preparo para saber lidar com a diversidade cultural, social e econômica de indivíduos e grupos” (p.4)</i></p> <p><i>“(...)um profissional que saiba interpretar e intervir na realidade social do país, na perspectiva da função médica” (p.4)</i></p>
Concepções e princípios do	<p><i>“Indicar e executar, corretamente, as medidas terapêuticas não especializadas das doenças de maior prevalência em nosso meio” (p.5)</i></p>

<p>PPP- Identificando o enfoque no SUS e na APS (conclusão)</p>	<p><i>“Contribuir para a promoção da saúde, prevenção das doenças e reabilitação dos incapacitados, levando em conta as condições socioeconômicas e culturais da comunidade” (p.5)</i></p> <p><i>“Reconhecer a posição que ocupará no sistema de saúde do país e avaliar, com sentido crítico, como esse sistema atua na solução dos problemas de saúde da população brasileira” (p.5)</i></p> <p><i>“Reconhecer os fatores biológicos, psicológicos e sociais e as modificações ambientais que possam afetar a saúde” (p.5)</i></p> <p><i>“Atuar como agente de transformação das condições ambientais e sociais que afetam a saúde da população” (p.5)</i></p> <p><i>“Atuar em equipe multiprofissional” (p.6)</i></p> <p><i>“Enumerar as causas mais frequentes de mortalidade regionais, estaduais e nacionais e identificar os grupos sociais mais expostos” (p.7)</i></p> <p><i>“Conhecer as principais características do sistema de saúde vigente no País” (p.7)</i></p>
<p>O perfil do egresso</p>	<p><i>“(…) um profissional apto a atuar de forma competente na atenção integral à saúde dos indivíduos e da população, incluindo a resolução dos problemas mais prevalentes no sistema público vigente no país, mas que esteja também em condições de obter acesso aos programas de treinamento especializado e de iniciar formação pós-graduada para a vida acadêmica” (p.4)</i></p>
<p>Enfoque das Diretrizes Curriculares Nacionais</p>	<p><i>“(…) linhas de formação (…) mais bem adequadas às demandas atuais da sociedade, às Diretrizes Nacionais Curriculares para o curso de graduação em Medicina e às próprias mudanças sofridas pela instituição nas últimas décadas, em especial às que se referem à sua plena integração ao sistema público de assistência à saúde da população” (p.4)</i></p>
<p>Organização curricular</p>	<p><i>“O curso está estruturado em três etapas de dois anos de duração (quatro semestres), que guardam analogia com os antigos ciclos básico, clínico e de internato” (p.8)</i></p> <p><i>“As três etapas estão permeadas por conteúdos e atividades que são desenvolvidas de maneira articulada ao longo dos anos, configurando eixos longitudinais de formação” (p.8)</i></p>
<p>Outros destaques</p>	<p>[Atualmente, o curso busca] <i>“(…) equilibrar as oportunidades de exposição do estudante aos ambientes de atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário, com redução do predomínio deste último, em relação aos demais, sobretudo no ciclo do internato” (p.4)</i></p>

O Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina não tem, de forma explícita, a proposta pedagógica. Diante das inquietações postas, percebe-se que há um reconhecimento de que o curso está estruturado de forma que predominam práticas educacionais tradicionais caracterizadas por aula teórica formal, dentro de uma perspectiva de transmissão de conhecimento, disciplinas que fazem pouca relação entre si, com métodos de avaliação que enfatizam a retenção de conhecimentos. Pretende mudanças quando, no PPP, tem por meta a renovação dos métodos, de modo que sejam oportunizadas experiências de aprendizagem mais ativas, com respeito à autonomia do estudante, valorizando sua forma de aprender.

Apesar de trazer o termo "competências", não explicita o que compreende por ele nem o referencial teórico no qual se ancora. Considerado o que já foi posto anteriormente, há múltiplas compreensões em torno desse termo, sendo necessária uma definição ou utilização de outros termos, que de forma associada, possa-se fazer uma suposição ou aproximação àquilo que o PPP aponta.

O PPP do curso de Medicina utiliza a palavra competência de forma similar à habilidade e relativa ao que se espera do aluno. Com a expressão "assimilação das competências clínicas", parece ter sido utilizado com o significado que o termo tem no senso comum, como atributos pessoais que colaboram para a resolução de uma tarefa. Não faz menção à mobilização de recursos, ou inserção em contexto mais amplo como, por exemplo, o PPP do curso de Enfermagem traz.

De forma semelhante ao PPP da Enfermagem, traz vários aspectos que denotam compromisso com o SUS. Porém, não traz de forma explícita o referencial teórico ou conceito de APS utilizado.

Apesar disso, quando o PPP explica os três eixos longitudinais do curso, ao longo da formação, que são: atenção à saúde da família e da comunidade; bioética e formação humanística; e formação complementar e desenvolvimento pessoal integral; pode-se ter uma aproximação do que se entende por APS.

O texto resgata importantes aspectos da assistência à saúde na atenção primária, destacando a necessidade do aluno ter contato, desde as disciplinas iniciais, com a realidade das comunidades e famílias, aproximando-se dos equipamentos sociais e da organização da rede de saúde. No decorrer do curso, o estudante tem oportunidade de cuidar numa perspectiva que vai além dos problemas físicos, olhando para as necessidades sociais, psicológicas a partir de uma concepção de saúde ampliada.

No eixo Bioética e Formação Humanística, há uma preocupação com a formação humanística e integração dos estudantes com alunos de outras profissões. As práticas

interdisciplinares e diálogo multidisciplinar são citados como sendo incipientes, fazendo-se necessária sua intensificação. Nesse eixo, há um destaque para que as atividades desenvolvam-se em uma abordagem pedagógica problematizadora, participativa e significativa.

O perfil do egresso apresentado pelo PPP traz aspectos um pouco diferentes do proposto pelas DCNs⁶, que apresentam um profissional com:

[...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001, p.1).

O PPP do curso de Medicina não traz os aspectos de generalista, crítico e reflexivo e inclui a questão do acesso à pós-graduação, o que o texto chama de “programas de treinamento especializado” e “formação pós-graduada para a vida acadêmica”.

De forma similar ao proposto pela legislação, aponta o intuito de formação de um profissional apto a atuar de forma competente na atenção integral à saúde dos indivíduos e da população, incluindo a resolução dos problemas mais prevalentes no sistema público vigente no país. O documento apresenta uma adesão às DCNs (2001) de forma explícita.

A organização curricular guarda resquícios da divisão de ciclo básico e profissionalizante, quando coloca que o aluno passa por etapas, em que a primeira, a maior parte do tempo, é de estudo das ciências biológicas que subsidiam o conhecimento médico, sendo no final dessa etapa, iniciado o aprendizado das habilidades envolvidas na comunicação. Depois há a etapa de aprendizado de conteúdos pertinentes às ciências médicas propriamente ditas para, no final (internato), ter o “treinamento supervisionado”.

À medida que essas etapas são vividas pelos alunos, há um esforço do curso em inseri-lo nos vários ambientes de atenção à saúde e não só exclusivamente no hospital universitário de nível terciário, sendo fortemente estimuladas, principalmente ao interno, experiências em serviços de atenção primária e secundária.

A seguir apresenta-se o quadro síntese do Projeto Político Pedagógico do Curso de Odontologia com as concepções e princípios que norteiam a proposta pedagógica, com enfoque no SUS; o perfil do egresso e a organização curricular:

⁶ O curso de medicina teve publicadas novas DCNs em 2014 (BRASIL, 2014b).

Quadro 3 - Síntese do Projeto Político Pedagógico do Curso de Odontologia

Concepções e princípios que norteiam a proposta pedagógica	Não traz de forma explícita (talvez de forma implícita, pelo que está posto no item ‘Enfoque das Diretrizes Curriculares Nacionais’)
Concepções e princípios do PPP- Identificando o enfoque no SUS e na APS.	<p><i>“As atividades (...) visam (...) a formação (...) para promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças da área odontológica, a fim de (...) responder com qualidade e resolutividade às necessidades da população brasileira” (p.3)</i></p> <p><i>“Reconhecer a saúde como estado de equilíbrio físico, mental e social e dependente de condições ambientais favoráveis”(p.4)</i></p> <p><i>“Atuar em todos os níveis de atenção à saúde”(p.5)</i></p> <p><i>“Relacionar-se com os pacientes de modo integral”(p.5)</i></p> <p><i>“Desenvolver o papel de educador em saúde junto ao paciente, comunidade e equipe de saúde”(p.5)</i></p> <p><i>“Contribuir para a promoção da saúde considerando as condições sócio-econômicas e culturais da comunidade, no âmbito coletivo ou individual”(p.5)</i></p>
O perfil do egresso	<i>“Cirurgião-dentista generalista, ético-humanista, crítico e reflexivo, para atuar nos níveis de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde bucal, fundamentado no rigor técnico e científico, no âmbito público e/ou privado, de maneira individual e/ou em equipe multidisciplinar e/ou multiprofissional e como agente transformador no seu campo de trabalho” (p.4)</i>
Enfoque das Diretrizes Curriculares Nacionais (continua)	<p><i>“O curso de Odontologia da FORP-USP, tendo por base (...) as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, entende que todos os profissionais de saúde deverão estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional, tendo como benefícios o indivíduo e a comunidade, promovendo a saúde para todos. Para tal, o curso de Odontologia da FORP-USP contempla a busca contínua dos seguintes princípios em suas Diretrizes Curriculares:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1) Currículo fundamentado na humanização e em metodologias diversificadas para o processo ensino-aprendizagem;</i> <i>2) Integração de conteúdos básicos e profissionalizantes</i> <i>3) Relação de equilíbrio entre teoria e prática;</i> <i>4) Diversificação dos cenários de aprendizagem;</i>
Enfoque das Diretrizes	<ol style="list-style-type: none"> <i>5) Pesquisa Científica integrada ao ensino;</i> <i>6) Atividades de Cultura e Extensão integradas ao ensino;</i>

Curriculares Nacionais (conclusão)	<p>7) <i>Formação orientada aos problemas mais relevantes da sociedade;</i></p> <p>8) <i>Seleção de conteúdos essenciais em bases epidemiológicas;</i></p> <p>9) <i>Currículo flexível, com atividades eletivas;</i></p> <p>10) <i>Formação geral e específica, centrada no aluno, visto como sujeito dos processos de ensino-aprendizagem;</i></p> <p>11) <i>Avaliação formativa do aluno, baseada nas competências cognitivas, afetivas e psicomotoras” (p.6)</i></p>
Como se dá a organização curricular	<p><i>“O curso de Odontologia da FORP-USP está organizado em torno de um eixo principal que é a saúde bucal, com eixos temáticos transversais (...): Fundamentação em Ciências Biológicas, Ciências Odontológicas Pré-Clínicas, Ciências Odontológicas Clínicas e Fundamentação Crítica, Ética, Humanística e Social” (p.7)</i></p>
Outros destaques	<p>No item “estágio curricular” e “atividades extramuros”- cita inserção em equipes multiprofissionais por meio do Programa Saúde da Família e o programa Pró-saúde (p.34).</p>

À semelhança do PPP do Curso de Medicina, esse também não traz de forma explícita a proposta pedagógica. Pode-se supor devido à utilização de terminologias ou por fazer opções com aproximação teórica do referencial das competências, apesar de não fazer menção à compreensão do contexto em que o aluno se insere nem à mobilização de recursos que o aluno deveria apresentar. Parece ter sido utilizado o termo com o significado do senso comum, de atributos pessoais que colaboram para a resolução de uma tarefa.

Como no PPP dos Cursos de Enfermagem e Medicina, são trazidos aspectos que denotam compromisso com o SUS. Porém, não traz de forma explícita o referencial teórico da APS, nem apresenta um conceito que o curso considera.

O perfil do egresso do curso de odontologia é semelhante ao proposto pela DCN da área, tendo a formação o intuito de ter um profissional generalista, ético-humanista, crítico e reflexivo, para atuar nos diversos níveis de atenção à saúde bucal, fundamentado no rigor técnico e científico, no âmbito público e/ou privado, de maneira individual e/ou em equipe multidisciplinar e/ou multiprofissional e como agente transformador no seu campo de trabalho.

Apresenta uma adesão explícita às DCNs, mediante compromisso de garantir um currículo que esteja fundamentado na humanização, com uso de diversas metodologias para facilitação da aprendizagem. Além disso, contempla a articulação entre pesquisa, ensino e

extensão, com uma formação que tenha o aluno como centro do processo, com avaliações formativas que contemplam outros aspectos além do cognitivo.

No entanto, há itens que levantam dúvidas como, por exemplo, a expressão "integração de conteúdos básicos e profissionalizantes" trata-se de uma divisão que a LDB, em 1996, pôs em cheque. Seria apenas uma terminologia inadequada? Foi utilizado de forma corriqueira, por uma questão de tradição, sem efetivamente entender o que ela considera?

Outro aspecto colocado é a “relação de equilíbrio entre teoria e prática”, mas, qual o entendimento disso? O equilíbrio consiste em mesma carga horária? Ou seria o fato de primeiro ter “toda a teoria” para depois ir para a prática a fim de ter exemplificado o que se viu na teoria?

5.3 Conhecimentos relevantes para atuar em Atenção Primária à Saúde

O objetivo dessa categoria é compreender quais os conhecimentos que os alunos identificam como relevantes para desenvolver um trabalho na atenção primária.

Os estudantes investigados apontaram: **conhecimentos técnicos**, que são aqueles específicos do campo de saber da área de formação (como, por exemplo, ginecologia, endodontia, realizar procedimentos de enfermagem, entre outros); os **conhecimentos de políticas de saúde**, que são os relacionados às políticas que subsidiam o SUS e seus desdobramentos, como a organização das redes de saúde locais; os **conhecimentos** relativos ao **relacionamento com o usuário**, como lidar com o paciente e a criação de vínculo, e por fim, os **conhecimentos** para o **trabalho em equipe**.

Tal fragmentação entre os conhecimentos foi realizada apenas para efeito de análise, pois no cotidiano não há como separar o saber aqui chamado de “técnico”, da compreensão da rede de saúde, nem tampouco se relacionar com o usuário de forma a ignorar um processo de trabalho que se constrói a partir da interação entre vários profissionais.

O autor Campos (2000) apresenta uma distinção entre núcleo e campo de competência, sendo o núcleo uma referência aos saberes e responsabilidades específicos de uma profissão, e o campo compõe os saberes comuns a várias profissões. O núcleo balizaria a identidade de uma área de prática profissional, enquanto o campo seria um espaço de limites mais imprecisos em que uma profissão busca apoio em outra para desenvolver suas atividades.

Assim, na perspectiva da divisão para reconhecer os diferentes tipos de conhecimentos, os **técnicos** guardam relação com o conceito de núcleo de competência, enquanto que os outros (de **políticas de saúde**, **relacionamento com o usuário** e para o **trabalho em equipe**) com o conceito de campo de competência.

Visto por outro aspecto, os conhecimentos foram entendidos, conforme descrito por Zabala (1998), em suas diversas dimensões, cognitiva, atitudinal e procedimental. O conhecimento conceitual ou cognitivo é aquele baseado em fatos, conceitos e princípios, de caráter concreto, informativo. Os conteúdos atitudinais são as intenções para a ação, o que se deve ser, compondo um rol de valores, atitudes e normas, sendo o componente afetivo algo determinante. Os conteúdos procedimentais ou de habilidades, são o conjunto de ações que tem por finalidade a realização de uma meta, como as técnicas e os métodos, por exemplo (ZABALA, 1998).

A maioria dos alunos dos três cursos reconhece que a atuação na APS requer articulação de múltiplos saberes e, dessa forma, os conhecimentos relevantes são, na verdade, uma combinação de conhecimentos técnicos, de políticas de saúde, com algum aspecto de relacionamento (usuários ou equipe), como se pode ver nos recortes das entrevistas, ora apresentados:

(...) Não só saber tratar a doença em si, mas observar a situação de cada pessoa (...), os problemas socioeconômicos (...), adequar a estrutura que tem (...) com a equipe (...) à disposição (...) para ajudar a população que (...) vai abranger. (...) Ter um conhecimento básico de como tratar (...) patologias que poderá chegar no nível primário. (...) Dentro de tudo isso, uma abordagem multidisciplinar (...), visando uma melhora da saúde da região como um todo, não só tratar o problema, a situação, o sintoma em si (M18).

(...) Tem que ter todos os conhecimentos básicos, (...) saber (...) as mais prevalentes de cardiologia, de pneumologia, (...) cirurgias de pequeno porte (...), e mesmo das grandes, porque vai orientar paciente (...). E um conhecimento básico de cada área para identificar condições que necessitam de investigação e encaminhamento (...). Uma formação (...) focada na comunidade, como trabalhar com o vínculo (...). Não vai ser só a medicina. Vai ser (...) um pouco maior (...). A equipe cuida muito mais do que os problemas de saúde (...), situação de abandono, violência doméstica (...), tangenciam esse ciclo de saúde (...). O envolvimento e o conhecimento de lidar com situações básicas no ponto de vista social e comunitário (M11).

(...) como funciona o sistema público (...), como que o paciente chega (...), como é que é feito esse encaminhamento? (...) Um conhecimento mais humano. Porque muitos dentistas não vêem o paciente como um todo. (...) Além dos conhecimentos da odonto (...) Porque você tem que resolver o problema específico do paciente (O12).

Conhecer bastante o SUS, como funciona (...), suas diretrizes (...). Gostar de lidar com agentes comunitários (...), com (...) a população (...), visita domiciliar (...), ter bastante escuta da necessidade do paciente. Trabalhar muito com prevenção e promoção de saúde, esse processo de saúde e doença. E englobar todos os conhecimentos, ser enfermeira generalista (...) (E2).

Quais os saberes e /ou habilidades necessárias para dar conta dos objetivos postos para a APS? Que saberes os alunos reconhecem como tendo sido apreendidos no desenvolvimento das atividades nas unidades de saúde de atenção primária?

Para reflexão acerca dessas questões, faz-se necessário retomar aspectos apontados pela Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012a, p.19), que define a atenção básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no **âmbito individual e coletivo**, que abrange a **promoção e a proteção da saúde**, a **prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde** com o objetivo de desenvolver uma **atenção integral** que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos **determinantes e condicionantes de saúde** das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de **práticas de cuidado e gestão**, democráticas e participativas, sob forma de **trabalho em equipe**, dirigidas a populações de **territórios definidos**, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. **Utiliza tecnologias de cuidado complexas** e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de **maior frequência e relevância** em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, **necessidade de saúde** ou sofrimento **devem ser acolhidos**. (grifos do autor)

Esse documento ressalta ainda o aspecto da descentralização, com grande proximidade da vida das pessoas, devendo ser de forma preferencial o primeiro contato com a Rede de Atenção à Saúde. Deve manter os princípios do SUS, como universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade e participação social. A partir do vínculo e da humanização, deve garantir um cuidado que compreenda a singularidade do ser humano.

Os autores Bravo, Cyrino e Azevedo (2014) destacam que a APS é entendida como essencial para a formação dos profissionais de saúde na medida em que nessa realidade os alunos terão oportunidade de compreender a relevância da promoção de saúde, o acompanhamento de pessoas saudáveis, em atendimentos de pré-natal, puericultura, bem como prevenção de complicações no caso do seguimento de doenças crônicas de alta prevalência em nosso país, como hipertensão e diabetes.

Tais autores continuam afirmando que a APS é espaço para os alunos vivenciarem o acompanhamento longitudinal dos membros das famílias adscritas do território, além das necessárias articulações intersetoriais, intervenções em grupo e a relação do social com o adoecimento humano. Certamente toda essa complexa trama de situações é mais difícil de experimentar em outros pontos da rede de atenção à saúde, especialmente no hospital, em que as características do trabalho e organização centrada em doenças, tornam esses aspectos pouco explorados.

Nesse sentido, a relevância de se ter uma formação com foco na área da atenção primária não consiste em desejar que todos os profissionais insiram-se nesse nível de atenção, mas que, onde ele estiver atuando possa buscar comunicar-se com os outros profissionais que certamente estarão próximos do paciente e de sua família, numa equipe de APS; que leve para outros níveis de atenção à saúde conhecimentos, habilidades e atitudes que são marcadamente mais desenvolvidas nesse contexto; além de ser um profissional que possa valorizar a complexidade, e não apenas a densidade tecnológica das ações que uma equipe de saúde, quebrando a falsa compreensão de facilidade em atuar junto à comunidade.

O cruzamento de vários saberes e práticas, dentre outras características como a integralidade, com superação da faceta biológica como determinante para entender o processo saúde-doença, a valorização do cuidado e o novo enfoque para a subjetividade da relação construída entre usuário e profissional, são apontados como marcos da saúde coletiva, que podem ser estendidos à APS (CARVALHO; CECCIM, 2008).

As falas dos estudantes ao reconhecerem diversos saberes envolvidos e sendo necessários para operacionalizar tal modelo de atenção, apontam para um diálogo entre o que foi posto pelos PPPs e o que foi apreendido pelos alunos.

Os PPPs dos cursos de medicina e enfermagem trazem explicitamente as opções pela formação baseada na APS. No caso da enfermagem, a ‘Atenção primária à saúde’ é destacada como um eixo da formação (além do trabalho em equipe e humanização, dentre outros) e, no caso da medicina, há um eixo longitudinal intitulado ‘Atenção à saúde da família e comunidade’ (que a partir da leitura das ementas pode-se considerar que, apesar do uso da terminologia diferente, trata-se do mesmo referencial).

O PPP do curso de odontologia, como já citado no tópico anterior, não traz de forma explícita uma opção pela APS.

O único curso que apresenta de forma explícita o referencial teórico utilizado para compreender a APS é o da enfermagem, entendida a partir de uma perspectiva de seu papel de reorganização do sistema de saúde. Para tanto, a articulação da APS dentro do sistema de serviços, tendo por base atender as necessidades da população, constitui forma singular de organizar os recursos do sistema de saúde (USP, 2005).

O PPP do curso de enfermagem ainda cita os princípios ordenadores da APS apresentados por Starfield (2002): primeiro contato (facilidade no acesso), longitudinalidade (uma relação de longa duração a partir do vínculo entre usuários e profissionais), integralidade (prestação de cuidados a partir das necessidades do usuário), coordenação (continuidade da atenção a partir da articulação com outros serviços), focalização na família

(família como sujeito da atenção) e orientação comunitária (reconhecimento das necessidades das famílias inseridas em um contexto cultural, econômico, social que vivem).

Segundo Ceccim (2014), um PPP orientado para a proteção à saúde da população brasileira, com o intuito de dar respostas às necessidades sociais, sendo estes os papéis primordiais da formação, certamente terá por finalidade ética, política e técnica uma orientação para a atenção primária à saúde.

Os PPPs dos cursos de enfermagem e odontologia trazem de forma explícita no “perfil do aluno” a intenção de formar um profissional generalista que trata da articulação desse conjunto de saberes, o clínico articulado com a epidemiologia, educação em saúde e o trabalho em equipe multiprofissional, a gestão com as relações humanas, o vínculo com o conhecimento do território, que devem dialogar formando um conjunto de características que subsidiam o fazer em saúde em uma equipe de APS (SANTOS, 2006).

O **conhecimento técnico**, compreendido como os saberes específicos da área de cada curso, é para os alunos visto a partir de diferentes perspectivas. Para os estudantes de medicina, consiste em ter um conhecimento “básico” (no sentido de prevalente, mais comum) de algumas áreas, que na maioria das vezes, estão fazendo menção às áreas gerais da prática médica (clínica, ginecologia/obstetrícia, pediatria); ser um médico generalista; saber fazer diagnóstico, tratamento, reconhecer os sinais de gravidade e o momento em que se faz necessário encaminhar para outro profissional, como se vê em algumas falas:

(...) na saúde da família você tem que ter uma noção básica(...), no sentido de o que é mais comum, (...) de pediatria, ginecologia, obstetrícia, ortopedia (...), saber pelo menos como cada doença (...) começa a sua manifestação. Porque você vai ser o (...) primeiro profissional que o paciente vai procurar (...), tem que saber reconhecer (...) (M10).

(...) conhecimentos técnicos, básicos, pra você saber as doenças mais importantes, as mais prevalentes. Estar atualizado no tratamento, no diagnóstico e tratamento (...) (M14).

(...) imunizações, puericultura (...) doenças crônicas, hipertensão, diabetes (...) os exames mais importantes, (...) rastreamento de determinadas doenças (...) ver mama, Papanicolau (M15).

Encaminhar no tempo certo (...). Saber reconhecer sinais de gravidade (...) (M17).

Para os alunos de odontologia, a compreensão de conhecimento técnico consiste em entender de matérias consideradas “básicas”, fazendo menção à restauração e cirurgia; conhecimento de saúde bucal e saber “curar a doença”.

conhecimento da sua área específica (...)(O1).

matérias básicas (...) restauração, cirurgia (...) (O2).

Saber o que você tem que fazer para curar a doença dele (...) (O3).

Conhecimento geral. Tudo o que a gente aprende na faculdade (...). Básico, da cárie até uma coisa mais complexa que a gente faz (...) uma prótese (...)(O11).

Para os alunos de enfermagem, a compreensão de conhecimento técnico consiste em saber de várias áreas, mais frequentemente denominadas de saúde da criança, da mulher, do homem e do idoso; ser generalista; ter um olhar clínico/conhecer patologias frequentes; saber realizar consultas, diagnóstico e procedimentos de enfermagem; identificar as necessidades do paciente, como se pode ver a seguir:

(...) O enfermeiro tem que saber de tudo um pouco (...), saúde da mulher, da criança, do homem, (...) do idoso. (...) Tem que ser um enfermeiro generalista (...) (E3).

Ter domínio do conhecimento (...) de enfermagem, cuidado de enfermagem, diagnóstico de enfermagem (E5).

notificações que a enfermeira faz quando acontece alguma coisa (...) para a vigilância (...). Todo o conhecimento científico (...) na realização de procedimentos diversos, exames (...) (E6).

Qual a necessidade do paciente. (...) Vai ter uma demanda de patologias, por mais que elas sejam básicas, o enfermeiro precisa conhecer sobre diabetes, hipertensão (...). Vacina (...) (E8).

Os PPPs dos três cursos em estudo apresentam aspectos que direcionam para esse tipo de saber.

No caso do PPP do curso de medicina, são apontadas inúmeras competências e habilidades as quais se deseja que o aluno obtenha ao longo da formação, sendo muitas nesse universo de conhecimento técnico, e de forma semelhante às falas dos alunos, como se pode perceber nos itens: “Aplicar (...) procedimentos (...) que conduzem ao diagnóstico e interpretar (...) os dados obtidos”; “Indicar e executar (...) as medidas terapêuticas não especializadas das doenças de maior prevalência em nosso meio”; “Planejar e executar protocolos de ação no campo da saúde”; “Distinguir as alterações patológicas das variações

normais"; *"Propor (...) diagnóstico provável e indicar (...) exames complementares"*; *"Reconhecer o grau de urgência da situação"*; *"Reavaliar as hipóteses diagnósticas"*; *"Delimitar o seu grau de competência, distinguindo os problemas que pode resolver daqueles que devem ser encaminhados"* (USP, 2012, p.5).

O PPP do curso de Enfermagem destaca que tem por missão *"formar enfermeiros (...) com elevada competência técnico-científica"* (USP, 2005, p.4). Além disso, coloca que a opção por um currículo por competência e integrado busca gerar uma aprendizagem em que o aluno entenda e amplie o que ocorre, devendo o futuro profissional da área ser instigado a identificar necessidades e intervir nesta realidade.

Ainda o PPP do curso de enfermagem aponta que a educação crítica reflexiva deve ser capaz de formar profissionais capazes de *"Prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades de indivíduos, família e comunidade"*; *"Atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, do adulto, da mulher e do idoso, assim como nos programas de saúde mental, de prevenção e reabilitação psicossocial"* (USP, 2005, p.12), conforme os alunos apontaram em suas falas.

O PPP do curso de odontologia destaca que o perfil do futuro odontólogo deve basear-se na capacidade de atuar fundamentada no *"rigor técnico e científico"* (USP, 2009, s/p), além de ser um profissional crítico e reflexivo, para atuar como agente transformador no seu campo de trabalho.

O PPP do curso de odontologia traz os objetivos específicos para os alunos, sendo os de caráter técnico: *"Aplicar de forma correta e sistemática, procedimentos rotineiros de exame e interpretar adequadamente os dados obtidos que conduzem ao diagnóstico"*; *"Indicar e executar com destreza procedimentos preventivos, cirúrgicos e reabilitadores nas diversas especialidades odontológicas"*; *"Indicar e executar medidas terapêuticas necessárias para manter as funções vitais em caso de emergência médica"* (USP, 2009, s/p).

O saber técnico deve estar contemplado em um currículo com vistas a uma boa formação em APS. Jamais atuar nesse nível de atenção deverá significar "saber pouco" ou de forma superficial. Não se deve abrir mão do acumulado de evidências e/ou experiências científicas, de forma que as condutas e o fazer da equipe sejam embasadas em fundamentos de reconhecido valor (ULIANA; CYRINO, 2014a).

As habilidades técnicas e os conhecimentos específicos de cada área têm sua importância notória, os exames complementares, equipamentos e medicamentos são indispensáveis ao cotidiano da prestação de assistência a saúde. Mas que se tenha clareza, por outro lado, que o cuidado dá-se para além dessa realidade, em que outros saberes compõem a

relação entre usuários e profissionais, com a valorização do saber da comunidade, emoções e cultura, mediante trocas e negociações nesse espaço mais democrático e rico em subjetividade (BRAVO; CYRINO; AZEVEDO, 2014; ULIANA; CYRINO, 2014a; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Há de se destacar que alguns alunos do curso de medicina apontaram unicamente o conhecimento técnico como necessário para atuar em saúde da família:

(...) precisa de formação muito boa (...), tem que ser um clínico geral excelente (...). Vai fazer a triagem para os especialistas, (...) ter que tratar aquilo que está no alcance dele (...) (M8).

Generalista, tem que ter conhecimento das grandes áreas clínica médica, cirurgia básica (...) ginecologista e obstetrícia e pediatria (M1).

(...) é essencial na saúde da família conhecimentos gerais (...) Clínica médica (...) básico de cardiologia, hipertensão, de endocrinologia, de diabetes, que são coisas muito comuns no posto (...) ginecologia (...), de ortopedia (...) saber tratar as coisas básicas (M13).

Historicamente, nos cursos da área da saúde houve uma valorização exacerbada por esse aspecto técnico. Sendo, por vezes, as disciplinas e aspectos do currículo em geral com enfoque nas relações e na subjetividade das pessoas, considerados um acessório ou apenas um “toque” de requinte ao centro da formação, ou até mesmo a própria área da atenção primária considerada uma aprendizagem marginal, aumentando o descompasso entre as mudanças almejadas e a realidade vista nos serviços e academia (ULIANA; CYRINO, 2014b; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Apesar das propostas de mudanças, ainda há resistência por parte dos cursos e, em geral, continua-se a dar privilégios aos conhecimentos mais técnicos e/ou biológicos, muitas vezes dissociados dos aspectos sociais, psicológicos e culturais envolvidos quando se fala em adoecimento humano (NOGUEIRA, 2009).

A valorização dos aspectos biológicos, com práticas centradas na doença, na técnica, no indivíduo, dentro de uma perspectiva do normal ou do patológico é destacada por Pezzato, Labate e Botazzo (2013) como algo marcante nas formações dos cursos de medicina e odontologia, mas que certamente é traço de toda área da saúde, como já falado anteriormente.

Nogueira (2009) lembra que apesar dos profissionais de saúde utilizarem um aporte das ciências biológicas para julgar as situações que abrangem a saúde das pessoas, tem-se clareza de que o processo saúde-doença não pode ser resumido a essa dimensão, garantindo a

importância do conhecimento e utilização dos referenciais das ciências humanas e sociais para efetivamente compreender o que ocorre.

O que deverá guiar a ação do profissional deve ser a necessidade do outro, e para ter uma visão abrangente nessa perspectiva, faz-se necessário conhecimento técnico, pois ele compõe a integralidade, utilizando-o de forma não excludente de outros saberes (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Sobre o conhecimento em políticas de saúde, os alunos investigados consideram necessário conhecer leis, princípios e funcionamento do SUS, saber das políticas de saúde e como a rede de saúde se organiza, os serviços que compõem a rede e o fluxo de encaminhamentos entre eles. O papel da APS nessa rede e do profissional atuando nesse contexto. Além disso, nesse aspecto foi incluída a dimensão da integralidade no sentido de oferta de serviços que incluam prevenção, promoção, assistência e reabilitação, bem como as questões referentes ao território, como se vê nas falas:

Entender como funciona o SUS (...). Na linha de frente do paciente, você tem que ter noção de onde você pode chegar (...) até onde ele vai pedir exame (...) e a partir de que (...) vai encaminhar para um especialista (M10).

Prevenir (...) é muito importante (...) a promoção de saúde (O11).

Como funciona o sistema público (...), como que o paciente chega (...) como é que é feito esse encaminhamento?(O12).

(...) saber sobre saúde coletiva (...) sobre a família, o coletivo, a comunidade. Não só do individual (E11).

Questões políticas de saúde (...), como a rede se organiza, como que é contrarreferência, a referência, quais são as redes de apoio (...) gerenciamento, (...) conhecer (...) o que o SUS oferece, quais são as políticas existentes (E12).

Uma melhoria não só imediata, mas com planejamento visando uma melhora da saúde da região como um todo, não só tratar o problema, a situação, o sintoma em si (M18).

Dialogando com as falas dos estudantes investigados, os PPPs dos três cursos trazem aspectos referentes ao conhecimento de políticas de saúde.

O PPP do curso de odontologia direciona que a formação visa à promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças da área odontológica, sendo citado, no perfil do aluno formado pela instituição, a capacidade de atuar nessas três dimensões do cuidado em saúde

bucal. Dentre os objetivos específicos da formação, há *“Contribuir para a promoção da saúde considerando as condições socioeconômicas e culturais da comunidade, no âmbito coletivo ou individual”* (USP, 2009, s/p).

O PPP do curso de enfermagem, como citado anteriormente, traz um referencial de APS ancorado na perspectiva do papel desse serviço na rede de saúde. Dessa forma, há desdobramentos quando é apontado que se espera que o profissional compreenda *“políticas, a organização, a gestão e o financiamento dos sistemas de saúde, comprometendo-se com a busca de respostas aos desafios que se apresentam para garantir uma assistência à saúde de qualidade”* e *“Reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida, atuando de forma a garantir a integralidade da assistência, enfocada como ações preventivas, curativas e de reabilitação articuladas, prestadas em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, tendo em vista a saúde de indivíduos, família e comunidade”* (USP, 2005, p.11).

O PPP do curso de medicina pontua que o aluno deverá *“Estar capacitado a apreciar, de modo crítico, os principais aspectos da política nacional de saúde em geral e sua influência sobre o mercado de trabalho médico”* (USP, 2012, p.7). O direcionamento não parece que é com vistas a fortalecer a APS ou compreender a rede, mas com intuito de inserção no mercado de trabalho, o que seria uma perspectiva diferente se comparada à forma como o PPP do curso de enfermagem coloca.

O PPP do curso de medicina traz outros aspectos relacionados a esse tipo de conhecimento, quando considera que *“O aluno deve se manter atualizado com a legislação da saúde”* (é geral, não é específico de política de saúde); *“Estar capacitado a apreciar a prática médica nos vários modelos de assistência médica oferecidos no Brasil”*; *“Identificar as limitações da atuação dos modelos de atenção à saúde na solução dos problemas de saúde da população brasileira”* (USP, 2012, p.7).

Os autores Kloh et al. (2014) lembram que as DCNs destacam a importância dos alunos conhecerem os princípios e diretrizes do SUS, sendo uma das ferramentas para uma formação que contemple uma visão ampliada de saúde, além de desenvolver habilidades para atuação com vistas à promoção, prevenção e assistência/reabilitação em saúde.

A crítica à dissociação entre essas práticas, consideradas de “saúde pública” (as preventivas e de promoção) e de “assistência”, é a raiz do princípio da integralidade. Na verdade, integralidade é um conceito polissêmico, plural, que abrange muitos outros e, a depender do contexto e dos autores, há diversas concepções acerca do termo (PAIM; SILVA, 2010; BONFADA et al., 2012; FRACOLLI et al., 2011; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Neste estudo, consideram-se duas principais concepções: integralidade como um conjunto articulado e contínuo de ações preventivas, curativas, individuais e/ou coletivas, nos vários espaços da rede de saúde (discutida nos parágrafos a seguir); e outra, que entende integralidade como compreender o ser humano em sua dimensão biopsicossocial (discutida nos conhecimentos relativos ao relacionamento com o usuário).

Por vezes, os profissionais restringem a compreensão de integralidade a um dos aspectos, como pôde demonstrar o estudo realizado com enfermeiras da atenção básica, em que se concluiu que os profissionais vinculavam o conceito de integralidade à noção de atendimento integral numa visão mais individual, não como algo que deve organizar a rede de atenção à saúde, tendo a atenção básica como coordenadora do cuidado. Enfatizavam a realidade dentro da unidade, minimizando a atenção dada em relação à organização da assistência à saúde de um ponto de vista mais macro, relacionando aquele serviço com os outros na rede de saúde (FRACOLLI et al., 2011).

As duas concepções devem estar intrinsecamente relacionadas, pois é a partir do conhecimento das realidades biológicas, sociais e psicológicas dos usuários que se deve orientar as políticas e a rede de saúde com o fim de atender as demandas da população.

Outro aspecto que os três cursos em seus PPPs abordam é a questão de formarem alunos para conhecer as políticas de saúde, mas também participarem de forma a transformar o contexto das mesmas.

O curso de enfermagem traz no PPP a intenção de que o profissional atue de forma a não apenas compreender o contexto político no qual se inserem as práticas em saúde, mas que atuem como agentes críticos e transformadores da realidade. O curso de medicina espera que o aluno possa atuar como agente de transformação das condições ambientais e sociais que afetam a saúde da população. O curso de odontologia traz no perfil o intuito de formar o dentista que atue como agente transformador do campo de trabalho (USP, 2005, 2009, 2012).

Apesar disso, os alunos dos três cursos não citaram a participação social como algo relevante para atuar na APS.

Os alunos também não apontaram outro aspecto de grande relevância para a atuação em APS, o trabalho intersetorial. E ainda, à questão do território foi dada pouca ênfase, apesar de haver disciplinas que contemplam atividades de conhecimento e atuação no território (esse assunto será melhor abordado na categoria “Inserção dos alunos nas equipes de Atenção Primária à Saúde”).

No que diz respeito ao aspecto do saber **relacionar-se com a comunidade**, os alunos dos três cursos enfatizam a necessidade de aproximar-se da comunidade, interagir com o

paciente e sua família, saber conversar, acolher e criar vínculo. Nesse sentido, a integralidade é entendida como ver o paciente numa perspectiva biopsicossocial (como explicado anteriormente), a qual pode se ver nos seguintes relatos:

(...) aproximar a comunidade da unidade de saúde (...)(M3).

(...) ter bom relacionamento interpessoal, saber conversar, saber entender o problema do outro. Que ele está inserido no meio familiar, que ele tem problemas (...), saber escutar o outro (O10).

(...) ter empatia pelo paciente (...), considerar (...) seu meio biopsicossocial (...) (E10).

(...)ter muito tato de como lidar. Não julgar. (...) Paciência com os usuários (...). Você fica muito em contato com o paciente, com a integralidade dele mesmo (...), a família, a forma como ele se relaciona com algum problema que ele tem (...). Vínculo (...) é fundamental (E13).

Para Carvalho e Ceccim (2008), uma formação em saúde não pode prescindir do principal objeto de trabalho, que são as práticas cuidadoras das pessoas. Para tanto, dessa formação exige-se mais do que remanejamento de grade curricular, pois as necessidades sociais, o mercado de trabalho e as evidências científicas demandam habilidades humanas bem refinadas (KRIGER, 2005).

Destaque para os alunos dos três cursos que consideraram a questão da relação profissional-paciente como um aspecto tão relevante na realidade de APS, que os fazia entender que tal conhecimento superava os outros tipos de saberes necessários:

(...) percebi que não era o melhor aluno que sabia atender melhor (...) era o que conseguia conversar melhor (...). Muitas vezes, era difícil extrair a informação do paciente (...). Tem que saber conversar (...), é mais importante que o conhecimento técnico (...) (M7).

O mais importante para a formação do enfermeiro, principalmente para atuar nessa área, não é tanto a técnica de procedimentos. É importante saber fazer, claro. (...) Mas, mais na conversação, porque a gente orienta paciente (...). A questão da comunicação, da relação interpessoal (...) (E14).

Os conhecimentos são muito importantes, mas mais importante é cuidar do paciente (...) você não precisa ser o melhor cirurgião dentista pra você cuidar do paciente igual a gente. (...) Ver o paciente como um todo (...) (O4).

(...) esses conhecimentos de conversar, de tratar, às vezes ajuda mais do que os específicos (O10).

Em estudo realizado com acadêmicos do curso de medicina, os autores concluíram que os alunos reconheciam o trabalho com a comunidade como algo que favorecia o desenvolvimento das relações interpessoais, com o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e melhora da atenção a partir da qualificação da relação paciente-estudante (FERREIRA; SILVA; AGUER, 2007).

O PPP do curso de enfermagem, explicitamente, define que o processo saúde-doença está para além da dimensão biológica, o que seria entendido como sendo um conceito ampliado de saúde, em que o ser humano de forma integral, com suas dimensões sociais, filosóficas, políticas, além da biológica sendo consideradas (USP, 2005).

De forma semelhante, o PPP do curso de medicina destaca a importância de reconhecer os fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais que poderiam interferir na saúde das pessoas. Também reconhece a saúde para além da dimensão biológica, defendendo uma concepção ampliada de saúde na qual inclui o bem estar físico, psíquico e social. E aponta que se deseja formar médicos que saibam lidar com a diversidade cultural, social e econômica dos indivíduos e grupos, aptos a atuar na atenção integral à saúde das pessoas (USP, 2012).

O PPP do curso de odontologia, de forma semelhante aos demais, também reconhece a saúde dentro de um conceito que inclui as dimensões física, mental e social (USP, 2009).

Como discutido anteriormente, o ensino em saúde e suas práticas há de se desapegar da biologia como ciência única que embasa a área, pois, desde 1946, quando a Organização Mundial da Saúde conceituou saúde como um estado de bem estar físico, mas também mental e social, já tinha-se a compreensão do conceito ampliado de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2008).

No Brasil, desde 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, o conceito de saúde é entendido como resultante de inúmeros fatores, como alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, lazer, dentre outros, configurando a concepção ampliada em saúde, em que a mesma se define para além do fato de não estar doente. Todas as condições biológicas, sociais, econômicas, educacionais, culturais, ambientais e políticas que interferem na saúde são os determinantes sociais da saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Esse conceito ampliado de saúde, presente nos PPPs estudados (e também nas falas dos estudantes) deve direcionar a formação. Para tanto, faz-se necessária a diversificação de cenários de aprendizagem, sendo primordial o papel dos serviços de APS para que os alunos

vivenciem situações que envolvam áreas do saber que enxerguem com maior visibilidade as questões sociais, culturais e psicológicas envolvidas, com uso de diferentes tipos de tecnologias (FEUERWERKER; CECILIO, 2007; NOGUEIRA, 2009).

A mudança no cuidado às pessoas e comunidades passa necessariamente pela percepção da diversidade inerente à vida e culturas das pessoas, e a vivência dessa realidade por parte dos alunos ajuda a construir uma concepção do processo saúde-doença na qual se consideram os determinantes e a relação das pessoas com seu adoecimento (FERREIRA; SILVA; AGUER, 2007).

Os autores González e Almeida (2010) destacam que, apesar das doenças serem as mesmas, as pessoas não adoecem de forma igual. Mais do que eventos biológicos, há uma história de vida em cada situação e é necessário que o profissional de saúde acompanhe o adoecimento e não a doença, que a atenção seja efetivamente para as pessoas.

Os PPPs dos três cursos entendem a assistência em saúde a partir da integralidade, mas os alunos do curso de odontologia destacam a ênfase da necessidade da integralidade. Olhar o paciente em sua totalidade é algo manifesto em expressões como “não olhar só um dente”, “ver o paciente como um todo”:

Um conhecimento mais humano. Porque muitos dentistas não vêem o paciente como um todo (...) (O12).

Você enxergar o paciente, não só um dente (...) (O9).

O dentista da família (...) tem que se aprofundar mais na pessoa como um todo. Não tentar tratar só a causa (...), “Ah, eu estou com dor em tal dente”. Não é isso, não é só isso. (...) se aproximar mais do paciente (...) (O6).

Nem sempre essa foi a ênfase dada no curso de odontologia. A profissão, com um forte histórico de ser centrada em procedimentos, destituiu a boca de um corpo. Tal visão é reforçada pela característica de prática privada, mas também em decorrência da formação dos cursos de graduação. Dessa forma, o essencial no cuidado em saúde, o homem e suas relações, foi excluído da odontologia, e o resgate dá-se no sentido de entender que o homem, e não a boca, é a essência da odontologia (PEZZATO; LABATE; BTAZZO, 2013).

Ao contrário do posto pelos alunos nesta pesquisa, os autores Pezzato, Labate e Botazzo (2013) entendem que a saúde bucal ainda está por realizar um dos princípios essenciais do SUS, a integralidade. Apontam a necessidade de superação dos saberes "odontologizantes", muito presentes ainda no cotidiano do cuidado em saúde bucal.

O que haveria, então, por trás das falas dos estudantes? Seria apenas um jargão, repetido sem verdadeiramente significar mudança de práticas e atitudes?

Os autores Kloh et al. (2014) apontam a dificuldade de ensinar integralidade, pois mais do que conceitos, a prática entre alunos e professores é que se configura um grande desafio, sendo a experiência prática que sustenta o que realmente se entende e vive junto ao paciente. Mais do que uma pessoa abstrata, imaginada nas salas de aulas expositivas, o paciente apresenta-se com suas demandas.

Nesse sentido, a integralidade além de ser um princípio do SUS, constitui a própria finalidade do sistema. O SUS e as práticas em saúde dos profissionais existem para que as necessidades dos usuários sejam atendidas, de uma forma ampla, não apenas a manutenção de “corpos funcionando” (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; BONFADA et al., 2012).

O relacionamento com a comunidade, no PPP do curso de medicina, é apontando de forma que o relacionamento colabore na identificação de fatores que poderão estar envolvidos no quadro de doença atual. Traz no eixo curricular ‘*Bioética e Formação humanística*’ um olhar diferenciado com intuito de uma formação humanizada (USP, 2012).

Com o entendimento de que a relação ocorre mediante comunicação, fez-se necessário um olhar para esse tema, e pôde-se ver que o PPP da enfermagem destaca a importância de utilizar recursos da comunicação na prática assistencial (USP, 2005). O PPP da medicina aborda a questão da comunicação quando descreve as etapas do currículo, em que se destacam as atividades do eixo de atenção à saúde da comunidade, com posterior introdução de conteúdos de semiologia e psicologia médica. A comunicação com pacientes e familiares, juntamente com o exame físico e a proposição de medidas diagnósticas e terapêuticas são consideradas habilidades clínicas fundamentais.

O PPP do curso de odontologia, ao explicar o quarto eixo transversal da formação, ‘*Fundamentação Crítica, Ética, Humanística e Social*’, pontua que a finalidade desse eixo é proporcionar vivência de humanização no atendimento, considerando as circunstâncias sociais, culturais, educacionais e psíquicas presentes no relacionamento humano. Além disso, as disciplinas que compõem esse eixo são as que, de forma explícita, apresentam ao aluno tópicos em comunicação e relacionamento entre profissional e paciente (USP, 2009).

Para Lucchese et al., (2009), é imprescindível o saber técnico do profissional, por exemplo, no caso do médico, o conhecimento para fazer um diagnóstico e prescrever um tratamento. Porém, há de se considerar que outros aspectos, também de grande relevância, devem estar presentes no encontro entre o profissional de saúde e o usuário, que traz

demandas mais subjetivas e que só se tornarão visíveis e motivo de atenção por parte do profissional, mediante a escuta.

Todo encontro entre usuário e profissional poderá ser um espaço de troca, de diálogo e escuta, e a utilização de tecnologias leves poderão favorecer com que a vida e a situação de adoecimento sejam compartilhadas.

As tecnologias leves fazem parte de um grupo de tecnologias que o profissional de saúde deverá utilizar em seu processo de trabalho. Também são conhecidas por relacionais, tendo como exemplo a escuta, a produção de vínculo e o acolhimento. Há ainda as tecnologias leves-duras, como no caso de saberes estruturados, como a clínica médica e a epidemiologia, por exemplo. E, por fim, há as tecnologias duras que constituem as máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2002).

Para uma atenção integral e humanizada, faz-se necessária a adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde, sendo a escuta um importante instrumento para os atendimentos, constituindo-se chave para sua comunicação e operacionalização o saber relacionar-se com o usuário (CAVALCANTE et al., 2011; COELHO; JORGE, 2009).

O saber **trabalhar em equipe** é apontado como o conhecimento necessário para atuar em equipe multiprofissional, conhecendo o papel de cada um na equipe, bem como aquele referente ao relacionamento interpessoal, como pode-se ver:

(...) relação com (a equipe) de saúde (...) o trabalho em equipe é um tipo de conhecimento necessário e uma habilidade a ser desenvolvida (M5).

conhecimento de relação multiprofissional, o que os outros profissionais podem oferecer (M17).

Ser flexível, ser empático, saber ouvir. Ter liderança, mas ao mesmo tempo essa flexibilidade para conseguir escutar todas as profissões (E5).

(...) A questão gerencial, você tem que ter uma habilidade muito grande, porque além dos pacientes, você lida com os profissionais (E6).

A atuação em equipe multiprofissional é apontada em todos os PPPs estudados, sendo citada no do curso de enfermagem como compromisso com o trabalho multiprofissional/interdisciplinar em saúde, “*integrando as suas ações/conhecimentos como enfermeiro às ações multiprofissionais, interferindo na dinâmica de trabalho, política e gestão institucional, reconhecendo-se como agente desse processo*” (USP, 2005, p.12).

O PPP do curso de medicina coloca a questão da liderança baseada em bom relacionamento entre profissionais de mesma categoria e de outras profissões, a partir de um reconhecimento de que a atenção à saúde é uma ação multiprofissional. Destaca a necessidade de que, para atuar dessa forma, é necessário ter clareza do seu grau de competência a fim de encaminhar, quando necessário, os casos que estejam além de sua capacidade de resolução.

Além disso, traz no eixo curricular '*Bioética e Formação humanística*' uma preocupação com a integração dos estudantes com alunos de outras profissões. As práticas interdisciplinares são citadas como sendo incipientes, fazendo-se necessário sua intensificação (USP, 2012).

O PPP do curso de odontologia entende que todos os profissionais de saúde deverão estar dotados de competências que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional. Apresenta que o perfil desejado de formando seja um profissional com condições para atuar de maneira individual, mas também em equipe multidisciplinar e/ou multiprofissional (USP, 2009).

Como se pode ver, todos os cursos trazem em seus PPPs a temática do trabalho em equipe, mas nenhum deles define o que entende por atuação multiprofissional nem quais práticas garantiriam isso.

De forma sintética, o termo multiprofissional ou multidisciplinar implicaria uma prática em que as diferentes áreas trabalhassem lado a lado com pouca ou nenhuma interação entre elas. Na interdisciplinaridade acontece mais troca entre os profissionais, com espaços garantidos para o diálogo entre os mesmos, tendo por meta a resolução de uma atividade a ser desenvolvida de forma conjunta (FURTADO, 2007).

Segundo González e Almeida (2010) a multidisciplinaridade já não é mais suficiente, pois a atuação de forma a não ter objetivo comum, sem cooperação, leva à fragmentação do ensino e do cuidado.

A composição multiprofissional faz-se necessária porque a complexidade dos problemas em saúde carece de múltiplos olhares para o devido manejo. A meta deveria ser mais saberes compartilhados, com objetivos planejados juntos, com a corresponsabilização dos profissionais, a fim de obter o melhor resultado possível daquela atuação (BRASIL, 2012b).

Segundo Ellery, Pontes e Loiola (2013), é imperativo que na formação dos profissionais de saúde haja vivências de trabalho em equipe, pois sem isso será muito difícil que atendam à necessidade de fortalecimento do SUS. Uma assistência de melhor qualidade passa pelo trabalho em equipe, uma vez que nele o cuidado não é "cortado" entre os

profissionais. Por isso, o que vem sendo estimulado mundialmente são equipes de saúde coordenadas e não fragmentadas (NOGUEIRA, 2009).

Em pesquisa com alunos de medicina, percebeu-se que a experiência em serviços de APS oportunizavam convivência e troca entre os alunos de diferentes áreas da saúde, gerando muito aprendizado, com diálogo entre assuntos que antes lhes eram estranhos, aumentando familiaridade com termos e metodologias menos conhecidas. Além disso, favoreceu o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe e gerou situações em que o pensar saúde saiu da lógica do protagonismo do médico para uma construção mais dialogada entre as outras formações (PINTO; CYRINO, 2014).

Para Kriger (2005), o saber trabalhar em equipe é essencial para uma odontologia e, certamente, para todos os cursos da saúde, que prezem pela excelência na formação.

Várias condições são importantes para que o aluno possa desenvolver habilidades do trabalho em equipe, como manter espaço permanente de diálogo entre as várias áreas, ter oportunidades de discussão para o treinamento das habilidades de liderança, ter conhecimento de teorias de trabalho em grupo, desenvolver uma postura que favoreça a comunicação, entre outras (LOURENÇÃO; BENITO, 2010; LACERDA; MORETTI-PIRES, 2012).

Esses aspectos mais detalhados do trabalho em equipe não são apresentados nos três PPPs dos cursos estudados.

Os alunos não citaram nem fizeram articulação dos saberes considerados de ciências básicas (anatomia, fisiologia, patologia, por exemplo) com os utilizados no cotidiano da APS.

5.4 Inserção dos alunos nas equipes de Atenção Primária à Saúde

O objetivo dessa categoria é descrever a experiência dos alunos participantes da pesquisa, acerca da inserção nos serviços de saúde de APS, com o intuito de conhecer as atividades que são desenvolvidas, o período do curso em que se iniciam os estágios nesses cenários e a colaboração deles na aprendizagem.

A maioria dos alunos não conheciam serviços de APS antes de fazer o curso, como pode ser observado nas seguintes falas:

Não [conhecia] (...), a gente nunca tinha ouvido falar de agente comunitário (...) (E17).

Na minha cidade não tem isso (...), fui aprender aqui (O3).

(...) Pra mim, médico de família eram aqueles que eu via na novela, que iam na casa (...) de família rica.(...) (M10).

Alguns conheciam de forma indireta, por utilizarem o serviço ou devido a contato com amigos ou familiares atuando na área:

(...) Tinha ouvido falar (...), de ler reportagem (...) (O6).

Já [conhecia]. (...) Minha mãe é professora (...), [havia] articulação das creches com os postos de saúde (...) (E14).

(...) conhecia médicos que acreditavam em Estratégia Saúde da Família (...), mesmo tendo usado o serviço de saúde privado na vida (M9).

Apenas um aluno disse ter tido contato, uma aproximação com a realidade de equipe de APS, mediante trabalho com agentes comunitários de saúde:

(...) Antes de cursar medicina, cursei nutrição (...), quem me guiava nas casas (...), eram os agentes comunitários (...). Fazia uma ponte (...). Você consegue valorizar aquilo antes de falarem pra você que era importante. Porque eu tinha visto (...) (M17).

O que pode ser percebido mediante as falas é que, em geral, os alunos dos três cursos tinham um conhecimento muito incipiente do que seria uma equipe de APS, pois a maioria nunca tinha ouvido falar, ou apresentavam ideias equivocadas e poucos tinham referências do papel da equipe e tipo de atuação na rede de saúde.

Parece que, para maior parte dos alunos, as atividades realizadas com a inserção nos primeiros anos dos cursos, nos serviços de saúde, significava aproximar-se de uma realidade que estava fora ou muito distante de suas vivências. Possivelmente essa distância constituiu

um desafio que alunos e professores tiveram que transpor no decorrer do curso, durante o processo aprendizagem.

As DCNs para os cursos de medicina (BRASIL, 2001b) orientam que na estrutura do curso deve ter garantida a inserção precoce em atividades relevantes de caráter prático, além de estratégias que proporcionem ativa interação entre alunos, profissionais e usuários do sistema de saúde, desde o início da graduação. O intuito é que o aluno conheça problemas reais e que ele assuma responsabilidades crescentes com o exercício da profissão à medida que sua autonomia e formação avancem.

As DCNs para os cursos de graduação em enfermagem (BRASIL, 2001a) também trazem a necessidade de atividades práticas desde o início do curso. As DCNs do curso de odontologia (BRASIL, 2002) não fazem referência sobre a questão.

Apesar de as DCNs do curso de medicina e de alguns autores trazerem o termo inserção ‘precoce’, concorda-se com Martins et al. (2001) para quem o entendimento é que, desde que se tenha claro qual o papel do aluno no contexto em que o mesmo está inserido, com especificação do que pode ser feito, esse contato será oportuno e apropriado para a formação (evitando uma compreensão equivocada do termo 'precoce' como algo que ocorre antes do tempo adequado).

O contato, a partir dos primeiros anos dos cursos de graduação da área, com inserção em espaços reais e concretos de produção de saúde, colabora para que os alunos sejam mais conhecedores e críticos da realidade social na qual farão parte como futuros profissionais (ARAÚJO, 2013; MARTINS et al., 2001; RAIZARO et al., 2014; CHAVES et al., 2014).

Essa inserção nos serviços de saúde pode ajudar os alunos a compreenderem um pouco mais o processo saúde-doença, favorece a construção do vínculo, colaborando positivamente para uma formação de profissionais generalistas e sensibilizados com os princípios da humanização. Além disso, conhecem as atribuições dos profissionais na equipe, o papel dos serviços na rede de saúde, além de entenderem melhor o SUS e a APS (ARAÚJO, 2013; MARTINS et al., 2001; RAIZARO et al., 2014; CHAVES et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2007).

Além do desconhecimento acerca da APS, há uma falta de compreensão da rede de saúde como um todo, como se organiza, como se pode ver pelas falas dos alunos do curso de enfermagem:

(...) Eu não tinha essa visão (...) antes de entrar na faculdade (...) que posto é pra isso, hospital é pra isso (...) (E1).

(...) Eu nunca tinha parado pra pensar, antes de fazer enfermagem, de como funcionava essa rede. (...) [Conheci] No primeiro ano (E13).

(...) nunca tinha conseguido entender direito esse negócio de UBS, UBDS, núcleo, (...) fui aprender agora. (...) Como a rede está organizada (...) (E11).

Para além da formação de profissionais de saúde, pode-se imaginar o papel social dos cursos de graduação em formar cidadãos que compreendam, e se tornem multiplicadores dos conhecimentos de como a rede de saúde organiza-se e o papel dos serviços nela.

Os PPPs dos cursos estudados destacam a relevância dessa inserção, pois o do curso de enfermagem aponta que “*propicia a inserção do estudante desde as primeiras séries do curso nos cenários de prática em saúde e educação*”, o que gera maior “*integração entre os diferentes atores (estudantes, professores, profissionais e usuários dos serviços)*” (USP, 2005, p.5).

O PPP do curso de medicina coloca a necessidade do aluno ter “*contato precoce e permanente com o ambiente e as condições de vida da comunidade e das famílias, permitindo-lhe conhecer os diferentes equipamentos sociais e de atenção à saúde, disponíveis à população*” (USP, 2012, p.10). O PPP do curso de odontologia não faz referência de forma explícita, mas pela estrutura do currículo, pode entender-se que há práticas em serviços de saúde de APS desde os primeiros anos do curso.

Para os alunos do curso de medicina, as atividades mais lembradas durante a inserção na APS eram relacionadas à territorialização e visitas domiciliares, como descrito nos seguintes trechos de relatos dos participantes:

Desde o primeiro semestre (...) a gente vai para os núcleos, faz o trabalho de territorialização, discute a Estratégia e os princípios. Aprende (...) a estrutura de um núcleo (...), trabalho multidisciplinar, qual a visão de saúde e doença da Estratégia de Saúde da Família (...) (M9).

a parte prática que a gente tem é andar pelo território que o núcleo abrange (...) segundo ano já começa entrar mais na casa das pessoas. (...) Vai, pergunta como está, se está precisando de consulta (...), faz uma visita (...) (M10).

(...) O acompanhamento (...) a longo prazo (...), saber tudo da pessoa. Desde o ambiente, da doença (...), como evolui, se o tratamento está sendo eficaz (...). Organizar territorialmente onde cada núcleo atinge (...) uma organização da rede (...) M16

Os alunos do curso de odontologia falam da inserção com início muito teórico, mas que se modifica depois com experiências que permitem aproximação da equipe, conhecimento de como desenvolvem o trabalho e territorialização, como descrito a seguir:

Logo no primeiro ano a gente já teve uma disciplina de saúde da família, (...) bem teórica (...), longe da realidade. Não deu pra entender muito bem (...). No segundo ano, tem (...) territorialização (...). Começou a entender melhor como era (...), todos os profissionais se dedicando a ajudar aquela família (...), as visitas (...) (O7).

A finalidade da formação é garantida ao ser articulada, de forma concreta e integrada, à teoria e à prática. Além disso, a prática configura-se como fator que motiva os alunos, pois com frequência eles estão desejosos por contato com pacientes e o distanciamento entre teoria e prática costuma gerar angústia e fragmentação no conhecimento (RUIZ; FARENZENA; HAEFFNER, 2010; FIOROTTI; ROSSONI; MIRANDA, 2010)

Essa dissociação entre teoria e prática advém da herança do modelo de currículo predominante no Brasil, tradicionalmente pensado em disciplinas justapostas. Tal modelo, conhecido por napoleônico, apresenta, dentre outras características, o fato de as disciplinas teóricas serem oferecidas antes daquelas que têm caráter prático. Foi com o advento da LDB, e depois das DCNs, além do reconhecimento das mudanças em torno do mundo do trabalho, que outros modelos foram pensados, como o da articulação entre teoria e prática (ANASTASIOU, 2007).

Se pensar que a finalidade das mudanças na formação é instituir novas práticas em saúde, torna-se ainda mais inviável entender uma formação em que a teoria não dialogue com a prática, sendo necessário, portanto, contestar a concepção de que é necessário dominar a teoria para, só após, entender a prática e intervir na realidade (NOBREGA-THERRIEN et al., 2015; GOMES et al., 2009).

Os alunos do curso de enfermagem descrevem a inserção com atividades como conhecer o prontuário de família, fazer visitas domiciliares, com ênfase na observação e escuta:

Levar o aluno para conversar, ter esse contato com o paciente é muito importante. Pra quando você chegar no segundo ano (...) ele já está preparado. Ele já sabe conversar (...) ouvir (...) (E14).

Tem uma inserção (...) nos núcleos, que é a atividade prática. (...) Eram bem observacionais os estágios (...), fazia visita domiciliar (...), era mais voltado para a anamnese (...), não tinha foco na doença (...) (E15).

Pode-se ver que a inserção dos alunos pesquisados na APS deu-se com início nos primeiros anos dos cursos de graduação, com aproximações às unidades de saúde com equipes de ESF. As atividades desenvolvidas variaram entre visitas domiciliares (para os alunos de medicina e enfermagem) e territorialização (nos cursos de medicina e odontologia). Os alunos do curso de enfermagem enfatizaram a aproximação com instrumentos utilizados pela equipe, como o prontuário da família e habilidades aprimoradas durante as visitas, como a escuta e a observação.

A territorialização é prática estabelecida pela Política Nacional da Atenção Básica como atribuição de todos os profissionais que atuam em equipes de APS. A finalidade consiste primordialmente em identificar grupos, famílias ou pessoas vulneráveis a fim de que sejam consideradas prioritárias no planejamento das atividades da equipe. Constitui um diagnóstico de saúde da área pela qual a equipe é responsável (PESSOA et al., 2013; BRASIL, 2012a; TORRES; LEAL; CHAVES, 2011).

Entende-se que é a partir do território, mediante conhecimento através do processo da territorialização, que emergem as necessidades dos usuários que guiarão a atuação da equipe, tomada de decisões, com estabelecimento de estratégias de planejamento e monitoramento de situações que implicam o processo saúde-doença (PESSOA et al., 2013; BRASIL, 2012a; TORRES; LEAL; CHAVES, 2011).

O trabalho na APS, com enfoque no território, tem implicações organizacionais, com a delimitação de áreas de responsabilidade de cada serviço, para que nenhum seja sobrecarregado, com reconhecimento das relações das unidades de saúde com outros equipamentos sociais e também o aspecto da acessibilidade, de tal forma que o local da unidade colabore para utilização dos serviços pela população (PESSOA et al., 2013; SILVA JÚNIOR et al., 2010; TORRES; LEAL; CHAVES, 2011; MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Mas também está relacionado à construção de vínculo e atuação em um ambiente em que se conhece a dinâmica social envolvida. O território é um processo dinâmico, de relações e de expressão do processo saúde-doença. Tem uma história, política, cultural e está em permanente construção, é algo vivo e dinâmico (SILVA JÚNIOR et al., 2010; LIRA; LIRA; MACHADO, 2011).

Para os alunos dos cursos de medicina estudados por Lira, Lira e Machado (2011), foi muito positiva a experiência de conhecimento da realidade social da comunidade, pois proporcionou reconhecimento e reflexão acerca dos determinantes da saúde. Consideraram que a disciplina apresentou metodologia que colaborou com a aprendizagem, estava bem

organizada, favoreceu a diversificação dos cenários de ensino e contribuiu para atuação conjunta com os alunos da enfermagem, novidade até aquele momento no currículo.

Os autores concluíram que a inserção dos alunos em atividades desenvolvidas pela equipe de APS, como a territorialização, constituiu aprimoramento do currículo na medida em que pôs os alunos em contato e interação com a vida cotidiana dos serviços de saúde. Além disso, favoreceu o desenvolvimento de olhar crítico num contexto de problemas reais da população, permitindo aproximação com o processo saúde-doença, além de marcar o início de uma integração entre universidade, serviço de saúde e comunidade (LIRA; LIRA, MACHADO, 2011; OLIVEIRA et. al., 2007).

Os autores Oliveira et al. (2007) relataram a experiência dos alunos de um curso de medicina em que os mesmos iniciaram a inserção na comunidade mediante territorialização e que essa atividade ajudou os alunos a entenderem melhor como se dá o reconhecimento do território, como o SUS está organizado, a dinâmica da APS e os papéis dos profissionais envolvidos.

Como a territorialização, as visitas domiciliares têm sido uma importante estratégia pedagógica para a aproximação dos alunos do processo saúde-doença das famílias de uma comunidade, a partir dos relatos ou vivências dos membros da família. Constituem oportunidade ímpar para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, criação de vínculo e práticas de saúde mais dialógicas (ROMANHOLI; CYRINO, 2012).

As visitas permitem que os alunos aproximem-se da realidade e compreendam o “pequeno mundo” de cada pessoa, as histórias vividas, com suas várias versões, contribuindo para uma formação com vistas à integralidade. Além de significar um cenário de aprendizagem, é também uma ferramenta de ensino-aprendizagem contribuindo para fortalecimento de modelos de ensino que não sejam centrados em hospitais (MANO, 2009; ROMANHOLI; CYRINO, 2012; CUNHA; SÁ, 2013).

Além de ser um instrumento pedagógico, as visitas constituem, no cotidiano das equipes de APS, um olhar privilegiado da realidade do usuário, *in loco*, favorecendo conhecer condições de vida e habitação, relacionamentos no ambiente domiciliar, podendo facilitar o planejamento de ações de promoção de saúde, incentivo ao autocuidado, com identificação precoce e/ou sendo fonte de informações de situações que poderão desencadear malefícios para a saúde da família e/ou comunidade (AZEREDO et al., 2007; TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001; ROMANHOLI; CYRINO, 2012; CUNHA; SÁ, 2013).

Assim, em torno da visita domiciliar há uma série de complexas situações com as quais profissionais, alunos e professores lidam no desenrolar das atividades de inserção na

comunidade, pois as necessidades percebidas, em sua maioria, envolvem as dimensões biológicas, sociais, psicológicas (CUNHA; SÁ, 2013).

Diante da riqueza das experiências de territorialização e de visitas domiciliares, descrita pela literatura, imaginou-se que os alunos percebessem a relevância das atividades de inserção. No entanto, para os estudantes dos cursos de enfermagem e odontologia, o reconhecimento da importância de tais práticas acontece de forma tardia, apenas no final de suas graduações. Além disso, consideram que a vivência, no momento em que ocorria, parecia-lhes vaga e sem objetivo:

No primeiro ano (...) tem o estágio, (...) um pouco vago (...), você não entende porque está lá. (...) Visita uma família, nem entende porque (...), falam pra você as perguntas que tem que fazer (...), você obedece (...), é muito perdido (...). Você não entende realmente (...), quando chega no quarto ano (...) consegue compreender (...) a Saúde da Família (...) (E8).

(...) a partir do segundo ano a gente já começou a frequentar os núcleos (...). A gente não entendia muito bem para que servia (...). Agora faz sentido (...), foi necessário aquele passo a passo mesmo (O2).

(...), fui aprender aqui no primeiro semestre (...), mais na teoria, (...) visitou o núcleo (...), só que não dava pra você ter uma ideia clara do que era. (...) A gente foi fazer territorialização (...), não enxergava a verdadeira importância (...). No último ano (...), conseguiu ver a importância (...) do núcleo em si (...) (O3).

O que poderia colaborar para que os alunos não compreendessem o que está sendo aprendido no momento em que estão no curso? Seria de se esperar, pensando na pouca maturidade dos alunos, que se trata de algo natural que apenas no final do processo alcançassem o que foi vivido e sua importância?

Como entender que atividades experimentadas como "vagas e sem sentido" tivessem que "esperar" que a graduação fosse praticamente toda cursada para que as experiências nela vividas dialogassem com a própria formação?

Segundo Gomes et al. (2009) e Albuquerque et al. (2010), é útil para o aluno entender o sentido do que se aprende e como, além de aumentar as chances dele tornar aquela experiência efetivamente educativa. Caso contrário, ele não toma o processo de aprendizagem para si, não relaciona com sua vida, entendendo apenas ser algo que precisa temporariamente ser captado e reduzido a um bom êxito junto às provas e professores.

Na contramão de uma aprendizagem estrita, almeja-se uma aprendizagem significativa, o que implica compreender de forma mais ampla o que se aprende. David Ausubel, criador da teoria da aprendizagem significativa, entende que a aprendizagem aumenta suas chances de ocorrer quando o aluno consegue agregar ao rol de conhecimentos prévios, os novos conteúdos. Uma nova informação relaciona-se com algo que a pessoa já sabia, uma estrutura de conhecimento chamada de conceitos subsunçores, já existente na sua estrutura cognitiva. Tais conhecimentos prévios funcionam como âncoras que aumentam as chances de efetivamente gerar processos de aprendizagem duradouros (MOREIRA; MASINI, 1982; GOMES et al., 2009; ALBUQUERQUE et al., 2010).

Nos cursos estudados, a aprendizagem significativa compõe o referencial pedagógico do PPP do curso de enfermagem, sendo o único a mencioná-la de forma explícita.

O cerne está no entendimento de que a nova informação não deve ser incorporada de forma arbitrária, e para que ocorra uma aprendizagem efetiva, busca-se evitar a ‘aprendizagem mecânica’ (na perspectiva ausubeliana) ou ‘concepção bancária’ (na perspectiva freireana) (GOMES et al., 2009; ALBUQUERQUE et al., 2010; MOREIRA; MASINI, 1982).

Para Paulo Freire (2011a, 2011b), a concepção bancária da educação consiste em entender o professor como depositante, aquele que tem o saber, e os alunos são os depositários, os que não sabem, passivos e que devem, de forma disciplinada, arquivar o conhecimento.

É possível superar essa forma de compreensão da educação, para uma outra, libertadora, crítica, criativa e comprometida com a realidade (FREIRE, 2011a, 2011b) na medida em que o aluno passe de uma consciência ingênua para uma consciência crítica, a partir de uma postura mais questionadora e ciente das mudanças constantes do que se interpreta e chama por realidade (MITRE et al., 2008; FREIRE, 2011b).

Nesse sentido, os três PPPs estudados apontam, com menor ou maior detalhamento, para que, ao longo dos anos de graduação, a formação favoreça o encontro com situações concretas, devido à necessidade de formar indivíduos capazes de intervir em problemas da comunidade

Diante da percepção dos alunos investigados, em que as experiências pareciam-lhes vagas e sem sentido, aponta-se para uma aprendizagem mecânica e não significativa, ao fazer pouco diálogo entre a experiência de aprendizagem e o projeto mais amplo de formar-se profissional de saúde (CEZAR et al., 2010; SOBRAL; CAMPOS, 2012; MITRE et al., 2008).

As práticas de territorialização e visitas domiciliares sugerem escolhas pedagógicas que buscam um diálogo entre a formação em saúde com a inserção no cotidiano da comunidade. Porém, parece que as práticas tiveram “roupagem” de metodologia ativa, mas que efetivamente se concretizaram de forma predominantemente tradicional.

O que se pode compreender é que a ruptura de velhos paradigmas, aqui entendidos como a educação numa perspectiva mecânica, ‘bancária’, não se dá apenas com novas atividades ou cenários de aprendizagem. O que garante a efetiva mudança está para além disso, quando as concepções de professores e da própria universidade, transformam-se em uma perspectiva emancipadora e, consequentemente, significativa (FREIRE, 2011b; MITRE et al., 2008).

Há de se destacar que são de grande relevância os conhecimentos prévios na teoria da aprendizagem significativa, pois se enfatiza que a construção dos novos conhecimentos dá-se de forma individualizada, a partir da utilização das experiências anteriores dos alunos, proporcionando que o professor possa utilizá-las para ancoragem de novos conteúdos e vivências (GOMES et al., 2009; MOREIRA; MASINI, 1982).

Como os alunos da enfermagem e odontologia, os alunos de medicina também apontam que o real sentido das atividades foi melhor compreendido no final do curso. Mas de forma diferente dos alunos dos outros cursos, enfatizam o descontentamento com a forma como as atividades foram desenvolvidas, a desorganização e carga horária não adequadas, e atribuem os problemas ao fato de a disciplina ser nova, na época em que cursaram:

A disciplina era nova (...), não estava muito bem estruturada (...). Olhando agora, faz sentido (...) o contato com a saúde da família desde o começo. (...) A gente fez territorialização, (...) tinha que ficar indo contar poste na rua. (...). Não tinha necessidade (...). A carga horária era muito grande (...) (M3).

(...) A maneira como eles ministraram, não foi tão interessante. (...) Estava no comecinho (...), não tinham se estruturado (...). É importante (...) uma boa parcela da medicina é o PSF (M4).

Eu fui a primeira turma a ter ASC (...), era muito ruim (...), os objetivos da disciplina não eram claros, a gente vagava sem nenhuma orientação (...) (M12).

Uliana e Cyrino (2014a), ao falarem da experiência de implantação de um programa de ensino no âmbito da APS, em um curso de graduação médica de Botucatu/SP, enfatizam que a operacionalização deu-se de forma gradativa. Da implantação, com subsequente readequação, de acordo com a realidade vivenciada, de forma que conflitos ou outras

situações imprevistas foram inseridas como facilitadoras para que outras estratégias fossem desenvolvidas.

Os autores ressaltam que, durante o processo de implantação, tiveram momentos de revisão de objetivos, instrumentos e estratégias, de tal forma que a proposta foi se definindo com a maturidade do vivido. Naquela situação, a participação de professores, alunos, profissionais de saúde foi essencial para que garantisse a qualidade e sucesso do programa.

Os autores Lira, Lira e Machado (2011) ao discorrerem sobre uma disciplina envolvendo saúde da comunidade em Sobral/CE, também relatam que, apesar dos elogios dos alunos, anteriormente já ocorreram problemas quanto à organização e que foram sanados, com revisão do cronograma e modificação das atividades consideradas inviáveis para o seu desenvolvimento.

Certamente, o fato de a disciplina ser nova foi um aspecto chave para que os alunos tivessem uma experiência marcada por críticas e resistências. Considerando o que a literatura aponta, esse parece ser o caminho da construção de disciplinas e tantas outras inovações curriculares. Entre erros e acertos, mediante diálogo, no cotidiano, alunos e professores identificam experiências exitosas e as que necessitam ser melhoradas.

Ressalta-se que no final do curso os alunos veem sentido nas atividades realizadas:

(...) olhando agora, faz sentido (...) contato com a saúde da família desde o começo. (...) na época não fazia sentido para ninguém, mas agora... (...) acho importante (...) aquelas informações (M3).

(...) espaço de “treinar” nossa escuta.(...) identificar os aspectos psicossociais das famílias. (...) achava tudo muito chato. Mas no quarto ano, a gente entende que isso foi muito válido. (...) escutar, a observar (E2).

(...) desde o primeiro ano a gente já tem uma experiência e a noção básica (...); mesmo durante os anos, você não entende realmente (...) quando você chega no quarto ano (...) consegue compreender o que é cada tipo de serviço (E8).

(...) no primeiro ano (...) a gente fazia visitas domiciliares. (...) meio perdida (...) não sabe muito bem porque está indo (...) Hoje eu vejo que é muito bom. (...) foi essencial porque a gente olhava a casa, conversava com o paciente. (...) a gente ia muito focado na patologia do paciente (...). E hoje eu vejo que o enfermeiro tem que se focar (...) no biopsicossocial (...) (E10).

Os alunos dos cursos de enfermagem, odontologia e medicina denotam que no início da graduação não compreendiam que tipo de saber estava sendo trabalhado nos primeiros anos:

No primeiro ano, achei um absurdo ficar um ano inteiro só na básica (...), fazendo visita domiciliar, (...) papel de agente comunitário (...). Eu não via a hora de começar fundamentos [de enfermagem] (...) hoje eu percebo que tudo fez muito sentido (E11).

No segundo ano já começa entrar mais na casa das pessoas. Mas não como o profissional médico, é mais comparado com o agente comunitário. Vai, pergunta como está (...), mas nunca examinar (...), a gente nem tem capacidade (M10).

Teve um ano que a gente teve uma família, visitava a cada quinze dias (...) mais pra bater um papo (...) Não era nada em relação à saúde mesmo (...) (M3).

(...) No primeiro ano de faculdade, a gente ficou conhecendo. (...) Tem umas coisas que é ficar lendo artigo, artigo, artigo (...), não tinha interação com pacientes (...) (O13).

Essas falas corroboram com a discussão anterior, em que se percebeu uma abordagem pedagógica que leva a uma aprendizagem mecânica, em que as atividades e os saberes que estavam sendo desenvolvidos não faziam sentido para os alunos.

Há de se destacar que há uma tendência dos alunos, em geral, a iniciarem a graduação com uma expectativa de realização de consultas ou procedimentos, algo como entrar em contato com o saber ‘especializado’ da saúde, ou da sua área de profissão. A percepção dos alunos investigados de que eles não tinham conhecimentos ainda para fazer “intervenções específicas” ou “especializadas” pode remeter a essa valorização da especialização e tecnicismo.

Os participantes fazem menção a uma identificação do papel deles naquela ocasião da graduação, com o papel do agente comunitário e falam da visita domiciliar como um “bate-papo”, o que poderia sugerir uma desvalorização da potência do diálogo ou das tecnologias leves. Eles parecem não identificar, à época da experiência, que o contato, o saber conversar, compreender o processo saúde-doença no contexto do domicílio, era o que estava sendo aprendido.

Para Coelho e Jorge (2009), a solução dos problemas de saúde muitas vezes está no diálogo entre o profissional e o usuário, pois o desabafo pode revelar as dificuldades reais e apontar as saídas para melhorar a situação. Além disso, a troca de conhecimentos entre

usuários e profissionais só ocorrerá mediante disposição e abertura para ouvir, aceitar e tentar fazer as pontes entre conhecimento acadêmico e empírico.

Como já citado anteriormente, a inserção dos alunos do curso de odontologia na APS dá-se com um início mais teórico, o que gera uma mudança de pensamento dos alunos que chegam a não acreditar que os serviços existam:

(...) no primeiro ano (...) foi colocado essa Estratégia pra gente (...), achei que não funcionava e fiquei até feliz (...) “Nossa, existe uma equipe que realmente se importa com a saúde da população.” (...) no primeiro ano eu fiquei “Ah, acho que é mentira, acho que não tem não” (...). No segundo, a gente fez um estágio de uma semana no postinho (...), vi que funcionava (...), os pacientes ficavam muito felizes e se sentiam amparados (...) com o núcleo (O9).

A inserção nos serviços de APS terá papel primordial desenvolvido pelos professores, como destacam os alunos dos cursos de enfermagem e medicina, nas falas abaixo:

(...) Quando vim na enfermagem, tinha a visão hospitalar. (...) Tive a bênção de ter a prof. X na minha vida (...). Me apaixonei pela atenção primária (...) (E5).

(...) A professora Y foi excepcional (...). Por causa das discussões, (...) cheguei a ir na Conferência Municipal de Saúde (M7).

No primeiro ano a gente pegou uma tutora muito boa (...). Teve muita gente que criticou [a disciplina]. A gente ia, ela explicava, muito bom (M15).

O professor como problematizador terá o papel de estimular novas habilidades, atuando como um mediador que favorece o reconhecimento dos saberes prévios e os que se deseja alcançar, encorajando o aluno a uma participação ativa em seu processo de aprendizagem (GOMES et al., 2009; MITRE et al., 2008; PIMENTA; ANASTASIOU, 2010).

Conforme pôde ser observado nas falas citadas anteriormente, essa estratégia tem também uma contribuição na formação dos alunos, considerando seu grande potencial em situar e incitar os alunos a um posicionamento político, ético e social (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2014).

Através do diálogo entre alunos e professores e as situações que os envolvem e os preocupam, a interação entre eles dá-se de forma mais flexível, em torno da consciência de que são aprendizes em momentos diferentes. Não cabe ao professor o papel de que tudo sabe e ao aluno o que nada tem a colaborar (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2014; GOMES et al., 2009; MITRE et al., 2008; PIMENTA; ANASTASIOU, 2010).

Da mesma forma que os alunos citaram experiências positivas em relação aos docentes, há também os que “denunciam” os professores que vão na contramão de um projeto educacional com vistas às mudanças curriculares solicitadas pelas DCNs, como se vê abaixo:

Tem alguns professores (...) que acharam que o curso estava mal estruturado (...), boicotavam (...) para o curso falir (...), quem saia prejudicado era a gente (M16).

(...) a visão que alguns professores passam é de que (...) a pessoa vai se formar melhor se ela for para área hospitalar (...). Como se o enfermeiro da básica ficasse sentado o dia inteiro (...) professores que não têm essa noção do que é a área básica, do quanto é importante (E9).

As falas dos estudantes revelam o quanto é desafiador operacionalizar mudanças curriculares quando os professores não compõem um projeto educacional unificado. Considerando que o caminho para a transformação do ensino necessariamente passa por ter docentes conscientes de seu papel, faz-se necessário reconhecer sua identidade, subjetividade, contradições e convicções, pois elas certamente irão conduzir sua postura enquanto educador (MANOEL; CYRINO, 2014).

Romanholi e Cyrino (2012) destacam uma experiência em que o aprendizado dos alunos acaba prejudicado, quando estão em atividades conduzidas por professores resistentes ou que não acreditavam na estratégia educacional adotada pela maioria, no caso, realização de visitas domiciliares. Nos grupos em que os professores utilizavam e acreditavam na relevância das visitas domiciliares como estratégia sanitária e assistencial, os alunos eram menos resistentes à realização das mesmas e mais seguros quanto à condução da atividade.

Ainda esses autores relatam momentos em que houve “boicote” por parte dos professores que discordavam das estratégias educacionais, por exemplo, no caso das visitas domiciliares em que eram substituídas por outras atividades nos dias propostos para realização de visitas (ROMANHOLI; CYRINO, 2012).

5.5 Possibilidades e limites vivenciados nos estágios curriculares

Essa categoria tem o objetivo de caracterizar a percepção dos alunos acerca da vivência no estágio curricular supervisionado em APS, nas unidades de saúde, realizados no último ano de graduação. Os nomes das disciplinas variam conforme o curso, sendo “Estágio em Medicina Comunitária II”, para os alunos de medicina; “Estágio em Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família”, para o curso de odontologia e “Estágio Curricular: enfermagem na Atenção Básica”, para os alunos de enfermagem.

As falas foram agrupadas a partir da temática, sendo referentes à: **aspectos acadêmicos**, como as questões relacionadas à postura do professor e os locais de campo de estágio; aspectos da **equipe da unidade de saúde**, como receptividade, relacionamento e trabalho em equipe; aspectos da **rede de saúde**, como conhecimento dos serviços na rede de saúde e o fluxo entre eles; aspectos da **comunidade**, frente à questão do vínculo e relacionamento com os pacientes e por fim, aspectos das **habilidades específicas para o exercício da profissão**, (relação supervisor-aluno e papel do profissional na APS, atividades do seu núcleo de competência). Em cada aspecto, serão discutidos os fatores que os alunos entendem possibilitar ou limitar a vivência do estágio.

Para esta discussão, os termos estágio, estágio curricular e internato, que são os que as pesquisas costumam utilizar, serão entendidos de forma indistinta para os três cursos, fazendo menção ao estágio curricular supervisionado.

As DCNs dos três cursos trazem a obrigatoriedade de estágios curriculares supervisionados, com inserção nos diversos serviços de saúde (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002).

O PPP do curso de enfermagem estudado aponta que o estágio curricular supervisionado é uma oportunidade para consolidação de conhecimentos teóricos e práticos a partir da inserção no cotidiano dos serviços de saúde. A ementa da disciplina referente, considera que é esperado que o aluno utilize os conhecimentos, habilidades e atitudes para resolver e/ou repensar questões vividas no local de trabalho em que se insere (USP, 2005; EERP, 2011).

Além disso, o PPP do curso de enfermagem pontua que o estágio deve ser momento para reflexão do exercício profissional. Com uma carga horária de 420 horas, a ementa destaca atividades que visam o atendimento integral desenvolvido de forma individual e coletiva, além de aspectos da gestão do cuidado em enfermagem e do serviço de saúde USP, 2005; EERP, 2011).

Para o desenvolvimento do estágio, os alunos puderam acompanhar equipes de atenção básica com ou sem implantação de Estratégia Saúde da Família (modalidade tradicional⁷), ou ainda de um Centro de Saúde Escola (que realiza atividades de atenção primária, dentre outras). A frequência de consultas de enfermagem, visitas domiciliares, interação com equipe multiprofissional, dentre outras atividades dependeram da modalidade em equipe que o aluno esteve inserido.

O PPP do curso de medicina investigado traz o estágio curricular supervisionado inserido nas atividades que compõem o internato e destaca que a exposição do interno em serviço de saúde de atenção primária é muito estimulada, mediante “*atividades médicas formativas sob supervisão*”. Reitera que uma meta a ser atingida pelo curso é conseguir ampliar a carga horária em unidades de atenção primária no internato, de forma que fique maior do que no hospital universitário (USP, 2012)

O curso de medicina em análise, durante a graduação, além de serviços de saúde de Ribeirão Preto, tem a particularidade de inserção do aluno em município de pequeno porte, que segundo a ementa da disciplina, tem a finalidade de capacitá-lo para prestar o atendimento médico e conhecer a organização desses serviços, ao final das 240 horas de atividades da disciplina.

Não vem justificada no PPP do curso de medicina se a opção por outros municípios configura uma estratégia de formação com fins pedagógicos ou se seria uma questão de limitação da rede do município de Ribeirão Preto/SP em contemplar vagas de locais de estágio em número suficiente para todos os estudantes da área de saúde do Distrito Oeste (USP, 2012; FMRP, 2013).

Para os alunos de medicina, a disciplina “Estágio em Medicina Comunitária II” acontece em um município de pequeno porte, distante aproximadamente 80 km de Ribeirão Preto/SP. Desenvolvem atividades em uma equipe de ESF e pronto atendimento do hospital local.

O PPP do curso de odontologia não faz referência específica ao estágio supervisionado. Na ementa da disciplina do estágio, o mesmo deve colaborar para a formação do aluno no sentido de ampliar compreensão acerca do SUS, do trabalho em equipe, do processo saúde-doença numa perspectiva multicausal tendo como eixo norteador a integralidade da atenção. A disciplina desenvolve-se num total de 120 horas e também tem

⁷ Unidade que presta serviço em atenção primária, com equipe formada por médicos especialistas (clínico, pediatra e ginecologista-obstetra), enfermeiro(s) e técnicos de enfermagem.

por objetivo que o aluno entre em contato com a gestão dos serviços de saúde e atue de forma a se responsabilizar pelo cuidado prestado.

O estágio ocorre nos núcleos de Saúde da Família e no Centro de Saúde Escola-CSE. Nos núcleos funcionam equipes de ESF e contam com dentista 20 horas. Neles, não há consultórios odontológicos, assim, o atendimento inicia-se na ESF, com promoção de saúde bucal, sendo dada continuidade ao tratamento no CSE.

Como se pode ver, a carga horária entre os três cursos são diferentes, mas, de uma forma geral, assemelham-se no que diz respeito a oferecer oportunidades em atenção primária, em cenários de aprendizagem fora do espaço da universidade. Estes, mais do que locais em que se desenvolvem ações de saúde, compõem um emaranhado de sujeitos, usuários e profissionais, e situações que implicam habilidades, conhecimentos, articulações entre universidade, serviço, comunidade e gestão (RUIZ; FARENZENA; HAEFFNER, 2010; COLLISELLI et al., 2009).

Quanto ao **aspecto acadêmico**, os alunos dos cursos de enfermagem e medicina consideram que a escolha, por parte dos professores, dos campos de prática que favorecem múltiplas experiências é algo que colabora positivamente, como se pode ver a seguir:

a articulação (...) faz a gente ter uma gama de conhecimentos diferenciados (...), tem os casos de doenças sexualmente transmissíveis (...), anticoagulação (...), diabetes (...) dá mais flexibilidade profissional. De saber lidar em diferentes contextos, em diferentes situações (...) (E12).

(...) exposto a experimentar inúmeros tipos de problemas com pacientes (...) de todas as idades, situações (...) faz pré-natal (...) atende idosos, pacientes psiquiátricos (...) (M5).

Para os alunos investigados, os cenários de aprendizagem que apresentam maior diversidade de situações com que eles têm que lidar são percebidos como algo positivo e que favorece a formação. De forma semelhante, os autores Teixeira et al. (2015) entendem que a diversidade de oportunidades nos campos aumenta a probabilidade de aprendizado.

Pode-se inferir que as múltiplas experiências advindas de um estágio que lida com variados tipos de pacientes e situações desafiam o aluno em várias dimensões, do cognitivo ao relacional, tendo que lidar com informações que, muitas vezes, foram obtidas em momentos diferentes da graduação, mas que no cotidiano, mostram-se não fragmentadas.

Em contrapartida, a escolha pelos professores de campos de prática que “reduzem o olhar do aluno”, segundo os acadêmicos do curso de enfermagem, poderia ser repensada, pois em alguns aspectos dificultavam o aprendizado deles:

(...) nesse cenário (...) é muito mais difícil ver a rede como um todo (...) quando eu passei na UBS (...) ficava muito mais nítido como se dava todo esse processo de atendimento do paciente. Aqui (...) fica um pouco fragmentado. (...) as enfermeiras daqui não fazem tudo (...) a gente fica tentando buscar todo o tempo esse papel do todo do enfermeiro. Que acontece na estratégia saúde da família (...) Seria uma limitação [do campo](E12).

(...) os alunos do quarto ano deveriam sair com o conhecimento do que é (...) um enfermeiro, qual é a participação da equipe. (...)Tiveram pessoas que ficaram em outro serviço e não tiveram esse contato [com ESF]. Só esse contato do primeiro ano. E é muito superficial (...) (E7).

Conforme explicado anteriormente, os alunos do curso de enfermagem realizam o estágio curricular em diferentes realidades de atenção básica, e nem todas têm a Estratégia de Saúde da Família implantada. O contexto da fala desse aluno é compreensível a partir da inserção em um serviço que não tem equipe de ESF e reconhece que essa é uma importante limitação para compreensão do papel do enfermeiro, suas atividades e responsabilidades.

Sabe-se que nem sempre essas escolhas são determinadas unicamente pela vontade dos professores. Dentre as possíveis limitações que poderão ocorrer, há o reduzido número de professores envolvidos na disciplina, restrito número de vagas ofertadas pelos serviços, dificuldade dos professores em conciliar alunos em campos de estágio diferentes e o deslocamento para supervisioná-los, dentre outras realidades.

Além desses aspectos mais específicos, ao longo do currículo em geral, não é fácil determinar que experiências os alunos têm que viver na graduação, para que ao final possam atingir o nível desejado de competências profissionais. Na verdade, Teixeira et al. (2015) apontam como um grande desafio para a comunidade acadêmica fazer escolhas e implementá-las de forma a garantir articulação entre os objetivos da aprendizagem, o perfil do egresso e os cenários de prática.

Os alunos do curso de medicina, da mesma forma como os alunos da enfermagem, entendem a questão da diversidade de situações que o estágio pode oferecer como positiva. Porém, entendem que, ao longo da graduação, as oportunidades em APS foram reduzidas em detrimento da maior parte da carga horária em campos de prática em serviços secundários e/ou terciários, como se pode ver:

(...) Você pega uma variedade de doenças (...), vê tudo ao mesmo tempo (...) casos de ortopedia (...), de clínica (...), pediatria, e coisas do dia-a-dia que a gente tem que saber tratar. A gente fica muito no HC, que é muito especializado. E a gente fica pouco nessas áreas básicas, que se você for dar um plantão (...) é o que você vai ver (M13).

(...) é um cenário que é totalmente diferente (...) O que a gente mais vê aqui (...) é a formação no cenário terciário (...) você vai ter um ambulatório de especialidade (...) sabe que aquele é um quadro neurológico. (...) Lá não. O caso chega e você abre um leque (...) é muito rico (M17).

(...) a gente sai um pouco desse nível secundário, terciário que é o que a gente acaba vendo em maior quantidade aqui (...) vai ao encontro ao que a gente vai encontrar na maioria das vezes na prática médica (M18).

Na fala dos alunos, há a questão da diversidade, mas também o fato de serem essas situações vividas na APS as que serão mais comuns quando se tornarem médicos. Dessa forma, corroboram com o direcionamento da Organização Mundial de Saúde quando aponta que os locais de estágios para os alunos em formação em saúde devem ser escolhidos a partir daquelas realidades mais corriqueiras na carreira profissional (TALAAT; LADHANI, 2014; TEIXEIRA et al., 2015).

Em pesquisa com alunos do curso de medicina, os autores Teixeira et al (2015) concluíram que a vivência em serviços de saúde de atenção primária é mais interessante do que passar por vários estágios de especialidades médicas em hospital escola. Os ganhos apontados passam pelo fato de o aluno vivenciar algo mais próximo do cotidiano, em termos de demandas para o médico, o trabalho em equipe multiprofissional e as habilidades clínicas.

Em consequência de essa experiência ser vista como de grande valor, os alunos de medicina destacam como aspecto negativo do estágio o curto período de tempo em que a atividade é proposta, como se lê a seguir:

(...) estágio é muito curto (...) fiz uma ou duas visitas domiciliares (M1).

(...) estágio curto, (...) podia arranjar outros cenários mais parecidos (M7).

(...) o estágio poderia ser até mais prolongado (...) ter mais experiência (...); a gente acaba que sabe tratar um choque (...) um pneumotórax, mas não sabe tratar uma coisa simples (...) uma otite (M13).

Eles sinalizam que, apesar das múltiplas experiências que o estágio possa favorecer, há uma questão limitante, que é a carga horária. Como foi posto no início da discussão deste capítulo, o PPP do curso de medicina reconhece a necessidade de ampliação do tempo destinado a atividades desenvolvidas em serviços de atenção primária e secundária. Essa questão que os alunos levantaram, acerca do tempo de formação predominante em serviços terciários, será retomada adiante.

Ainda sobre a questão da diversidade de experiências que o estágio é capaz de oportunizar, os alunos do curso de odontologia e medicina destacam a possibilidade de aliar, no mesmo estágio, ações específicas de APS e atividades de pronto atendimento/urgência, como algo positivo para a formação:

(...) atender (...) urgência. A pessoa chega com dor, e você quer restabelecer a saúde bucal na hora (...), dá um crescimento muito grande (O9).

(...) tem também o pronto socorro (...) está exposto ao que aconteceria numa situação real (M5).

No contexto da fala dos alunos dos cursos de medicina e odontologia considera-se que a disciplina de estágio curricular supervisionado contempla, de forma articulada aos serviços na APS, outros serviços com atendimentos aos pacientes em urgência.

Quanto à supervisão do professor no estágio, os alunos do curso de enfermagem apontam que a mesma é feita de forma mais indireta ou distante, e isso é compreendido como positivo, para que criem autonomia, como se pode ler nas falas:

(...) ficar sem o professor é bem diferente (...) possibilita se inserir dentro da equipe. (...) (E7).

(...) proporcionou a gente ficar com o docente, mais nos bastidores. [Eles] estão com a gente, mas (...) com mais autonomia (E2).

Apesar de apenas os alunos de graduação em enfermagem terem destacado isso, a proposta do estágio curricular supervisionado consiste, para os estudantes de todos os cursos, em aumentar a autonomia mediante supervisão docente mais distante.

Em pesquisa realizada com alunos de odontologia em estágio supervisionado, o maior distanciamento do professor também foi percebido como algo positivo, pois esse fato colaborou para que eles se sentissem mais responsáveis na condução das atividades, além de aumentar a percepção de que serão capazes de inserirem-se no mundo do trabalho, que ocorre sem supervisão (LIMA; PEREIRA; DRUMOND, 2013).

Porém, essa realidade de satisfação quanto à supervisão mais distante é controversa, havendo alunos dos cursos de enfermagem e medicina que identificam esse aspecto como fator limitante no estágio, na medida em que sentem o professor ausente na supervisão de campo:

(...) os docentes não contribuíram como deveriam. (...) Por causa da correria que eles vivem (...), tinha que esquematizar (...), eles tinham que estar mais presentes ali (E1).

(...) às vezes falta um apoio da coordenação direcionando o aprendizado (M12).

(...) [sei que] não é a proposta que o professor fique diretamente com o aluno. (...) Mas (...) os professores deixam muito a desejar, porque a gente precisa de uma visão que o professor tenha, o aluno está sendo bem recebido? Realmente o enfermeiro está acompanhando, ensinando? (...) Às vezes ele só desempenha uma postura correta quando está na frente do professor. (...) (E15).

A partir das falas dos alunos, algumas hipóteses poderão ser elencadas, como: a ausência do professor é sentida por ter como referência um modelo de educação tradicional em que não o ter à frente, torna desconfortável? Ou ainda, porque o distanciamento não se deu em um contexto de planejamento e parceria das atividades propostas entre aluno e professor? Ou, quem sabe, o aluno deseja ter o professor em campo para que o educador identifique aspectos inadequados do serviço, algo como uma “denúncia” silenciosa?

Afinal, teria como mensurar a distância ideal entre alunos e professores em estágio? Entre o estímulo à autonomia e a desassistência, entre o “ideal” de que o professor toma as decisões e o aluno obedece, e a chance para dialogar e ser propositivo, há muitas possibilidades para aluno e professor.

Apesar de o aluno estar no último estágio, em vias de finalização da graduação, e ter uma certa ansiedade ou crença de que “está pronto”, a presença do professor dá-se de forma relevante e necessária.

Um caminho possível para minimizar os desencontros entre a expectativa do aluno acerca do papel do professor e o que realmente este pensa ser seu papel é o diálogo estabelecido entre eles. O que pode parecer simples, nem sempre é, a depender das outras exigências acadêmicas do professor, da restrita vivência em construção de planejamento de atividades numa perspectiva horizontal, das ideias errôneas que entendem autonomia como deixar sozinho o aluno, numa perspectiva *laissez faire*.

O intuito é que o diálogo seja um facilitador para que o professor possa ajudar o estudante a ter mais segurança no desenvolvimento de atividades. O “extraordinário” consiste justamente nessa relação professor-aluno-objeto do conhecimento (VASCONCELLOS, 1992; ZABALA, 1998; PONTES; REGO; SILVA JUNIOR, 2006).

O apoio pedagógico não ocorre apenas com a presença do professor em atividades ao lado do aluno, mas, muito mais, com a identificação de dificuldades, planejamento conjunto de estratégias para o melhor aproveitamento da experiência e estímulo para o estudo e inserção na equipe (ZABALA, 1998; PONTES; REGO; SILVA JUNIOR, 2006).

Para Maia (2004), o planejamento assume papel importante ao questionar a rotina, estabelecer objetivos, avaliar a implementação com identificação das lacunas e sugestões de mudanças. Dessa forma, o professor consiste no orientador do ensino e da aprendizagem, indo além do espectador ou supervisor “passivo” para estimular trocas recíprocas, pensamento crítico e autonomia como fins da prática educacional.

Os alunos do curso de odontologia entenderam que a dificuldade deu-se por terem tido reduzida orientação acerca da proposta do estágio e, assim, consideraram que faltou clareza no desenvolvimento das atividades, como se pode observar nas falas a seguir:

(...) a gente fica um pouco perdido (...) no começo (...), faltou esclarecimento (...) eu não sabia que eu podia fazer visita domiciliar sozinha, (...) na última semana a gente descobriu; (...) falaram pra gente entrar [na consulta médica], mas a gente tinha um receio (...) mas não acho que a gente tinha que entrar em uma consulta médica(...) (O4).

(...) a gente chega (...) meio perdido. (...) deveriam direcionar (...) “Essas são as atividades que os alunos vão fazer”, pra gente não ficar assim “ah, a gente pode fazer isso?” (...), e é muito pouco tempo (O10).

Além disso, os alunos do curso de odontologia destacam que gostariam de ter mais atividades e que as mesmas fossem melhor direcionadas para as habilidades específicas da odontologia:

(...) a gente ficava fazendo grupo de artesanato (...) Não que seja ruim. Mas eu acho que no momento que a gente está agora, no último ano (...) tem que ter mais prática (O9).

(...) tem muito tempo vago (...) poderia direcionar mais coisas para odonto (O8).

(...) poderia encaixar mais pacientes nos horários (...) (O3).

Eles, de forma mais específica que os alunos de medicina e enfermagem, apresentam uma percepção de que as atividades do estágio poderiam ter sido melhor definidas. Também falam da necessidade de ampliação do tempo do estágio curricular:

(...) sugeriria (...) uma semana ou duas a mais pra você poder acompanhar, pegar o paciente, tratar e fechar o diagnóstico. (...) Fazer o ciclo inteiro (...) (O6).

Os autores Leme et al. (2015) acreditam que a motivação dos alunos em campo de estágio parece ser maior quando eles realizam atividades diferentes e consideradas estimulantes. Assim, mais uma vez a importância do diálogo e comunicação surgem como algo que pode determinar o aproveitamento da atividade acadêmica, no caso, com o reconhecimento de quais atividades teriam essas características.

Para Zabala (1998), a chave de todo ensino consiste nas relações estabelecidas entre alunos, professores e conteúdos. Por meio das atividades, a comunicação pode acontecer e nessa trama são definidos os diferentes papéis, mas será a relação que possibilitará um ou outro efeito educativo dentro das atividades propostas.

Para esse autor, o planejamento das atividades implica que o professor esteja atento às necessidades dos alunos e, na medida do possível, flexibilize para que a atividade seja o mais proveitosa possível e rica em significado.

Segundo Pontes, Rego e Silva Júnior (2006), os alunos são ativos no processo de aprendizagem e precisam ter estabelecido junto com os professores os objetivos e práticas, constituindo o que se tem por meta de aprendizado naquele campo, bem como as relações com a formação como um todo. Assim, a clareza é algo primordial para que o aluno faça as conexões necessárias entre o que já se sabe e o que se tem a aprender.

Na perspectiva da problematização, o professor pode utilizar-se da inquietação do aluno para repensar as situações vividas no serviço, de forma que o estimule a intervir em seu próprio processo de aprendizagem (GOMES et al., 2009). Dele espera-se que possa dirigir, despertar, acompanhar, mas também cabe ao aluno envolver-se, questionar, propor.

Nesse sentido, a fala dos alunos do curso de odontologia parece acomodada ou acostumada com uma atuação do professor em que ele decide e ao aluno cabe esperar que isso chegue pronto. Até que ponto faltou clareza no desenvolvimento das atividades do estágio ou os alunos foram postos na vida real, com infinitas possibilidades de inserção no contexto da equipe de saúde, até mesmo para além da saúde bucal, e não souberam o que fazer com essa liberdade ou com essa forma de aprender?

Até porque esse movimento entre a inquietação e a proposta é algo que certamente acompanhará os profissionais de saúde ao longo da carreira. Afinal, o cotidiano do trabalho em saúde requer constante reflexão acerca das práticas desenvolvidas.

O encontro entre a universidade e o serviço, na verdade, deveria ser bem mais gerador de questões, entendendo que a formação é contínua, e que todos, alunos, professores e profissionais estão no constante refazer-se e repensar. Quão interessante seria ativar mais espaços que favoreçam a "descristalização de saberes, de lugares e de atuações, e instituir movimentos desestabilizantes e provocadores de mudanças" (GONÇALVES; BATISTA, 2011, p.45).

Quanto ao aspecto da **equipe da unidade de saúde**, os alunos dos cursos de enfermagem e odontologia enfatizam a questão do trabalho em equipe como algo primordial, apontando como facilitador para a aprendizagem o fato de terem se sentido parte da equipe, com boa receptividade e acolhimento:

(...) a gente se sente parte da equipe (...), as minhas opiniões eram válidas. (...) (E2).

Eles foram muito receptivos e a gente conseguiu se inteirar (...). No começo a gente não sabia o que eram os casos (...). No final, a gente já sabia que paciente era qual. (...) Participei do grupo de artesanato (...) (O11).

(...) experiência que eles [equipe] têm para lidar com o aluno (...) são bem abertos (...), pacientes (...), explicando como é que funciona o serviço. (...) A experiência que a gente vive no estágio (...) faz a diferença na nossa formação (E4).

(...) nós fomos muito bem recebidos (...). A equipe se disponibilizava (...), transmitia conhecimentos (...) (E15).

Os alunos apontam que uma equipe em que os profissionais valorizam-nos, respeitam suas opiniões, inserem-nos nas atividades da unidade de saúde, mostram-se disponíveis e abertos para orientações, contribui de forma benéfica na aprendizagem durante o estágio.

De forma semelhante, outras pesquisas realizadas com alunos de graduação após estágio curricular afirmaram que quase todos os estudantes tiveram uma boa integração com a equipe de saúde, sendo a receptividade da equipe identificada como principal fator para que isso ocorresse de forma tão satisfatória (RUIZ; ZAFERENA; HAEFFENER, 2010; CAMPOS; FORSTER, 2008).

Outro ponto que os pesquisadores colocaram é que 70% dos alunos compreenderam melhor o trabalho em equipe após terem passado pelo internato (RUIZ; ZAFERENA; HAEFFENER, 2010). Estendendo essa realidade para a atual pesquisa, pode-se supor que a experiência dos alunos, de sentirem-se parte da equipe, contribuiu para a melhor compreensão do processo de trabalho nas equipes de APS.

Isso é de grande relevância, tendo em vista que o trabalho em equipe é algo central no desenvolvimento das atividades da APS, em que o relacionamento entre os profissionais dá-se de forma horizontal, com definição de ações coletivas, a partir de uma construção conjunta, a fim de mudar algo mais amplo, que é a forma de pensar e fazer saúde (LIMA; PEREIRA; DRUMOND, 2013; PEREIRA; RIVIERA; ARTMANN, 2013).

Segundo Ignotti et al. (2014) o centro do processo de aprendizagem dos alunos no estágio curricular supervisionado é a interação entre os profissionais, pois a maioria das vivências virão dessas relações.

No caso dos alunos investigados, isso é ainda mais intensificado considerando o grau de imersão que, possivelmente, caracteriza algo inédito até esse momento da formação.

É de se imaginar que a presença dos alunos no serviço também traga benefícios para o campo de estágio, pois os estudantes costumam ter uma disposição diferente, informalmente conhecida por “sangue novo”. Apesar dos alunos não terem citado, é possível reconhecer que há uma troca de saberes entre alunos e profissionais em que todos os envolvidos podem beneficiar-se (ARAÚJO, 2013; LIMA et al., 2014).

Em pesquisa com profissionais da APS e gestores, concluiu-se que a presença do aluno no serviço de saúde melhora o empenho das equipes de saúde, que se tornam mais comprometidas, melhorando a qualidade do atendimento prestado à comunidade (ARAÚJO, 2013).

Se a inserção do aluno no serviço de saúde tem vários aspectos que influenciam de forma positiva sua formação, para a unidade consiste em um “mecanismo para potencializações” e melhorias no atendimento à população. Pois abre espaço para um diálogo que poderá trazer novas ideias com melhorias no trabalho dos profissionais, podendo aproximar a universidade da comunidade, com a busca por pesquisas a partir de problemas do cotidiano e, por fim, substituir um fazer repetitivo por um reflexivo (ALVES et al., 2012; ARAÚJO, 2013).

Os alunos dos cursos de enfermagem e odontologia também destacaram que a experiência de atuar em uma equipe com diversos profissionais comprometidos trouxe um

aprendizado compartilhado e percebido como de grande valor, além da percepção positiva sobre o trabalho feito pela equipe:

(...) uma equipe que trabalha em conjunto. Consegui ver o trabalho da equipe multiprofissional (E7).

(...) os agentes comunitários movem montanhas (...). A equipe é muito integrada. (...) São muito proativos, articulados (...), procuram tudo o que puder na rede (...) para tentar suprir a necessidade dos pacientes. (...) Criativos (...), [com] um grande vínculo com a população (E5).

(...) o pessoal bem disposto (...), conseguem dar essa atenção de uma forma muito positiva pra população, de acompanhamento (...) (O5).

(...) integração da equipe. O paciente (...) é atendido em todas as suas necessidades (O12).

Segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe não é estático e ela está em movimento, como equipe “integração”, em que ocorre articulação das ações e interação das pessoas ou equipe “agrupamento”, em que prevalece a justaposição de ações com agrupamento de pessoas.

A identificação pelos alunos de uma equipe que trabalha em conjunto, de forma integrada, articulada, em que é possível perceber o benefício de atuar nessa conformação mais coletiva (e menos em ações individuais e isoladas), aponta que eles puderam, ao longo do estágio, experimentar a riqueza do trabalho em equipe na perspectiva de equipe “integração”.

Segundo a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010), a equipe não é mera distribuição de tarefas, é espaço de conversa, de troca de opiniões, mesmo divergentes, com aprendizagem a partir do direito de todos à voz.

O trabalho em equipe é uma engrenagem complexa, envolvendo as características das pessoas que participam dela, o estilo de liderança, o objetivo que cada profissional tem ao desenvolver seu trabalho, dentre outros aspectos. E, com toda essa diversidade, operacionalizar o cuidado em saúde na perspectiva da integralidade é um grande desafio, que parece ter sido alcançado pelas equipes que tiveram alunos em estágio.

O trabalho realizado pela equipe culmina em uma boa impressão do serviço que pareceu surpreender os alunos que imaginavam encontrar serviços desorganizados ou que “não funcionassem”.

Em outras pesquisas, os autores também relataram a mudança de pensamento dos estudantes, pois estes, após finalizarem estágio, também apontavam o serviço de saúde como organizado, com bom atendimento à população e com equipamentos necessários para

desenvolver ações de atenção primária (SANTA-ROSA; VARGAS; FERREIRA, 2007; LIMA; PEREIRA; DRUMOND, 2013).

Os alunos dos três cursos estudados relataram várias atividades desenvolvidas em equipe multiprofissional ao longo do estágio, como se tem a seguir:

(...) a gente pôde realizar visita domiciliar, ter contato com os agentes comunitários (...), participei dos grupos (...) (E2).

(...) pode se integrar com outras especialidades (...), faz a triagem com a enfermagem. Participei de consultas médicas (...). Agora que eu atendi fora da faculdade (...), estranhei(...), tem auxiliar [odontológico] para te ajudar, os materiais são diferentes (O13).

(...) a gente participa (...) nas discussões (...), nas visitas domiciliares com a equipe (...). Interação muito legal com os agentes comunitários e com a enfermagem (...), entre os alunos, (...) as outras pessoas que trabalhavam lá (...). Favorecia um ambiente agradável (...). Tinha um ambiente mais de amizade (M5)

Incentivados por uma equipe acolhedora e que certamente já desenvolve práticas de saúde de qualidade, foi possível inserir os alunos em atividades diversas e que caracterizam o cotidiano das equipes, como as visitas domiciliares, realização de grupos, atendimentos individuais em consultas, reuniões de equipe, dentre outras.

Em especial, os alunos do curso de medicina revelam o desejo de intensificar e fortalecer as práticas entre os diversos profissionais:

(...) [queria] mais interação com outros profissionais. Porque a gente vai conhecer o trabalho do nutricionista, do fisioterapeuta, o enfermeiro, (...) muito tarde no curso, nesse cenário (...) (M17).

(...) falta integração com profissionais de outras áreas em algumas atividades mais ligadas à promoção de saúde como grupos ou mesmo visitas domiciliares (...) (M6).

De uma forma geral, os alunos dos três cursos estudados tiveram oportunidade, durante o estágio supervisionado, de interagir com diferentes profissionais na realização de atividades da unidade. Certamente esse foi um fator para que os alunos do curso de medicina tivessem a percepção do restrito conhecimento acerca do trabalho dos outros profissionais, bem como desejo por mais interação.

De forma similar, em pesquisa com alunos de medicina, percebeu-se que a experiência em serviços de APS oportunizavam convivência e troca entre os alunos de

diferentes áreas da saúde, gerando aprendizado e diálogo relativos a assuntos menos conhecidos (PINTO; CYRINO, 2014).

O trabalho multiprofissional também está relacionado à maior qualidade da assistência à saúde. O desenvolvimento de um trabalho conjunto, entre vários profissionais, organizados de forma complementar e interdependentes, gera um cuidado mais ampliado (PEREIRA; RIVIERA; ARTMANN, 2013).

Os dados da atual pesquisa dialogam com os identificados pelos estudiosos Campos e Forster (2008) pelos quais concluíram que os alunos, após passarem em estágio curricular supervisionado, também reconheceram a importância do trabalho em equipe multiprofissional, identificado como favorecedor de integração entre os diversos profissionais, com aumento da adesão dos pacientes, melhora da assistência à família, culminando em trabalho com melhor resolutividade.

Para Santa-Rosa, Vargas e Ferreira (2007) a interação entre os alunos de cursos diferentes foi percebida como oportunidade para trocar conhecimentos e experiências, dessa forma os estudantes sentiram um crescimento profissional, apesar das dificuldades de trabalharem juntos.

Em pesquisa feita por Arantes et al. (2009), a maior parte dos alunos investigados tiveram sua primeira experiência multidisciplinar no último ano do curso, em estágios ou internatos. Antes disso, os que haviam tido algum contato desse tipo, dera-se apenas em projetos de extensão.

O trabalho em equipe é um desafio para o ensino e para a saúde, tendo em vista que o modelo hegemônico na saúde constitui-se fortemente marcado por ações individuais e fragmentadas. Assim, o trabalho em APS é uma chance para práticas mais comunicativas e cooperativas, na criação de rede de conversações (SANTANA et al., 2010; PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

Para o ensino, o desafio consiste no engajamento da comunidade acadêmica em projetos e planejamentos entre os diversos cursos de graduação como, por exemplo, PET-SAÚDE.

Destaca-se que o trabalho em equipes multiprofissionais foi um dos saberes necessários, apontados pelos alunos dos cursos investigados, para atuar em APS. Como discutido anteriormente em “Projetos Políticos Pedagógicos: uma aproximação das escolhas de princípios norteadores”, os PPPs dos três cursos estudados, odontologia, medicina e enfermagem, pontuam questões relacionadas ao trabalho multidisciplinar. Porém, nenhum deles define o que entende por atuação multiprofissional, nem as práticas que garantam isso.

Pelas falas dos alunos acerca do estágio supervisionado, foi possível observar que a maioria deles não mencionaram experiências anteriores a esse momento, de espaços de interação multiprofissional, nem fazem referências à conteúdos teóricos. Dessa forma, pode-se imaginar que não foi dada ênfase nesse aspecto nos três cursos de graduação investigados.

A relação com a equipe também tem seus aspectos dificultadores ou que sinalizam desafios para os alunos. Se a abertura dos profissionais colabora para a inserção dos mesmos, de forma oposta, os estudantes dos cursos de odontologia e enfermagem destacam que a falta de espaço ou a pouca abertura dada pela equipe acabam por prejudicar a inserção deles e o desenvolvimento das atividades, como nas falas a seguir:

(...) a gente encontra muita resistência da equipe (...), dificuldade em receber o aluno (...), o serviço tenta boicotar [as atividades dos alunos] (E15).

Uma sensação de não sou muito bem vinda (...). Alguns professores já comentaram de alunos que o enfermeiro ou o pessoal da equipe quer que o aluno seja mais proativo (...), é complicado (...), quando não te dão liberdade (E16).

(...) A gente é perdido, chega querendo perguntar o que tem que fazer. E, às vezes, eles não têm muita paciência. (...) A gente queria ver uma parte da psicologia (...), falaram que a gente não podia entrar no meio do grupo (...), parece que as pessoas não querem se relacionar (O8).

Quais seriam os motivos para os serviços de saúde não receberem bem os alunos? Será que os profissionais teriam liberdade para optar por não ter alunos, devido algum momento “especial” que a equipe vivencia? Como essa equipe planeja com a universidade o desenvolvimento do estágio, qual o seu nível de participação? A equipe ou alguns profissionais teriam receio em se mostrar e de alguma forma serem penalizados?

Sabe-se que há um descompasso entre as mudanças desejadas para a formação e as efetivadas, e no que diz respeito aos serviços de saúde, pode-se apontar: a resistência de profissionais às mudanças; o entendimento deles de que a formação dos estudantes não é prioritária, nem tomada como corresponsabilidade ou vista como mais uma “obrigação” da unidade de saúde; a crença de que o aluno identifica e/ou revela as fragilidades do serviço; estrutura física inadequada para receber alunos ou resistência da comunidade à atuação dos estudantes em formação (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Em pesquisa realizada sobre inserção de alunos de medicina nos cenários de prática, aproximadamente 20% dos profissionais de serviços de saúde desconheciam como se desdobrava a articulação da unidade com a universidade. Apesar do Projeto Político

Pedagógico trazer explicitamente o convênio da universidade com a Prefeitura Municipal e o Governo do Estado (ARAÚJO, 2013).

A integração entre ensino e serviço nem sempre teve uma fácil relação, considerando que operam com diferentes graus de poder, papéis e formas de organização. Talvez o mais recomendado seja trocar a palavra ‘integração’ por ‘interação’, pois a integração implica adaptar e unir, ao passo que interagir aproxima-se mais da tentativa de se relacionar, dialogar, indo em direção ao que for possível ou viável (KIND; COIMBRA, 2011).

Outra situação que poderá surgir é que, às vezes, o aluno “enxerga” coisas no cotidiano dos serviços que nem sempre querem ser vistas pela equipe e, de alguma forma, não recepcioná-lo bem constitui uma estratégia de proteção ou manutenção do jeito que a equipe encontra-se.

Em relação a esse aspecto, os alunos do curso de enfermagem apontam para a existência de profissionais não habilitados para atuar em APS e pouco comprometidos com a contínua melhoria da assistência em saúde nas equipes, constituindo fatores dificultadores no estágio:

(...) profissionais um pouco antigos, não estavam acostumados com o atendimento de uma unidade de saúde da família (E9).

(...) a atenção básica (...) tem estrutura. (...) Pode ser melhorado, mas as pessoas não se mobilizam muito (...), não se desenvolve o preconizado nos princípios do SUS e vão deixando passar algumas coisas (E14).

(...) a gente vê pessoas que não têm a atenção devida. Às vezes deixam de receber encaminhamentos, ou (...) a pessoa não comparece, não tem uma pessoa que corre atrás, (...) vi que essa parte não funcionava, da busca ativa (E10).

Os alunos dos cursos de odontologia e enfermagem citaram a dificuldade em lidar com os conflitos observados na equipe, em que, apesar de terem conhecimento da teoria, a prática requer experiência no manejo de conflitos interpessoais para uma boa resolução. Relatam que o fato de, ao mesmo tempo, ser e não ser da equipe, coloca-os em situação complexa, ainda mais delicada para realizar intervenções:

(...) tem alguns conflitos entre eles [os profissionais] (...). A gente tem aula de administração que te ensina (...) a lidar com esses conflitos. Mas é só teórica, na prática, é totalmente diferente (E6).

(...) um dos pontos negativos é se sentir parte da equipe e não se sentir, ao mesmo tempo. Como você está de fora (...) consegue identificar

muitos problemas. Só que você fica (...) sem espaço para se colocar (E2).

(...) equipe multidisciplinar, que muitas vezes gera atrito (...) pensamentos diferentes, (...) ideias conflitantes (O12).

É de se esperar que o aluno, ainda em inserção na equipe, tenha dificuldades para se colocar ou até mesmo colaborar na mediação do conflito. Mas de que formas o aluno, com a colaboração do professor, poderia pensar no conflito (interpessoal, no caso, ou em geral) enquanto oportunidade de aprendizagem?

Talvez na situação de estágio a maior parte dos alunos vivencie essa experiência como sinalizadora dos desafios do mundo do trabalho, que se dá mediante relações com outros profissionais, em que a diversidade de pensamentos faz parte da realidade. Assim, poderá ser um bom ensaio para pensar em habilidades a serem melhor desenvolvidas para intervir diante desse tipo de situação.

Por fim, os alunos do curso de medicina relatam, como dificuldade, ter que lidar com condutas pouco sistematizadas por parte da equipe:

(...) em alguns momentos a gente teve contato com outros profissionais da equipe multidisciplinar, (...) viu a contribuição que eles podem dar (...). Mas isso não é sistematizado (M9).

(...) falta de investimento no que precisa (...). A falta de protocolo (...) algumas condutas que não eram muito acadêmicas (M16).

Quanto ao aspecto da **rede de saúde/gestão**, os alunos dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia entendem que o estágio favoreceu compreender melhor o serviço da APS na rede e como ele pode ser resolutivo:

(...) pela primeira vez eu consegui ver o quão resolutivo é a atenção primária. Ouvia na teoria, porque 70, 80% tem que ser resolvido ali. E pela primeira vez, atuando, vi que realmente o paciente vem, tira a história, dou o remédio, início o tratamento e vejo que foi resolutivo. Não precisa nem chegar perto do HC (...) (M10).

(...) um bom serviço [de APS] (...) bem conduzido (...) tem condições de cumprir o que é proposto, de dar resolutividade para o sistema de saúde (...) poupar muitos encaminhamentos (...) mesmo situações não tão simples (...). A maioria dos casos são resolvidos ali e ficam com o acompanhamento ali. (...) Aquilo que você aprende que a atenção básica deve ter uma resolutividade de 80%, é possível. (...) você aprende a lidar com essas situações que não chegam no hospital (...) (M11).

(...) você conhece a forma de trabalho de um núcleo. (...) conhece como é o SUS (...)(O13).

(...) a atenção básica é muito mais abrangente que a hospitalar. O paciente chega, se ele não retorna, você busca o paciente (...), liga, vai fazer uma visita domiciliar. (...) (E17).

Corroborando com esses resultados, sobre o estágio curricular supervisionado favorecer um melhor conhecimento acerca da APS e do SUS, em pesquisa feita por Arantes et al. (2009) com alunos de odontologia, 48,9% disseram, antes do estágio, que sabiam como fazer um encaminhamento para um serviço de atenção especializada. Depois do estágio, esse número aumentou para 80,5%.

Para Ignotti (2014), além de conhecer a realidade da equipe na qual o estudante está inserido, é possível e necessário que docentes e profissionais estimulem o aluno a refletir sobre assuntos acerca do que é vivido no cotidiano, mas também como isso relacionam-se aspectos do sistema de saúde de uma maneira mais ampliada.

Como dificuldades identificadas, os alunos de enfermagem apontaram a falta de contrarreferência para a equipe de APS e o difícil manejo em relação ao atendimento de demanda imediata nem sempre possível de ser resolvido na unidade de atenção primária. Além disso, mencionaram a falta de materiais, instalações e profissionais dificultando o trabalho e, conseqüentemente, o estágio na APS:

(...) sinto falta (...) quando ele vai para o nível secundário, terciário (...), nem sempre ele volta com as informações (...), pra gente continuar o cuidado desse paciente (...) é um ponto difícil. (...) (E3).

(...) às vezes o paciente chega com (...) uma coisa mais aguda. Não tem mais como ser atendido (...), vai no pronto atendimento, (...) fica muito tempo esperando (...). Uma dificuldade da rede. (...) é uma falha de organização (E8).

(...) era tudo tão perfeitinho nos livros e a gente chega lá e, às vezes, não tem material disponível (...)(E7).

limitações físicas da unidade (...) não conseguem atender muito bem aquilo que deveria. (E26) (E9)

(...) às vezes é muito trabalho só pra enfermeira (...) acho que (...) falta profissional, porque não tem um número adequado para cumprir todas as funções que a gente tem capacidade (E17).

Os alunos da medicina destacam que uma dificuldade importante é o fato de necessitarem de encaminhamento de especialidades ou solicitação de exames, com a demora

no agendamento, ou ainda o desejo de utilizar medicações que não são contempladas pela rede municipal:

(...) Às vezes a gente precisa de um exame, (...) encaminhar o paciente, (...) vê que não funciona, o sistema (M3).

(...) até o momento [desse] estágio, a gente está sempre no HC, para pedir um exame é só (...) dar um clique (...). [No estágio] A gente quer pedir alguns exames (...), não consegue (...). Achei uma dificuldade (...), vi que eu não podia muito além daquilo (...). Vai prescrever e não tem esse antibiótico (...), tem que procurar alternativas (...). A questão dos exames era uma desconstrução do raciocínio (...), a falta de recursos (...) (M10).

(...) quando você eventualmente necessita (...) encaminhar (...), demora, (...) exames que você não tem disponível, de medicação, (...) e mesmo de profissional especializado que você não é. (...) (M11).

As dificuldades mencionadas pelos alunos dos cursos de enfermagem e medicina, como a falta de contrarreferência dos setores secundários e terciários para a equipe de APS, o delicado manejo das agendas médica e de enfermagem para atender a demanda imediata, a demora nos encaminhamentos para as especialidades ou realização de exames e a falta de medicações, são “nós críticos” não recentes do SUS. A garantia da integralidade faz-se com garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, sendo o mais comprometido dos princípios, e toda essa realidade considerada uma das fragilidades atuais do SUS (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

A percepção dos alunos faz pensar que o sistema de saúde, tão amplo e universal em tese, mostrou-se excludente, quase perverso, ao ser causador da falta de assistência e cuidado.

Em pesquisa com alunos de odontologia, o difícil caminho para realização dos encaminhamentos despertou sentimento de impotência e a necessidade do paciente diante da falta de recursos fez com que eles sentissem-se questionando os próprios princípios e condutas (SANTA-ROSA; VARGAS; FERREIRA, 2007).

Apesar de todas as dificuldades vivenciadas, é importante que o aluno experimente esse espaço de “vida real”, menos protegido e /ou idealizado que a dos hospitais escolas. São possivelmente as melhores oportunidades para desafiá-los na busca por estratégias que possam alcançar os objetivos com o que têm disponível.

Além disso, que seja momento para estimular as pessoas, envolvidas com a situação identificada como “gargalo” para efetivação dos princípios do SUS, a pensar os espaços políticos em que se possam garantir mudanças, como melhor financiamento, maior número de

profissionais qualificados, insumos necessários para o bom desenvolvimento das ações da equipe de saúde, dentre outras.

As dificuldades, se bem identificadas, poderão ser subsídio para melhor compreensão do funcionamento da rede e do SUS. O que se espera é que, de alguma forma, os alunos reflitam, mesmo que num contexto distante (no caso de instâncias decisórias estaduais e nacionais), o que pode ser feito com esperança de mudanças e melhorias, quebrando a errada concepção de APS de fazer saúde “de pobres para pobres”.

Segundo o Ministério da Saúde, tem sido feito um árduo trabalho da gestão do SUS para oferecer aos brasileiros uma APS com qualidade, resolutiva e desenvolvida de modo acolhedor e humanizado (BRASIL, 2012a).

Quanto ao aspecto da **comunidade**, para os alunos dos cursos de medicina e de enfermagem, o contato com os usuários foi algo muito positivo, sendo essa aproximação e interação identificadas como essenciais a um cuidado mais ampliado e longitudinal. Eles apontam a construção do vínculo como algo que colabora para aprimorar a abordagem ao usuário:

(...) vínculo (...) com a população (...) um tipo de cuidado (...), muito mais longitudinal do que o que você vê em qualquer ambulatório (...), você conhece a pessoa (...), a família (...). Uma experiência (...) absolutamente necessária (...) (M11).

(...) proximidade maior com a comunidade (...), dá para acompanhar (...) [Certa vez] Um paciente que tinha diabetes, que a gente fez o diagnóstico e começou o tratamento com insulina (...). Isso foi muito bom (...) a gente não costuma ter (...) quando fica no HC (...) (M3).

(...) o contato com a comunidade (...), tem que estar preparado para lidar com os diversos tipos de populações. (...) Melhorei o atendimento, a forma como eu faço o vínculo, como eu abordo esse usuário (E3).

(...) ver mais o outro não como uma boca, mas como um ser todo. (...) criar vínculo com o paciente. Nós não temos tempo para isso [nos outros estágios] (...), não tem uma conversa. “Ah, como você está? E sua família?”. A gente simplesmente chega e atende. Vê o que precisa fazer e dá alta. (...) [No atual estágio] Você percebe o ser humano de uma outra maneira. Você vai visitar, você conhece onde ele mora, a família (O10).

(...) os pacientes gostam (...), acham importante, o quanto que eles acham que o vínculo que eles formam com a equipe (...) auxilia para cuidar deles. (...) É uma experiência que todo mundo deveria ter oportunidade de se aproximar (E7).

Os alunos dos três cursos apontam para uma vivência de escuta e diálogo, com criação de vínculo com os usuários, sendo por eles considerado muito importante para o desenvolvimento profissional.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a) entende que o vínculo é um dos aspectos fundamentais para efetivar-se a atenção básica como contato e porta de entrada preferencial para a rede de atenção à saúde. É também essencial para a longitudinalidade do cuidado.

Segundo a PNAB, o vínculo inicia-se e é favorecido primeiramente pela adscrição da clientela em território definido. Com o amadurecimento da relação entre usuário e profissional, a partir da confiança e afetividade, é a própria troca entre eles que melhora a adesão ao tratamento, com corresponsabilização pela saúde. Para isso, o tempo é um fator importante na construção e fortalecimento do vínculo, pois é à medida em que as relações são estreitadas, que as condutas são revistas, ampliando o conhecimento da história de vida e da família, e, conseqüentemente, diminuindo a iatrogenia com melhor coordenação do cuidado (BRASIL, 2012a).

De forma semelhante, outros estudos também perceberam que o estágio curricular supervisionado é um diferencial na formação do aluno para o aprimoramento da comunicação com o paciente, melhorando essa capacidade quanto ao trabalho com a população, sugerindo que não ocorre, em outros estágios, na mesma intensidade (ARANTES et al., 2009; SANTA-ROSA; VARGAS; FERREIRA, 2007; RUIZ; ZAFERENA; HAEFFENER, 2010).

Pesquisas destacam que a formação inserida na realidade tende a formar alunos mais atentos e sensíveis às necessidades e anseios dos pacientes (SANTA-ROSA; VARGAS; FERREIRA, 2007; SANCHEZ; DRUMOND; VILAÇA, 2008).

O maior tempo na mesma unidade de saúde, que aumenta as chances de realizar mais de um atendimento à mesma pessoa ou ainda de atendê-la na unidade e, posteriormente, fazer uma visita domiciliar, é um dos aspectos positivos para favorecer o vínculo.

As visitas domiciliares, com conhecimento do paciente em seu contexto, destacam-se enquanto experiência e estratégia de aproximação com a comunidade, como se tem nas falas:

(...) é uma oportunidade enorme que você tem de observar o paciente dentro do contexto dele, dentro da casa dele, através de visita. (...) Consegue também fazer muita prevenção. (...) É muita educação em saúde que acontece (E13).

(...) o contato com o paciente (...) [poder conhecer] o ambiente familiar, a condição social do paciente (...), a gente atendia muitos

familiares em sequência (...), tem problemas que são muito relacionados às características do grupo (M9).

(...) gostei das visitas (...) contato com o paciente (...). A gente tinha feito a cirurgia de uma paciente, ela não tinha comparecido pra remoção de pontos. A gente foi na casa dela, fez a remoção (...) lá. (...) Ela tinha muita dificuldade de sair (...), a gente viu que as condições de higiene (...) não era boa. (...) Na qualidade bucal também não seria (...), já passou isso para o grupo [de profissionais] (...), não tem isso na sua clínica (...) (O11).

Ao contrário das visitas domiciliares realizadas no início dos cursos de graduação e discutidas aqui anteriormente em “Inserção dos alunos nas equipes de Atenção Primária à Saúde”, em que os alunos demonstraram não compreender o intuito da atividade e a importância para a formação, na ocasião do estágio supervisionado, parece ser bem diferente.

Os alunos identificaram as visitas como importante estratégia de cuidado em saúde e um diferencial relevante que os profissionais na atenção primária podem utilizar. O ambiente familiar foi citado como fonte de informações da situação da família e locus de intervenções.

Da mesma forma, como foi posto pelos alunos investigados, há relatos de outros estudantes de odontologia que perceberam situações nas quais poderiam atuar de forma mais ampla que o atendimento no consultório, a fim de minimizar os problemas da comunidade, como grupos e visitas domiciliares (SANTA-ROSA; VARGAS; FERREIRA, 2007).

A interação diante de uma realidade social como, por exemplo, a proporcionada pelas visitas domiciliares, colabora para uma formação que ajuda os estudantes a pensarem respostas no contexto apresentado, amplia a noção de problemas de saúde que fazem a comunidade adoecer e configuram um “campo fértil” para formar com vistas à integralidade, uma forma de pensar e fazer saúde mais próxima das pessoas e mais reflexiva (RUIZ; FARENZENA; HAEFFNER, 2010).

Os alunos dos cursos de enfermagem e medicina apontaram dificuldades referentes ao como lidar com a comunidade, como se pode ver nas falas:

(...) a própria população, a dificuldade que eles têm em entender o que é uma Estratégia de Saúde da Família. (...) Pra eles tem que ser a cura somente (E9).

(...) às vezes, as pessoas banalizam (...) Superutilizam o PA (...) Paciente vai lá, não tem nada (...) (M18).

(...) as pessoas demoram mais para aderir às nossas atividades, as nossas orientações. (...) Não tem essa percepção de prevenção e

promoção (...), tem mais essa percepção (...) “Ah, estou com uma dor, resolvo e pronto”. (...) (E4).

(...) a população tem um nível de educação muito baixa (...), acaba jogando pra cima do médico a responsabilidade da saúde. (...) A maioria (...) é manejado na assistência básica, mas não é resolvido (...) Mesmo você fazendo tudo o que é preconizado (...), não funciona (...), não se responsabilizam pela saúde (M14).

A dificuldade percebida pelos alunos foi ter que lidar com uma população que desconhece o funcionamento do sistema de saúde e o papel da equipe de APS. A partir disso, outros comportamentos apresentavam-se sendo de difícil manejo, como a resistência em adesão às propostas que envolvem promoção de saúde e prevenção de doenças, em oposição à opções consideradas mais “fáceis”, como utilização dos serviços de pronto-atendimento.

Essa resistência, ou não adesão, à mudança de comportamento é percebida também como falta de responsabilidade no autocuidado, porque transferem para o serviço ou profissional de saúde esse papel de promotor/mantenedor da própria saúde.

Por trás dessas questões identificadas pelos alunos, pode-se inferir uma comunidade orientada por uma forma de compreensão de saúde dentro do modelo biomédico, na contramão do papel da APS na rede de saúde, e em especial da ESF enquanto modelo de saúde substitutivo.

Para Silva, Casotti e Chaves (2013), a implantação da ESF ainda não caracteriza que ela constitui-se em uma estratégia central na organização dos serviços de saúde, o que dificulta a incorporação do seu caráter substitutivo, apesar de ter havido avanços e provocado mudanças, como a melhoria de cobertura e a universalização.

A dificuldade revelada pelos alunos é, na verdade, um grande desafio para profissionais e para a consolidação da APS como um todo. Talvez para os estudantes tenha sido algo mais novo por não terem vivenciado o cotidiano de um serviço de forma intensa como no estágio curricular. As práticas acadêmicas anteriores, provavelmente mais pontuais ou “protegidas”, favoreceram uma expectativa de que bastaria orientar para que houvesse pronta adesão dos usuários.

Para os alunos é comum uma falsa expectativa de que, se os pacientes conhecerem as formas de tratamento, quase automaticamente serão capazes de mudar a situação de saúde que há tempos construiu-se (SANTA-ROSA; VARGAS; FERREIRA, 2007). No entanto, o que se observa é que o conhecimento é o começo de uma série de requisitos necessários para adesão das pessoas às orientações com efetivas mudanças que proporcione mais saúde.

Para os alunos da odontologia, a dificuldade em relação à comunidade estava em como abordá-la, para realizar um atendimento mais abrangente ou pelo fato da vulnerabilidade social ser alta e ter que pensar estratégias de promoção e prevenção nesse contexto:

(...) na faculdade estamos acostumados (...) faz tudo que ele [o paciente] tem e vai embora. Lá não, você continuava, lia o prontuário dele todo, via com quem morava, o que ele fazia, (...) a gente ficava meio perdido, em como abordava o paciente desse jeito (...) (O2).

(...) é meio difícil fazer prevenção e promoção com uma população que é muito carente de atenção odontológica (...) ensinar ela escovar os dentes, direitinho, se ela estava com quinze cáries (...) era meio impotente (...) (O5).

Os alunos de odontologia destacaram uma particularidade que é a dificuldade em olhar o usuário numa perspectiva holística, para além da saúde bucal, mas se empenhar em conhecer a pessoa e sua família. A habilidade em ampliar o olhar para o ser humano, trabalhando no sentido de garantia da integralidade, foi um dos saberes que eles destacaram para atuar em APS, conforme discutido anteriormente na categoria “Conhecimentos relevantes para atuar em Atenção Primária à Saúde”.

Os estudantes pesquisados citaram a dificuldade em ter que lidar com orientações técnicas em contextos sociais fortemente marcados pelas limitações financeiras. Para eles, orientar a população e estimular o autocuidado, na medida do possível, nesse panorama, era bem desafiador e acompanhado de sentimento de impotência por identificar as limitações de sua prática ou porque, às vezes, eram situações nas quais não se tinha condições de resolutividade ou intervenção imediata.

De forma semelhante, foi identificado um sentimento de frustração e impotência, em acadêmicos de medicina durante o exercício em estágio curricular (CAVALCANTE; SOARES; CORREA, 2014).

Apesar disso, Arantes et. al (2009) trazem que o estilo de vida e condições de moradia do paciente eram preocupações “menores” em pesquisa realizada com alunos de odontologia antes do estágio curricular. O foco do atendimento era dado a questões como identificar e resolver a queixa principal do paciente, além de dar orientações de como deveria ser feita a higiene oral. Depois do estágio, aumentou de forma significativa o número de alunos que relataram dar atenção às questões sociais do paciente, apesar do predomínio ter sido mantido em aspectos biológicos (ARANTES et al., 2009).

Referente ao aspecto das **habilidades específicas para o exercício da profissão**, os alunos dos três cursos estudados destacaram que o estágio curricular supervisionado proporcionou uma experiência que fez com que se sentissem mais autônomos, enquanto alunos-profissionais no aprimoramento de habilidades específicas e que serão necessárias para o exercício da profissão no futuro, como se tem nas falas a seguir:

(...) consegui desenvolver muito a minha habilidade para fazer uma consulta de enfermagem (...), dá para perceber uma grande diferença. Hoje eu (...) chego com uma autonomia diferente, um conhecimento maior (...) (E11).

(...) davam bastante autonomia (...). Chegar já para discutir com o contratado com uma conduta pronta e a gente ver que (...) está acertando (M10).

(...) abordagem é totalmente diferente da faculdade. [Na faculdade] é muito pajeado pelo professor (...); [no estágio] tem muito mais autonomia (...). Nem sempre o que a gente aprendeu à risca na teoria, na prática, (...) vai ser melhor (...), é importante esse senso crítico pra decidir (...). E ouvir (...) o que a pessoa quer (O6).

Os alunos falam de autonomia como uma capacidade para desenvolver uma atividade inerente ao profissional, com liberdade, segurança e conhecimento. Apesar dos aspectos facilitadores e dificultadores discutidos anteriormente, ao final do processo de inserção na equipe de APS, eles perceberam-se mais capazes após as vivências que o estágio proporcionou.

Eles têm uma expectativa natural por mais autonomia nesse período do curso, a partir de competências, habilidades e atitudes desenvolvidas ao longo da graduação e na maior parte dos casos, expressa em atividades como o estágio curricular supervisionado (CAVALCANTE; SOARES; CORREA, 2014; SANTA-ROSA, VARGAS; FERREIRA, 2007).

As atividades desenvolvidas fora dos muros das universidades, e percebidas como positivas pelos alunos, estão relacionadas com o aumento da motivação e confiança na profissão e colaboram para que os alunos aumentem “o gosto” pelo trabalho no SUS (LEME et al., 2015).

Segundo Arantes et al. (2009) o estágio é capaz de oferecer muitas oportunidades que favoreçam ao aluno tomar decisões e adquirir segurança ao perceber que é capaz de fazer sozinho ou com apenas orientações gerais. Esses pesquisadores, em investigação com alunos de odontologia, verificaram que o estágio curricular contribuiu para que a maioria dos

estudantes se sentisse muito ou plenamente capazes para realizar diagnósticos e prescrições, sem ajuda de um professor, configurando aumento da capacidade de tomada de decisões.

Para que isso torne-se realidade, o estágio, mais do que técnicas, precisará ampliar a capacidade do aluno em perceber o que é preciso fazer para que sua intervenção tenha êxito e, ainda mais, que no futuro possa aprimorá-la em diversas situações. Esse exercício gera uma aprendizagem significativa, pois, dentro de um contexto, é possível refletir e responder a várias questões que foram ou que poderão ser postas pelo usuário, comunidade, profissionais ou gestão (MARRAN; LIMA; BAGNATO, 2015).

O estágio é também uma oportunidade de aumento da independência porque, na maioria das vezes, a presença do professor, de forma mais constante, poderá inibir o aluno ou até fazê-lo sentir-se incapaz. Além disso, nessa situação, como os alunos têm (ou deveriam ter) chance de participar, desde o planejamento de algumas atividades até a sua execução, favorece a compreensão do raciocínio profissional para justificar suas escolhas como um todo (SANTA-ROSA; VARGAS; FERREIRA, 2007).

A tomada de decisão não acontece sem a articulação entre teoria e prática, pois é a partir dela que a instrumentalização do aluno acontece. O fazer requer diálogo, interação, reflexão, inserindo-o no mundo da sua área profissional (MARRAN; LIMA; BAGNATO, 2015).

Os alunos de enfermagem destacam a importância do estágio para conhecer melhor as atividades do enfermeiro na APS e a autonomia que o profissional tem nesse contexto:

Identifiquei o que a enfermeira pode fazer na saúde da família. São muitas atividades (...) gerenciais (...), assistenciais (E7).

A gente tinha muita oportunidade de procedimento (...) troca de traqueostomia (...) de sonda uretral, curativo (...), muita coisa diferenciada que você consegue fazer, (...) tem os grupos (...) com os idosos (...), as gestantes (E6).

(...) a autonomia que o enfermeiro tem dentro da atenção básica. Ali é o enfermeiro que resolve os problemas (...) (E8).

O aluno do curso de enfermagem revela um desconhecimento das atividades e do papel que o enfermeiro na APS desenvolve.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a) atribui ao enfermeiro responsabilidades como atuar na atenção à saúde individual e de famílias cadastradas, no domicílio, unidade de saúde e outros espaços comunitários; realizar consultas, e procedimentos de enfermagem, solicitar exames complementares conforme estabelecido em

protocolos; gerenciar as atividades dos agentes comunitários de saúde juntamente com os outros membros da equipe; supervisionar outros membros da equipe de enfermagem, bem como colaborar na educação permanente deles e da equipe; gerenciar insumos necessários para o atendimento da unidade de saúde, dentre outras atividades (BRASIL, 2012a).

É um desafio para a universidade e para o aprendiz o desenvolvimento de tantas habilidades que o enfermeiro necessita ter em seu dia-a-dia. Além do conhecimento técnico científico, e por ser o responsável pela equipe de enfermagem, tem muitas vezes que atuar diretamente na resolução de problemas administrativos, sendo necessária uma formação abrangente que contemple o cuidado de enfermagem, mas também conhecimentos e habilidades em gestão de pessoas e de processos (RAMOS; FREITAS; SILVA, 2011).

No caso dos enfermeiros que atuam com comunidades, soma-se a isso o contexto social, o qual faz necessários novos modos de saber, fazer e ser, no sentido de analisar o contexto e, juntamente com a equipe, buscar maneiras de enfrentamento e/ou resolução (LIMA et al., 2014).

Provavelmente, foi apenas durante o estágio supervisionado que os alunos puderam ver e acompanhar efetivamente um enfermeiro no desenvolvimento de suas atividades como um todo. A imersão do aluno no campo de prática, com extensa carga horária e o desejo de atuar como um profissional, deve ter colaborado para que o aluno visse “todas as peças do quebra-cabeça” (ou a maioria delas), e não apenas “peças soltas”, como o fazer do enfermeiro em outros estágios.

Esse reconhecimento do profissional é relevante para que o aluno adquira uma identidade, o que colabora para que as situações do cenário de aprendizagem sejam vividas de uma forma mais natural, ajudando o aluno a sentir-se mais preparado e competente (BENITO et al., 2012).

No entanto, há de se pensar se esse reconhecimento pelos alunos de enfermagem, apenas no último ano do curso, não se trata de algo que acontece tardiamente na formação. Até que ponto a referência, enquanto profissional, foi a do enfermeiro na área hospitalar, em que o que se desenvolve, as rotinas e atividades, é muito diferente?

Para os alunos de medicina, a autonomia é fruto de um espaço de discussão dos casos atendidos, mediante garantia de tempo para essa atividade e com supervisão do médico contratado ou residente do serviço, o que colaborava para se sentirem seguros e habilitados, como destacado nas falas:

*(...) muita liberdade para fazer as coisas (...), sempre supervisionado,
(...) discutir o caso com um residente (...) facilitou bastante (...).*

Tecnicamente ele não está qualificado como um professor. Mas a capacidade de diálogo (...) foi muito maior (...). O supervisor [médico contratado] (...), uma pessoa muito madura (M7).

(...) bastante autonomia, mas ao mesmo tempo não se sente inseguro de fazer as coisas, porque a gente sempre sabe que quando aperta, tem gente que vai discutir (...). Gostei muito do médico contratado (...), discute sobre todos os assuntos (M15).

(...) Tem tempo para discutir (...). No [outro serviço] é uma correria (...) não ia ter muito tempo para ficar fazendo ciência, aprendizado (...) (M8).

Os alunos do curso de medicina apontam para uma experiência que colabora com o desenvolvimento da autonomia, que consiste na garantia de encontros entre médico contratado pelo serviço (preceptor) (e, às vezes, acrescido de um residente) em que podem trocar experiências e, com tempo, discutirem condutas viáveis e as formas de abordagem do problema em uma perspectiva generalista.

O relato dos alunos é no sentido de valorização de espaços em que podem ter a oportunidade de dialogar com profissionais experientes e habilitados, consistindo numa forma de aprendizagem que agrega à resolução de casos concretos, uma forma de pensar o caso para além da resolução por vezes bastante teórica ou idealizada da realidade.

Ao contrário do que foi identificado nesta pesquisa, Ruiz, Farenzena e Haeffener (2010) apontaram que o principal ponto negativo identificado pelos alunos foi o despreparo dos médicos contratados para atuar supervisionando os alunos em campo de prática.

Os profissionais que atuam na assistência, “na ponta”, tem um papel fundamental no processo de formação na saúde e devem sentir-se corresponsáveis pela formação dos futuros médicos, enfermeiros e dentistas. Eles devem ter clareza desse importante exercício, pois tornam-se referência profissional para os graduandos, contribuindo para que eles sejam inseridos na construção do modelo de saúde que se deseja fortalecer (ARAÚJO, 2013; BORGES et al., 2011; LIMA et al., 2014).

Esse modo de pensar e fazer saúde precisa ser algo visível para os alunos a fim de que não constitua-se uma dicotomia entre o que foi posto nas salas de aulas e o que foi observado nos serviços. A articulação entre teoria e prática deve favorecer conhecimentos e valores para a vida profissional, atingindo amplitude maior do que apenas o desenvolvimento de atividades pontuais durante o estágio.

Os currículos que buscam formar os alunos com vistas às competências para o trabalho no SUS, conforme direcionamento das DCNs, precisam cada vez mais contemplar

experiências pedagógicas em que os estudantes possam articular teoria e prática (IGNOTTI et al., 2014; LIMA et al., 2014). Estariam os cursos sensibilizados e dedicados para garantir isso?

5.6 Percepção sobre a formação para atuar em Atenção Primária à Saúde: atingiu as expectativas?

Tal categoria tem por finalidade apresentar o olhar do aluno de graduação em enfermagem, odontologia e medicina de uma forma mais ampla acerca do caminho trilhado ao longo da formação, no que diz respeito à atenção primária, após compreender como se deu a inserção nas equipes de APS e etapa final desse processo de ensino aprendizagem, mediante vivência do estágio curricular supervisionado.

Segundo o entendimento de Sacristán (2013), é de se esperar e desejar que a partir do encontro entre o sujeito (aluno) e o conteúdo (experiência), aconteçam processos de diferentes formas também valorizados de forma desigual, segundo a sua importância, densidade, orientação educativa recebida ou, ainda, visões particulares sobre o que se deseja e acredita ser possível.

Nessa perspectiva, em todas as categorias, e nessa, de forma especial, há de se ponderar que a percepção do aluno acerca da formação é algo relativo e que passa pela expectativa do que se esperava que ela ofertasse, podendo ter relação com a afinidade com a área, a participação em espaços nos quais a formação foi discutida (como centro acadêmico, congresso de educação/formação para a saúde), em programas como PET- Saúde, bem como outras experiências de ensino, pesquisa e extensão com essa interface.

Por isso, o intuito não foi gerar um consenso, mas muito mais identificar por meio de uma auto avaliação: o que o estudante entende quando se percebe (ou não) bem formado? Inicialmente, serão apresentados os relatos e a perspectiva dos alunos que consideraram a formação de graduação satisfatória. Em seguida, a discussão terá um enfoque nos aspectos que influenciaram de forma negativa ou limitante para que alguns alunos se sentissem despreparados para atuar em atenção primária. Por fim, será discutida a contribuição de experiências extracurriculares como a participação no PET Saúde.

Os alunos do curso de Odontologia consideram que a formação que tiveram para atuar em APS foi muito boa, como se vê nos relatos:

(...) tem oportunidade de ter contato com a equipe em diferentes momentos, (...) faz territorialização, (...) visita domiciliar (...), passa um mês lá fazendo (...) o que um dentista em saúde da família faz, (...) consulta em saúde bucal, faz atendimento no CSE⁸, participa das reuniões (O4).

⁸ O Centro de Saúde Escola (CSE) é um serviço de atenção primária e secundária em atenção em saúde.

(...) a faculdade foca bastante a Saúde da Família (...) começa no primeiro ano e segue até o último (...) dá pra gente conhecer bem (...) (O6).

A formação daqui foi muito boa (...), desde o começo do ano já veio falando de saúde coletiva. E todo mundo já vai fazendo a primeira clínica, a segunda, com a cabeça “preciso ver o paciente como um todo”. (...) A formação não falhou em nada (O9).

A percepção dos alunos do curso de odontologia de que o curso de graduação oferece uma boa formação baseia-se na organização das disciplinas referentes à APS, a partir do entendimento de que as mesmas estão bem distribuídas ao longo do currículo, o que proporciona um diálogo permanente com essa temática, além da diversidade de atividades que puderam exercer nesse contexto.

Lima, Pereira e Drumond (2013), de forma semelhante aos alunos entrevistados na atual pesquisa, concluíram que os estudantes de odontologia sentiam-se preparados para atuar em APS devido ao curso de graduação que tiveram. Consideraram que uma adequada formação deve oferecer ao aluno a possibilidade de atuar em situações que envolvam conhecimento e intervenção em realidades sociais distantes das vividas por eles, contemplando as necessidades da população.

Sanchez, Drumond e Vilaça (2008) apontam em pesquisa com estudantes de odontologia um resultado que corrobora com esses dados. No entanto, o que foi apontado pelos alunos para que se sentissem preparados foi a formação proporcionada pelo estágio supervisionado (internato) e, também, o entendimento de que os procedimentos técnicos no contexto da APS eram limitados, o que exigia “menos” do aluno.

Ao contrário do que foi identificado nas pesquisas anteriores, os autores Lenzi et al. (2010) apontam para a existência de profissionais em odontologia que atuam em APS, satisfeitos com o trabalho que desempenham, mas que acreditam que a formação universitária não colaborou para que se sentissem embasados para atuar nesse campo.

O desafio em direcionar a formação dos cursos da área da saúde para uma efetiva consolidação do SUS passa por entender que o perfil profissional deve ser voltado ao atendimento das necessidades de saúde bucal da população, tendo uma das principais frentes para atingir essa finalidade, uma boa capacitação para atuar em atenção primária à saúde (LIMA; PEREIRA; DRUMOND, 2013).

De forma semelhante a dos alunos de odontologia, alguns estudantes do curso de graduação em medicina consideraram que a formação foi conduzida de forma adequada,

apesar de identificarem a necessidade de melhor organização dos estágios prévios ao estágio curricular supervisionado (conforme já abordado anteriormente), como pode ser entendido pelas falas:

(...) os estágios (...) de saúde comunitária (...) [são] um pouco confuso (...). Apesar disso, (...) cumpriram com o papel a que se propuseram. Um período razoável pra você trabalhar (...), com acesso aos núcleos de saúde (...), ao departamento de medicina social (...). O curso de medicina, de um modo geral (...) a gente sai muito bem formado. (...) Tanto no básico, que aqui é fantástico, é muito bom, quanto nas disciplinas clínicas até o internato (...) (M11).

(...) durante a nossa formação os conceitos de atenção primária são bem abordados. Apesar da desorganização dos estágios, (...) a atenção primária é bem abordada. E os conceitos são bem passados (...) (M12).

(...), me sentia muito preparada pra atender saúde da família (...), a faculdade me deu bons subsídios (...) (M15).

Para esses graduandos, a percepção de que a formação em atenção primária atingiu os objetivos dá-se por entenderem que os princípios da APS foram estudados ao longo do curso e a limitação apontada não parece influenciar no resultado final.

De forma semelhante a esses resultados, Cavalcante, Soares e Correa (2014) evidenciaram que os discentes do curso de graduação em medicina, após estágio supervisionado, perceberam-se como futuros médicos, seguros quanto às suas competências e agentes de transformação.

Como os alunos dos cursos de odontologia e medicina, parte investigada dos estudantes de enfermagem também entende que a formação para atuarem na atenção básica foi satisfatória, como se pode observar:

Você sai com um embasamento muito bom (...) a faculdade prepara (...). A minha formação profissional foi muito incrível (...) (E12).

No começo do ano (...), não sabia dizer nada sobre (atenção) básica. [No] estágio, acabei desenvolvendo bastante (...). Hoje eu consigo me ver como uma enfermeira tanto hospitalar quanto (atenção) básica (...) (E17).

Para eles, a perspectiva de que foram bem formados dá-se em consequência da percepção de que têm um conhecimento embasado cientificamente, o que os tornaria aptos para atuar em APS. Apontam as experiências práticas e, especialmente o estágio curricular supervisionado, como favorecedores para se sentirem seguros nessa área.

Os alunos dos cursos de medicina e enfermagem apontam para a possibilidade de aprenderem diante das situações da nova profissão, pois reconhecem que, mesmo que tenham dificuldades, seriam capazes de superá-las:

(...) se eu me inserisse na saúde da família, eu teria base (...), algo que eu não conseguisse resolver na hora (...), conseguiria buscar para resolver (...), a faculdade proporcionou isso. Não ensinou de forma tão ampla tudo, mas inseriu meios para saber onde eu posso buscar (E4).

(...) Se eu assumisse amanhã (...) trabalharia com tranquilidade. (...). Ia cometer meus erros, minhas deficiências, mas com estudo eu sanaria isso (M17).

Para Kloh et al. (2014) a capacidade do aluno se auto avaliar, como uma ferramenta que ajuda a perceber seus déficits para ir em direção a minimizar suas dificuldades, faz parte de uma proposta pedagógica que estimula a reflexão sobre a prática em saúde, fortalecendo o eixo da integralidade do cuidado na formação.

Apesar deles não terem usado o termo “educação permanente em saúde”, os alunos denotaram que são capazes de aprender continuamente, conforme destacado no rol das competências gerais apontadas pelas DCNs dos cursos de enfermagem e medicina. É desejável que a formação estimule a vivência de estratégias que favoreçam ao aluno aprender a aprender, e que essa prática seja incorporada em sua vida profissional de forma a estar continuamente atualizando e aprimorando-se.

Há uma necessidade de educação permanente pelo profissional devido à “provisoriidade constante” do conhecimento, sendo necessário deslocar o eixo do currículo dos conteúdos para as estratégias de ensino-aprendizagem. Certamente o aluno que recebeu passivamente as informações ao longo da graduação terá dificuldades para buscar de forma ativa a informação no constante movimento de reconstrução do conhecimento (MAIA, 2004).

Mais do que oferecer as respostas, o período de formação deverá ter ajudado o estudante no sentido de identificar suas perguntas e como tentar encontrar as respostas. Além disso, considerando que os adultos aprendem melhor em situações concretas, de forma contextualizada, as situações do cotidiano serão desafiadoras e estimulantes para o desenvolvimento crescente da autonomia (ZANOLLI, 2004; CARÁCIO et al., 2014).

Antes mesmo de iniciarem a inserção no mundo do trabalho propriamente dito, em estágios, e de forma especial, no supervisionado, os alunos já podem vivenciar (conforme discutido em “Possibilidades e limites vivenciados nos estágios curriculares”) a prática como elemento que motiva a busca do conhecimento. As situações-problema, que emergem do

cotidiano, deveriam ser capazes de direcioná-los ao reconhecimento de suas capacidades, mas também das necessidades, impulsionando para a aprendizagem de novos saberes. Esse movimento contrapõe-se ao entendimento de que se deve ter uma forte referência teórica antes de se submeter à prática (NÓBREGA-TERRIEN, 2015; FERREIRA; SILVA; AGUER, 2007).

O que se tem, então, é um profissional em permanente formação, e não alguém que, ingenuamente, considera-se inteiramente preparado ao final do ciclo de graduação. É desejável que, durante o desenvolvimento da grade curricular, trabalhe-se com uma progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno, visando a prepará-lo para superar os novos desafios da profissão e as demandas emergentes do mercado de trabalho (CARÁCIO et al., 2014; KRIGER, 2005).

No que tange às experiências práticas para a aprendizagem e desenvolvimento das capacidades do aluno em formação, alguns entrevistados dos cursos de graduação em medicina e enfermagem, destacam a reduzida carga horária em atividades em campo.

Para os alunos de medicina, esse aspecto foi determinante para que se sentissem prejudicados diante da possibilidade de atuação na área da atenção primária, como se pode ver:

(...) A gente aprende a medicina (...) no terciário (...). Esperar chegar no sexto ano para um estágio que dura um mês só, não está certo(...). “O médico tem que se formar sabendo atender o que é o básico, mas sabendo reconhecer (...) o mais complexo”. É essa justificativa que dão pra gente passar tanto tempo no terciário. (...) É pouco tempo no primário (...) (M10).

A gente tem um déficit (...) de prática na área básica (...). Sai com medo (...), praticou pouco (...), sai com uma visão (...) “tudo é grave” (...). E, às vezes, as coisas são mais simples (M13).

(...) a gente fica muito dentro do HC, (...) vendo várias síndromes que você só vai ver uma vez na vida (...). O que a gente precisa tratar oitenta por cento das vezes, a gente acaba reservando uma parcela pequena da nossa formação (...) (M18).

(...) o curso acaba mais voltado para o hospital. (...) A gente sabe que oitenta por cento da medicina não é feita no hospital. (...), teria que desmontar (...) uma estrutura ótima de ensino (...) colocar em uma estrutura que (...) está construindo, é complicado (...). Mas precisa (...), tem que mudar. Tem que tirar o curso de medicina de dentro do hospital (M7).

Nas falas, é possível perceber a ênfase dada na ampliação de carga horária para que pudessem ter mais experiências práticas no contexto da APS e, além disso, apontam o predomínio do cenário hospitalar para a aprendizagem da medicina. Destacam a formação baseada em um raciocínio em que se lida com situações de maior gravidade e com casos mais raros e de menor frequência, em termos epidemiológicos.

Os alunos de enfermagem também relataram predomínio das vivências hospitalares, sem que isso seja percebido como um elemento dificultador, mas influenciando na sensação de que estão despreparados para atuar na área:

(...) tem muito contato com a área hospitalar dentro da faculdade (...), é inserido no HC e ali você fica fazendo vários estágios (...). No núcleo, (...) faz pequenas intervenções (...), o hospitalar é muito mais valorizado (...). Não me sinto preparada pra atuar na área básica. (...) deixa muito a desejar (...) devia ter uma preparação melhor (...), quem quer atuar nessa área tem que se esforçar muito pra aprender (E15).

(...) A gente passa no primeiro ano (...), faz as visitas. (...) Quando a gente vê mesmo como que é (...), no quarto ano, a gente fica totalmente perdido. (...) A faculdade foca muito ainda no hospital. (...) Chega na atenção primária, você vai fazer uma consulta de puerpério. Sendo que a gente quando aprende o puerpério imediato, não é voltado para o tardio (...). Me percebo despreparada. (...) (E16).

Os alunos destacam em suas falas que ainda há uma centralidade da formação no contexto hospitalar, o que corrobora com que se sintam despreparados ou inseguros para atuar em atenção primária. A política de formação de recursos humanos para o SUS destaca a diversificação de cenários de aprendizagem como primordial, ampliando para além do hospital como locus privilegiado de formação, e contempla os serviços da rede de saúde, bem como outros espaços que compõem a aprendizagem para a saúde (NÓBREGA-TERRIEN, 2015; NEUMANN; MIRANDA, 2012; NOGUEIRA, 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2007).

Porém, esse deslocamento ou “des-hospitalização” do processo de ensino-aprendizagem, apesar de todo o incentivo às mudanças, em curso, ocorre ainda com resistência por parte da comunidade acadêmica em relação à educação nos cursos de saúde que deveria ir além da biologia, incluindo aspectos históricos, sociais, psicológicos e culturais e suas relações sutis com as formas de adoecimento/processo saúde-doença (NOGUEIRA, 2009; FERREIRA; SILVA; AGUER, 2007).

Nogueira (2009) aponta que tal resistência na reorientação da educação nos cursos da área da saúde implica em implementação de mudanças que não se dá de forma estática, sendo um processo dinâmico e acidentado, intercalado por avanços e retrocessos. A autora ainda enfatiza ser necessário, cotidianamente, construir espaços que transformem concepções de saúde, práticas e relações de poder das universidades e dos serviços.

O rompimento com o paradigma biologicista dá-se de forma gradativa e as instituições formadoras, aos poucos, constroem a possibilidade de graduar profissionais sintonizados com as necessidades de saúde da população (KRIGER, 2005).

A clareza da necessidade de mudanças na formação dos cursos da área da saúde não é novidade, pois já se tem isso reconhecido, quanto ao que se espera dos profissionais generalistas, de serem capazes de oferecer uma atenção integral e humanizada, que abrace o trabalho em equipe e que inclua, nas decisões, não apenas as questões clínicas, mas o contexto familiar e comunitário, com identificação das situações de apoio e vulnerabilidade (UCHIMURA; BOSI, 2012).

Destaca-se que dentre os principais problemas da formação em saúde estão a dificuldade no manejo de situações comuns no contexto dos serviços de atenção primária, a centralidade que o hospital ainda tem para a aprendizagem dos alunos e o discreto enfoque que a formação oferece para a promoção de saúde e prevenção de doenças (UCHIMURA; BOSI, 2012).

Mitre et al. (2008) colocam que a ênfase na formação em atenção terciária, individual e curativa produziram um tipo de ensino e de profissionais dissociados das reais necessidades do sistema de saúde. Em contraponto, as DCNs dos cursos de medicina e enfermagem (BRASIL, 2001a, 2001b) destacam a importância da formação estar direcionada ao atendimento da população brasileira e fortalecimento do SUS.

Uma formação centrada no ambiente hospitalar prejudica a atuação em atenção primária, pois a construção do raciocínio clínico é diferente e os problemas nesse tipo de atendimento são menos estruturados. A importância de ampliar o olhar para questões além das biológicas e a melhor capacidade de escuta, tem sido relacionada à melhor resolutividade do atendimento, e o oposto, como a dificuldade em compreender a singularidade de cada indivíduo, está relacionada a maior número de exames e consultas, o que se supõe consultas menos eficazes (CECCIM; CAPAZZOLO, 2004).

Muitas vezes, os profissionais até desejam melhorar a habilidade de escuta e de terem uma ampliação do olhar para um atendimento mais integral, mas se percebem com

pouco, ou nenhum, referencial e/ou instrumentos para fazer isso, o que pode supor que a formação não lhes oportunizou de forma satisfatória (CECCIM; CAPAZZOLO, 2004).

Além desse aspecto, Gonçalves et al. (2009), ao estudarem a formação de médicos (mas que certamente se pode ampliar para todas as formações em saúde) que atuavam em APS, apontam haver uma falta de destaque por parte dos cursos de graduação à área de atenção primária no sentido de capacitação e influência para que escolhessem trabalhar nela. Colocam também a falta de experiências práticas que colaborassem para entender melhor o cuidado desenvolvido de forma longitudinal, comunitário e com uma visão ampla do sistema de saúde.

Entre os alunos de medicina, há alguns que entendem que atenção primária não foi um enfoque importante do curso, mas não consideram como algo negativo, como se tem a seguir:

(...) não me prepara suficientemente bem para trabalhar como médico da família (...) [nem para] trabalhar em nenhuma situação Pra gente estar capacitado para trabalhar como médico em saúde da família, precisaria investir mais (...) tempo, experiência. (...) Acho que essa não é a proposta do curso de medicina (...), não nessa faculdade (...) Tem a proposta de formar um médico generalista. Mas acho que não se encontrou (...). Também não deveria diminuir a carga horária do curso (...), dá a oportunidade da gente ter um conhecimento(...) com as áreas que são mais específicas, mais raras (...) (M5).

(...) nosso curso (...) é voltado pra atenção secundária, terciária (...) é uma vocação da faculdade (...). Acaba deixando um buraco na nossa formação na atenção básica. (...) Como política de saúde pública é importante. Mas não acho que (...) todos os médicos têm que aprender (...). Seria um desperdício se na nossa faculdade tivesse grande parte voltada pra atenção primária. (...) aqui (...) tem um foco de excelência [em] (...), fazer pesquisa de ponta (...). As políticas [tem que] parar de querer que todo mundo tem que ser na atenção primária. (...) Aqui não é o lugar de se investir na atenção primária (...), tem esse poderio (...) de estrutura, de história (M14).

Destaca-se o entendimento por parte do aluno de que, apesar de considerar haver falha na formação para atenção básica, a partir da percepção de que não foi bem preparado para atuar em APS ou ainda com a menção a um “buraco” na formação em atenção básica, isso não parece significar um problema.

Tratar-se-ia de uma questão técnica acerca da falta de conhecimento do papel da atenção básica como ordenadora da rede? Ou seria uma repetição do discurso não oficial,

porém informalmente presente no cotidiano dos alunos, como se pode ter no exemplo da frase citada de que a “vocação da faculdade é atuar na atenção secundária e terciária”.

Como essas “verdades” são criadas no ambiente acadêmico e como elas influenciariam a formação dos alunos?

Entende-se que o currículo tem múltiplas facetas, na medida em que se tem o currículo enquanto discurso oficial da instituição (ou propriamente dito), o currículo que os professores interpretam, há o que os sujeitos envolvidos põem em prática, ou ainda aquele que contempla os efeitos reais no plano subjetivo dos alunos e os comprováveis mediante avaliação (FINKLER; CAETANO, 2014; TOASSI et al., 2012; SILVA, 1999; MAIA, 2004; SACRISTÁN; 2013).

Em meio a isso, há também o currículo oculto, uma aprendizagem quase imperceptível e que acontece de forma concomitante com a formação, mediante ações e vivências, na qual os alunos incorporam traços da cultura institucional, tomando pra si os valores dominantes do grupo (FINKLER; CAETANO, 2014; GONÇALVES, 2016; SILVA, 1995).

Esse conjunto de valores e comportamentos, que de forma implícita são aprendidos, mediante as relações sociais que se estabelecem na universidade, não fazem parte de forma “visível” ou explícita no currículo (SILVA, 1995). No entanto, segundo Gonçalves (2016), não se justifica atualmente compreender que algo na escola dê-se de forma “não intencional” ou ainda “desconhecida” ou “encoberta”, considerando que não há neutralidade, enquanto espaço social de múltiplos poderes e articulações.

Para Gonçalves (2016) toda instituição escolar tem um currículo oculto, e pode ser entendido como processo, mas também produto, como causa e efeito.

Assim, considerando que os significados do currículo oculto poderão ser construídos sem que os envolvidos no processo de ensino aprendizagem estejam totalmente conscientes, entende-se ser importante planejar estratégias para aproximação do que o aluno aprende, de forma que favoreça emergir aspectos do currículo oculto, a fim de realizar intervenções que possam minimizar as distâncias entre os currículos, oficial e oculto.

Em relação aos acadêmicos de enfermagem, o que se destaca é a percepção que eles têm de que o currículo do curso de graduação não tem um equilíbrio no que diz respeito às disciplinas com enfoque na atenção primária em relação às que têm na área hospitalar, como se pode ver abaixo:

(...) O que dificulta um pouco é a distância das coisas. Primeiro ano inteiro é atenção básica (...). Depois, (...) aquele enfoque, pensamento,

ação, tudo para hospitalar. (...) Só vai voltar a ter atenção básica no seu último ano (...), uma distância muito grande. (...) Podia (...) equilibrar mais atenção básica com hospitalar (...). Por estar bem formada, eu conseguiria trabalhar (...) (E14).

(...) no segundo e terceiro é mais atenção hospitalar. (...) Quando chega no quarto ano, (...) “Nossa eu vi isso só no primeiro ano. Como é que vai ser?” (E17).

(...) Pega (...) firme em saúde pública no primeiro ano. Depois (...) é (...) muito tempo no HC (...). Eu não pensava em saúde da mulher na atenção básica, pensava em saúde da mulher dentro do hospital (...). A universidade trabalha essa questão de atenção básica. (...) Só que (...) essa distância que fica entre teoria e prática, prejudica (...) (E13).

Para esses alunos de enfermagem há uma clareza de que a formação como um todo atingiu os objetivos, no entanto, identificam um prejuízo para a formação em AB, em decorrência da sensação de lacuna entre as primeiras imersões (primeiro ano) e o estágio curricular supervisionado (quarto ano). Tal experiência, que deveria ser a finalização de um processo, torna-se um momento para compensar a ausência de disciplinas nos outros anos da graduação. Ressalta-se que, por ser a percepção dos alunos, é possível que tenham tido experiências, mas que não se mostraram significativas para os graduandos.

Entende-se que os resultados provocados nos alunos são realidades subjetivas, e as aproximações poderão ocorrer mediante diferentes formas, no caso deste estudo, pela escuta dos estudantes, para fins da pesquisa. De qualquer maneira, as falas também serão apenas estratégias de aproximação do que se busca conhecer acerca do efetivo resultado do processo de aprendizagem (SACRISTÁN, 2013).

Retomando a experiência dos alunos de enfermagem, eles a perceberam como fragmentada, a partir de uma sensação de “quebra” na formação. Apesar de terem tido uma inserção precoce, já no primeiro ano do curso, o currículo parece não conseguir sustentar essa referência (de atenção básica) na formação, prejudicando o conhecimento gradativo do estudante nesse contexto.

Esse dado pode ajudar a entender o que foi discutido na categoria “Possibilidades e limites vivenciados nos estágios curriculares”, em que os alunos de enfermagem trazem um desconhecimento do papel e das atividades do enfermeiro na APS, no último ano do curso, dando a entender que a referência até aquele momento da formação é do enfermeiro com enfoque na área hospitalar.

Na realidade, um curso ou universidade, por fora, uníssona, muitas vezes pode encobrir as disputas por projetos distintos na construção de saberes e fazeres da produção do cuidado em saúde, constituindo, por vezes, locais de embates entre as diversas possibilidades de escolhas. Assim, pode-se reiterar que não há neutralidade nos projetos políticos e/ou currículos, sendo formados por aspectos históricos e das múltiplas relações políticas, teóricas, filosóficas, que se entrelaçam e acabam por definir as diretrizes da prática pedagógica (SACRISTÁN, 2013; VEIGA; SOUZA; GARBIN, 2013; FINKLER; CAETANO, 2014; PEZZATO; L'ABATE; POTAZZO, 2013; VEIGA, 2013; AZEVEDO et al., 2013; MAIA, 2004).

De qualquer forma, mesmo os cursos de graduação em que se tenha uma preparação inadequada para atuar na atenção básica, para minimizar as consequências disso, costuma-se inserir, por exemplo, estágios rurais e atividades de extensão que aproximem um pouco o aluno desse universo. Mas o que se evidencia, mesmo diante dessas estratégias, é que o estágio supervisionado curricular fica, dentro da formação, ainda muito isolado como atividade que possibilita conhecer a realidade dos serviços de saúde do SUS (LEME et al., 2015; CUBAS, 2011).

A inclusão de disciplinas e estágios pode ser infértil (no sentido de gerar novas práticas e novos profissionais em saúde) se acontecerem de forma descontextualizada em relação à formação como um todo, sem uma real inserção dos estudantes na vida da comunidade e do cotidiano dos serviços de saúde (NOBREGA-THERRIEN et al., 2015).

Maia (2004) chama atenção para o fato de que as mudanças curriculares constituem mais do que inclusão de disciplinas ou aumento de carga horária. Há de se ter o cuidado de evitar adaptar o currículo às DCNs, por mera pressão superior, ou inserir algo que deu certo em outra universidade, em outro contexto.

Nesse tipo de situações, certamente serão geradas mudanças, porém as mesmas, por serem pontuais ou “importadas”, constituem uma ideia contrária do que se entende que seja o currículo, enquanto construção da escola, única, individual, histórica e socialmente construída (MAIA, 2004).

Outro aspecto a ser refletido é se a forma como se dá a inclusão das disciplinas e estágios em atenção primária ocorre de forma a manter o conhecimento fragmentado. Seria possível pensar que a falta de diálogo entre as diferentes áreas acadêmicas fosse “naturalmente” suprida mediante ação do estudante em fazer as conexões necessárias para a compreensão da totalidade do conhecimento?

Diante dessa questão, uma aluna do curso de enfermagem busca responder dando pistas de como entende que o processo de ensino aprendizagem poderia ser melhor aproveitado, como se pode observar:

(...) tem que ter essa ligação de todos os docentes. (...) estou no hospital. O paciente vai de alta, você dá uma orientação “vai no postinho e tira os seus pontos”. Não! (...) tem que ser diferente. (...) os professores, mesmo de hospitalar, poderiam dar um toque “ele vai, mas ele vai pra casa e ele volta com uma outra necessidade. (...) Como você vai manejar a sua equipe lá, na atenção primária, para atender a necessidade desse paciente? (...) ampliar o olhar do aluno para que haja comunicação entre os serviços (E2).

O conhecimento dividido de forma que haja justaposição de disciplinas, baseia-se em separações (uma ideia de conhecimento dividido em áreas), e sem um caminho de reconstrução do todo, mantém as áreas isoladas, muitas vezes acontecendo uma disputa entre elas, com se fossem fins em si mesmas. As “porções” de conteúdo que foram artificialmente fragmentadas, são transmitidas, porém, não processadas e o aluno, ao final, terá a tarefa de reunir as informações que foram dadas, muitas vezes entendidas apenas para serem cobradas no dia da prova (ANASTASIOU, 2007).

A estrutura disciplinar induz a um planejamento baseado em conteúdo e não em objetivos. Dessa forma, um conteúdo “é passado” para os estudantes mesmo que isso não faça conexões claras com o fim daquela matéria para a sua formação como futuro profissional de saúde. Há certa simplificação quando se percebe que esse tipo de estrutura curricular desconsidera o conjunto de relações dos conteúdos da área com os de outros campos do saber, parecendo ignorar o mundo do trabalho complexo e integrado (MAIA, 2004).

Assim, pode-se dizer que, apesar do PPP do curso de enfermagem citar o currículo integrado como proposta pedagógica do curso, ainda há sua operacionalização de forma semelhante à do modelo de currículo disciplinar, quando se fragmenta o conhecimento, esperando que o aluno realize as sínteses necessárias em torno das temáticas estudadas.

O currículo disciplinar é o mais comum dentre os cursos da área da saúde, sendo por vezes considerado uma estrutura cômoda e útil por estruturar uma ordem lógica e linear aos temas. Dentre as características “tradicionais”, a intradisciplinaridade é uma delas, quando os conteúdos são vistos apenas dentro do recorte daquela disciplina, não dialogando com outras disciplinas, nem em outros momentos do curso. O aluno aprende diversas disciplinas ao mesmo tempo, sem relacioná-las entre si, e o resultado disso é um ensino sem aprendizagem, em que há fixação de conteúdos apenas para avaliações (MAIA, 2004).

Outro aspecto desafiador no currículo integrativo, é que com ele constitui-se uma construção evolutiva, pois há uma exigência de trabalho integrado, coletivo, sendo esta uma aprendizagem a se efetivar (ANASTASIOU, 2007).

A autora relata que em experiência de formação em docentes foi possível observar que os professores costumavam desconhecer disciplinas anteriores, concomitantes ou posteriores às que eles ministravam, como se tivessem um fim em si mesmas. Dessa forma, um dos objetivos da formação docente seria contemplar experiências em que o docente pudesse reconhecer a disciplina que ministra dentro do quadro teórico do curso, as articulações com outras áreas, a justificativa, o momento em que é desenvolvida e o rol de conhecimentos essenciais dos complementares (ANASTASIOU 2007).

A autora pontua que a importância em investir em formação dos docentes consiste em uma estratégia que viabiliza a operacionalização dos currículos, pois, considerando a tradição de atuação de forma individualizada e isolada, o risco de repetição dessa forma de trabalho é grande, mesmo em relação a um currículo novo (ANASTASIOU, 2007).

Para além das experiências curriculares, alguns alunos apontam para a importância das experiências extracurriculares, no caso a participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), como fator que colaborou positivamente para compreender o funcionamento e os princípios de uma unidade de saúde no contexto da APS, como se pode ver:

(...) foi mais fácil de entender a organização [da APS], como funciona (...). As meninas (...) que não tinham essa visão, (...) pensaram (...), até entender como funciona (...), a rotina (...), os princípios. (...) Não sabiam o que a atenção primária fazia, (...) citologia, consulta de enfermagem, grupos (...); eu já tinha, devido ao PET (...) E17 (E5)

A vivência com o PET me proporcionou um olhar mais amplo do que era a estratégia de saúde da família, de como funcionava, um contato maior com tudo, com a estrutura, (...) ver a unidade como um todo. (...) Me beneficiou (...) E26 (E9)

O PET-Saúde é um programa lançado em 2008 através de parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação. Teve por objetivo desenvolver e fortalecer o SUS mediante qualificação dos recursos humanos em saúde. Para tanto, estimulava a integração entre o ensino e os serviços, desde os primeiros anos dos diversos cursos da área da saúde, com estágios e vivências mediados por tutores e grupos de aprendizagem (BRASIL, 2014a; ALBUQUERQUE et al., 2013; DIAS et al., 2013).

Para Costa e Borges (2015), o PET Saúde induziu mudanças nevrálgicas na formação do profissional de saúde por estimular troca de saberes entre ensino e assistência, além de ampliar os cenários de práticas com desenvolvimento de pesquisas a partir das necessidades sociais e de saúde. Esse movimento favoreceu a inserção do aluno na realidade do serviço de saúde e da população atendida, de forma que conhecesse as demandas que emergiam de uma forma mais contínua e integrada ao cotidiano das equipes de atenção básica.

De forma semelhante aos relatos dos alunos deste estudo, outros autores apontam que a inserção dos estudantes nos serviços, a partir dessa experiência do PET Saúde, contribuiu para uma formação diferenciada, com maior facilidade ao realizar atividades curriculares no cenário da atenção básica, sendo o principal aspecto relacionado, o fato de já estarem familiarizados com o funcionamento do serviço e suas peculiaridades. Assim, observou-se que a vivência favoreceu maior clareza acerca dos princípios da atenção básica e do SUS, em geral (ARRAIS et. al., 2012; MORAIS et. al., 2012; CALDAS et. al., 2012)

Além disso, os autores apontam outras consequências da participação no PET Saúde, como melhor desenvolvimento em atividades interdisciplinares, aproximação das necessidades da população, um olhar positivo acerca do potencial da unidade básica de saúde enquanto produção de saúde e papel na rede de atenção à saúde.

Entende-se que a identificação de aspectos favorecedores e também limitantes para a própria formação, é também um exercício importante de reflexão acerca da profissão, das relações existentes entre serviço e universidade, dos distintos projetos e a disputa entre eles dentro da universidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve o intuito de investigar a formação dos alunos dos Cursos de Bacharelado em Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade de São Paulo (campus Ribeirão Preto) a partir da perspectiva dos discentes, tendo como enfoque o eixo da Atenção Primária à Saúde. Além disso, buscou-se analisar os Projetos Políticos Pedagógicos dos referidos cursos para identificar diretrizes que apontassem para o desenvolvimento de profissionais comprometidos com a consolidação do SUS e da APS.

Mediante análise dos PPPs, foi possível perceber que há, imbuídos nos três cursos, concepções e princípios com enfoque no SUS e no fortalecimento da APS, na medida em que incluem aspectos como integralidade, interdisciplinaridade, trabalho em equipe, concepção ampliada de saúde, longitudinalidade, vínculo, dentre outros.

O PPP do curso de enfermagem tem a “Atenção Primária à Saúde” como eixo fundamental da proposta curricular, compreendendo a APS como estratégia de reorganização do sistema de saúde. Destaca que o currículo contempla mudanças para uma prática em saúde fundamentada no SUS e que tem o compromisso de fortalecer o modelo de assistência que garanta um sistema de saúde equânime e resolutivo para a população brasileira .

O curso de medicina traz “Atenção à saúde da família e da comunidade” como eixo longitudinal da formação, com a proposta de proporcionar contato dos alunos com a temática ao longo da graduação. Destaca a necessidade de o aluno ter contato, desde as disciplinas iniciais, com a realidade das comunidades e famílias, aproximando-se dos equipamentos sociais e da organização da rede de saúde. Entende ser necessário oportunizar ao estudante uma maneira de cuidar que vai além dos problemas físicos, de forma que seja capaz de olhar para necessidades sociais, psicológicas, dentre outras.

O curso de odontologia destaca que a formação visa a capacitar o aluno para atuar em todos os níveis de atenção. Pode-se supor que, para a atuação na APS, terá subsídios, considerando o estímulo ao estudante para participação de atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, além do tratamento, com oportunidades de atuação junto à comunidade e realização de atividades educativas com a finalidade de responder às necessidades da população brasileira.

Cabe destacar que os três cursos apresentam em seus Projetos Políticos Pedagógicos adesão às Diretrizes Curriculares Nacionais dos respectivos cursos.

O perfil dos egressos apresentados pelos PPPs dos cursos de enfermagem e odontologia é bem semelhante ao proposto pelas DCNs dos respectivos cursos de graduação.

Há um enfoque para a formação profissional generalista, humanista, crítica e reflexiva, com capacidade para atuar nos diversos níveis de atenção à saúde, trabalhando em equipe e com compromisso social. Já o perfil do egresso apontado no PPP do curso de medicina não traz de forma específica essas características, destacando a capacidade do profissional em atuar na atenção integral às pessoas, com resolutividade. Inclui a questão do acesso à pós-graduação.

A organização curricular do curso de medicina guarda resquícios da divisão de ciclo básico e profissionalizante, em que o aluno primeiro aprende o conhecimento teórico e mais restrito ao campo das ciências biológicas, que irão subsidiar a atuação médica, para depois iniciar a aprendizagem de habilidades de comunicação, por exemplo. Apesar disso estar escrito no PPP, verifica-se que os estudantes vão para os serviços de saúde comunitários já no primeiro ano do curso.

Na perspectiva dos discentes, a formação deles favoreceu a compreensão de que a atuação na APS requer articulação de múltiplos saberes. Destacam que são necessários conhecimentos relacionados ao núcleo específico da profissão, bem como conhecer as políticas de saúde e como se organizam os serviços na rede de saúde para compor o SUS. Reconhecem a relevância da articulação com outros profissionais, para que ocorra um efetivo trabalho em equipe, mas também relacionar-se com o usuário, a fim de formar vínculo e compreendê-lo em sua integralidade.

Nessa articulação de saberes, em que a clínica dialoga com a educação, o trabalho em equipe materializa uma forma de cuidar que busca atender as necessidades do usuário como um todo, sendo possível identificar como a gestão e o vínculo estão presentes em cada ação do território, sustentando o fazer em saúde na APS.

Pode-se perceber o quão diversa é a compreensão acerca do que eles entendem por conhecimento técnico, entre as diversas áreas. Destaca-se o entendimento de alguns alunos que consideram esse tipo de saber como “único”, necessário para atuar em sua profissão no contexto da APS.

Sobre o conhecimento em políticas de saúde, os alunos investigados consideraram necessário conhecer leis, princípios e funcionamentos do SUS, saber acerca das políticas de saúde e como elas desdobram-se no cotidiano; na forma como a rede de saúde organiza-se; os serviços que a compõem; o fluxo de encaminhamentos entre eles e a APS; além do papel do profissional atuando nesse contexto. Além disso, demonstraram entender a necessidade de contemplar o ser humano em sua integralidade, no sentido de oferta de serviços que incluam prevenção, promoção, assistência e reabilitação.

Apesar de os PPPs dos cursos apontarem a importância dos alunos atuarem de forma a transformar a realidade, os estudantes, em suas falas, não pontuaram a participação social na atuação na APS. Da mesma forma, eles não destacaram o trabalho intersetorial, a equidade e deram pouca ênfase no trabalho a ser desenvolvido tendo o território como ponto de partida para as ações da equipe.

Foi possível perceber que os estudantes entendem que a importância em saber relacionar-se com a comunidade consiste em ter habilidades para interação com os usuários, e seus familiares, a partir de um bom acolhimento, escuta e criação de vínculo, cuidando para além da dimensão biológica. A comunicação e a relação com os pacientes foram apontados pelos PPPs dos três cursos estudados.

Dentre os aspectos relevantes de inserção dos alunos em cenários de serviços de atenção primária, está o de favorecer um contato com a multiplicidade/diversidade de situações que envolvem a pessoa, ampliando o olhar para uma atenção em saúde que contemple a doença, mas, além disso, a promoção de saúde, com conhecimento das relações familiares, questões sociais, psicológicas e culturais.

Os alunos demonstraram reconhecer a importância de se trabalhar em equipe, atuando com outros profissionais para atender as necessidades que emergem do cotidiano. Esse aspecto pôde ser identificado nos três PPPs, em que a temática do trabalho em equipe é apontada, apesar de nenhum dos documentos definir o que se entende por atuação multiprofissional, nem as práticas que garantiriam essa experiência.

Acerca da inserção dos alunos nas equipes de APS, foi possível observar que, em geral, dá-se sem conhecimento prévio do em que consiste esse nível de atenção e seu papel na rede de saúde.

Os cursos de medicina e enfermagem realizam atividades desde as séries iniciais das graduações, conforme proposto pelas DCNs, com atividades relevantes de caráter prático, além de estratégias que proporcionem ativa interação entre alunos, profissionais e usuários do sistema de saúde. Corroborando, os PPPs dos cursos de medicina e enfermagem destacam a relevância da inserção em serviços de APS logo no início do curso de graduação.

A DCN do curso de odontologia não apresenta esse aspecto de forma específica. Os alunos de odontologia percebem que há uma concentração teórica inicial para posterior inserção no cenário da prática, o que pode dificultar o aprendizado diante da dissociação entre teoria e prática. Mas logo tal situação muda, pois acontece já nos primeiros anos a inserção nas unidades básicas de saúde. O PPP do curso de odontologia não faz referência de forma

explícita à inserção nos primeiros anos, mas pode-se entender que essa realidade ocorre mediante relatos dos estudantes.

A inserção dos alunos pesquisados na APS desenvolveu-se a partir de atividades diversas, com predomínio de visitas domiciliares (para os alunos de medicina e enfermagem) e práticas de territorialização (nos cursos de medicina e odontologia). Os alunos do curso de enfermagem enfatizaram a aproximação com instrumentos utilizados pela equipe, como o prontuário da família e habilidades aprimoradas durante as visitas, como a escuta e a observação.

Apesar de a literatura apontar o que a inserção nos primeiros anos do curso de graduação favorece: contato com a comunidade; conhecimento dos equipamentos sociais; aproximação da organização da rede de saúde; e o papel da APS, pôde-se observar que os estudantes dos três cursos reconhecem tardiamente a importância dessas práticas e denotam que, na época em que desenvolviam as atividades, não compreendiam que tipo de saber estava sendo trabalhado.

Os alunos dos cursos de enfermagem e odontologia identificaram que as atividades no início da graduação, nos cenários de APS, pareciam vagas e sem objetivo. Para os estudantes de medicina, a ênfase das críticas, relacionadas a esse período do curso, consistia na forma como as atividades eram desenvolvidas. Estes consideraram que as atividades aconteciam de forma desorganizada e com carga horária excessiva, sendo tais aspectos atribuídos à situação de a disciplina ser nova na época em que cursaram.

Apesar disso, ao final da graduação, os alunos demonstraram reconhecer a importância das vivências iniciais para a formação, em consequência a outras atividades que colaboraram para que tivessem um novo olhar sobre essa realidade, no final do curso. Talvez não tenha feito sentido no início do curso por não ter sido adequadamente problematizada ou por falta de preparo do próprio professor para trabalhar nessa lógica.

Dessa forma, pode-se entender que, mesmo práticas que sugerem escolhas de estratégias de ensino e conteúdos que buscam uma formação em saúde a partir de uma inserção no cotidiano da comunidade, como a territorialização e visitas domiciliares, por exemplo, ainda assim não são garantias de mudanças curriculares efetivas. O que parece é que as práticas tiveram “roupagem” de metodologia ativa, mas que efetivamente concretizaram-se de forma predominantemente tradicional, e não emancipadora e significativa para os alunos.

Os estudantes destacaram que o professor teve um papel primordial naquele momento de inserção na APS e para a compreensão do contexto de forma mais ampla. Alguns deles narraram experiências positivas em que os docentes atuaram de forma a estimular o

conhecimento na área, mas houve também os que não abraçaram a proposta do projeto político do curso e das DCNs, criando resistências às atividades a serem desenvolvidas.

Dentre as experiências curriculares de grande valor para a formação do aluno no eixo da atenção primária, na percepção deles, tem-se a vivência do estágio curricular supervisionado (ECS). Apesar de os três cursos desenvolverem tal estágio com carga horária diferente, de uma forma geral, assemelham-se no sentido de oportunidades em cenários de aprendizagem na APS.

Segundo a percepção dos alunos, aspectos acadêmicos, das unidades de saúde, da rede de saúde ou gestão, da comunidade, ou ainda, relacionados a situações específicas de cada profissão, influenciaram na identificação de limites e possibilidades na vivência do ECS.

Para os alunos de enfermagem e medicina, a escolha dos professores por campos de prática favorecedores de múltiplas experiências, foi algo positivo. De uma forma especial, os alunos do curso de enfermagem pontuam isso, pois nem todos realizam o estágio em equipes com Estratégia de Saúde da Família implantada, e identificaram isso como fator prejudicial para compreensão do papel do enfermeiro, suas atividades e responsabilidades nesse contexto.

Os alunos do curso de medicina destacaram considerar que tiveram poucas oportunidades para desenvolver atividades em APS. Reconhecem que ainda é no setor secundário e terciário que passam a maior parte do curso de graduação. Em relação ao valor do ECS para a formação, sugerem mais experiências semelhantes e entendem que o estágio tem curto período de tempo. O PPP do curso de medicina já tem posto o conhecimento acerca da necessidade de ampliação do tempo destinado às atividades desenvolvidas em serviços de atenção primária.

Quanto à supervisão do professor no estágio, os alunos dividem-se entre aprovar uma supervisão mais indireta ou distante, sendo entendida como favorecedora de autonomia; ou não gostar dessa postura, considerando isso um fator limitante no estágio, na medida em que sentem o professor ausente na supervisão de campo.

Identificou-se que, segundo os alunos do curso de odontologia, uma importante dificuldade deu-se em decorrência da percepção de reduzida orientação acerca da proposta do estágio e da falta de clareza no sentido de definir as atividades a serem realizadas junto às equipes de APS, bem como o papel delas na formação. Nesse contexto, a sugestão para melhor aproveitamento do ECS é ter mais atividades melhor direcionadas para as habilidades específicas da odontologia.

Os alunos enfatizaram a questão do trabalho em equipe, apontando como facilitador para a vivência do ECS o fato de sentirem-se parte da equipe, quando esta os recebe com boa

receptividade e acolhimento. Destacaram que a experiência de atuarem com diversos profissionais proporciona aprendizado compartilhado e percebido como de grande valor. Foram estimulados no desenvolvimento de atividades que caracterizam o cotidiano das equipes, como as visitas domiciliares, realização de grupos, atendimentos individuais em consultas, reuniões de equipe, dentre outras.

Foi possível identificar que a maioria deles não relatou experiências anteriores de espaços em que tenha ocorrido uma interação multiprofissional efetiva, nem mencionaram referências a conteúdos teóricos. Apesar de os três cursos apontarem, no PPP, a importância da atuação em equipe, parece que a esse aspecto não foi dada ênfase.

De uma forma geral, o trabalho em equipe colaborou para que os alunos tivessem uma percepção positiva sobre a APS, e a boa impressão do serviço chegou até mesmo a surpreender alguns alunos que imaginavam encontrar serviços desorganizados ou que “não funcionassem”. Mas também houve a situação de alguns estudantes apontarem a existência de profissionais não habilitados para atuar em APS e pouco comprometidos com a contínua melhoria da assistência em saúde nas equipes, sendo essas realidades destacadas como limitantes do processo de aprendizagem.

Para os alunos dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, o estágio favoreceu uma melhor compreensão do serviço da APS na rede e como ela pode ser resolutive. Apesar disso, foram capazes de identificar que ainda é difícil no cotidiano lidar com serviços que não realizam contrarreferência para a equipe de atenção primária, bem como o difícil manejo em relação ao atendimento de demanda imediata, que nem sempre é possível atender na unidade básica de saúde.

Além disso, mencionaram a falta de insumos, instalações e profissionais que dificultam o trabalho e, conseqüentemente, o estágio na APS. Também observaram dificuldades cotidianas como a demora no agendamento de consultas e/ou exames especializados.

Tais situações podem ser compreendidas como dificuldades vivenciadas, mas de suma importância para o processo de ensino-aprendizagem, entendendo que, em contato com elas, os estudantes poderão ter oportunidade de vivenciar o espaço da “vida real”, menos idealizado e mais semelhante às situações que encontrarão no mercado de trabalho. Além disso, esses momentos têm potencial para desafiá-los em busca de estratégias que favoreçam alcançar os objetivos almejados, tendo em vista o que se tinha disponível.

Ainda no contexto do ECS, os alunos dos três cursos apontaram para uma vivência de escuta e diálogo, com criação de vínculo com os usuários, sendo por eles considerada

muito importante para o desenvolvimento das atividades propostas. As visitas domiciliares, com conhecimento do paciente em seu contexto, destacam-se enquanto experiência de cuidado e estratégia de aproximação com a comunidade, ao contrário daquelas realizadas no início dos cursos de graduação, em que os alunos demonstraram não compreender o intuito da atividade e a importância para a formação.

Na percepção dos alunos, constitui uma dificuldade lidar com a população que desconhece o funcionamento do sistema de saúde e o papel da equipe de APS, pois, muitas vezes, demonstram resistência na adesão às propostas que envolvem promoção de saúde e prevenção de doenças, esperando da equipe atendimento e resolução de situações pontuais, de caráter mais agudo.

Tais dificuldades, na verdade, consistem em desafio para profissionais e para a consolidação da APS e do SUS. Talvez, para os estudantes, tenha sido algo mais novo por não terem vivenciado o cotidiano de um serviço de forma intensa, como no estágio curricular, além da possibilidade das práticas acadêmicas anteriores, provavelmente, serem mais “protegidas”.

Os alunos de odontologia destacaram uma particularidade que é a dificuldade em olhar o usuário numa perspectiva holística, para além da saúde bucal, numa lógica de empenhar-se em conhecer a pessoa e sua família, inclusive com olhar ampliado para o ser humano, trabalhando no sentido de pensar a integralidade, sendo esta um dos saberes que eles destacaram para atuar em APS.

Além disso, os estudantes de odontologia pesquisados citaram a dificuldade em ter que lidar com orientações técnicas em contextos sociais fortemente marcados pelas limitações financeiras. Para eles, orientar a população e estimular o autocuidado, nesse panorama, é algo bem desafiador e acompanhado de sentimento de impotência por identificar as limitações de sua prática, ou porque, às vezes, eram situações em que não haviam condições de intervenção imediata.

Os alunos dos três cursos estudados destacaram que o estágio curricular supervisionado proporcionou uma experiência em que se sentiram mais autônomos. Apesar dos aspectos limitantes discutidos anteriormente, ao final do processo de inserção na equipe de APS, eles perceberam-se mais capazes para atuar em equipes de APS após as vivências que o estágio proporcionou.

Destaca-se que os alunos de enfermagem têm no ECS oportunidade para conhecer melhor as atividades do enfermeiro na APS, o que revela um desconhecimento das atividades

e do papel nesse contexto. Refletiu-se acerca desse reconhecimento que, sob o olhar dos estudantes, dá-se apenas no último ano, como algo que acontece tardiamente na formação.

Na experiência dos alunos de medicina, a autonomia é fruto de um espaço de discussão dos casos atendidos, mediante garantia de tempo para essa atividade e com supervisão do médico contratado do serviço, colaborando para que se sentissem seguros e habilitados. Dessa forma, foi possível perceber a necessidade de serem valorizados espaços de diálogo com profissionais experientes, favorecendo um tipo de aprendizagem enriquecida, considerando a resolução de casos concretos, indo além da discussão por vezes bastante teórica e/ou distanciada da realidade.

Na perspectiva dos alunos do curso de odontologia, a formação que tiveram para atuar em APS foi muito boa, considerando que o curso de odontologia ofereceu disciplinas referentes à temática, de forma organizada, bem distribuídas ao longo do currículo, o que proporcionou um diálogo permanente, além da diversidade de atividades que puderam exercer nesse contexto. Os alunos do curso de odontologia denotam um posicionamento menos crítico, sem identificar limites na formação.

Para parte dos estudantes de medicina, a formação foi conduzida de forma adequada, considerando que os princípios da APS foram estudados ao longo do curso, mas identificaram a necessidade de melhor organização dos estágios prévios ao ECS, mas a limitação apontada não parece influenciar no resultado final.

Como os alunos dos cursos de odontologia e medicina, parte dos estudantes de enfermagem investigados também entende que a formação para atuarem na atenção básica foi satisfatória. Para eles, a perspectiva de que foram bem formados dá-se em consequência a percepção de que têm um conhecimento embasado cientificamente, o que os torna aptos para atuar em APS. Apontam as experiências práticas e especialmente o ECS como favorecedores do sentimento de segurança para atuarem na área.

Os alunos dos cursos de medicina e enfermagem apontam para a possibilidade de aprenderem diante das situações da nova profissão, pois reconhecem que, mesmo tendo dificuldades, serão capazes de superá-las.

Para alguns alunos de medicina, a reduzida carga horária em atividades em campo foi determinante para que se sentissem prejudicados em relação à possibilidade de atuação na área da atenção primária. Nas falas, é possível perceber a ênfase dada à ampliação de carga horária para que pudessem ter mais experiências práticas no contexto da APS e apontam o predomínio do cenário hospitalar para a aprendizagem da medicina. Destacam a formação

baseada em um raciocínio em que se lida com situações de maior gravidade e com casos mais raros e de menor frequência, em termos epidemiológicos.

Os alunos de enfermagem também relataram predomínio das vivências hospitalares, sem que isso seja percebido como um elemento limitante, mas influenciando na sensação de que estão despreparados para atuar em APS. Destacam a percepção de que o currículo do curso de graduação não tem um equilíbrio em relação às disciplinas com enfoque na atenção primária e as da área hospitalar.

Para esses alunos de enfermagem, há uma clareza de que a formação como um todo atingiu os objetivos, no entanto, identificam um prejuízo para a formação em APS em decorrência da sensação de lacuna entre as primeiras imersões (primeiro ano) e o ECS (último ano do curso), como se houvesse uma “quebra” na formação. Tal experiência, que deveria ser a finalização de um processo, torna-se um momento para compensar a ausência de disciplinas nos outros anos da graduação. Talvez esse aspecto tenha influenciado o fato de eles desconhecerem o papel e as atividades do enfermeiro na APS, mesmo no último ano do curso.

Apesar de o PPP do curso de enfermagem citar o currículo integrado como proposta de modelo curricular, sua operacionalização ainda guarda semelhanças à do modelo disciplinar, com o curso dividido em disciplinas com fragmentação do conhecimento, esperando que o aluno realize as sínteses necessárias.

Foi possível identificar, de forma mais pontual, alunos de medicina entendendo que a atenção primária não foi um enfoque importante do curso, mas não consideram como algo negativo. Podendo supor que os discursos não oficiais, porém informalmente presentes no cotidiano dos alunos, influenciam e se “misturam” ao currículo oficial.

Além das experiências curriculares, alguns alunos apontaram a importância das experiências extracurriculares, no caso de participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), como fator que colaborou positivamente para compreender o funcionamento e os princípios de uma unidade de saúde no contexto da APS.

A experiência em ouvir os alunos e analisar os Projetos Políticos Pedagógicos permitiu perceber a relevância das intervenções legais, com destaque para as Diretrizes Curriculares, e seu papel ímpar no estímulo aos cursos de graduação para realizarem mudanças concernentes à construção de um modelo de saúde que não se restrinja a um olhar biologicista, sendo possível identificar que os cursos estudados estão nesse processo, com avanços nessa direção. Além das opções acadêmicas, foi possível reconhecer que bons encontros entre professores, profissionais de saúde e alunos, marcados pelo diálogo e abertura de ambos em aprender, formam uma trama única e potente na formação dos alunos.

Outras pesquisas serão necessárias para compreender como os professores, e os profissionais de saúde envolvidos na formação dos estudantes, percebem esse papel, o lugar que ocupam e as relações estabelecidas, a fim de responder algumas questões levantadas neste estudo.

Além disso, futuras investigações poderão ser desenvolvidas no intuito de repensar a inserção nos serviços de APS, de forma a acontecer de maneira mais contextualizada e problematizada; como promover experiências educativas, ainda eminentemente realizadas no hospital ou consultório de especialidades, adaptando-as à realidade dos serviços de APS; quais estratégias utilizar para desenvolver atividades que favoreçam o diálogo e as práticas interprofissionais; ou ainda, de forma mais ampla, conhecer como os cursos têm feito seus processos de avaliação.

Reconhece-se que este estudo teve limites, destacando a dinamicidade com que as mudanças curriculares e práticas formativas acontecem, de forma que as falas dos alunos refletem um momento pontual vivido por eles, no contexto de seus cursos de graduação.

Para além disso, entende-se que o potencial do estudo está em disparar reflexões acerca da formação em saúde a partir do enfoque na APS, considerando que o aprimoramento das práticas educacionais em saúde, nessa realidade específica, poderão colaborar na mudança desejada para o fortalecimento do SUS e a garantia de acesso à saúde da população brasileira.

Por fim, esta pesquisa constitui-se em convite para deixar, de certa forma, “as certezas da academia” e lançar-se em novos desafios, com menos medo e mais criatividade, para que outras maneiras de formar em saúde possam emergir, deixando vir modos de fazer, saindo do local conhecido e, por vezes, acomodado, ousando “desapegar” um pouco do poder e do controle, possibilitando transformações. Eis um desafio para todos os atores envolvidos no processo educacional na área da saúde: alunos, professores, profissionais de saúde e gestores.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, I. G. et al. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.33, supl. 1, p.44-52, 2009.
- AGUIAR, A. C. de; RIBEIRO, E. C. de O. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.34 (3), p.371–378, 2010.
- ALBUQUERQUE, G. S. C. et al. Educação pelo trabalho para a formação do médico. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.411-430, maio/ago., 2013.
- ALBUQUERQUE, V. S. et al. A narrativa da prática como uma estratégia de construção do conhecimento na formação superior em saúde. **Educar em revista**, Curitiba, n. especial 2, p.191-206, UFPR: 2010.
- ALVES, L. A. et al. Integração ensino-serviço: experiência exitosa na atenção odontológica à comunidade. **Revista Brasileira Ciências Saúde**, João Pessoa, v.16, n.2, p.235-238, 2012.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Relevância e aplicabilidade da pesquisa em educação. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n.113, p.39-50, julho, 2001.
- ANASTASIOU, L. G. C. Propostas curriculares em questão: saberes docentes e trajetórias de formação. In: CUNHA, M. I (org). **Reflexões e práticas em pedagogia universitária**. Campinas, SP: Papirus, 2007, p.43-64.
- ANTONACCI, M. H.; PINHO, L. B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.1, p.136-142, 2011.
- ARANTES, A. C. C. et al. Estágio supervisionado: qual a sua contribuição para a formação do cirurgião dentista de acordo com as diretrizes curriculares nacionais? **Rev. Aps**, v.12, n.2, p. 150-160, abr./jun., 2009.
- ARAÚJO, M. H. M. de. **Processo de inserção dos alunos do curso de medicina no cenário de prática**: olhar dos gestores e profissionais da saúde. 2013. 174f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Escola Paulista de Medicina, Programa de pós-graduação em ciências da saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, . C. G. de; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, supl.1, p.20-31, jun., 2007.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Integralidade: desafio pedagógico do Pet-saúde. **UFC revista brasileira de educação médica**, n.56 36, v.1, supl. 2, p.56-61, 2012.
- AZEVEDO, B. M. S. et al. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.17, n.44, p.187-199, jan./mar., 2013.

AZEREDO, C. M. et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do programa de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(3), p.743-753, 2007.

BAGNATO, M. H. S. Recontextualização curricular no ensino de enfermagem. **Currículo Sem Fronteiras**, v.12, n.3, p.173-189, set/dez, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª reedição da 1ª impressão. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA, T. W. F. O direito à saúde no brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO (org). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BENITO, G. A. V. et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev. Bras. Enferm.**, jan/fev 65(1), p.172-178. Brasília, 2012.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 2013.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(2), p.555-560, 2012.

BORGES, J. W. P. et al. Estratégia saúde da família: experiência de acadêmicos de enfermagem em estágio curricular. **Rev. Rene**, Fortaleza, 12(2), p.409-416, abr/jun, 2011.

BRACCIALLI, L. A. D.; OLIVEIRA, M. A. C. de. Concepções de avaliação de desempenho em um currículo orientado por competência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 45(5), p.1221-1228, 2011.

BRAID, L. M. C.; MACHADO, M. F. A. S.; ARANHA, Á. C. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011 **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.42, p.679-692, jul./set., 2012.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015. Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde Pet-saúde/graduassus - 2016/2017. **DOU nº 186**, terça-feira, 29 de setembro de 2015.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Informe saúde. Ano VI. **Informe 158. PROMED** - Programa para Mudar Currículo de Medicina. Brasil: 2014b. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesau/informe158.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2014.

_____. Ministério da Educação. CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Pró-ensino na Saúde**. Brasil, 2014c. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/bolsas/programas-especiais/pro-ensino-na-saude>>. Acesso em 05 de jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS / Ministério da Saúde. **Série Articulação Interfederativa**; v.2, t.1, 2013. 188p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. **Série E. Legislação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado: redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 81p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção para Entender a Gestão do SUS**, v1. Brasília : CONASS, 2011a. 291 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção para Entender a Gestão do SUS**, v3. Brasília : CONASS, 2011b. 197 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e Intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos Humanizados** , v. 1. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 1802, de 26 de Agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 ago. 2008. Seção 1, p. 27.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.

_____. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de Fevereiro de 2002**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2002.

_____. Ministério da Educação/ Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de Novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, Ministério da Educação, 2001a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de Novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2001b.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES nº 776, de 03 de Dezembro de 1997**. Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. (Não homologado). Brasília, DF: Ministério da Educação, 1997.

Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces0776.pdf>>. Acesso em 02 de abril de 2016.

_____. Ministério da Educação. Lei 9394, de 20 de novembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996, 23 de Dezembro, 34(248), Seção 1, p.27. 833-41.

BRAVO, V. A. A.; CYRINO, E. G.; AZEVEDO, M. A. R. Ensino na atenção primária à saúde e as diretrizes curriculares nacionais: o papel do projeto político pedagógico. In: CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G.(org). **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014, p.25-48.

BURGATTI, J. C. et al. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, mar/abr 66(2), p.282-286. Brasília, 2013.

BUSS, P. M.; PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

CALDAS, J. B. et al. A Percepção de alunos quanto ao programa de educação pelo trabalho para a saúde – Pet-saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33 36 (1, supl. 2), p.33-41, 2012.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, 2000.

CAMPOS, M. A. de F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32(1), p.83-89; 2008.

CANEVER, B. P. et al. Produção do conhecimento acerca da formação do enfermeiro na América Latina. **Rev. Gaúcha Enferm.**,33(4), p.211-220, 2012.

CARÁCIO, F. C. C. et al. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(7), 2014. p.2133-2142.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, et al. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2008. p.137-170.

CARVALHO FILHO, C. J. de. **C331e entre a teoria e a prática: o projeto político-pedagógico do curso de medicina da UFMA**. 2011. 242 f.; Tese (Doutorado em educação) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília, SP, 2011.

CATANI, A. M.; OLIVEIRA, J. F.; DOURADO, L. F. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular nos cursos de graduação no Brasil. **Educação & Sociedade**, Ano XXII, no 75, agosto/2001.

CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p.102-108, 2011.

CAVALCANTE, J. K.; SOARES, F. J. P.; CORREIA, D. S. Desenvolvimento discente no estágio em estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 38 (1), p.15-24, 2014.

CECCIM, R. B. Compromisso do ensino da saúde com os desafios sociais. In: CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. (org). **Saúde, ensino e comunidade**: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, p.13-20, 2014.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (org). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESQ, ABRASCO, 2005.

CECCIM, R. B.; CAPAZZOLO, A. A. educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistências e criação. In: MARTINS, J. J. N. **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC/ABEM, p. 346-391, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, 20(5), p.1400-1410, 2004.

CEZAR, P. H. N. et al. Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.34, n. 2, p.298-303, 2010.

CHAVES, M. M. et al. A inserção precoce na atenção primária e a formação humanizada: o ensino médico no estado do acre. In: **Anais do congresso internacional de humanidades & humanização em saúde**. São Paulo: Editora Blucher, 2014. ISSN 2357-7282.

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. Sistema único de saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.125-40, jan./mar. 2008.

CLAPIS, M. J. et al. O ensino de graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo ao longo dos seus 50 anos (1953-2003). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 12(1), p.7-13. jan/fev 2004.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p.1523-1531, suplemento 1, 2009.

CORBELLINI, V. L. et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, jul a ago, 63 (4), p.555-60, 2010.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p.113-118, 2009.

COSTA, M. V.; BORGES, F. A. O pró-pet-saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, 19 supl 1, p.753-63, 2015.

- COSTA, R. K. S; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trabalho Educação Saúde**, v. 6, n. 3, p. 503-517, 2009.
- CUBAS, M. R. Desafios para a enfermagem no alcance das metas da atenção primária. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 45(esp. 2), p.1758-62, 2011.
- CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013.
- DIAS, H. S. et al. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6), p.1613-1624, 2013.
- DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, editora UFPR, n. 24, p. 213-225, 2004.
- ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais 415 da estratégia saúde da família no Brasil: um cenário em construção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [2], p.415-437, 2013.
- FERREIRA, L. C. A percepção de acadêmicos sobre a relação médico-paciente discutida em oficinas problematizadas do caso do eixo teórico-prático integrado (CETPI). **Revista Brasileira de Educação Médica**, 39 (1), p.119-122, 2015.
- FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F. da; AGUER, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 31 (1) p. 52 -59, 2007.
- FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4), p.965-971, 2007.
- FINKLER, M.; CAETANO, J. C. Modelos, mercado e poder: elementos do currículo oculto que se revelam na formação em odontologia. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 343-361, maio/ago. 2014.
- FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em odontologia. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.39, p.1053-67, out./dez. 2011.
- FIOROTTI, K. P.; ROSSONI, R. R.; MIRANDA, A. E. Perfil do estudante de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 34 (3), p.355–362, 2010.
- FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO JÚNIOR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 63-71, jan./mar. 2012.
- FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2), p.389-394, fev, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRACOLLI, L. A. Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 45(5), p.1135-1141, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50ª ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2011a.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43ed., São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2011b.

FREITAS C. M. et al. Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 117-130, 2015.

FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. ; LACERDA, J. T. Saúde coletiva e novas diretrizes curriculares em odontologia: uma proposta para graduação. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.223-234, jul./out., 2012.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** vol.11, n.22, pp.239-255, 2007.

GARRAFA, V. Saúde bucal e cidadania. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 41, p. 50-57, dez. 1993.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. P. A. et al. Educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da arca perdida. **Rev. Bras. Educ. Med.**, 32(1), p.105-111, 2009.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de ensino e pesquisa, 2014.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, 35 (4), p.557-566, 2011.

GONÇALVES, M. F. Currículo oculto e cultura(s) de aprendizagem na formação de professores. **Site**. s/ data. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/inv6_3.htm>. Acesso em: fev. 2016.

GONÇALVES, L.; BATISTA, C. B. Marcos sobre a integração ensino - serviço na formação de profissionais para a saúde. In: KIND, L.; BATISTA, C. B.; GONÇALVES, L. (orgs). **Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2011.

GONÇALVES, R. J. ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33 (3), p.393-403 ; 2009.

- GONDIM, S. M. G. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com a formação. **Estudos de Psicologia**, 7(2), p.299-309, 2002
- GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.757-762, 2010.
- GURGEL, T. Oito questões essenciais sobre projeto político-pedagógico. **Site da Editora Abril**. Disponível em: <<http://gestaoescolar.abril.com.br/aprendizagem/questoes-essenciais-projeto-pedagogico-427805.shtml>>. Acesso em: 10 jan. 2014.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações completas sobre a cidade de Ribeirão Preto/SP. **Site**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354340>>. Acesso em: fev de 2016.
- IGNOTTI, B. S. et al. Estruturação do internato de enfermagem na percepção dos internos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 38 (4), p. 444-450, 2014.
- KIND, L.; COIMBRA, J. R. Revezamentos entre teoria e prática na reorientação da formação em saúde. In: KIND, L; BATISTA, C. B.; GONÇALVES, L. (orgs.) **Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2011.
- KLOH, D. et al. Princípio da integralidade do cuidado nos projetos político-pedagógicos dos cursos de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, 22(4), p.693-700, jul./ago. 2014.
- KRIGER, L. O diferente é formar o generalista. **Archives of Oral Research**, v.1, n.4, 2005.
- LACERDA, J. T. de; MORETTI-PIRES, R. O. **Processo de trabalho na atenção básica [recurso eletrônico]**. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.
- LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. (Orgs.). **10 anos das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.
- LAMPERT, J. B.; COSTA, M. N. da S. C. Avaliação institucional: avaliação e acompanhamento das mudanças nos cursos de graduação da área da saúde (CAES/ABEM). In: LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. (Orgs.). **10 anos das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014, p.23-40.
- LEME, P. A. T. et al. Perspectivas de graduandos em odontologia acerca das experiências na atenção básica para sua formação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(4), p.1255-1265, 2015.
- LENZI, T. L. et al. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em um município do sul do Brasil. **J Health Sci Inst.**, 28(2), p.121-124, 2010.
- LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.

LIMA, V. V. et al. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1), p.279-288, 2015.

LIMA, T. C. et al. Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. **Rev. Bras. Enferm.**, 67(1), p.133-140 jan-fev, 2014.

LIMA, J. de O. R. e et al. A formação ético-humanista do enfermeiro: um olhar para os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem de Goiânia, Brasil. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.39, p.1111-25, out./dez. 2011.

LIMA, D. C.; PEREIRA, A. A.; DRUMMOND, E. S. Percepção dos acadêmicos de odontologia da UNIFAL/MG quanto a formação em saúde da família. **Rev Odontol Bras Central**, 21(60), 2013.

LIRA, R. C. M.; LIRA, G. V.; MACHADO, T. T. Impactos educacionais da atividade de territorialização na percepção dos estudantes do curso de medicina da UFC/Sobral. **S A N A R E**, Sobral, v.10, n.1, p.35-41, jan./jun. 2011

LOPES NETO, D. et al. Um olhar sobre as avaliações de cursos de graduação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 61(1), p.46-53, jan-fev, 2008.

LOPES, A. C.; MACEDO, E. Teorias de currículo. **Capítulo: conhecimento**. São Paulo: Ed. Cortez, 2011.

LOURENÇÃO;D. C. de A.; BENITO, G. A. V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 63(1), p.91-97, jan-fev, 2010.

LUCCHESI, R. et al. Saúde mental no programa saúde da família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

MACHADO, M. das M. B. C.; BATISTA, S. H. S. da S. Interdisciplinaridade na construção dos conteúdos curriculares do curso médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 36 (4), p. 456-462, 2012.

MAIA, J. A. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA N. A. **Docência em saúde: temas e experiências**. 1ª ed. São Paulo: Senac, 2004. p. 101-133.

MANO, M. A. M. Casa de família - uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento. **Rev. Aps**, v. 12, n. 4, p. 459-467, out./dez. 2009.

MANOEL, C. M.; CYRINO, E. G. Inovação pedagógica no ensino médico e de enfermagem: desafios e perspectivas na formação de professores. In: CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. (orgs). **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p.77-92.

MARIN, M. J. S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 13-20, 2010.

- MARRAN, A. L.; LIMA, P. G.; BAGNATO, H. S. As políticas educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 89-108, jan./abr. 2015.
- MARTINS, M. G. et al. Avaliação da inserção precoce de estudantes universitários em serviços de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 4, p. 651-657, out./dez. 2001.
- MARTINS, H. H. de S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, maio/ago. 2004.
- MELLO, G.A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde- origens e diferenças conceituais. **Rev Aps**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr-jun 2009.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(sup 2), p.2133-2144, 2008.
- MOLINA, A. A.; MIOTTO, L. B. currículo de enfermagem: competências e habilidades para formação de docentes. **CuidArte Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 79-87, jan/jun, 2009.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad Saúde Pública**, 21(3), p.898-906, jun. 2005.
- MORAIS, F. R. R. et al. A importância do pet-saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. **Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro**, v. 10 n. 3, p. 541-551, nov. 2012.
- MOREIRA, M.; MASINI, E. **Aprendizagem significativa - a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Editora Moraes, 1982.
- MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009.
- MOTTA, L. C. de S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia saúde da família: clínica e crítica. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 39 (2), p.196-207, 2015.
- MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. **Revista da Abeno**, v 4, n.1, p. 30-37, janeiro/dezembro, 2004.
- NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- NEUMANN, C. R.; MIRANDA, C. Z. Ensino de atenção primária à saúde na graduação: fatores que influenciam a satisfação do aluno. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 2, p. 42-49, 2012.

- NÓBREGA-THERRIEN, S. M. et al. Formação para a estratégia saúde da família na graduação em medicina. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 39 (1), p.112-118, 2015.
- NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 33 (2), p.262-270, 2009.
- NUNES, E. D. Cem anos do relatório Flexner. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol.15, suppl.1, p.956-956, jun. 2010.
- OLIVEIRA, M. L. et al. Pet-saúde: (in)formar e fazer como processo de aprendizagem em serviços de saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 36 (1), (supl. 2), p.105-111; 2012.
- OLIVEIRA, R. F. et al. O processo de territorialização realizado pelos alunos do curso de medicina da UESB entre agosto de 2004 e janeiro de 2005. **rev.saúde.com**, 3(1), p.64-74, 2007.
- OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.143-164.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou um campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p.299-316, 1998.
- PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS BIS. **Bol. Inst. Saúde** (impr.), São Paulo, v.12 n.2, ago. 2010.
- PEDUZZI M. Trabalho em equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, 35(1), p.103-109, 2001.
- PEREIRA, I. D. F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.319-338, maio/ago. 2013.
- PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface**, Botucatu, v.17, n.45, p.327-40, abr./jun. 2013.
- PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(8), p.2253-2262, 2013.
- PEZZATO, L. M.; LABATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(7), p.2095-2104, 2013.
- PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. Docência no ensino superior. 4ed. São Paulo: Cortez, 2010.

- PINTO, T. R.; CYRINO, E. G. Os profissionais de saúde no ensino na atenção primária à saúde: tensões e potencialidades nas práticas pedagógico-assistenciais. In: CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. (org). **Saúde, ensino e comunidade**: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p.93-132.
- PONTES, A. L.; REGO, S.; SILVA JUNIOR, A. G. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 30 (2), p.66-75, 2006.
- RAIZARO, A. P. et al. Inserção precoce de alunos de medicina na atenção básica: relato de experiência sobre integração ensino, serviço e comunidade em saúde. In: **9º CONGRESSO PAULISTA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, São Jose do Rio Preto, 22 a 24 de maio de 2014.
- RAMOS, V. M.; FREITAS, C. A. S. L.; SILVA, M. J. A aprendizagem da liderança em enfermagem. **Esc Anna Nery** (impr.),15 (1), p.157-161, jan-mar, 2011.
- RIOS, T. A. Significado e pressupostos do projeto pedagógico. **série idéias**. n. 15. São Paulo: FDE, 1992. p. 73-77.
- RODRIGUES, A. M. M. et al. Projetos políticos pedagógicos e sua interface com as diretrizes curriculares nacionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 1, p.182-190, jan/mar. 2013.
- ROMANHOLI, R. M. Z.; CYRINO, E. G. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.42, p.693-705,jul./set. 2012.
- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec,1994.
- _____. O que é medicina social? In: _____. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980. p.77-141.
- RUIZ, D. G.; FARENZENA, G. J.; HAEFFNER, L. S. B. Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 34 (1), p.21-27, 2010.
- SACRISTAN, J. G. O que significa o currículo? In: _____. (org). **Saberes e incertezas sobre o currículo**. Porto Alegre: Penso, 2013.
- SALIBA, N. A. et al. A utilização da metodologia PBL em odontologia: descortinando novas possibilidades ao processo ensino-aprendizagem. **Rev. Odonto Ciênc.**, v. 23, n. 4, p.392-396, 2008.
- SANCHEZ, H. F.; DRUMOND, M. M.; VILAÇA, E. L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(2), p.523-531, 2008.
- SANTA-ROSA, T. T. A.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, E. F. O internato rural e a formação de estudantes do curso de odontologia da UFMG. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.451-66, set/dez 2007.

SANTANA, F. R. et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(supl. 1), p.1653-1664, 2010.

SANTOS, W. S. dos. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 86 35 (1), p.86-92, 2011.

SANTOS, S. S. C. Perfil de egresso de curso de enfermagem nas diretrizes curriculares nacionais: uma aproximação. **Rev. Bras. Enferm.**, 59(2), p.217-221, mar-abr, 2006.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade**. Uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. v.1.

_____. **Territórios contestados**. Petrópolis: Vozes, 1995.

SILVA JUNIOR, E. S. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (supl. 1), p.s49-s60, nov., 2010.

SILVA, L. A; CASOTTI, T. A; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1), p.221-232, 2013.

SILVA, M. J.; SOUZA, E. M. de; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 64(2), p.315-321, mar-abr, 2011.

SOBRAL, F. R. ; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012.

SOUZA, M. C. B. M. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental**: avanços, limites e desafios. Ribeirão Preto, 2010, 168f. Tese (Livre Docência)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SOUZA, P. A.; ZEFERINO, A. M. B.; ROS, M. A. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 20-25, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. 726p.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde (org.). **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.43-46.

TALAAT, W.; LADHANI, Z. **Community based education in health professions**: global perspectives. World Health Organization (WHO), 2014.

TEIXEIRA, L. de A. S. et al. Alinternato médico: o desafio da diversificação dos cenários da prática. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 39 (2), p.226-232, 2015.

THIESEN, J. da S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**, v. 13 n. 39, p.545-554, set./dez. 2008.

TOASSI, R.F.C. et al. Currículo integrado no ensino de odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.41, p.529-42, abr./jun., 2012.

TORRES, M. V.; LEAL, K. K. F; CHAVES, Y. M. O processo de territorialização no bairro São Pedro em Teresina, Piauí: uma visão de saúde na população. **Conscientia e Saúde**, 10 (4), p.672-681, 2011.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, 39(3), p.507-14, 2005.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. habilidades e competências entre trabalhadores da estratégia saúde da família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16(40), p.149-160, jan-mar, 2012.

ULIANA, M. R. P.; CYRINO, A. P. A construção de uma disciplina: um olhar sobre o processo de implantação do programa de ensino de graduação médica na comunidade. In: CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. (org.). **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014a. p.51-74.

ULIANA, M. R. P.; CYRINO, A. P. Alunos, os sujeitos do processo: o que pensam sobre “ser médico” e sua formação. In: CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. (org.). **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014b. p.133-146.

USP. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2012.

_____. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. **Projeto Pedagógico**. Ribeirão Preto: FORP/USP, 2009.

_____. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Projeto Político-Pedagógico: Curso de Bacharelado em Enfermagem**. Ribeirão Preto: EERP/USP, 2005.

VASCONCELLOS, C. S. Metodologia dialética em sala de aula. **Revista de Educação AEC**, Brasília, n83, abril, 1992.

VEIGA, I. P. A. Continuidade ou transgressão para acertar. In: VEIGA, I. P. A. **Educação básica e educação superior: projeto político pedagógico**. Campinas: Papirus, 2015.

_____. (org.) **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível**. Campinas: Papirus, 2010.

_____. A escola em debate gestão, projeto político-pedagógico e avaliação. **Revista Retratos da Escola**, Brasília, v. 7, n. 12, p.159-166, jan./jun., 2013. Disponível em: <<http://www.esforce.org.br>>. Acesso em: 02 de abr. de 2016.

- VEIGA, I. P. A.; FONSECA, M. (orgs.). **As dimensões do projeto político-pedagógico: novos desafios para a escola**. Campinas: Papirus, 2015.
- VEIGA, I. P. A.; RESENDE, L. M. G. (orgs.). **Escola: espaço do projeto político-pedagógico**. Campinas: Papirus, 2015.
- VEIGA, I. P. A.; SOUZA, M. H. V.; GARBIN, N. O currículo como expressão do projeto político pedagógico nos cursos de graduação: teoria e prática. In: RAMOS, K. M. C; VEIGA, I. A. P. (org.). **Desenvolvimento profissional docente: currículo, docência e avaliação na educação superior**. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2013.
- VELOSO, T. M. C. **Ações de saúde mental desenvolvidas no cotidiano de uma equipe de ESF: possibilidades e limites**. Ribeirão Preto, 2012, 129f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN; M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização no contexto da formação em saúde. In: CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. (orgs.). **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. p.147 -190.
- ZABALA, A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre, RS: Artmed, 1998.
- ZANOLLI, M. B. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na área clínica In: MARINS, J. J. N. et al. (orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.40-61.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro para entrevista semiestruturada

Caracterização dos sujeitos (Curso, Idade, Sexo)

1. Quais conhecimentos você considera essenciais para formação de um profissional que poderá atuar na ESF/APS?
2. Que limites e possibilidades você encontra no cotidiano do estágio na ESF/APS?
3. Você já conhecia a ESF/APS antes de iniciar o curso? Em que momento do curso você foi inserido nessa realidade?
4. Considerando sua vivência em estágios, que ações você desenvolveu ou pôde observar, que caracterizam o trabalho na ESF/APS?
5. Você propõe alguma mudança para seu curso de graduação? Quais?

Apêndice B - Roteiro para análise dos projetos políticos pedagógicos

1. Conjuntura política e legal na construção do PPP
2. Concepções e princípios que norteiam a proposta pedagógica, identificando o enfoque no SUS e na APS.
3. O perfil do egresso
4. Enfoque das Diretrizes Curriculares Nacionais
5. Como se dá a organização curricular

Apêndice C - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da Pesquisa: A formação de profissionais de saúde: um olhar para a Estratégia Saúde da Família.

Nome da Pesquisadora: Tatiana Maria Coelho Veloso

Nome da Orientadora: Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

O presente estudo tem como um dos objetivos investigar como os alunos do último ano dos Cursos de Bacharelado em Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade de São Paulo, campus Ribeirão Preto, compreendem sua formação para trabalharem como membros de equipes de Estratégia Saúde da Família.

Para tal, convidamos você a colaborar com a pesquisa participando de uma entrevista direcionada a partir de um instrumento que contém dados de identificação e questões envolvendo aspectos relacionados à sua formação durante o curso de graduação e o trabalho na Estratégia Saúde da Família. Ela terá duração aproximada de 20 minutos e acontecerá em local e data acordada a partir da sua disponibilidade. A entrevista será audiogravada e, se assim for permitido, fará parte dos dados da pesquisa, sendo utilizada na etapa de análise desta.

Sua colaboração será muito importante para a realização desse estudo e poderá trazer benefícios para a formação de futuros profissionais de saúde a partir da reflexão da temática proposta. O risco decorrente de sua participação poderá ser o desconforto ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais. Caso isso ocorra, poderá não responder e, além disso, em qualquer momento da pesquisa, poderá retirar este consentimento, caso julgue necessário, sem quaisquer consequências que prejudique suas atividades.

A participação é voluntária, sendo garantida confidencialidade e anonimato. Sempre que desejar, será informado sobre os resultados parciais da pesquisa, e poderá pedir mais informações por meio do telefone da pesquisadora do projeto ou do Comitê de Ética em Pesquisa. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Caso concorde em participar, uma via assinada deste termo de consentimento lhe será fornecida e outra será arquivada pela pesquisadora. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (EERP-USP), parecer nº 294.488. De acordo.

Ribeirão Preto, __ de _____ de 2014.

CONTATOS

Pesq.: Tatiana Veloso: (16) 9702.8947; E-mail: tatimcveloso@usp.br

Orient.: Maria Conceição B. de Mello e Souza: (16) 3602.3415

End: Av. dos Bandeirantes 3900, sala 48, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre- Ribeirão Preto-SP

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP EERP-USP): (16) 3602.3386

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

ANEXOS

Anexo A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902 - Fone: 55 16 3602 3382 - 55 16 3602 3381 - Fax: 55 16 3602 0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 157/2013

Ribeirão Preto, 05 de Junho de 2013.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 162ª Reunião Ordinária, realizada em 05 de junho de 2013.

Protocolo CAAE: 16140413.5.0000.5393

Projeto: A formação de profissionais de saúde: um olhar para a Estratégia Saúde da Família.

Pesquisadores: Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza
Tatiana Maria Coelho Veloso

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP