

Alice Werneck Massote

**ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CENÁRIO DE PRÁTICA NA ESCOLA  
MÉDICA**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Belo Horizonte - MG  
2011

Alice Werneck Massote

**ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CENÁRIO DE PRÁTICA NA ESCOLA  
MÉDICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento)

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Soraya Almeida Belisário  
Co-orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Eliane Dias Gontijo

Belo Horizonte - MG  
2011

Massote, Alice Werneck.  
M419a Atensão primária como cenário de prática na escola médica  
[manuscrito]. / Alice Werneck Massote. -- Belo Horizonte: 2011.  
73f.  
Orientadora: Soraya Almeida Belisário.  
Co-Orientadora: Eliane Dias Gontijo.  
Área de concentração: Saúde Pública.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação Médica. 3. Escolas Médicas.  
4. Estudantes de Medicina. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Belisário,  
Soraya Almeida. II. Gontijo, Eliane Dias. III. Universidade Federal de  
Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: W 18

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

### **Reitor**

Clélio Campolina Diniz

### **Vice-Reitoria**

Rocksane de Carvalho Norton

### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Ricardo Santiago Gomez

### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Renato Lima Santos

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor**

Prof. Dr. Francisco José Penna

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Coordenadora**

Prof<sup>a</sup>. Dra. Mariângela Leal Cherchiglia

### **Sub-coordenador**

Prof. Dr. Mark Drew Crosland Guimarães

### **Colegiado**

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ada Ávila Assunção

Prof<sup>a</sup>. Dra. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Dr. Fernando Augusto Proietti

Prof. Dr. Francisco de Assis Acurcio

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Fernanda F. L. Costa

Prof<sup>a</sup>. Dra. Soraya Almeida Belisário

Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof<sup>a</sup>. Dra. Waleska Teixeira Caiaffa

Aline Dayrell Ferreira

Graziella Lage Oliveira

Gustavo Laine Araujo de Oliveira

Orozimbo Henriques Campos Neto



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (051) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



## DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Soraya Almeida Belisário, Eliane Costa Dias Macedo Gontijo, Célia Regina Rodrigues Gil e Alzira de Oliveira Jorge, aprovou a defesa da dissertação intitulada "**ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CENÁRIO DE PRÁTICA NA ESCOLA MÉDICA**" apresentada pela aluna **ALICE WERNECK MASSOTE** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 21 de fevereiro de 2011.

  
Profa. Soraya Almeida Belisário  
Orientadora

  
Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

  
Profa. Célia Regina Rodrigues Gil

  
Profa. Alzira de Oliveira Jorge



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (051) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de ALICE WERNECK MASSOTE. Às nove horas do dia vinte e um de fevereiro de dois mil e onze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CENÁRIO DE PRÁTICA NA ESCOLA MÉDICA", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Soraya Almeida Belisário, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Soraya Almeida Belisário/ Orientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Eliane Costa D. Macedo Gontijo/Coorientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Célia Regina Rodrigues Gil	Instit: UE Londrina	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Alzira de Oliveira Jorge	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 21 de fevereiro de 2011.

Profa. Soraya Almeida Belisário Soraya Almeida Belisário  
Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo Eliane Costa Dias Gontijo  
Profa. Célia Regina Rodrigues Gil Célia Regina Rodrigues Gil  
Profa. Alzira de Oliveira Jorge Alzira de Oliveira Jorge  
Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/ Coordenadora Mariângela Leal Cherchiglia

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia  
Coordenadora do Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Pública  
Faculdade de Medicina - UFMG

*Aos meus pais, Beth e Lauro, e à minha irmã, Clara,  
pela compreensão nos momentos de ansiedade e  
ausência e pelos estímulos inesgotáveis.*

## **AGRADECIMENTOS**

Às professoras Soraya e Eliane pela amizade, paciência, disponibilidade, confiança e orientação neste trabalho.

Ao Tio Marcos e à Daisy, pelo incentivo, valiosas contribuições, ajuda e carinho em todas as etapas.

Aos amigos Luciana, Ana Paula, Jackson, Jaqueline, Marla, Máirica, Juliana, Iara, Luísa, Márcia e Suzana, por estarem presentes desde o início, pelas contribuições e conselhos, pela paciência, por me ajudarem a realizar os grupos focais e a revisão bibliográfica e por alegrarem meus dias!

Ao Pedro, pelas conversas, pelos almoços e por compartilharmos nossas angústias e alegrias.

Aos amigos das Ciências Sociais, pelo companheirismo.

Aos colegas do Projeto de Pesquisa de Avaliação Exploratória da Gestão da Educação na Saúde, pela oportunidade de aprendizado e pelo incentivo.

Aos pesquisadores e funcionários do NESCON, pelo carinho e apoio.

Aos professores e colegas do PPGSP, pela amizade e pelo compartilhamento de saberes.

A CAPES, pela bolsa concedida, possibilitando minha dedicação integral ao mestrado.

Aos estudantes pesquisados, peças fundamentais desse estudo, sempre dispostos a compartilhar conhecimentos e vivências sobre a inserção na APS.

Aos professores de MGA II, MGC II e PSP, pelo apoio e receptividade.

Às gerentes dos centros de saúde onde o estudo foi realizado, por permitirem meu acesso.

Aos meus amigos, pela alegria que me proporcionam sempre que nos encontramos.

À minha família, pelo companheirismo e torcida.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

## RESUMO

A inserção de estudantes de medicina em serviços de atenção primária à saúde (APS), no intuito de promover um aprendizado vinculado às necessidades reais de saúde da população, tem sido tema de estudos na área de educação médica há alguns anos, tanto no Brasil quanto no exterior. A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG) inseriu seus estudantes em cenários de APS em 1975 e atualmente busca ampliar essa inserção. O objetivo deste trabalho foi investigar a percepção dos estudantes do 8º período da Faculdade de Medicina da UFMG sobre as atividades realizadas no centro de saúde a partir do resgate da inserção dessa instituição na atenção primária à saúde. Os objetivos específicos foram: contextualizar a inserção da FM/UFMG na APS a partir da utilização dos centros de saúde (CS) como cenário de ensino; identificar e descrever as atividades realizadas pelos estudantes nos CS tomando como referência as propostas do SUS para a APS; pesquisar a opinião dos estudantes do 8º período sobre as atividades realizadas nos CS tomando como referência as propostas do SUS para a APS em relação aos seguintes aspectos: realização de atividades extra-unidade, participação em atividades da unidade e integração dos estudantes com a equipe. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, que buscou articular métodos e técnicas para a investigação do objeto de interesse. Neste estudo foram selecionados três CS da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) que funcionam como cenário de prática da FM/UFMG há cerca de 30 anos. A coleta de dados foi feita por meio de análise documental, grupos focais e observação, esta última como técnica complementar. A população estudada foi composta pelos estudantes do 8º período do curso de medicina inseridos nos três CS selecionados. Foram realizados dois grupos focais, com seis estudantes cada. Foram realizadas, ainda, 16 horas de observação em cada CS, totalizando 48 horas, registradas em um diário de campo. Para o tratamento dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo. Na análise documental fez-se uma breve revisão de literatura sobre o ensino médico a partir da institucionalização da chamada medicina científica e dos movimentos decorrentes, que criticavam este modelo, contextualizando-os também no Brasil. Contextualizou-se, também, as propostas de mudança do ensino médico no Brasil a partir de políticas governamentais, como as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina, políticas de incentivo e seus desdobramentos. Neste contexto, procedeu-se a um resgate histórico da inserção dos estudantes da FM/UFMG nos CS, apresentando-se os principais aspectos da reforma curricular de 1975 e do processo de mudança curricular em curso. Os resultados dos grupos focais e observações evidenciaram, por parte dos estudantes, uma percepção positiva da inserção nos CS bem como o reconhecimento, pelos mesmos, da importância deste cenário no processo de formação dos médicos, além de contribuir para a construção de um novo olhar sobre processo saúde-doença, possibilitando o estabelecimento de vínculos e um cuidado integral à saúde da população. Embora a consulta clínica ainda se constitua como a principal atividade realizada no CS, são também valorizadas outras atividades previstas neste cenário. Conclui-se pela importância da inserção dos estudantes de medicina na APS em seu processo de formação.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Educação Médica; Escolas Médicas; Estudantes de Medicina; Educação de Graduação em Medicina

## ABSTRACT

The inclusion of medical students in primary health care services (APS) in order to promote a learning linked to real needs of the population's health has been the subject of studies in medical education for several years, both in Brazil and abroad. The Medical School of the Federal University of Minas Gerais (FM/UFMG) first inserted its students in Primary Care scenarios in 1975 and now, it seeks a broadening of its insertion programs. This research aimed to investigate the FM/UFMG 8<sup>th</sup> semester students' perception of the activities performed at the primary health care facilities (CS), following the reinsertion of the FM/UFMG institution in primary health care. The specific objectives were contextualize the inclusion of FM/UFMG in APS from the use of CS as a teaching scenario; identify and describe the activities realized by 8<sup>th</sup> semester students' at the health centers, taking as a reference the Unified Health System's (SUS) proposals for the APS; search the 8<sup>th</sup> semester students' opinion on activities performed in CS taking as a reference the Unified Health System's (SUS) proposals for the APS regarding the following aspects: conducting extra-unit activities, participation in unit activities and integration of students with the team. This is a case study of qualitative approach, which sought to articulate the methods and techniques to investigate the object of interest. In this study we selected three CS of the Municipality of Belo Horizonte (PBH) which serves as a practical scenario of FM/UFMG for nearly 30 years. Data collection was performed by means of documentary analysis, focus groups and observation, the latter as a complementary technique. The studied population was composed by the students of 8<sup>th</sup> semester of medical school entered in the three selected CS. Two focus groups were conducted with six students each. There were also realized 16 hours of observation in each CS, totaling 48 hours, recorded in a diary. For the data treatment it was used the Content Analysis. The documental analysis did a brief review of literature on medical education from the institutionalization of so-called scientific medicine and the resulting movements, which criticized this model, contextualizing them also in Brazil. Moreover, were examined the proposed changes in Brazilian medical education in light of government policies such as the National Curriculum Guide for the Medical School, incentive policies and their consequences. In this context, it was proceeded to a historical review of the integration of FM/UFMG students in CS, presenting the main aspects of the curriculum reform of 1975 and the process of curriculum change in course. The results of focus groups and observations showed, by students, positive perceptions of inclusion in the CS and the recognition by them of the importance of this stage in the medical training process, and contribute to build a new look on health-disease process, enabling the establishment of links and a comprehensive care to population health. Although the clinical consultation still constitutes the main activity carried out by CS, is also valued other activities under this scenario. As a conclusion, this work reinforces the importance of the insertion of medical students into the APS during their formation process.

**Key-words:** Primary Health Care; Medical Education; Medical Schools; Students, Medical; Education, Medical, Undergraduate

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Ensino Médico
ALAFEM	Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina
APS	Atenção Primária à Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CS	Centro de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina
FEPAFEM	Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades de Medicina
FM	Faculdade de Medicina
HC	Hospital das Clínicas
ICB	Instituto de Ciências Biológicas
IDA	Integração Docente-Assistencial
MEC	Ministério da Educação
MGA II	Medicina Geral de Adultos II
MGC II	Medicina Geral de Crianças II
NETWORK	Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PSP	Política de Saúde e Planejamento
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNI	“Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde: união com a comunidade”

## SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2	OBJETIVOS.....	24
3	ARTIGO I - OS CENTROS DE SAÚDE COMO CENÁRIO DE ENSINO NA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG: UMA RETROSPECTIVA.....	25
3.1	INTRODUÇÃO.....	26
3.2	UMA BREVE REVISÃO SOBRE O ENSINO MÉDICO.....	26
3.3	PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO CURRICULAR: 1971-1975.....	29
3.4	MODIFICAÇÕES CURRICULARES DE 1994.....	33
3.5	POLÍTICAS DE INCENTIVO.....	33
3.6	PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO CURRICULAR:2002-2010.....	35
3.7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
4	ARTIGO II - ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CENÁRIO DE PRÁTICAS NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA.....	45
4.1	INTRODUÇÃO.....	46
4.2	MÉTODO.....	48
4.2.1	SUJEITOS E PERÍODO DO ESTUDO.....	48
4.2.2	COLETA DE DADOS.....	49
4.2.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	49
4.2.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	50
4.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
4.3.1	ATIVIDADES REALIZADAS.....	50
4.3.2	INTEGRAÇÃO ENTRE AS DISCIPLINAS E COM A EQUIPE.....	52
4.3.3	EXPERIÊNCIA NA APS.....	54
4.3.4	CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENSINO NO CENTRO DE SAÚDE.....	56
4.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	APÊNDICES.....	68
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista dos grupos focais.....	69
	ANEXOS.....	70
	ANEXO A - Cópia da aprovação do COEP da UFMG.....	71
	ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	72
	ANEXO C - Comprovante de Qualificação.....	73

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O interesse pela transformação e mudanças na educação médica vem aumentando nos últimos anos, tanto em âmbito internacional quanto nacional<sup>1,2,3,4</sup>. Paralelamente, instituições, pesquisadores, gestores e profissionais de saúde enfatizam a importância dos recursos humanos na estrutura dos sistemas de saúde<sup>5,6,7,8</sup>. Esses trabalhos discutem, entre outros, o problema da inadequação da formação médica frente às necessidades atuais dos sistemas de saúde.

Neste contexto, é possível identificar uma mudança de paradigmas na educação médica. O modelo flexneriano, caracterizado pela ênfase nas ciências básicas e no ensino de especialidades centrado no hospital, fragmentou o conhecimento e limitou a visão humanista dos profissionais, e apresenta sinais de esgotamento<sup>9</sup>. O clássico trabalho de White, Willians e Greenberg (1961)<sup>10</sup> apontou a inadequação da formação médica centrada em hospital universitário, ao verificar que em cada mil pessoas, somente nove necessitam ser

---

<sup>1</sup>García JC. La educación médica en la América Latina. Washington : Opas/OMS, Public. Cient. 225; 1972.

<sup>2</sup> Almeida MJ. Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança [Tese]. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997.

<sup>3</sup> Feuerwerker L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface – Comun Saúde Educ. 1998; 2 (3) : 51-71.

<sup>4</sup> Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury, GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32 (3) : 333-346.

<sup>5</sup> Bevilacqua RG, Sampaio SAP. As especializações – histórico e projeções. In: Negri B, Faria R, Viana ALD. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas : Unicamp; 2002. p. 33-90.

<sup>6</sup> Piancastelli CH. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. In: Arruda BKG, org. A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco : MS; 2001. p.121-40.

<sup>7</sup> Campos FE, Aguiar RAT. Atenção básica e reforma curricular. In: Negri B, Faria R, Viana ALD. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas : Unicamp; 2002. p. 91-99.

<sup>8</sup> GIL CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública. 2005; 21 (2) : 490-498.

<sup>9</sup> Lampert JB. Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. Cadernos da Abem; 2004 1. [acesso em: 31 jan. 2011] Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/pdf\\_caderno1/jadete\\_final.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno1/jadete_final.pdf)

<sup>10</sup> White KL, Willians TF, Greenberg BC. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961; 265 : 885-92.

hospitalizadas e apenas uma se interna em hospital universitário. Além disso, as mudanças exponenciais ocorridas no conhecimento científico e na sociedade estimularam as discussões sobre o modelo de ensino, no sentido de repensar estratégias que melhor se adéquem à formação dos profissionais que irão exercer suas atividades no mundo contemporâneo. Na década de 70 surge um novo paradigma, orientado para a atenção integral do ser humano, buscando unir excelência técnica e relevância social na construção de um novo modelo para a formação de profissionais de saúde<sup>9</sup>.

Dentre as questões abordadas no que se refere à formação médica coloca-se a discussão acerca de quais devem ser os cenários preferenciais para inserir os estudantes em suas atividades práticas. Nos últimos anos, vem sendo proposta a inserção de estudantes em serviços de atenção primária à saúde (APS) no intuito de promover um aprendizado vinculado às necessidades dos serviços e que atendam às demandas reais de saúde da população<sup>11,12</sup>.

No Brasil, importantes movimentos formais e informais têm buscado reorientar a formação médica a partir da inserção na APS<sup>13</sup>. Dentre os primeiros, destacam-se as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN)<sup>14</sup>, homologadas em 2001 pelo Ministério da Educação (MEC), que desencadearam processos de mudanças curriculares em escolas de medicina de todo o país, dentre elas, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG), foco deste estudo.

Em 1975, a FM/UFMG implantou um processo de desenvolvimento curricular que preconizou, entre outras questões, a inserção dos estudantes em serviços comunitários de assistência médica, compreendidos como locais privilegiados para a visão e a prática biopsicossocial. Ao longo dos anos, houve mudanças no currículo e, atualmente, a faculdade passa por nova reforma, que pretende a ampliação dessa inserção, buscando proporcionar uma

---

<sup>11</sup> Rawaf S. Family Medicine: The UK experience. Seminário Internacional: Os desafios da Atenção Básica – Graduação em medicina. Brasília; 2007. p. 9-27.

<sup>12</sup> Stein AT. Práticas clínicas ressignificadas na atenção básica. Seminário Internacional: Os desafios da Atenção Básica – Graduação em medicina. Brasília; 2007. p. 28-31.

<sup>13</sup> Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev Bras Educ Méd. 2005; 29 (2) : 136-146.

<sup>14</sup> Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

formação mais adequada às necessidades profissionais do médico e à realidade social e de saúde da população brasileira, com ênfase na APS. O presente trabalho aborda a inserção de estudantes da FM/UFMG em centros de saúde (CS) da prefeitura de Belo Horizonte (PBH).

### **A Atenção Primária à Saúde**

A expressão atenção primária foi pela primeira vez grafada em 1920, em relatório sobre a organização do sistema de serviços de saúde do Reino Unido, elaborado por Bertrand Dawson, distinguindo os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde e definindo os CS como o *locus* responsável pelo nível primário<sup>15,16,17</sup>. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, foi uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) em resposta à crescente crise global no campo da saúde<sup>18</sup>, evidenciada pelas desigualdades e altos custos da atenção à saúde em todos os países. Para a OMS, a saúde é fortemente relacionada a determinantes econômicos e sociais e a APS poderia se firmar como a estratégia mais adequada para garantir assistência à saúde de forma integral e eficaz para toda a população, de modo a alcançar a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”<sup>15,19</sup>.

A APS caracteriza-se por ser a porta de entrada no sistema de saúde para todas as demandas da população, além de ser responsável pela organização do cuidado e referência para maiores

---

<sup>15</sup> Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

<sup>16</sup> De Maeseneer JM et al. A Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para alcançar a equidade de assistência à saúde: uma revisão da literatura - iniciativa da Rede de Conhecimento em Sistemas de Saúde. Rev. Bras. Saúde Fam. 2008; 19 : 46-72.

<sup>17</sup> Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo : Hucitec; Rio de Janeiro : Editora Fiocruz; 2008. p. 783 – 836.

<sup>18</sup> Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. [Acesso em 11 jan. 2010] Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadarq/alma-ata.pdf>

<sup>19</sup> Aguiar RAT. A Construção Internacional do Conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua Influência na Emergência e Consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. [Dissertação] Belo Horizonte : Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

níveis de complexidade<sup>15,20</sup>. De acordo com a declaração da Conferência de Alma-Ata<sup>17</sup>, os cuidados primários de saúde são definidos como:

*"cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde"* (OMS, 1978)<sup>17</sup>.

Após a Conferência de Alma-Ata, variadas estratégias de APS foram adotadas por diferentes países, em processo que levou em conta o desenvolvimento histórico, social e político desses, adaptando a APS às necessidades e situações locais<sup>21,22,23</sup>. Assim, as diferentes abordagens e maneiras de implementação da APS levaram a reinterpretações dessa forma de organização dos sistemas de saúde, algumas representando avanços e outras retrocessos em relação à proposta original<sup>23,24</sup>.

Internacionalmente a APS tem sido reconhecida como um dos componentes-chave para o fortalecimento da capacidade da sociedade em reduzir iniquidades na área da saúde e para a

---

<sup>20</sup> Heimann LS, Mendonça MHM. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde de Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suarez JM. Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro : Fiocruz; 2005. p. 481-500.

<sup>21</sup> Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24 (Supl. 1) : 7-27.

<sup>22</sup> Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte : ESP-MG; 2009.

<sup>23</sup> Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de posicionamento da OPAS/OMS; 2008. [Acesso em 9 nov. 2009] Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>

<sup>24</sup> Brasil. (a) Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília : CONASS, 2007.

promoção de condições de saúde e de desenvolvimento humano mais equitativas<sup>23,25</sup>. De acordo com Starfield (2009)<sup>26</sup>, sistemas nacionais de saúde com sólida estrutura de APS tendem a possuir populações mais saudáveis, menos disparidades de saúde e menores custos com assistência à saúde. Na mesma direção, Mendes (1999)<sup>27</sup> afirma que “*um nível de atenção primária bem organizado constitui pré-condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo.*”

Estudos realizados em vários países corroboram o impacto positivo da APS sobre indicadores de saúde, como a redução do baixo peso ao nascer e da mortalidade associada a várias causas, a redução de gastos totais; maior acessibilidade aos serviços de saúde, à qualidade global da atenção e às ações preventivas; a redução de internações hospitalares através da detecção precoce de problemas e da garantia de cuidados mais apropriados; e redução do uso de cuidados desnecessários de atenção especializada à saúde<sup>28,29</sup>.

Considerando as diferentes interpretações e aplicações da APS, que em alguns aspectos distorceram os ideais de Alma-Ata, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) propôs a renovação da APS<sup>23,30</sup>. Tal renovação, apresentada em 2007, defende um sistema de saúde centrado nas necessidades das populações, assim como a responsabilização dos governos pelos seus atos, a qualidade dos serviços oferecidos, a distribuição equitativa dos esforços, a realização de ações intersetoriais e a participação das pessoas nos aspectos relacionados à sua

---

<sup>25</sup> Dowbor TP. O trabalho com determinantes sociais da saúde no programa saúde da família do município de São Paulo. [Tese] São Paulo : Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2008.

<sup>26</sup> Starfield B. Toward international primary care reform. Can. Med. Assoc. J. 2009; 180 (11) :1091-1092.

<sup>27</sup> Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2. Ed. São Paulo : Hucitec, 1999.

<sup>28</sup> Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005; 83 (3) : 457-502.

<sup>29</sup> Stralen CJ. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24 (Supl. 1) : 148-158.

<sup>30</sup> Gillan S. Is the Declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? Br. Med. J. 2008; 336 (7643) : 536-538

saúde<sup>23,25,31</sup>. Nessa perspectiva, é de se esperar que os elementos principais de um sistema de saúde estruturado a partir da APS contribuam para o processo de desenvolvimento humano.

### **A Atenção Primária à Saúde no SUS**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu um conceito inovador e ampliado de saúde que engloba três importantes fatores: o meio socioeconômico e cultural, o meio físico, e a garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado<sup>32</sup>. Para Werneck, Senna e Lucas (2009)<sup>33</sup>, tal conceito propõe a compreensão da saúde e da doença enquanto um processo social, diretamente ligado à vida das pessoas em seus múltiplos espaços de convivência, o que vai ao encontro do proposto pela APS.

No Brasil, convencionou-se denominar a Atenção Primária à Saúde como Atenção Básica. Esta opção é resultante da negação de concepções da APS consideradas restritivas por algumas vertentes, que interpretavam esta política como simplificada, limitada e focalizada<sup>19,34</sup>. O Ministério da Saúde buscou ainda, com essa denominação, distinguir e fortalecer a estratégia brasileira, considerada mais universalista e com potencial de reordenamento do sistema de saúde<sup>29,35</sup>. Nos últimos anos, alguns autores<sup>21,22</sup>, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)<sup>24</sup> e o próprio Ministério da Saúde<sup>36</sup> têm utilizado a expressão Atenção Primária à Saúde. Optou-se, neste trabalho, pelo uso da

---

<sup>31</sup> Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ; 2008. p. 575 -625.

<sup>32</sup> Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde – Princípios. In: Campos FE, Oliveira Junior M, Tonon LM.. Planejamento e Gestão em Saúde. Cadernos de Saúde 1, Belo Horizonte : Coopmed; 1998. p. 13-25.

<sup>33</sup> Werneck MAF, Senna MIB, Lucas SD. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva (Pro-odonto/Prevenção). 2009; 3 (1).

<sup>34</sup> Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad Saúde Pública. 2006; 22 (6) : 1171-1181.

<sup>35</sup> Machado CV, Lima LD, Viana LS. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24 (Supl. 1) : 42-57.

<sup>36</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. V Seminário Internacional de Atenção Primária à Saúde. Março de 2010. [Acesso em 05 abr. 2010] Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/evento/5aps>

expressão Atenção Primária à Saúde como sinônimo do termo Atenção Básica, por consistir a primeira em terminologia internacionalmente reconhecida.

A criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, foi a estratégia escolhida pelo governo para reorientar o modelo de atenção à saúde, seguindo os princípios da APS<sup>19,26,27,37</sup>. Apoiada em políticas nacionais de incentivo, a estratégia de Saúde da Família vem se expandindo em todo o país. Entretanto, vários autores afirmam que, apesar dos inegáveis avanços do PSF, como a diminuição das desigualdades, a ampliação do acesso e a melhora das condições de saúde da população, ainda há muitos desafios a serem enfrentados<sup>31,38,39</sup>. Dentre esses, Sousa e Hamann (2009)<sup>39</sup> destacam a expansão da cobertura do programa nos municípios com mais de 100 mil habitantes; a co-responsabilidade do financiamento; e a política de capacitação e formação de recursos humanos para o PSF. Sobre este último, Andrade, Barreto e Bezerra (2008)<sup>17</sup> enfatizam a importância das mudanças nas graduações de cursos da área da saúde, sobretudo nos de medicina, com o intuito de formar profissionais generalistas e comprometidos com os princípios da APS.

Em Belo Horizonte, cidade em que este estudo foi realizado, as primeiras equipes do PSF foram implantadas em 2002, quando foi iniciada uma mudança organizacional no sistema de saúde. Atualmente o PSF, por meio do programa BH Vida: Saúde Integral, é a principal estratégia da prefeitura para a viabilização da APS, com 523 equipes de saúde da família implantadas em 147 CS, atingindo cerca de 75% da população geral e 100% da população de alto risco<sup>40</sup>.

---

<sup>37</sup> Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* (Rio J.). 1998; 8 (2): 11-48.

<sup>38</sup> Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Cien Saude Colet*. 2009; 14 (supl. 1) : 1493-1497.

<sup>39</sup> Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: Uma agenda incompleta? *Cien Saude Colet*. 2009; 14 (supl. 1) : 1325-1335.

<sup>40</sup> Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. [Acesso em: 23 de dezembro de 2010]. Disponível em: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=sau&tax=7482&lang=pt\\_BR&pg=5571&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=sau&tax=7482&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&)

## **A Atenção Primária à Saúde como cenário de prática no ensino médico**

Apesar de a reorientação do modelo de atenção a partir do PSF ter ampliado o mercado de trabalho de médicos e outros profissionais de saúde, para o sucesso dessa estratégia são necessários médicos generalistas, capazes de diagnosticar e tratar a maior parte das doenças prevalentes em seu território. Entretanto, há poucos profissionais aptos para esta função, o que leva à ocupação destes postos de trabalho por médicos que não foram devidamente preparados e conseqüentemente diminui a resolutividade e eficácia das ações da APS<sup>13</sup>.

Desse modo, levanta-se a discussão da inadequação da formação médica frente a esta realidade<sup>41</sup>. Para Cutolo e Cesa (2003)<sup>41</sup>, o ensino médico não contempla as práticas médicas necessárias para o funcionamento adequado do SUS, o que torna essencial a discussão sobre mudanças curriculares visando à instituição de práticas médicas condizentes com os novos paradigmas em saúde. Nesse contexto, as DCN, aprovadas pelo MEC em 2001, recomendam que os cursos médicos se estruturam para viabilizar a inserção dos estudantes em serviços de APS desde o início do curso<sup>14</sup>. Espera-se, dessa forma, o ingresso no mercado de trabalho de profissionais melhor qualificados e com atuação voltada para as necessidades de saúde da população.

A inserção dos estudantes de medicina em cenários de atenção primária é uma estratégia que promove o aprendizado vinculado às necessidades reais de saúde da comunidade, propiciando o contato dos mesmos com número maior e mais variado de casos, inclusive em estágios iniciais de desenvolvimento. Essas condições facilitam a contextualização, por parte dos estudantes, da realidade médica e social, além da compreensão do funcionamento dos sistemas de saúde<sup>4,42</sup>.

A FM/UFMG destaca-se no cenário nacional, desde o final dos anos 70, por adotar uma política de formação de médicos generalistas, por meio da utilização dos CS da PBH como campo de estágio para os estudantes. Atualmente, essa inserção se dá no 8º período do curso médico, por meio das disciplinas Medicina Geral de Adultos II (MGA II) e Medicina Geral de

---

<sup>41</sup> Cutolo LRA, Cesa AI. Percepção dos alunos do curso de graduação em medicina da UFSC sobre a concepção saúde/doença das práticas curriculares. Arq Cat Med. 2003; 32 (4) : 75-89.

<sup>42</sup> Troncon LEA. Ensino clínico na comunidade. Med., Ribeirão Preto. 1999; 32 : 335-344.

Crianças II (MGC II), com carga horária de 270 horas. As atividades curriculares consistem basicamente na integração e capacitação dos estudantes no atendimento à saúde do adulto e da criança nos CS e pela participação nas atividades das unidades, instrumentalizando-os para se confrontar com a realidade do processo saúde-doença da população, tanto no âmbito individual quanto no coletivo<sup>43,44</sup>.

Em 2002 iniciou-se um processo de reforma curricular que incluiu entre suas propostas a ampliação e o fortalecimento da inserção de estudantes em cenários de APS, em consonância com as DCN<sup>45</sup>. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é investigar a percepção dos estudantes do 8º período da Faculdade de Medicina da UFMG sobre as atividades realizadas no centro de saúde a partir do resgate da inserção dessa instituição na atenção primária à saúde.

### **Abordagem Metodológica**

Trata-se de estudo de caso de abordagem qualitativa, que buscou articular diferentes métodos e técnicas para a investigação do objeto de interesse. A pesquisa qualitativa “aprofunda” o mundo dos significados, aspirações, crenças, valores e atitudes. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da ação em foco<sup>46,47</sup>. Para este estudo foram selecionados três CS da PBH que funcionam como cenário de prática da FM/UFMG há cerca de 30 anos. A população estudada

---

<sup>43</sup> Universidade Federal de Minas Gerais. (a) Faculdade de Medicina. Departamento de Pediatria. Programa da Disciplina Medicina Geral de Crianças II, Fevereiro/2010. [acesso em: 17 nov. 2010] Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/8p\\_mgcII.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/8p_mgcII.pdf).

<sup>44</sup> Universidade Federal de Minas Gerais. (b) Faculdade de Medicina. Departamento de Clínica Médica. Programa da Disciplina Medicina Geral de Adultos II, Fevereiro/2010. [acesso em: 17 nov. 2010] Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/2010/DISCIPLINA\\_MEDICINA\\_GERAL\\_DE\\_ADULTOS\\_II\\_8\\_PERIODO.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/2010/DISCIPLINA_MEDICINA_GERAL_DE_ADULTOS_II_8_PERIODO.pdf).

<sup>45</sup> Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Colegiado do Curso de Medicina. Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina da UFMG. Outubro/2008. [acesso em: 15 jun. 2010] Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/arquivos/DiretrizesCurricularesFM-UFMG.pdf>

<sup>46</sup> Minayo MCS. Org. Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25 ed. Petrópolis : Vozes; 2007.

<sup>47</sup> Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Rev Adm Empresas. 1995; 35 (2) : 57-63.

foi composta pelos estudantes inseridos nos três CS selecionados. Na coleta de dados, foram utilizadas três diferentes técnicas: análise documental, grupos focais e observação.

A análise documental é muito utilizada pelas ciências humanas e sociais, caracterizando-se pelo exame minucioso de documentos como fonte de dados. Neste trabalho a análise documental procedeu-se de fontes de informações da FM/UFMG, como documentos relacionados ao processo de desenvolvimento curricular de 1975, documentos dos ajustes realizados em 1993 e do processo de reforma atual, além de programas de disciplinas, portarias e programas governamentais, artigos científicos, dissertações e teses que abordam o tema em questão.

Optou-se por realizar grupos focais com os estudantes do 8º período do curso de medicina, pelo fato de os mesmos permitirem a compreensão tanto dos processos de construção da realidade pelo grupo, quanto das práticas cotidianas, comportamentos, atitudes e valores em relação ao tema, por pessoas que estão inseridas em um determinado contexto, permitindo a obtenção de diferentes pontos de vista sobre o mesmo tópico<sup>48</sup>.

Grupos focais vêm sendo cada vez mais utilizados, podendo ser aplicados individualmente ou conjuntamente a outras metodologias qualitativas ou quantitativas, visando aprofundar o conhecimento sobre um contexto específico ou gerar novos conceitos, serviços e produtos<sup>49,50</sup>. Uma de suas grandes vantagens refere-se ao fato de que os dados são gerados através da interação entre os participantes. Esta interação é capaz de produzir dados que dificilmente seriam conseguidos fora do grupo. O grupo focal permite ao pesquisador a obtenção de grande volume de informações em um curto período de tempo.

Foram realizados dois grupos focais, com seis estudantes cada. O número de participantes está de acordo com o sugerido pela literatura<sup>46</sup>. A discussão foi gravada em áudio e guiada por

---

<sup>48</sup> Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília : Líber Livro Editora, 2005.

<sup>49</sup> Dias CA. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Informação e Sociedade, v. 10, nº 2, 2000.

<sup>50</sup> Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

roteiro com perguntas norteadoras (APÊNDICE A). Para o tratamento dos dados utilizou-se a análise de conteúdo<sup>51</sup>.

A observação é um dos principais elementos da pesquisa qualitativa, desempenhando papel essencial na etapa de coleta de dados, pois é capaz de vincular os acontecimentos às suas representações, facilitando a compreensão das contradições entre regras e normas e as práticas cotidianas vivenciadas pelo grupo ou organização analisados<sup>46</sup>. Segundo Chizzotti (1991)<sup>52</sup>, o pesquisador deve observar os seguintes componentes do contexto em análise: os atores e suas relações interpessoais e sociais; o ambiente; o tempo; as ações e seus significados; os conflitos; as atitudes e os comportamentos diante da realidade cotidiana. Desta forma, torna-se possível a compreensão do significado que esses atores conferem à suas ações e à realidade em que estão inseridos. O registro das informações coletadas durante as observações é feito no diário de campo, que deve conter, além das informações sobre acontecimentos cotidianos, técnicas e dados, as reflexões, percepções e opiniões pessoais do pesquisador sobre o fenômeno observado<sup>52</sup>.

Neste trabalho utilizou-se a observação como técnica complementar de coleta de dados, com o intuito de compreender o contexto em que os estudantes de medicina realizam suas atividades acadêmicas nos CS e a relação destas com as ações de APS desenvolvidas nas unidades da rede. Foram realizadas 16 horas de observação em cada CS, totalizando 48 horas, registradas em um diário de campo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Parecer nº ETIC 0048.0.203.000-10) (ANEXO A). Os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), sendo garantido o sigilo das informações e o anonimato.

Sobre a estrutura do texto, optou-se por apresentar o trabalho final em forma de artigos, como prevêem as normas da Pós-Graduação em Saúde Pública<sup>53</sup>:

---

<sup>51</sup> Bardin L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa : Edições 70; 2008.

<sup>52</sup> Chizzoti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo : Cortez, 1991.

<sup>53</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Manual de orientação. Belo Horizonte, 2007.

- O Artigo I, intitulado “Os centros de saúde como cenário de ensino na Faculdade de Medicina da UFMG: uma retrospectiva” se refere à contextualização sobre a inserção da FM/UFMG na atenção primária a partir da utilização dos centros de saúde como cenário de ensino e será submetido à Revista Médica de Minas Gerais.
- O Artigo II, intitulado “Atenção Primária como cenário de prática na percepção de estudantes de medicina” apresenta os resultados da pesquisa de percepção dos estudantes da FM/UFMG sobre a atenção primária como cenário de prática e foi submetido à Revista Brasileira de Educação Médica.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Investigar a percepção dos estudantes do 8º período da Faculdade de Medicina da UFMG sobre as atividades realizadas no centro de saúde a partir do resgate da inserção dessa instituição na atenção primária à saúde.

### **Objetivos específicos:**

- 1.** Contextualizar a inserção da FM/UFMG na atenção primária à saúde a partir da utilização dos centros de saúde como cenário de ensino (Artigo I);
- 2.** Identificar e descrever as atividades realizadas pelos estudantes nos centros de saúde tomando como referência as propostas do SUS para a atenção primária à saúde (Artigo II);
- 3.** Pesquisar a opinião dos estudantes do 8º período sobre as atividades realizadas nos centros de saúde tomando como referência as propostas do SUS para a atenção primária em relação aos seguintes aspectos: realização de atividades extra-unidade, participação em atividades da unidade e integração dos estudantes com a equipe. (Artigo II).

ARTIGO I

OS CENTROS DE SAÚDE COMO CENÁRIO DE ENSINO NA  
FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG: UMA RETROSPECTIVA

### 3. OS CENTROS DE SAÚDE COMO CENÁRIO DE ENSINO NA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG: UMA RETROSPECTIVA

#### 3.1 Introdução

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG) foi criada em 1911 pela Sociedade Médico Cirúrgica de Minas Gerais. Em 1927 a Escola foi integrada à recém criada Universidade de Minas Gerais, composta também pela Faculdade de Direito, Escola de Engenharia e Escola Livre de Odontologia, tendo sido federalizada em 1949<sup>1,2</sup>.

Nestes cem anos de existência, a FM/UFMG construiu importante experiência curricular e há mais de 30 anos destaca-se no cenário nacional por adotar uma política de formação de médicos generalistas, aptos a atuarem na atenção primária à saúde (APS). Deste modo, o principal interesse deste trabalho é contextualizar a inserção da FM/UFMG na APS a partir da utilização dos centros de saúde (CS) como cenário de ensino.

Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a análise documental como instrumento de coleta de dados. Foram contempladas fontes de informações da FM/UFMG, como documentos relacionados à reforma curricular de 1975, documentos sobre o atual processo de discussão de reforma curricular, programas de disciplinas, portarias e programas governamentais, artigos científicos, dissertações e teses que abordam o tema em questão.

#### 3.2 Uma breve revisão sobre o ensino médico

A prática da medicina aproximou-se da ciência no final do século XIX, período em que o hospital foi eleito como *locus* privilegiado de atuação e as doenças objeto de intervenção sobre o indivíduo<sup>3</sup>. Nesse período, a chamada medicina científica ganhou destaque nos países industrializados, influenciando os modelos de atenção vigentes e, conseqüentemente, o ensino médico, que passou a incorporar a medicina biológica e tecnológica<sup>4</sup>.

Em 1910, a Fundação Carnegie publicou o Relatório Flexner, que é considerado o principal marco da concretização da medicina científica<sup>5</sup>. As recomendações do Relatório Flexner a respeito da realidade do ensino médico nos Estados Unidos influenciaram a reformulação do

ensino das faculdades americanas e canadenses e, posteriormente, da América Latina. As propostas decorrentes desse informe consignaram um modelo de ensino cujas principais características são: sólida formação em ciências básicas; atenção médica individual e pouca ênfase na prevenção da saúde; aprendizado hospitalocêntrico, minuciosamente organizado em especialidades; grandes hospitais de ensino, próprios, com corpo clínico fechado e permanente; e assistência ambulatorial de alta complexidade<sup>5,6,7,8</sup>.

A partir de Flexner, a educação médica passou a ser vista como processo de iniciação à ciência médica e às disciplinas que a sustentam. A prática médica é compreendida, então, como aplicação e produto desta ciência e orientada por seu método próprio, o raciocínio clínico. Foi com a ênfase no conhecimento experimental proveniente da pesquisa básica que o modelo flexneriano reforçou a separação entre individual e coletivo, biológico e social, curativo e preventivo<sup>9</sup>.

Em 1920 foi divulgado por Bertrand Dawson um relatório propondo a reorganização do sistema de serviços de saúde no Reino Unido<sup>10</sup>. Esse documento fazia uma crítica ao modelo flexneriano e distinguia três níveis de serviços de saúde, definindo os CS como o *locus* do nível primário de atenção, responsáveis por ações preventivas e terapêuticas<sup>10</sup>. Para Dawson, o treinamento dos estudantes de medicina não deveria ocorrer apenas nos hospitais de ensino, mas também nos CS, próximo ao indivíduo, à família e à comunidade, de modo que pudesse proporcionar a formação de um profissional generalista<sup>11</sup>. Apesar de ter sido publicado em 1920, o Relatório Dawson, como é conhecido, somente nas décadas de 40 e 50 exerceu influência nos cursos médicos, especialmente do Reino Unido e da União Soviética<sup>11</sup>.

O modelo de organização do sistema de saúde proposto por Dawson foi implementado na Inglaterra, sendo levado a outros países, como Cuba e Canadá, na década de 60, construindo assim as primeiras experiências de medicina familiar<sup>11</sup>. Tal conjuntura impulsionou os Estados Unidos a repensarem seu serviço de assistência médica, orientado pelo paradigma da medicina científica. Neste contexto desenvolveu-se a proposta da reforma preventivista e da medicina integral, que propunha a revalorização da relação entre o social e o coletivo no processo saúde-doença<sup>12</sup>. Posteriormente foi estruturada a proposta da medicina comunitária, que buscava uma medicina simplificada, que incluísse as camadas marginalizadas da população e incentivasse a participação popular<sup>6,12</sup>. Entretanto, para Donnangelo e Pereira (1979)<sup>13</sup> a proposta norte-americana, ao gerar e desenvolver projetos de recomposição da

prática médica introduzia apenas fatores corretivos de deficiências próprias à mesma, deixando inalterado o essencial da estrutura de produção de serviços.

Na América Latina, esse movimento foi introduzido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e por entidades americanas de educação médica. Essas instituições organizaram, na década de 50, seminários internacionais em Viña Del Mar, no Chile e Tehuacán, no México, que incentivaram, dentre outros, a criação de Departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de medicina e a utilização da comunidade para o desenvolvimento das atividades acadêmicas<sup>3,14</sup>. A FM/UFMG foi fortemente influenciada por esses movimentos, tendo criado em 1960 o Departamento de Medicina Preventiva e Social<sup>1</sup>.

Mudanças nas escolas médicas surgiram nas décadas de 60 e 70, pretendendo alterar a lógica de formação vigente<sup>15</sup>. Nesse período foi criada a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades de Medicina (FEPAFEM), composta por várias entidades nacionais ligadas ao ensino médico da América Latina, Estados Unidos e Canadá. Posteriormente, foi criada a Associação Latino-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (ALAFEM). Essas entidades, apesar de apresentarem muitas divergências, tanto políticas quanto à educação médica, eram apoiadas pela OPAS e demonstravam a força do movimento pela educação médica na região<sup>15</sup>. Seguindo uma tendência internacional, foi criada em 1963 a Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM), que desde então funciona como o *locus* privilegiado de discussão do ensino médico no Brasil<sup>16</sup>.

A crítica dessas entidades à formação médica fundamentava-se na visão biologicista, tecnicista e fragmentária dos currículos, fortemente influenciados pelo modelo flexneriano<sup>5,6,17,18</sup>. Propunham-se mudanças voltadas para a medicina preventiva e a medicina comunitária, com o objetivo de reintegrar o conhecimento na esfera da formação do médico generalista e a ampliação da cobertura da assistência médica<sup>15,19</sup>. Neste contexto destacam-se as propostas de mudança curricular orientadas para a APS<sup>20,21</sup>.

No Brasil, a década de 70 se caracterizou pelo desenvolvimento de iniciativas no sentido de estimular a integração do ensino com os serviços de saúde. Destaca-se o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA), desenvolvido pelo governo federal, que se caracterizava por fazer parte de um processo amplo de participação da sociedade, com a intenção de aumentar o comprometimento das faculdades de medicina com a assistência<sup>22,23</sup>.

Movimento importante foi protagonizado no final dos anos 70 por uma rede de instituições de ensino superior denominada *Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences*<sup>24</sup>. A NETWORK, tal como é conhecida na América Latina, foi a responsável pela disseminação de duas importantes estratégias que influenciaram o ensino das profissões de saúde por todos os cinco continentes: a Aprendizagem Baseada em Problemas e o Ensino Orientado para a Comunidade. Este último envolve a participação da comunidade, durante toda a experiência educativa, como um importante cenário no qual a aprendizagem tem lugar<sup>24</sup>. Essa metodologia de ensino foi adotada por algumas escolas médicas que passavam por processos de reforma curricular.

### 3.3 Processo de desenvolvimento curricular: 1971-1975

Do ano de sua fundação até 1964, o curso de medicina da FM/UFMG tinha a duração mínima de seis anos. A partir de 1965, a faculdade foi autorizada pelo Conselho Federal de Educação, durante o prazo experimental de dez anos, a ter um curso de menor duração, de cinco anos, com o objetivo de formar profissionais em menos tempo<sup>1,25</sup>. Em 1968, foi realizada a reforma universitária, pela Lei nº. 5540 que, juntamente com outras leis e decretos do regime militar, causou profundas mudanças nas universidades brasileiras<sup>26</sup>. Na FM/UFMG pode-se destacar o fim das cátedras e a instituição dos departamentos; a criação do Instituto de Ciências Biológicas (ICB), com a conseqüente transferência do ciclo básico para o Campus da Pampulha; a crise do Hospital das Clínicas (causada pela redução de verbas) e o aumento do número de vagas, por decisão judicial<sup>4,25,27,28,29</sup>.

Segundo Figueiredo (1992)<sup>27</sup>, no início da década de 70 o currículo da FM/UFMG se caracterizava por ser distante da realidade de saúde da população, composto por disciplinas não-integradas, separado em ciclo básico e ciclo profissional, com ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital. Essas características são congruentes com o modelo Flexneriano, em que a base científica foi descolada da prática médica<sup>5,7,8</sup>.

A situação relatada gerou uma crise na faculdade, pois a qualidade do ensino estava comprometida<sup>4</sup>. Para Correa e Gusmão (1996)<sup>1</sup>, a necessidade de mudança tornava-se iminente e a FM/UFMG reconheceu que “*tendo-se em vista as deficiências tornadas mais visíveis pelo aumento do número de alunos (...) assumiam-se novos conceitos em educação médica e a necessidade de adequar o currículo a novas diretrizes.*” Em 1971 foi designado

um grupo de especialistas para analisar o ensino de medicina na FM/UFMG e elaborar a proposta de mudança curricular, em um projeto denominado “Ensino Médico na Universidade Federal de Minas Gerais”<sup>25,30</sup>.

Em 1974, durante o 1º Seminário de Ensino Médico, as propostas foram discutidas em processo participativo, no qual estavam inseridos professores, estudantes, representantes da OPAS, do Governo Estadual e dos órgãos de planejamento da UFMG<sup>25</sup>. Dentre as estratégias propostas pelo Seminário, algumas foram consideradas marcos conceituais para a reformulação do currículo, tais como<sup>25</sup>:

*“A Educação Médica deve ter como base um sistema em que a estrutura de atenção é voltada para os problemas de saúde prevalentes na comunidade em que vai atuar o futuro médico.” (UFMG, 1976, p. 55)<sup>25</sup>*

*“A política e o planejamento da formação de médicos devem ter como referência a integração do processo de aprendizagem com o Sistema de Atenção Médica, tomando a nosologia, as necessidades de saúde da população e a própria estrutura dos serviços de saúde como objeto de estudo.” (UFMG, 1976, p. 55)<sup>25</sup>*

Partia-se do pressuposto de que a Universidade criava condições artificiais para o aprendizado, sob a égide da eficácia do ensino, distanciando os estudantes das necessidades de saúde da população e formando profissionais despreparados para a atuação no sistema de saúde<sup>4,28</sup>. O Seminário propunha uma alteração desse paradigma, visando à formação de médicos generalistas, comprometidos com a transformação das condições de saúde da sociedade através da prestação de serviços. Para tanto, o novo currículo preconizava o ensino integrado ao sistema assistencial, aberto à comunidade, com o estudante inserido na rede pública<sup>4,25,28</sup>. Ressaltava-se que o sistema de saúde não deveria ser utilizado como laboratório de ensino da universidade e que a relação entre as duas instituições deveria ser de parceria, em que o objetivo maior de ambas seria utilizar a integração entre ensino e serviço em prol da população<sup>31</sup>.

A partir das diretrizes propostas pelo Seminário de Ensino Médico, a Comissão de Desenvolvimento Curricular formulou a proposta de mudança curricular, que foi aprovada no final de 1974<sup>25</sup>. O currículo aprovado começou a vigorar em 1975, no 5º período do curso, sendo que a cada semestre era implantado um novo período, de modo que em 1978 esse processo foi concluído<sup>1,25</sup>. É interessante observar que não houve alterações curriculares referentes ao ICB na proposta aprovada. Acredita-se que tal fato tenha ocorrido por que esse

instituto, recentemente criado, possuía alta produção acadêmica e era fundamental para o fortalecimento da pesquisa na UFMG.

Procurou-se, a partir desse currículo, definir um novo perfil para os profissionais formados, de acordo com a nosologia prevalente e as necessidades de saúde da população. O objetivo do curso passou a ser a formação de profissionais generalistas, com habilidades básicas para prestar cuidados primários ao indivíduo e à comunidade, por meio do reconhecimento de suas necessidades de saúde e em colaboração com o sistema de saúde<sup>25,27</sup>.

Dentre as principais características do currículo de 1975 destacam-se o retorno da duração do curso médico para seis anos, o atendimento ambulatorial precoce pelo estudante, inclusive em CS da rede pública (na época, denominados “ambulatórios periféricos”); o calendário contínuo com férias escalonadas de docentes, estudantes e funcionários; e o internato rural obrigatório por três meses, com supervisão à distância<sup>25</sup>. O currículo continuou separado em ciclo básico (dois primeiros anos do curso) e ciclo profissional, mas foram criadas disciplinas integradoras entre os ciclos, em uma fase denominada propedêutica (terceiro ano do curso). Nos dois anos seguintes, na fase de prática integrada, as atividades eram desenvolvidas predominantemente em ambulatórios e no último ano do curso eram realizados os internatos. Em relação à grade curricular, houve redução do número total de disciplinas e foram criados dois eixos disciplinares: a Medicina Geral de Adultos e a Medicina Geral de Crianças, que eram ministradas durante três semestres, na fase de prática integrada<sup>27,31</sup>.

A proposta de internato em regiões rurais, como exigência curricular, foi encaminhada à FM/UFMG pelos próprios estudantes, sendo aprovada e implementada com o currículo de 1975<sup>32</sup>. Um grupo de estudantes realizou, em 1974, estágio voluntário na rede de serviços de saúde do Vale do Jequitinhonha, região esta que se destacava por implementar, de forma pioneira, projetos de medicina comunitária. Essa experiência, avaliada positivamente pelos envolvidos, serviu de modelo para a inclusão do estágio em áreas rurais no currículo<sup>1,31</sup>.

O Internato Rural foi implantado em 1978, por meio de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde e com 30 prefeituras, e constituiu, ao lado da inserção nos CS, a principal iniciativa de integração docente assistencial do novo currículo com o sistema de saúde<sup>4,25,32</sup>. Tal proposta resgatava e unificava parte do modelo conceitual que serviu de alicerce para o desenvolvimento dos Departamentos de Medicina Preventiva ao tentar aproximar os

estudantes da realidade dos serviços de saúde<sup>1</sup>. É uma experiência vitoriosa de integração ensino-serviço na APS, entretanto, não será objeto de estudo do presente trabalho.

A inserção da FM/UFMG nos chamados ambulatorios periféricos ocorreu gradualmente. Inicialmente o Departamento de Pediatria realizou um trabalho experimental com grupos de estudantes do 8º período inseridos no CS Pompéia, em 1976<sup>4,27</sup>. Em 1977, essa atividade era complementada por ações de promoção de saúde e prevenção em Saúde Escolar, desenvolvidas em escolas públicas no entorno do CS Pompéia, envolvendo alunos matriculados na disciplina Prática Comunitária Integrada à Nosologia Prevalente, do Departamento de Medicina Preventiva e Social<sup>25</sup>.

Em seguida, por pressão dos estudantes, que chegaram a realizar uma greve contra a repetição do ambulatorio central de pediatria e com o objetivo de ampliar e consolidar esta inserção, foi realizado um levantamento dos CS da rede pública que pudessem receber a faculdade<sup>27,29</sup>. Para essa seleção foram observados aspectos ligados à localização, acesso e infra-estrutura das unidades, sem, no entanto, artificializar o espaço com o objetivo de adequá-lo ao ensino. Em 1979, o estágio em ambulatorios da rede pública da pediatria foi oficialmente implantado em quatro CS, passando para o 9º período do curso e tornando-se obrigatório para todos os estudantes<sup>27</sup>. O Departamento de Clínica Médica passou a utilizar os ambulatorios da rede pública como campo de estágio obrigatório em 1981. Nessa mesma década, o número de CS que recebiam os estudantes aumentou para seis<sup>4,27</sup>.

A inserção nos serviços de APS permitiu aos estudantes o contato direto com a realidade de saúde, por meio da capacitação fora do Hospital Universitário, de forma dinâmica e integrada à rotina dos CS<sup>4,27</sup>. Além do atendimento clínico, os estudantes deveriam conhecer a nosologia prevalente na área, buscando a utilização de medidas preventivas, diagnósticas e recuperativas, tendo como foco a família e a comunidade, sob o prisma do processo saúde-doença<sup>27</sup>.

Durante a segunda metade da década de 80, alguns dos avanços alcançados pela reforma de 1975 foram aos poucos perdendo força. De acordo com Ribeiro (1991)<sup>33</sup> o fim do calendário contínuo e das disciplinas optativas, o regresso das aulas expositivas e a criação do Departamento de Propedêutica, caracterizado pelo “equipamento-dependência”, dentre outros, representaram o retrocesso do esforço inovador do currículo de 1975.

Para Melo (1993)<sup>29</sup>, o processo de reforma foi permeado por um idealismo que não conseguiu contribuir para a resolução dos problemas que surgiram. A autora ressalta que o isolamento do colegiado da política universitária e o desestímulo da participação da comunidade acadêmica nas discussões sobre o ensino médico contribuíram para o não cumprimento das metas iniciais da reforma<sup>29</sup>. A reforma curricular de 1975 não teve, portanto, caráter de processo, pois “*o mesmo significa um movimento de idas e vindas no sentido de sempre poder avançar nos objetivos propostos, e isto não se deu*”<sup>29</sup>.

### **3.4 Modificações curriculares de 1994**

Em 1994 foi realizado novo ajuste curricular no curso de medicina, que do ponto de vista conceitual manteve os princípios estabelecidos pelo currículo de 1975<sup>1</sup>. Destacam-se, nesse currículo, a introdução das disciplinas optativas de especialidades no 9º período, visando garantir a oportunidade de o aluno conhecer as especificidades da atenção secundária; a reorganização das disciplinas integradoras entre o ciclo básico e o profissional; aumento de carga horária destinada à Saúde Mental e diminuição daquela ministrada pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social. O princípio da integração entre ensino-serviço é reafirmado, mas não foram feitas alterações significativas nas disciplinas que utilizavam os CS como cenário de prática<sup>1</sup>. Com este ajuste, os estágios de pediatria e clínica médica nos CS voltaram a ser realizados no 8º período, por meio das disciplinas MGC II e MGA II. O Internato em Saúde Coletiva continuou sendo realizado no 11º período do curso.

### **3.5 Políticas de incentivo**

No início da década de 90, a Fundação W. K. Kellogg iniciou um programa denominado “*Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde: união com a comunidade*”, conhecido como Programa UNI. Esse programa partia de avaliação crítica das experiências de integração docente assistencial, pretendendo ir além do que já tinha sido alcançado, seja no âmbito do ensino, seja no dos serviços de saúde e da comunidade<sup>34</sup>. Segundo Kisil & Chaves (1994)<sup>34</sup>, em sua concepção original o programa visava à implantação de prática pedagógica inovadora, articuladamente com mudanças na assistência à saúde no âmbito dos sistemas locais de saúde - SILOS e acompanhada de novo tipo de participação social, voltada à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida. Posteriormente os projetos IDA e UNI

se integraram, formando a Rede Unida, que atua no movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde, baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>35,36</sup>.

Com o intuito de desenvolver o ensino médico e o aprimoramento do sistema de saúde, a ABEM e outras 10 instituições ligadas à medicina criaram, em 1991, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que propunha o desenvolvimento de atividades docentes nos serviços de saúde do SUS desde o início do curso<sup>16,20,35</sup>. A criação da CINAEM impulsionou um movimento de auto-avaliação do ensino médico, do qual participam grande número de faculdades de medicina<sup>37</sup>. Para Feuerwerker (1998)<sup>37</sup>, a CINAEM trabalha “*a necessidade do compromisso institucional com a avaliação e com as propostas de mudança*”, e seus relatórios são o resultado da mobilização das escolas e instituições relacionadas à medicina em prol de mudanças visando melhorias nos serviços de saúde prestados e integralidade no atendimento à população<sup>35</sup>.

Durante os anos 90, o movimento de mudança que ocorria nas instituições ligadas à educação médica propiciou a discussão e encaminhamento de propostas de novas diretrizes curriculares para o curso de medicina<sup>38,39</sup>. Esse processo, associado à necessidade de formação de profissionais preparados para atuar no SUS, proporcionou um contexto favorável para que o Ministério da Educação (MEC) aprovasse, em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), que orientam as escolas médicas em relação ao perfil acadêmico e profissional do formando<sup>40</sup>. De acordo com as DCN, os profissionais formados devem ter o seguinte perfil:

*“Médico, 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)<sup>40</sup>.

As diretrizes recomendam que os cursos de medicina se estruturam para viabilizar a inserção precoce dos estudantes em atividades práticas; a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem, a interação com usuários e profissionais de saúde desde o início do curso e a vinculação da formação médico-acadêmica às necessidades sociais de saúde, prioritariamente no SUS, com ênfase nos níveis primário e secundário<sup>40</sup>.

No bojo das DCN, em 2002, foi criado pelo Ministério da Saúde um programa de incentivos às escolas médicas dispostas a realizar mudanças curriculares voltadas às necessidades de saúde da população e do SUS e à reorientação da formação médica - o Programa de Incentivo a Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED)<sup>41</sup>. Essa estratégia propunha mudanças curriculares em relação aos eixos de orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática. Dentre os objetivos específicos do programa, destacam-se a mudança do eixo principal do ensino médico da idéia de doença para o processo saúde/doença, a promoção da saúde com ênfase na atenção básica e a diversificação dos cenários de prática por meio da inserção dos estudantes na rede de APS desde o início do curso médico<sup>21,41</sup>.

Posteriormente, em 2005, o Programa foi reformatado, com a inclusão dos cursos de Enfermagem e Odontologia, que integram profissionais das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), constituindo o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), a partir da experiência, erros e acertos do PROMED, permanecendo centrado na integração ensino-serviço, com ênfase na APS<sup>42</sup>. Por meio de incentivos financeiros, destinados às instituições de ensino e à rede de serviços, objetiva-se a *“transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença*<sup>42</sup>. Em 2007 o PRÓ-SAÚDE foi ampliado e passou a contemplar outros cursos da área da saúde<sup>43</sup>. Uma das estratégias para a consolidação do PRÓ-SAÚDE é o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-SAÚDE), que favorece a integração ensino-serviço a partir de incentivos financeiros para profissionais do serviço que atuarem como preceptores dos estudantes nas unidades básicas de saúde<sup>44</sup>.

### **3.6 Processo de desenvolvimento curricular: 2002-2010**

As DCN e os programas governamentais de incentivo desencadearam processos de mudança nas escolas médicas, inclusive na FM/UFMG. A faculdade aderiu ao programa de incentivos federal em 2002 e desenvolveu um projeto para implantar e gerenciar o PROMED, chamado Recriar, o que impulsionou internamente as discussões sobre a mudança curricular<sup>45</sup>. A proposta do Recriar mantinha alguns princípios essenciais da reforma curricular de 1975, como *“a pessoa como sujeito da assistência médica; o cenário de prática como realidade; e a integralidade da assistência médica”*<sup>28</sup>. Dentre os objetivos propostos, destacavam-se os

seguintes, relacionados aos cenários de prática na APS: a ampliação da inserção dos estudantes nos cenários de APS, que passariam a ocorrer nos primeiros quatro períodos do curso e ainda nos 7º, 8º, 11º e 12º períodos; e atividades práticas dos estudantes nos CS estendidas para ações de promoção e prevenção, assistência e integração com as equipes do PSF<sup>45</sup>. Com a adesão da FM/UFMG ao PRÓ-SAÚDE, em 2005, este passou a ser contemplado pelo Recriar. Criou-se uma Comissão de Sistematização Curricular, que coordenou os diversos grupos operativos responsáveis pelas discussões e propostas.

As diretrizes curriculares do curso de graduação em medicina da UFMG foram aprovadas em 2008<sup>46</sup>. Este documento, fundamentado nas DCN, propõe a formação de profissionais éticos, socialmente responsáveis e capacitados a atuar em todos os níveis de atenção do processo saúde-doença, com ênfase na APS<sup>46</sup>. Como já foi dito, neste momento o curso de medicina da FM/UFMG passa por um processo de mudança curricular, que tem como um de seus pilares a ampliação e o fortalecimento da inserção de estudantes em cenários de APS. O seminário “O Profissional Médico e suas Competências na Atenção Primária”, realizado em 2010 na FM/UFMG, debateu as competências necessárias para a atuação dos médicos na APS<sup>47</sup>. Houve ampla participação dos estudantes e professores do 8º período, além de profissionais de saúde que atuam nos CS em que a faculdade está inserida, reforçando o processo de discussão sobre a importância da APS como cenário de prática nas escolas médicas.

No decorrer dos anos, várias unidades funcionaram como campo de estágio da FM/UFMG. Atualmente, o estágio é realizado por estudantes do 8º período, nas disciplinas MGA II e MGC II, em dez CS da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH): Cachoeirinha, Jardim Montanhês, Padre Tarcísio, Santa Inês, Santa Mônica, São Bernardo, São Marcos, São Miguel, São Tomás e Ambulatório Carmo-Sion (este por meio de convênio entre a Faculdade de Medicina e as Obras Sociais da Igreja Nossa Senhora do Carmo)<sup>48</sup>, com previsão de aumento do número de CS, que passariam a ser 16, comportando de forma mais adequada a ampliação das atividades didáticas.

Dentre as atividades que os estudantes devem realizar nos CS estão a assistência e ações ligadas à APS, como vacinação, visitas domiciliares, grupos operativos, orientações aos usuários e campanhas<sup>49,50</sup>. Entretanto, a própria faculdade conhece as limitações dessa inserção, quando afirma que “*na prática, inclusive por solicitação dos gerentes dos serviços, com a concordância dos professores, a grande maioria dos alunos limita suas práticas à*

*atividade assistencial*”<sup>45</sup>. A pressão para o atendimento da demanda por assistência à saúde contribui para que os próprios gestores, às vezes, solicitem que seja priorizado o atendimento ambulatorial aos pacientes, em detrimento de atividades promotoras de saúde. Relatos de dificuldades de inserção de estudantes de medicina em cenários de APS são encontrados na literatura internacional e nacional<sup>51,52,53,54,55</sup>. Afora diferenças e especificidades locais, em muitos aspectos as dificuldades vivenciadas por diversos países para a formação de médicos preparados para trabalharem na APS são parecidas. Entretanto, apesar dos obstáculos, todos são unânimes em afirmar a importância desse cenário no processo de formação de estudantes.

### **3.7 Considerações finais**

A trajetória da inserção da FM/UFMG em cenários de APS se insere em um contexto internacional de incentivo à formação médica voltada para as necessidades sociais de saúde, sem abrir mão da excelência técnica. Processos de reforma curricular não são permanentes, estão sempre em andamento, buscando se adaptar às mudanças cada vez mais rápidas no campo do trabalho médico e das necessidades da população, possibilitando a produção de novos modelos de formação de profissionais de saúde.

Alguns autores, apesar de considerarem os avanços conquistados com a implantação do currículo em 1975, além da existência de algumas experiências pontuais de integração, ponderam que o processo de mudança pouco evoluiu em relação às propostas da década de 70<sup>4,28,56</sup>. O grande passo da reforma de 1975 foi a ida pioneira para os “ambulatórios periféricos”, que naquele momento constituíam-se em um cenário privilegiado para que os estudantes conhecessem a realidade do sistema de saúde<sup>56</sup>.

Para Torres (20--)<sup>56</sup>, parece haver certo “contentamento” com os ambulatórios periféricos, pois os mesmos representariam um currículo voltado para as necessidades de saúde da população, garantindo o caráter social da faculdade. O autor alega que a partir da reorientação do modelo de atenção em Belo Horizonte, a APS deixa “*de ser um movimento periférico, para se tornar o centro da atenção dos gestores e planejadores*” e, desse modo, coloca alguns desafios frente ao desenvolvimento do ensino médico na FM/UFMG<sup>56</sup>.

Reconhece-se o papel inovador da FM/UFMG ao inserir seus estudantes nos chamados “ambulatórios periféricos”, na reforma curricular de 1975, que com certeza significou um

grande passo em direção à formação de profissionais mais preparados para o atendimento às necessidades de saúde da população brasileira. Entretanto, ainda há grandes desafios para ampliar e aprofundar essa inserção.

O que se constata é que a priorização da APS como reordenadora do modelo de atenção, no Brasil e em Belo Horizonte, aumentou a quantidade e a variedade das ações preconizadas para este nível de atenção. Conseqüentemente, a FM/UFMG, em parceria com os gestores e profissionais de saúde, deverá buscar a expansão e o aprofundamento das atividades desenvolvidas em seus cenários de prática. É importante reforçar o apoio efetivo dos gestores nesse processo, por meio de vínculos institucionais permanentes e efetivos. A conscientização dos atores envolvidos em relação aos benefícios que essa parceria pode trazer para a população é fundamental para o fortalecimento da inserção de estudantes na APS. Acredita-se que este seja o momento ideal para a efetivação da reforma curricular na FM/UFMG, considerando o amadurecimento dos processos de discussão interna dos projetos, os incentivos governamentais e a consolidação do SUS.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Corrêa EJ, Gusmão SNS, org. 85 anos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte : Faculdade de Medicina da UFMG : COOPMED; 1997.
2. Universidade Federal de Minas Gerais. Conheça a UFMG, História da UFMG. [Internet]. Belo Horizonte : Universidade Federal de Minas Gerais; 2000. [acesso em: 5 jan. 2011] Disponível em: [http://www.ufmg.br/conheca/hi\\_index.shtml](http://www.ufmg.br/conheca/hi_index.shtml)
3. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Projeto de Ampliação da inserção da Atenção Primária no Curso Médico da UFMG. 2007. [acesso em: 11 jan. 2011] Disponível em: [www.medicina.ufmg.br/dmps/projeto-psp.doc](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/projeto-psp.doc)

4. Ferreira RA. A pediatria na UFMG: inserção na mudança de ensino médico implantada em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica. [Tese]. Belo Horizonte : Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.
5. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: Para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32 (4) : 492-499.
6. Perez EP. A propósito da educação médica. Rev. bras. saúde matern. infant. 2004; 4 (1) : 9-13.
7. Martins A, Chaves M. Ensino médico e humanização. Cad Saúde Colet. 2000; 8 (2): 5-8.
8. Aguiar AC. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? Interface – Comun Saúde Educ. 2001; 5 (8) : 161-166.
9. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador : Casa da Qualidade; 2000.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
11. Hubner LCM, Franco TB. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. Physis (Rio J.). 2007; 17 (1) : 173-191.
12. González AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. Physis (Rio J.). 2010; 20 (2) : 551-570.
13. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e Sociedade. 2 ed São Paulo : Duas Cidades; 1979.
14. Belisário SA. Médico-Sanitarista: as muitas faces de uma ocupação. [Dissertação]. Rio de Janeiro : Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ; 1993.

15. Almeida MJ. Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança [Tese]. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997.
16. Cutolo LRA, Delizoicov D. Contextualizando as políticas de educação médica. Arq Cat Med. 2003; 32 (3) 15-20.
17. Cutolo LRA, Cesa AI. Percepção dos alunos do curso de graduação em medicina da UFSC sobre a concepção saúde/doença das práticas curriculares. Arq Cat Med. 2003; 32 (4) : 75-89.
18. Ferreira RC, Silva RF, Aguera CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. Rev Bras Educ Méd. 2007; 31 (1) : 52-59.
19. Mendes RT, Silva PEMR, Moysés, MAA. Aprendizado de medicina nos serviços de atenção primária e no contato com a comunidade. Medicina (Ribeirão Preto). 1996; 29 : 420-428.
20. Bulcão LG. O ensino médico e os novos cenários de aprendizagem. Rev Bras Educ Méd. 2004; 28(1) : 61-72.
21. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev Bras Educ Méd. 2005; 29(2) : 136-146.
22. Olschowsky A, Silva GB. Integração Docente-Assistencial: um estudo de caso. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2000; 34 (2) : 128-137.
23. Pinto LLS, Formigli VLA, Rego RCF. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos de medicina social. Rev Baiana de Saúde Publica. 2007; 31 (1) : 115-133.
24. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial de Saúde. Divisão de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud – Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Desarrollo de la Práctica y Educación Médicas en América Latina y el Caribe:

Evaluación y Acreditación de instituciones y certificación/Recertificación de Profesionales. Washington, DC; 1997.

25. Universidade Federal de Minas Gerais. Colegiado do Curso de Medicina. O processo de desenvolvimento curricular em educação médica da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte : Imprensa Universitária, 1976.
26. Brasil. Lei nº 5.540 de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 1968; 28 nov.
27. Figueiredo LMH. Depois que forma muda: estudo da relação médico paciente ao âmbito da prática docente-assistencial. [Dissertação]. Belo Horizonte : Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação; 1992.
28. Tavares AP. O “Currículo paralelo” dos estudantes de medicina da UFMG. [Tese]. Belo Horizonte : Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
29. Melo EMC. Integração docente assistencial, discurso pedagógico e prática institucional: experiência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. [Dissertação]. Belo Horizonte : Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação; 1993.
30. Ribeiro CMP. Estudo da mudança no ensino médico na Universidade Federal de Minas Gerais. [Dissertação]. Belo Horizonte : Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação; 1983.
31. Alves AL. O internato rural na formação médica na UFMG: um estudo qualitativo. [Tese] Ribeirão Preto : Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1996.
32. Campos FE. Integração docente assistencial como prática da educação médica: o caso da FM/UFMG. [Dissertação]. Rio de Janeiro : Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1980.

33. Ribeiro CMP. De estudante de medicina a médico no interior. [Tese]. Campinas : Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 1991.
34. Kasil M, Chaves MM. Programa UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde. Battle Creek : Fundação W. K. Kellogg, 1994.
35. Lampert JD. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JD, Araujo JGC, org. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo : Hucitec; 2004. p. 245-266.
36. Barbieri FB. A Rede Unida e o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde. [Dissertação]. Londrina : Universidade Estadual de Londrina; 2006.
37. Feuerwerker L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface – Comun Saúde Educ. 1998; 2 (3) : 51-71.
38. Lampert JD. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo : Hucitec/ABEM; 2002.
39. Aguiar AC. Cultura de avaliação e transformação da educação médica: a ABEM na interlocução entre academia e governo. Rev Bras Educ Méd. 2006; 30 (2) : 98-101.
40. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Brasília : Ministério da Saúde; 2002.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília : Ministério da Saúde; 2005.

43. Brasil. 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; 2007.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. [acesso em: 15 jan. 2011] Disponível em: <http://petsaude.org.br/>
45. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Colegiado do Curso de Medicina. Projeto de incentivo a mudanças curriculares nas escolas médicas. Belo Horizonte, outubro de 2002.
46. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Colegiado do Curso de Medicina. Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina da UFMG. Outubro/2008. [acesso em: 15 jun. 2010] Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/arquivos/DiretrizesCurricularesFM-UFMG.pdf>
47. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Programação Seminário “O Profissional Médico e suas Competências na Atenção Primária”. Junho/2010. [acesso em: 10 jan. 2011] Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/noticias/wp-content/uploads/2010/06/folder.pdf>
48. Universidade Federal de Minas Gerais. (a) Faculdade de Medicina. Centro de Graduação. Colegiado de Medicina. Currículo. [acesso em: 17 nov. 2010] Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas.php>
49. Universidade Federal de Minas Gerais. (b) Faculdade de Medicina. Departamento de Pediatria. Programa da Disciplina Medicina Geral de Crianças II, Fevereiro/2010. [acesso em: 17 nov. 2010] Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/8p\\_mgcII.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/8p_mgcII.pdf).
50. Universidade Federal de Minas Gerais. (c) Faculdade de Medicina. Departamento de Clínica Médica. Programa da Disciplina Medicina Geral de Adultos II, Fevereiro/2010. [acesso em: 17 nov. 2010] Disponível em: [http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/2010/DISCIPLINA\\_MEDICINA\\_GERAL\\_DE\\_ADULTOS\\_II\\_8\\_PERIODO.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/2010/DISCIPLINA_MEDICINA_GERAL_DE_ADULTOS_II_8_PERIODO.pdf)

51. Junhua Z, Hong Z. Health workforce development on the primary health care in rural China. Seminário Internacional: Os desafios da Atenção Básica – Graduação em medicina. Brasília; 2007. p. 98-104.
52. Hasvold T. Teaching and learning primary health care in Brazilian medical schools. Seminário Internacional: Os desafios da Atenção Básica – Graduação em medicina. Brasília; 2007. p.86-94.
53. Hays R. Primary care research and the training of family medicine teachers. Seminário Internacional: Os desafios da Atenção Básica – Graduação em medicina. Brasília; 2007. p.70-76.
54. Talbot Y. Primary health care and the role of the university. Seminário Internacional: Os desafios da Atenção Básica – Graduação em medicina. Brasília; 2007. p. 95-97.
55. Forster AC. Estudo sobre a formação em atenção primária e medicina de família no curso de medicina da Universidad Autónoma de Madrid, Espanha, 1999/2000. [Tese] Ribeirão Preto : Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.
56. Torres H. Projeto de territorialização do ensino médico baseado na atenção primária em saúde. Belo Horizonte : [S.I]. Mimeo [20--].

ARTIGO II

ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CENÁRIO DE PRÁTICA NA PERCEPÇÃO  
DE ESTUDANTES DE MEDICINA

## 4. ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CENÁRIO DE PRÁTICA NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA

### 4.1 INTRODUÇÃO

A educação médica constitui relevante tema de estudo em publicações nacionais e internacionais<sup>1,2,3</sup>. Esses trabalhos discutem, em geral, o problema da inadequação da formação médica frente às mudanças sociais, econômicas e políticas que atingem os sistemas de saúde a nível mundial<sup>4</sup>. Dentre as questões abordadas, coloca-se a discussão acerca de quais devem ser os cenários preferenciais para inserir os estudantes em suas atividades práticas. Nos últimos anos, vem sendo proposta a inserção de estudantes em serviços de atenção primária à saúde (APS) no intuito de promover um aprendizado vinculado às necessidades reais de saúde da população.

No Brasil, essa discussão fortaleceu-se após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a conseqüente reorientação do modelo de atenção a partir da APS, por meio da implantação da estratégia de saúde da família (PSF). Esse contexto impulsionou os estudos sobre a importância da formação de profissionais capacitados para atuar no nível primário de atenção, com uma visão distinta da que é tradicionalmente desenvolvida nas escolas médicas<sup>5,6,7,8</sup>. Em 2001 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que recomendam que os cursos médicos se estruturam para viabilizar a inserção dos estudantes em atividades práticas ainda no início do curso; a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem e a vinculação da formação médico-acadêmica às necessidades sociais de saúde, prioritariamente no SUS, com ênfase nos níveis primário e secundário<sup>9</sup>.

As diretrizes desencadearam processos de mudanças curriculares em escolas de medicina de todo o país, dentre elas, a Faculdade de Medicina da UFMG (FM/UFMG), foco deste estudo. Em 1975, a FM/UFMG realizou uma reforma curricular que preconizou, entre outras questões, a inserção dos estudantes em serviços comunitários de assistência médica, compreendidos como locais privilegiados para a visão e a prática biopsicossocial<sup>10</sup>. Atualmente a FM/UFMG passa por processo de reforma curricular, tendo como um dos focos a ampliação dessa inserção.

Ao longo dos anos, diferentes centros de saúde (CS) funcionaram como cenário de prática na APS na FM/UFMG. Atualmente os estudantes do 8º período do curso estão inseridos em dez CS da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). As disciplinas Medicina Geral de Adultos II (MGA II) e Medicina Geral de Crianças II (MGC II) utilizam estas unidades como cenário de ensino. A disciplina Política de Saúde e Planejamento (PSP) desenvolve algumas atividades práticas nesses CS.

As disciplinas MGA II e MGC II objetivam a integração e capacitação dos estudantes em cuidados primários a partir da inserção nos CS, para que os mesmos desenvolvam competências - conhecimentos teóricos, habilidades técnicas e atitudes - necessárias para a resolução da maioria dos problemas dos usuários que demandam os serviços de APS. A ênfase é dada na atenção integral à saúde quanto aos aspectos biopsicossociais, ações preventivas, curativas e restauradoras, inter-relação dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde e ações interdisciplinares. Os estudantes devem ainda conhecer e participar da estrutura e dinâmica de funcionamento dos CS, conhecer as condições de saúde da população, as instituições e equipamentos sociais e os projetos desenvolvidos na área de abrangência das unidades<sup>11,12</sup>.

As pesquisas de Troncon (1999)<sup>13</sup> e Oliveira *et al.* (2008)<sup>14</sup> evidenciam que a inserção dos estudantes em cenários de APS é uma estratégia que promove o aprendizado vinculado às necessidades reais de saúde da comunidade, permitindo o contato dos mesmos com um número maior e mais variado de casos, inclusive em estágios iniciais de desenvolvimento. Essas condições facilitam a contextualização da realidade médica e social e a compreensão do funcionamento dos sistemas de saúde. Estudos desenvolvidos com o objetivo de conhecer a opinião dos atores envolvidos na integração entre ensino e serviço<sup>15,16,17,18</sup>, são essenciais para o aperfeiçoamento do processo.

A principal estratégia para a reorientação do modelo de atenção em Belo Horizonte é o PSF, que atualmente possui cobertura de 75% da população geral e 100% da população de alto risco<sup>19</sup>. Nesse contexto a FM/UFMG, que utiliza os CS como cenário de práticas há mais de 30 anos, tem pela frente grandes desafios em seu processo de reforma curricular no sentido de ampliar e aprofundar essa inserção.

As diretrizes curriculares do curso de graduação em medicina da UFMG, aprovadas em 2008, propõem a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços de saúde, com ênfase na APS, de modo que os estudantes possam compreender os vários determinantes do processo saúde-doença<sup>20</sup>.

Desse modo, conhecer a percepção dos estudantes sobre as ações realizadas na APS é tarefa relevante e atual, capaz de fornecer elementos para a elaboração de políticas voltadas para a reorientação da formação médica e conseqüente melhora da assistência prestada. Assim, o presente estudo busca investigar a percepção dos estudantes do 8º período da FM/UFMG sobre as atividades realizadas nos CS, tomando como referência as propostas do SUS para a APS em relação aos seguintes aspectos: realização de atividades extra-unidade, participação em atividades da unidade e integração dos estudantes com a equipe.

## **4.2 MÉTODO**

Trata-se de estudo de caso desenvolvido na FM/UFMG, de abordagem qualitativa, que permitiu a compreensão do mundo dos significados, aspirações, crenças, valores e atitudes segundo a perspectiva que os sujeitos imprimem ao contexto do qual fazem parte<sup>21,22</sup>. Para a coleta dos dados, utilizou-se as técnicas de grupo focal e observação, essa última como técnica complementar. Os dados foram colhidos interativamente, a partir da troca entre os sujeitos, em um processo constante de análise e avaliação.

### **4.2.1 Sujeitos e período do estudo**

O trabalho de campo foi realizado nos meses de maio e junho de 2010, em três CS da PBH. Escolheu-se estudar essas unidades pelas mesmas funcionarem como cenários de práticas da FM/UFMG há cerca de 30 anos. O quadro geral da pesquisa e os objetivos do estudo foram apresentados às gerentes dos CS e aos professores e estudantes que atuam nesses locais. A população estudada foi composta pelos estudantes do 8º período inseridos nos CS selecionados, assim distribuídos: nove estudantes no CS A, 18 no B (divididos em 2 turmas) e 20 no C (divididos em 2 turmas).

#### **4.2.2 Coleta de dados**

Optou-se por compor os grupos com estudantes dos mesmos CS, considerando que estes teriam compartilhado experiências semelhantes em cada unidade e isso facilitaria a comunicação. Foram realizados dois grupos focais, com seis estudantes cada. O número de participantes está de acordo com o sugerido pela literatura<sup>21</sup>. Todos os estudantes de cada turma foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa. Entretanto, a turma do CS C não se dispôs a participar do grupo focal, alegando falta de tempo, embora tenham sido feitas tentativas de adequação de datas e horários à disponibilidade dos estudantes.

A observação nos cenários de prática foi realizada com o intuito de compreender o contexto em que os estudantes de medicina realizam suas atividades acadêmicas nos CS e a relação destas com as ações de atenção primária desenvolvidas nas unidades da rede. Foram realizadas 16 horas de observação em cada CS, totalizando 48 horas, registradas em diário de campo.

Os grupos focais foram realizados na FM/UFMG, em sala apropriada e em horário compatível com a disponibilidade dos estudantes. A discussão foi gravada em áudio e guiada por um roteiro com perguntas norteadoras, que abordaram os seguintes temas: experiência vivenciada pelos estudantes nos CS; atividades realizadas; integração entre as disciplinas; relação dos estudantes com a equipe; e contribuições dessa inserção para a formação.

#### **4.2.3 Análise dos dados**

Para a análise dos dados obtidos nos grupos focais e observações foi utilizada a técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>23</sup>. Essa técnica de investigação se caracteriza pela análise das comunicações, de forma sistemática e objetiva, visando descrever o conteúdo das informações disponíveis com a finalidade de interpretá-las. Após a transcrição das entrevistas, foi realizada leitura exaustiva das mesmas, que possibilitou a codificação e posterior categorização dos dados, resultando na definição das seguintes categorias: atividades realizadas; integração entre disciplinas e com a equipe; experiência na APS; e considerações sobre o ensino no CS.

#### 4.2.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Parecer nº ETIC 0048.0.203.000-10). Os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o sigilo das informações e o anonimato.

### 4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados a seguir foram organizados em função das categorias citadas anteriormente. Cada entrevistado foi representado pela letra correspondente ao CS e por números.

#### 4.3.1 Atividades realizadas

A principal atividade realizada pelos estudantes nos CS é a consulta clínica. Tal situação foi observada pela pesquisadora durante o trabalho de campo e relatada pelos estudantes. Eles realizam atendimentos individuais, orientados pelos professores de Clínica Médica e Pediatria. Os programas das disciplinas MGA II e MGC II, no entanto, fazem referência à integração e capacitação do estudante dentro da proposta de atenção integral da APS<sup>11,12</sup>, incluindo, além das consultas, a participação dos mesmos nas outras atividades dos CS.

*“Basicamente o que a gente faz lá é atender o paciente. A gente realiza consulta completa, sozinho, e aí o professor orienta na discussão do caso e na conduta.”* (B6)

Pinto, Formigli e Rego (2007)<sup>16</sup> encontraram resultados semelhantes em estudo com estudantes inseridos em cenários de APS. O atendimento foi citado como a prática realizada com maior frequência. Esse contraste entre a ênfase na consulta clínica e a integralidade das ações em saúde proposta pela APS, encontrado na fala dos estudantes, também pode ser observado entre os médicos que trabalham na APS. Em pesquisas realizadas com médicos do PSF as consultas foram mencionadas como a principal atividade desses profissionais<sup>18,24</sup>. Para Camargo Jr *et al* (2008)<sup>25</sup>, esta situação reflete uma realidade ainda encontrada no PSF, a da persistência do modelo tradicional, evidenciada, principalmente, pela predominância do trabalho centrado no médico, com pouca interação com a equipe.

Outra atividade relatada pelos estudantes são os grupos de discussão, sobre temas pré-definidos ou atendimentos feitos pela turma. Os grupos de discussão referentes a temas clínicos comuns na APS são importantes para que os estudantes percebam a existência de um saber e de um tipo de prática clínica distintos da abordagem hospitalar<sup>26</sup>.

A visita domiciliar também se constitui como uma atividade realizada pelos estudantes em dois dos CS estudados. Ela é incentivada pelos docentes, sendo que os estudantes organizam-se em pequenos grupos, trabalhando em parceria com os agentes comunitários de saúde (ACS) e acompanhando famílias previamente selecionadas, propondo intervenções. Percebe-se, nas falas dos estudantes, que eles reconhecem a importância da visita domiciliar no contexto do PSF e no aprendizado, sendo em geral bem avaliada.

*“Eu acho que o conhecimento da família, com o PSF, o lugar onde mora, a condição social, reflete no próprio tratamento que é proposto. Ou seja, você tem que conhecer o lugar onde ela mora, o ambiente dela, pra fazer a mudança lá dentro, por que não adianta dar medicamento se o fator agravante, o fator irritante está lá. Então assim, acho que a idéia de propor, de entender, de ver o que está acontecendo e propor, não necessariamente que a gente vá chegar lá e realmente mudar alguma coisa, mas propor pra tirar um carpete, tirar um bicho de pelúcia de perto da cama da criança, abrir mais a janela.” (A2)*

Contudo, também foram apresentados questionamentos quanto à efetividade desta atividade em termos acadêmicos. Achados semelhantes foram encontrados em estudo de Campos e Forster (2008)<sup>27</sup>, no qual os estudantes alegam que a mesma não é eficaz na formação médica. Entretanto, as autoras afirmam ser esta uma experiência que possibilita aos estudantes compreender as limitações das ações médicas, já que a APS exige intervenções intersetoriais<sup>27</sup>. Para Marin *et al* (2007)<sup>28</sup> a experiência proporcionada pela visita domiciliar propicia aos estudantes uma visão ampliada do processo saúde-doença.

Concorda-se com Takahashi e Oliveira (2001)<sup>29</sup>, para quem a visita domiciliar é um instrumento de intervenção do PSF, constituindo-se numa atribuição comum a todos os membros da equipe, permitindo aos profissionais traçar estratégias de intervenção nas comunidades onde atuam<sup>30</sup>. Neste sentido Albuquerque e Bosi (2009)<sup>31</sup> afirmam que a visita é uma *“tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir, no âmbito do PSF, para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado”*.

Os estudantes relataram participar, ainda que esporadicamente, de atividades realizadas em outros setores da unidade - sala de vacina e reuniões de equipes de PSF - sendo ainda

incentivados a conhecer o espaço, seu funcionamento e organização por meio de observação realizada em diferentes setores. Entretanto, não participam de grupos operativos e de atividades em equipamentos sociais no território de abrangência.

No que se refere às atividades preconizadas na APS, é interessante ressaltar um dos resultados do seminário realizado na FM/UFMG, em junho de 2010. Contando com a presença de estudantes e professores do 8º período e de profissionais de saúde que atuam nos CS em que a faculdade está inserida, o evento intitulado “O Profissional Médico e suas Competências na Atenção Primária”, debateu as competências que devem ser desenvolvidas durante a formação dos médicos, para que estes estejam capacitados a atuar na APS<sup>32</sup>. Como parte da dinâmica, foram apresentadas afirmativas relacionadas ao tema, dentre elas: *“O médico, enquanto membro de uma equipe de saúde na APS, deve ‘realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente em uma unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário’”*. Essa afirmativa obteve 60,3% de plena concordância dos participantes, sendo que outros 18,8% concordaram parcialmente. Este índice de 79,1% demonstra o reconhecimento da importância da atuação dos profissionais para além do consultório<sup>33</sup>.

A despeito dos alunos do CS C não terem participado do grupo focal, as observações realizadas pela autora principal não detectaram diferenças em relação às atividades realizadas nos outros CS, com predomínio de atividades clínicas.

#### **4.3.2 Integração entre disciplinas e com a equipe**

Na percepção dos estudantes, não há integração entre as disciplinas MGA II e MGC II. Em um dos CS foram relatadas atividades integradas entre as disciplinas PSP e MGC II, sendo que os resultados deste trabalho são apresentados à equipe do CS ao final do semestre. Durante o seminário, já referido, foram discutidas propostas de valorização e viabilização da integração entre as disciplinas nos CS<sup>32</sup>.

No que se refere à integração dos estudantes com a equipe, os relatos, embora convergentes, apresentam algumas diferenças. Em geral, os entrevistados disseram que possuem um bom relacionamento com os profissionais, tendo sido bem recebidos pela equipe. Tal situação foi também observada no CS C.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos de percepção de estudantes de medicina sobre a integração ensino-serviço<sup>16,27</sup>. Neles a receptividade da equipe foi mencionada positivamente pelos estudantes.

Uma das dificuldades apontadas para a integração diz respeito à falta de espaço em um dos CS. Tal fato faz com que os estudantes ocupem outras áreas da unidade, causando conflitos com os demais profissionais. Percebe-se que para parte dos estudantes a unidade de saúde deveria possuir uma estrutura diferenciada para a aprendizagem, o que não é condizente com a finalidade da mesma, qual seja, o atendimento à população. Observou-se que o fato de uma das unidades não apresentar as condições consideradas “ideais” pelos estudantes não se configura como um entrave ao desenvolvimento das atividades propostas.

*“Eu não sei quanto ganharíamos e quanto perderíamos se o posto estivesse pintado de cor de rosa pra receber a gente. Então acho que isso é interessante. É ruim pra gente não ter realmente essa estrutura, uma sala pra gente ter um GD, por exemplo, um consultório a gente acaba pegando o que tiver e tal. Mas por outro lado é interessante inclusive isso.” (B4)*

Segundo Troncon (1999)<sup>13</sup>, para que a integração entre ensino e serviço seja bem sucedida, são necessários alguns pré-requisitos, ligados à rede de serviços, aos profissionais e à existência de vínculos estáveis entre a universidade, a prefeitura e a comunidade. A inserção dos estudantes da FM/UFMG nos CS é garantida por um convênio firmado entre a Universidade e a PBH<sup>34</sup>. Troncon destaca também que, como cenário de práticas, a capacidade física da rede deve ser ampla, organizada e eficiente, além de oferecer um leque variado de ações da APS<sup>13</sup>. Trajman *et al* (2009)<sup>35</sup> afirmam que a falta de espaço e estrutura precária dificultam o acolhimento dos estudantes pela rede.

Um último aspecto relativo à integração se refere à organização do atendimento dos estudantes. Esse acontece de forma independente do CS e das equipes, sendo a marcação de consultas feita através de agendas separadas, próprias da UFMG. Pode-se refletir se tal situação interfere nas relações entre os estudantes e os profissionais, pois poderia gerar nos primeiros uma sensação de “não pertencimento” àquele ambiente e àquela equipe.

### 4.3.3 Experiência na APS

A experiência nos CS foi considerada válida e importante no processo de formação por todo o grupo. As referências mais comuns foram aquelas relacionadas a esta inserção como oportunidade de conhecer a realidade do sistema de saúde, principalmente do nível primário de atenção.

*“Eu acho que é um aprendizado às vezes deficitário pelo volume de atendimento, que poderia ser melhor, pela estrutura, que deveria ser melhor, principalmente por estar no aprendizado, mas que é importante pelo contato, que é a primeira vez que você começa a entender o SUS. Isso é extremamente importante, por que onde quer que a gente esteja no Brasil a gente vai estar em contato com ele.” (B5)*

*“Eu to achando essa experiência diferente, é a oportunidade da gente ver a realidade do sistema de saúde, por que quando a gente ta aqui só no ambiente da faculdade a gente não vê como funciona a dinâmica de atendimento, a quantidade de pessoas que procura o posto, como é a estrutura, quais as dificuldades, acho que essa é a parte mais importante.” (B3)*

Em estudo realizado por Campos e Forster (2008)<sup>27</sup>, os estudantes consideraram que o estágio no PSF contribuiu para sua formação médica, principalmente devido ao conhecimento e atuação na APS e à prática da medicina integral. Em outros trabalhos, a compreensão do significado do SUS, da APS e do PSF foi atingida pelos estudantes a partir da inserção em CS 16,36.

O ganho de autonomia foi considerado positivo pelo grupo. De acordo com o mesmo, a experiência de sair do espaço do Hospital Universitário e da Faculdade de Medicina e atuar nos serviços municipais de APS contribuiu para estimular um contato mais próximo dos estudantes com a população.

*“A gente tem um ganho enorme na questão de que pela primeira vez a gente tem mais autonomia, no sentido de que a gente sai da bolha de proteção do Hospital das Clínicas, e passa a entrar mais em outros problemas que não só a doença, a gente vivencia mais os problemas sociais da população, que isso fica um pouco maquiado quando a gente ta no HC.” (A5)*

Observa-se também que essa experiência propicia aos estudantes uma nova percepção do processo saúde-doença, o qual passa a ser permeado por questões sociais, econômicas e culturais. Dessa forma, a população e conseqüentemente cada individuo passam a ser reconhecidos como sujeitos, demonstrando que a aprendizagem no CS é um processo

educacional interativo, que se torna significativo a partir da troca de informação entre os atores<sup>37</sup>.

*“Outra coisa é que a gente vê os problemas muito mais de perto, e a gente fica muito mais ligado com os problemas sociais. Pelo menos eu, agora, tenho uma opinião formada depois dessa experiência, de que a maioria dos problemas de saúde de uma parcela da população não são problemas de saúde mesmo, são problemas provenientes de problemas sociais, então a gente vê que o buraco é muito mais fundo do que a gente acha, não é só a aquela questão superficial da doença. Eu acho que isso é o mais importante, a gente conhece a realidade mesmo da medicina de família.” (A5)*

A compreensão, por estudantes de medicina, de que determinantes sociais estão relacionados com a condição de saúde dos indivíduos e da população também foi discutida por outros autores<sup>16,27,28</sup>. Para Ferreira, Silva e Aguera (2007)<sup>38</sup>, a ampliação do olhar dos estudantes sobre o processo saúde-doença possibilita uma mudança no atendimento prestado pelos mesmos, que ampliam suas estratégias de ação para suprir as demandas da APS, levando à integralidade do cuidado à saúde das pessoas, nas esferas familiar e comunitária.

Outro ponto que se destacou nos grupos foi o reconhecimento, pelos participantes, de que os CS e o PSF são prováveis cenários de trabalho após a conclusão do curso, mesmo para aqueles que não demonstram interesse em atuar na APS. Moretti-Pires (2009)<sup>39</sup>, em trabalho sobre a formação médica, encontrou que os estudantes identificam o PSF como área de atuação para os recém-formados, que tem facilidade em encontrar altos salários no interior. O PSF é visto, principalmente, como uma possibilidade de início da vida profissional<sup>18,24</sup>. Entretanto, Sisson (2009)<sup>40</sup> ressalta que apesar de vislumbrarem no PSF uma oportunidade de trabalho, o objetivo principal dos estudantes continua sendo a especialização.

A relação mais próxima com os pacientes é motivo de contentamento para os estudantes. A maior parte deles se sente satisfeita por assumirem, pela primeira vez, responsabilidades pelos pacientes atendidos. Percebe-se que esta proximidade com os pacientes facilita a internalização e aplicação dos conceitos de vínculo e responsabilização.

O vínculo estabelecido entre estudantes e usuários foi mencionado por outros autores, que ressaltam a importância da vivência dos acadêmicos em cenários de APS para a construção de confiança entre os mesmos<sup>27,28</sup>. Para Starfield (2004)<sup>41</sup> o vínculo criado entre profissionais e usuários é importante para que se estabeleçam laços interpessoais que são fundamentais para a efetivação da APS, pois implicam na existência de uma fonte constante de atenção. A

amplitude e a profundidade do contexto em que ocorrem as interações entre os atores durante o atendimento na APS diferem este dos outros níveis de atenção. Esta relação de proximidade com os usuários do CS gerou nos estudantes uma preocupação maior com a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos. Na APS eles se mostram mais incentivados a mudar suas práticas, ampliando as possibilidades de intervenção de acordo com a realidade de cada paciente.

*“Mas eu acho que (no CS) a gente se preocupa mais com o paciente, por que aqui (no HC) a gente não preocupava tanto com o paciente. Lá não, a gente quer saber, ‘nossa, ela não ta tomando insulina?’ Se fosse aqui, ‘ah deixa, ela não ta tomando insulina, o problema é dela.’ Lá no posto não, ‘cara, ela não ta tomando insulina, como é que eu vou fazer pra essa mulher tomar a insulina?’ entendeu? Acho que é diferente, a gente se preocupa mais se o paciente está tratando mesmo da doença, e aqui não, a gente está preocupando em saber como se trata.” (A4)*

*“Eu acho que posteriormente a gente se adéqua mais à condição do paciente. Muitos dos pacientes não sabem ler, então você tem que usar outro método pra explicar pra ele, pra falar com ele, pra ele saber, chegar em casa e ver qual é caixinha de medicamento é aquela que ele vai tomar em tal horário.” (A2)*

Para Junqueira (2005)<sup>42</sup>, o cuidado em saúde se refere à relação entre profissionais e usuários preocupada em, além do atendimento às necessidades clínicas, incluir, acolher e escutar esse último em sentido amplo, abordando o sujeito em suas especificidades e considerando que ele faz parte de determinado contexto sociocultural. Apesar do cuidado em saúde acontecer em todos os níveis de atenção, a APS é o *locus* em que este conceito é melhor observado e compreendido. Neste sentido, Ferreira, Silva e Aguera (2007)<sup>38</sup> acreditam que os estudantes passam a olhar para as diversidades, respeitando os diferentes modos de vida encontrados na comunidade e valorizando o outro e sua opinião durante o cuidado.

#### **4.3.4 Considerações sobre o ensino no centro de saúde**

À medida que discutiam sobre a inserção nos CS, os entrevistados trouxeram à tona algumas considerações sobre o ensino na APS. Uma delas diz respeito à impressão que os estudantes tinham sobre o SUS e os CS, influenciados pelo contexto social do qual fazem parte e pela mídia. Pode-se observar a surpresa dos estudantes com a realidade encontrada, superando (pré) conceitos estabelecidos e incorporando novos valores à suas vidas pessoais e profissionais.

*“Em relação a outro aspecto, eu achava que eu ia chegar no posto de saúde e ia encontrar um lugar quebrado, um serviço bagunçado, que não funcionava e que ia ser a maior dificuldade do mundo, e que ia ter briga e confusão. E muito pelo contrario, a gente chegou lá e o serviço caminha muito organizado, apesar das dificuldades inerentes ao serviço público.” (A5)*

Dentre as contribuições dessa inserção para a formação citadas pelo grupo, destaca-se o entendimento da lógica organizativa do CS. Nota-se, na fala dos estudantes, a compreensão de que o CS é mais que o consultório do médico, e o conhecimento dessa lógica facilita e integra o trabalho da equipe.

*“Eu acho que a vivenciar, a aprender como funciona mesmo, por que não tinha idéia de como funcionava um posto de saúde, acho que ninguém aqui tinha. O que é acolhimento? O paciente tem que passar lá no acolhimento pra marcar a consulta pro médico atender. Eu não sabia que funcionava assim. Eu acho que no futuro, se eu for trabalhar num posto de saúde, acho que vou ter noção de como é que funciona, do que é que eu vou ter que fazer no posto.” (A3)*

Estas contribuições, apontadas pelos entrevistados, também foram encontradas por outros autores que trabalharam com acadêmicos em cenários de APS<sup>16,27,40</sup>. Com o término do período de inserção nos CS, a maior parte dos estudantes teve uma percepção positiva da experiência e consideraram-na importante para a sua formação humanizada e integral como médicos.

Não houve consenso em relação ao momento do curso médico em que deveria ocorrer a integração com o serviço. Enquanto alguns estudantes propõem que a inserção nos CS aconteça no início do curso, para que possam conviver com a APS mais cedo, outros sugerem que seja no final do curso, momento em que eles teriam um embasamento teórico maior e poderiam "aproveitar" melhor a experiência. Já quanto à duração das disciplinas nos CS, alguns estudantes ponderam que é muito curta e deveria durar mais de um semestre letivo. Para esses, o tempo de adaptação ao novo contexto é demorado e no momento em que eles começam a se integrar realmente à unidade o semestre letivo termina.

*“Mas eu acho que é importante e que deveria ser mais longo. Por que a gente demora um tempo até começar a se adaptar ao posto, e quando você já está adaptando, quando você já conhece a estrutura e já entende e tal, você vai embora.” (B5)*

Experiências de inserção de estudantes de medicina em CS desde o início do curso, apresentadas por outros autores<sup>28,36,38,43</sup>, demonstram que a aprendizagem em cenários de APS proporciona a construção de saberes condizentes com as necessidades de saúde da população, além de propiciar o estabelecimento de vínculos mais fortes, pois esses estudantes têm maior contato com a comunidade.

A reforma curricular em discussão na FM/UFGM propõe a ampliação da inserção nos cenários de APS, que passariam a ocorrer nos primeiros quatro períodos do curso e ainda nos 7º, 8º, 11º e 12º períodos<sup>44</sup>. De acordo com essa proposta, as atividades práticas dos estudantes seriam estendidas, além da assistência, para ações de promoção e prevenção à saúde, integradas com as equipes de PSF<sup>44</sup>.

#### **4.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A formação de médicos capacitados para atuar na APS, no intuito de promover um aprendizado vinculado às necessidades reais de saúde da comunidade, apresenta-se como um dos desafios para o SUS. Acredita-se que a inserção de estudantes de medicina em cenários de APS propicia a formação de profissionais mais preparados para compreender e atuar sobre as necessidades de saúde da população.

Os resultados deste trabalho evidenciam, por parte dos estudantes, uma percepção positiva da inserção na APS e o reconhecimento da importância deste cenário no processo de formação. Para eles, a aprendizagem na APS proporciona a construção de um novo olhar sobre o processo saúde-doença, uma relação mais próxima com os pacientes, o estabelecimento de vínculos e um cuidado integral à saúde da população e a oportunidade de conhecer realmente o SUS. Embora a consulta clínica ainda se constitua como a principal atividade realizada no CS, são também valorizadas outras atividades previstas neste cenário, como a visita domiciliar.

O estudo de caso não permite generalização dos resultados. Os dados coletados dizem respeito somente à percepção dos estudantes inseridos nos CS no período do estudo. A recusa de uma das turmas em participar do grupo focal constituiu-se em uma limitação desta pesquisa.

Para que essa inserção se dê conforme o preconizado pelas diretrizes curriculares e em consonância com os princípios do SUS, acredita-se que esta deva ser construída continuamente, num processo interativo entre os atores envolvidos. Nesse sentido o processo de reforma curricular em curso deve contribuir para esta construção.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. García JC. La educación médica en la América Latina. Washington : Opas/OMS, Public. Cient. 225; 1972.
2. Almeida MJ. Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança [Tese]. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997.
3. Feuerwerker L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface – Comun Saúde Educ. 1998; 2 (3) : 51-71.
4. Piancastelli CH. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. In: Arruda BKG, org. A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco : MS; 2001. p.121-40.
5. Bulcão LG. O ensino médico e os novos cenários de aprendizagem. Rev Bras Educ Méd. 2004; 28(1) : 61-72.
6. Lampert JD. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo, Hucitec/ABEM, 2002.
7. Aguiar AC. Cultura de avaliação e transformação da educação médica: a ABEM na interlocução entre academia e governo. Rev Bras Educ Méd. 2006; 30(2) : 98-101.
8. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev Bras Educ Méd. 2005; 29(2) : 136-146.
9. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes

curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

10. Universidade Federal de Minas Gerais. Colegiado do Curso de Medicina. *O processo de desenvolvimento curricular em educação médica da Universidade Federal de Minas Gerais*. Belo Horizonte : Imprensa Universitária, 1976. 145 p. (Publicação nº 643)
11. Universidade Federal de Minas Gerais. (a) Faculdade de Medicina. Departamento de Pediatria. Programa da Disciplina Medicina Geral de Crianças II, Fevereiro/2010. [acesso em: 17 nov. 2010] Disponível em:  
[http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/8p\\_mgcII.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/8p_mgcII.pdf).
12. Universidade Federal de Minas Gerais. (b) Faculdade de Medicina. Departamento de Clínica Médica. Programa da Disciplina Medicina Geral de Adultos II, Fevereiro/2010. [acesso em: 17 nov. 2010] Disponível em:  
[http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/2010/DISCIPLINA\\_MEDICINA\\_GERAL\\_DE\\_ADULTOS\\_II\\_8\\_PERIODO.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/disciplinas/2010/DISCIPLINA_MEDICINA_GERAL_DE_ADULTOS_II_8_PERIODO.pdf)
13. Troncon LEA. Ensino clínico na comunidade. *Med.*, Ribeirão Preto. 1999; 32 : 335-344.
14. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury, GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Rev Bras Educ Méd*. 2008; 32 (3) : 333-346.
15. Cutolo LRA, Cesa AI. Percepção dos alunos do curso de graduação em medicina da UFSC sobre a concepção saúde/doença das práticas curriculares. *Arq Cat Med*. 2003; 32 (4) : 75-89.
16. Pinto LLS, Formigli VLA, Rego RCF. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos de medicina social. *Rev Baiana de Saúde Publica*. 2007; 31 (1) : 115-133.
17. Fagundes NC, Burnham TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface – Comun Saúde Educ*. 2004; 9 (16) : 105-114.
18. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Méd*. 2009; 33 (3) 393-403.

19. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Relatório de Gestão 2007. Belo Horizonte : Prefeitura Municipal, 2008. [Acesso em: 23 dez. 2010] Disponível em [http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/relatorio\\_de\\_gestao\\_final\\_24-04-2008.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/relatorio_de_gestao_final_24-04-2008.pdf)
20. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Colegiado do Curso de Medicina. Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina da UFMG. Outubro/2008. [acesso em: 15 jun. 2010] Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/cegrad/arquivos/DiretrizesCurricularesFM-UFMG.pdf>
21. Minayo MCS. Org. Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25 ed. Petrópolis : Vozes; 2007.
22. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Rev Adm Empresas. 1995; 35 (2): 57-63.
23. Bardin L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa : Edições 70; 2008.
24. Ronzani TM, Silva CM. O programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Cien Saude Colet. 2008; 13 (1) : 23-34.
25. Camargo KR Jr, Campos EMS, Bustamante-Teixeira MT *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cad Saúde Pública. 2008; 24 (Supl. 1) : p. 58-68.
26. Mendes RT, Silva PEMR, Moysés, MAA. Aprendizado de medicina nos serviços de atenção primária e no contato com a comunidade. Medicina (Ribeirão Preto). 1996; 29 : 420-428.
27. Campos MA, Forster AC. 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. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32 (1) : 83-89.
28. Marin MJS, Caputo VG, Ishida E, *et al.* Aprendendo com a prática: experiência de estudantes da FAMEMA. Rev Bras Educ Méd. 2007; 31 (1) : 90-96.
29. Takahashi RF, Oliveira MAC. Visita domiciliária. [S.l.] : [S.n.], 2001.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

31. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (5) : 1103-1112.
32. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Programação Seminário “O Profissional Médico e suas Competências na Atenção Primária”. Junho/2010. [acesso em: 10 jan. 2011] Disponível em:  
<http://www.medicina.ufmg.br/noticias/wp-content/uploads/2010/06/folder.pdf>
33. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Seminário “O Profissional Médico e suas Competências na Atenção Primária”. Anotações da autora. Junho/2010.
34. Universidade Federal de Minas Gerais. Protocolo de Estágio nº 001/2007, de 6 de março de 2007. Protocolo que entre si celebram a Universidade Federal de Minas Gerais, por meio da Pró-Reitoria de Graduação, e o Município de Belo Horizonte, para a realização de estágio. Belo Horizonte : 2007.
35. Trajman A, Assunção N, Venturi M, *et al.* A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Méd*. 2009; 33 (1) : 24-32.
36. Vieira JE, Elias PEM, Benseñor IJM, Grisi SJE. Instalação da disciplina de atenção básica em saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). *Rev Bras Educ Méd*. 2007; 31 (3) : 236-244.
37. Gomes AP, Dias-Coelho UC, Cavalheiro PO *et al.* A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32 (1) : 105-111.
38. Ferreira RC, Silva RF, Aguera CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. *Rev Bras Educ Méd*. 2007; 31 (1) : 52-59.
39. Moretti-Pires RO. O médico para saúde coletiva no estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção. *Rev Bras Educ Méd*. 2009; 33 (3) : 428-436.
40. Sisson MC. Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais. *Rev Bras Educ Méd*. 2009; 33 (1 Supl. 1) : 92-103.

41. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília : UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
42. Junqueira MFPS. Cuidado: as fronteiras da integralidade. *Cien Saude Colet*. 2005; 10 (3) : 784-785.
43. Gusso G, Marins JJN, Demarzo MMP *et al*. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e ABEM). *Cadernos da Abem*; 2009 5 : 13-20. [acesso em: 13 jan. 2011] Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/pdf\\_caderno5/atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno5/atencao_primaria_saude.pdf)
44. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Colegiado do Curso de Medicina. Projeto de incentivo a mudanças curriculares nas escolas médicas. Belo Horizonte, outubro de 2002.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O novo paradigma da educação médica, pautado na integralidade, pretende unir excelência técnica e relevância social na construção de um novo modelo para a formação de profissionais de saúde<sup>9,54</sup>. Percebe-se o reconhecimento da importância da inserção de estudantes em serviços de APS no intuito de promover um aprendizado vinculado às necessidades dos serviços e que atendam às demandas reais de saúde da população. Sabe-se que os recursos humanos têm um papel fundamental na estrutura dos sistemas de saúde e os resultados obtidos permitem problematizar o interesse de instituições internacionais, pesquisadores e gestores na formação de profissionais de saúde preparados para atender às necessidades que os sistemas de saúde apresentam na atualidade.

Apesar do reconhecimento dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença, as práticas médicas continuam, em certos aspectos, sendo regidas por uma abordagem biologicista e curativa, a qual permanece hegemônica e submetida à incorporação de novas tecnologias, da especialização crescente e da capitalização no setor saúde. Para a consolidação do SUS há necessidade de reverter essa situação e priorizar a formação de médicos capazes de diagnosticar e tratar a maior parte das doenças prevalentes em sua região. Acredita-se que a inserção de estudantes de medicina em cenários de APS propicia a formação de profissionais mais preparados para compreender e atuar sobre as necessidades de saúde da população.

Relatos de experiências exitosas de inserção de estudantes de medicina em cenários de APS foram apresentados por países como Reino Unido, China, Noruega, Austrália e Canadá durante Seminário realizado pelo Ministério da Saúde em 2007<sup>11,55,56,57,58</sup>, bem como por

---

<sup>54</sup> Martins A, Chaves M. Ensino médico e humanização. *Cad Saúde Colet.* 2000; 8 (2): 5-8.

<sup>55</sup> Junhua Z, Hong Z. Health workforce development on the primary health care in rural China. *Seminário Internacional: Os desafios da Atenção Básica – Graduação em medicina.* Brasília; 2007. p. 98-104.

<sup>56</sup> Hasvold T. Teaching and learning primary health care in Brazilian medical schools. *Seminário Internacional: Os desafios da Atenção Básica – Graduação em medicina.* Brasília; 2007. p.86-94.

<sup>57</sup> Hays R. Primary care research and the training of family medicine teachers. *Seminário Internacional: Os desafios da Atenção Básica – Graduação em medicina.* Brasília; 2007. p.70-76.

<sup>58</sup> Talbot Y. Primary health care and the role of the university. *Seminário Internacional: Os desafios da Atenção Básica – Graduação em medicina.* Brasília; 2007. p. 95-97.

Forster (2004)<sup>59</sup>, em estudo sobre a formação em APS e medicina de família em uma faculdade de medicina da Espanha. Em que pesem as diferenças e especificidades locais, em muitos aspectos as dificuldades encontradas por esses países para a formação de médicos preparados para trabalharem na APS são parecidas. Apesar dos obstáculos, os autores são unânimes em afirmar a importância desse cenário no processo de formação de estudantes.

Concorda-se com o sugerido por Gusso *et al* (2009)<sup>60</sup>, em documento denominado “Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina”, recomendando que a inserção na APS ocorra desde o início e com continuidade durante todo o curso, com níveis de complexidade crescentes. Uma estratégia interessante nestes casos, que também foi discutida por outros autores, é a de integrar os estudantes às equipes de PSF<sup>61,62</sup>. Desse modo acredita-se ser possível proporcionar aos estudantes a construção de saberes condizentes com as necessidades de saúde da população, além de propiciar o estabelecimento de vínculos mais fortes.

As contribuições da sociologia, da antropologia e da psicologia podem concorrer para a aproximação, por parte do médico, das múltiplas dimensões do cuidado. No entanto, a introdução desses saberes no ensino de graduação, nos moldes disciplinares vigentes, dissociados da reflexão em contextos de prática, freqüentemente não agrega novas capacidades ao médico em suas atividades cotidianas. A integração das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais precisa ser implantada em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, de modo a promover a interdisciplinaridade, horizontalmente, durante todo o curso.

Conforme discutido anteriormente, a FM/UFMG teve um papel de vanguarda ao inserir seus estudantes nos chamados “ambulatórios periféricos”, na reforma curricular de 1975, que com

---

<sup>59</sup> Forster AC. Estudo sobre a formação em atenção primária e medicina de família no curso de medicina da Universidad Autónoma de Madrid, Espanha, 1999/2000. [Tese] Ribeirão Preto : Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.

<sup>60</sup> Gusso G, Marins JJN, Demarzo MMP *et al*. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e ABEM). Cadernos da Abem; 2009 5 : 13-20. [acesso em: 13 jan. 2011] Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/pdf\\_caderno5/atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno5/atencao_primaria_saude.pdf)

<sup>61</sup> Pinto LLS, Formigli VLA, Rego RCF. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos de medicina social. Rev Baiana de Saúde Publica. 2007; 31 (1) : 115-133.

<sup>62</sup> Ferreira RC, Silva RF, Aguera CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. Rev Bras Educ Méd. 2007; 31 (1) : 52-59

certeza significou um grande passo em direção à formação de profissionais mais preparados para a atuação na APS. Entretanto, a releitura dos problemas que essa reforma enfrentou é tarefa essencial, à medida que as atuais propostas de inovação do ensino na FM/UFMG trazem, em seu bojo, muito do que se pretendeu naquele momento.

Ainda há grandes desafios para ampliar e aprofundar essa inserção. A priorização da APS como reordenadora do modelo de atenção expandiu a quantidade e a variedade das ações preconizadas para este nível de atenção. Este cenário oferece valiosas oportunidades de ensino e transformação das práticas, além de proporcionar aos estudantes dilemas clínicos desafiadores. A FM/UFMG deve buscar o fortalecimento dessa inserção, em parceria com os gestores – por meio de vínculos institucionais permanentes e efetivos - e profissionais, para que demandas administrativas e de planejamento e desenvolvimento educacional possam ser solucionadas de forma equilibrada<sup>42</sup>. Nesse sentido o processo de reforma curricular em curso pode contribuir para esta construção a partir de ações norteadas pela integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade.

A despeito da consulta clínica ainda se constituir como a principal atividade realizada pelos estudantes nos CS, constatou-se que também são desenvolvidas, ainda que de forma incipiente, ações de promoção e prevenção preconizadas pelo PSF. Os resultados demonstram ainda que os estudantes têm uma percepção positiva da inserção nos CS e reconhecem a importância deste cenário no processo de formação. Para eles, a aprendizagem na APS proporciona a construção de um novo olhar sobre o processo saúde-doença, uma relação mais próxima com os pacientes, o estabelecimento de vínculos e um cuidado integral à saúde da população. Outro aspecto que os entrevistados trouxeram à tona foi a experiência nos CS como oportunidade para conhecer realmente o SUS.

Espera-se que este estudo contribua para o enfrentamento dos desafios vivenciados por escolas médicas para a formação de profissionais qualificados para atuar de acordo com os princípios do SUS. Contudo, algumas limitações merecem ser mencionadas. Por tratar-se de um estudo de caso, os resultados deste trabalho não podem ser generalizados. Os dados coletados nos grupos focais dizem respeito somente à percepção dos estudantes inseridos nos CS no período do estudo. Acredita-se que a recusa de uma das turmas em participar do grupo focal constituiu-se em uma limitação desta pesquisa. O objeto deste estudo é dinâmico e

produto do desenvolvimento humano, por conseguinte tem suas potencialidades e momentos difíceis de apreender.

Futuras investigações, de caráter qualitativo e quantitativo, poderão aprofundar o conhecimento sobre a percepção dos estudantes, professores e profissionais de saúde sobre a inserção na APS na FM/UFMG. Para que essa inserção se dê conforme o preconizado pelas DCN e em consonância como os princípios do SUS, acredita-se que deva ser construída continuamente, num processo interativo entre os atores envolvidos, com o intuito de traduzir na prática as inovações curriculares na APS, no sentido de redefinir e assegurar o compromisso com a saúde das pessoas em novas bases éticas e de compromisso social, traduzindo-os em novas formas de articulação dos saberes e fazeres que garantam a atenção médica adequada.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Roteiro dos grupos focais com os estudantes

1 - Para começar, eu gostaria que cada um se apresentasse, e falasse em poucas palavras o que pensa sobre a experiência nos Centros de Saúde

2 - Descrevam as atividades realizadas por vocês nas disciplinas desenvolvidas nos centros de saúde

3 – Quais outras atividades vocês realizam no centro de saúde?

- Atividades extra-unidade
- Participação em grupos operativos
- Atividades em outros setores do CS
- Acompanhamento de pacientes

4 - Existem atividades integradas entre as disciplinas?

5 – Como é a relação de vocês com os profissionais do CS? Há alguma integração com as equipes de PSF? Vocês fazem alguma atividade juntos?

6 - Na opinião de vocês, como esta experiência nos Centros de Saúde pode contribuir para a sua formação?

# ANEXOS

**ANEXO A – Cópia da aprovação do COEP da UFMG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0048.0.203.000-10

**Interessado(a):** Profa. Soraya Almeida Belisário  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Faculdade de Medicina - UFMG

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 31 de março de 2010, o projeto de pesquisa intitulado "**Atenção primária como cenário de prática médica na escola médica: a percepção dos estudantes do 8º. Período da Faculdade de Medicina da UFMG**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral**  
Coordenadora do COEP-UFMG

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Convite para participação em pesquisa

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Atenção primária como cenário de prática na escola médica: a percepção dos estudantes do 8º período da Faculdade de Medicina da UFMG”. Esse estudo tem como objetivo investigar a percepção dos estudantes do 8º período da Faculdade de Medicina da UFMG sobre as atividades realizadas no Centro de Saúde tomando como referência as propostas do SUS para a Atenção Primária.

Para isto solicitamos sua especial colaboração em participar de um grupo focal, respondendo a questões sobre as atividades realizadas nos Centros de Saúde.

Sua participação é muito importante e é voluntária. Esperamos contar com sua colaboração. Entretanto, você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

Caso tenha dúvidas ou necessite obter outras informações, favor entrar em contato com as pesquisadoras Soraya Almeida Belisário (31) 3409-9941 ou Alice Werneck Massote (31) 3409-9711. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais no endereço Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar sala 2005, Campus Pampulha, ou pelo telefone (031) 3409-4592. Desde já, agradecemos a sua participação.

Declaro estar ciente dos objetivos e das condições de participação na pesquisa, com as quais concordo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado


Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e os objetivos deste estudo ao participante, e que as informações foram fornecidas em uma linguagem clara e compreensível.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

O termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma via sob a guarda do entrevistado e a outra sob a guarda do pesquisador.

**ANEXO C – Comprovante de qualificação**

	<p>Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Medicina Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública <i>Seminários em Saúde Coletiva</i></p>	
<p><b><i>Certificado</i></b></p>		
<p>Certifico que <b>Alice Werneck Massote</b> participou do <i>Seminários em Saúde Coletiva</i> promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, apresentando o projeto de dissertação, <b>Atenção primária como cenário de prática na escola médica: a experiência do 8º período da Faculdade de medicina da UFMG</b> perante banca examinadora.</p>		
<p>Belo Horizonte, 20 de Novembro de 2009.</p>		
<p> Profª Mariângela Leal Cherchiglia Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública</p>		