

Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis

Primary Health Care and Medical Training: between Episteme and Praxis

Andréia Patrícia Gomes^I
José Roberto Bittencourt Costa^{II}
Túlio da Silva Junqueira^{III}
Mariana Beatriz Arcuri^{III}
Rodrigo Siqueira-Batista^{IV}

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica.
- Atenção Primária à Saúde.
- Educação Superior.

KEYWORDS

- Medical Education.
- Primary Health Care.
- Higher Education.

RESUMO

A tradicional formação médica no Brasil tem reconhecido no hospital o lugar por excelência para a aprendizagem prática do estudante — enfatizando as tecnologias duras e os procedimentos — em detrimento da Atenção Primária à Saúde, ainda que esta seja, reconhecidamente, capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde. Embora este cenário venha se alterando paulatinamente no século XXI, em especial após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina, ainda permanecem dúvidas sobre os melhores modos para viabilizar a inserção de forma exitosa. Com base nestas premissas, o presente artigo tem por escopo contextualizar este debate e apresentar propostas para consecução de processos ensino-aprendizagem na Atenção Básica.

ABSTRACT

The medical training in Brazil has recognized the hospital as the place par excellence for the practice of student learning — emphasizing the hard technologies and procedures — to the detriment of primary health care, although that is admittedly capable of resolving 80% of health problems. Although this scenario comes to change, gradually, in the twenty-first century, especially after the publication of the National Curriculum Guidelines for the medical undergraduate course, there are still doubts about the best ways to enable successful integration. Based on these assumptions, the scope of this paper is to contextualize this debate and proposals for achieving teaching-learning processes in primary care.

Recebido em: 27/05/2012

Aprovado em: 02/10/2012

^I Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

^{II} Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ, Brasil; Laboratório de Comunicação Celular. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^{III} Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ, Brasil

^{IV} Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG; Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ; Brasil.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, apresenta inequívoco acento progressista no que se diz respeito à saúde, domínio que se torna plenamente manifesto no artigo 196, que dispõe sobre o papel do Estado, definindo que:

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.¹ (p.96)

Tal artigo constitucional representou um aspecto essencial no ordenamento jurídico do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é estruturado em três níveis de atenção — primário, secundário e terciário —, articulados e ordenados para o oferecimento de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde. Neste contexto, pode-se reconhecer a atenção primária à saúde (APS) como domínio privilegiado para o desenvolvimento destas ações, especialmente ao se considerar a caracterização estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS):

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.²(p. 30-31)

Ao se considerar o papel central do SUS e da APS na sociedade brasileira — articulando a integralidade, a universalidade e a equidade do cuidado à saúde, em uma organização capaz de estabelecer condições de acesso aos serviços de saúde para a população —, não é possível que as instituições superiores de ensino (ISE) — mormente aquelas dedicadas à formação de médicos — não estabeleçam, dentre as suas prioridades, estratégias curriculares que fomentem a reestruturação da formação, de modo a readequar o perfil do egresso.

Na tentativa de responder a tal demanda, as ISE têm centrado seus esforços, em geral, na adoção de mudanças metodológicas do processo de ensino-aprendizagem, as quais têm sido protagonistas nas reformas curriculares das escolas de Medicina³. Esse, em última análise, acaba por se tornar um novo problema, na medida em que se mascara sob um véu pedagógico — a adoção de um novo método de ensino — uma questão de base que é a necessidade de formar um médico para operar em uma nova lógica social⁴. Neste sentido, é possível que a genuína aposta para a transformação do ensino de Medicina seja muito menos uma questão de método e muito mais uma questão de mudança social — de natureza ético-política —, entendida como uma transformação radical da cultura de formação médica, como se pretende demonstrar, em termos teóricos e de proposição operativa, no presente artigo.

A REFORMA DA REFORMA

As discussões quanto à integração curricular e a proposta de diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem na graduação das escolas de Medicina vêm ganhando maior destaque, sobretudo pela percepção de que as mudanças metodológicas isoladas, certamente, não atenderão a um perfil de necessidades que as atuais sociedades complexas apresentam para a prática da medicina⁵. De fato, a oportunidade de atuar em diferentes cenários situa-se hoje como um aspecto fundamental para a formação de um médico com atuação mais próxima do sujeito e da sociedade, assim como tornar significativa a aprendizagem⁶. A despeito desta constatação, boa parte das escolas médicas ainda centra seu ensino nos hospitais — e nas doenças —, tornando o aparelho formador desvinculado das comunidades e dos serviços de saúde a elas associados. De fato, “uma formação acadêmica que dê conta do tipo de clientela extra-hospitalar está longe de ser satisfatória, na medida em que se prioriza a formação especializada e científica”⁷ (p. 63), aspecto, muitas vezes, não reconhecido pelos profissionais como pertencente à atuação na atenção primária, vista “como medicina de pobre para pobre”, longe do galardão do hospital e da aura cientificista. De outro modo, a adequada formação de recursos humanos para o SUS — incluindo o médico — deve ser pauta das agendas das escolas superiores em relação tanto às reformas curriculares quanto à situação dos profissionais já inseridos no mundo do trabalho, buscando minimizar os efeitos da formação inadequada na superação dos desafios enfrentados na implementação do sistema⁸.

O ensino médico tradicional mantém igualmente uma forte dissociação entre a teoria e a prática⁷, aspecto apontado como problemático desde Platão⁹. O aprendizado é compartimentado, o que acaba por fragmentar o conhecimento, favore-

cendo o surgimento da especialização precoce, além de hipervalorizar as partes em detrimento do todo, integral, ao qual deveria se dirigir o cuidado: os seres humanos. Neste modelo, concentrado principalmente no âmbito hospitalar, no marco de um currículo com forte ênfase nos processos biológicos do adoecimento, as pessoas assistidas — e não cuidadas — são tratadas como objeto de estudo, o qual impõe ao estudante, simploriamente, o conhecimento da doença, mas não do sujeito, de seu ambiente familiar, social, ambiental e de trabalho¹⁰.

Tal cenário mantém estreita relação com o modo pelo qual a atenção à saúde é desenvolvida ainda hoje no Brasil, mesmo após 20 anos de implantação do SUS¹¹: essencialmente centrada no médico, no hospital e pouco efetiva para atuar na melhoria das condições de vida e de saúde da população¹².

Pode-se, então, pintar o quadro atual, um momento marcado pela necessidade de repensar a lógica da formação médica, ou seja: a reforma da reforma. Com efeito, a legitimação dos órgãos oficiais — como os ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS) —, no que tange à mudança, já foi lançada. Contudo, também é de comum acordo que mudanças não ocorrem somente mediante decretos, principalmente na esfera dos relacionamentos humanos, que são parte fundamental do processo de mudança^{13,14}. Ainda assim, dúvidas sobre o que mudar e como implantar a mudança ainda permeiam aqueles que aos poucos estão sendo inseridos nos contextos de formação profissional em saúde. Nesse processo de construção e produção, é notório que as instituições devem se aproximar dos objetivos do Programa de Reorientação do Profissional de Saúde — o Pró-Saúde¹⁵ —, os quais visam integrar a academia ao SUS.

Finalmente, as essenciais mudanças na formação do médico surgem como grandes desafios, reconhecendo-se que a inserção dos estudantes nas unidades básicas de saúde da família, desde os primeiros períodos, pode constituir uma das estratégias possíveis para a implantação da reforma da reforma. Todavia, não é possível atribuir a este cenário, isoladamente, a responsabilidade de formar novos médicos. Não se pode cair na falácia extremista novamente: trocar o hospital pela atenção primária à saúde não resolverá os inúmeros problemas associados à formação dos profissionais: dissociação teoria-prática, descompasso dos ciclos básico-clínico, antagonismo entre a clínica e a saúde coletiva, especialistas *versus* generalistas, falta de capacitação para atuar na maioria dos problemas das pessoas, desumanização, dentre outros. Esses velhos conhecidos, no entanto, não devem obstruir o processo de readequação da formação das redes de atenção, das linhas de cuidado, da integração e da comunhão por vínculo e acolhimento daqueles que precisam. Trata-se, pois, de pensar-agir

em termos de trilhar um caminho do meio, no qual os diferentes níveis de atenção — primário, secundário e terciário — sejam articulados, como rede, para o adequado funcionamento do SUS e da formação médica. O desafio é imenso, a tarefa é contra-hegemônica — afinal, os colegas médicos, em geral, não consideram importante a APS —, de modo que as transformações de agora resultarão em reais e claras mudanças somente a longo prazo.

O CONTEXTO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) apresentam, em seu artigo 12, importantes considerações para o entendimento das relações entre a formação médica e o SUS:

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I — Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

[...]

V — inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

VI — utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VII — propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e

VIII — vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.¹⁶

Entende-se, pois, que os estudantes devem ser inseridos “precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional”¹⁶ (p. 3), em concordância “com seu grau de autonomia”¹⁶, de modo a “vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS” (p.3). Nestes termos, a inserção nas unidades do SUS desde o primeiro período do curso — primeiramente nas unidades de APS — deve

ser uma meta a ser atingida por toda escola médica, garantindo, contudo, que os discentes não sejam meros espectadores, mas, sim, participantes ativos, atuando em diferentes situações, tais como tensões sociais que envolvam pacientes, diagnósticos conflitantes e dificuldades inerentes às decisões terapêuticas, aspectos estes regidos pelas variantes socioeconômicas e culturais locais¹⁷.

Com efeito, pode-se propor um desenho curricular que prioriza a inscrição social, tendo o propósito de instaurar uma prática na qual a construção de conhecimento, a formação acadêmica e o cuidado à saúde sejam indissociáveis. A partir disso promove-se, no discente, o engajamento para compreender a dinâmica social e para utilizar esse mesmo conhecimento como instrumento de transformação da realidade.

Dessa forma, as DCN estabeleceram os pilares da formação curricular que as instituições de ensino superior de Medicina devem seguir, buscando formar:

[...] o 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.¹⁶ (p.1)

As DCN valorizam a ética, a cidadania, o entendimento do processo saúde-doença na lógica do cuidado, com o objetivo de garantir formação de qualidade, além de possuírem aspecto inovador ao estimularem a inserção precoce e progressiva do estudante no SUS, o que lhe propiciaria conhecimento e compromisso com a realidade da saúde do seu país e sua região^{18,19,20}.

Portanto, a inserção dos estudantes no SUS desde os primeiros períodos pode constituir mais uma oportunidade para consolidar os valores éticos que a profissão requer, colocando em xeque a estrutura ideológica que pressupõe a prática médica exclusiva e necessariamente antecipada — supostamente — por sólida e intensa formação científica²¹. Com efeito, a máxima “primeiro a teoria, depois a prática” deixa de ter qualquer sentido, tornando-se insustentável.

A ressonância das DCN vem sendo sentida nos debates desenvolvidos no bojo da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), instância de fomento às discussões acerca das melhores estratégias para o ensino-aprendizagem na APS. Nestes termos, considera-se essencial que o estudante de Medicina participe, desde o início de seu curso, de atividades na comunidade e em unidades de Atenção Primária à Saúde — por exem-

plo, nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) —, e que tenham preocupação com a qualidade e a integralidade da atenção aos usuários do sistema de saúde e às comunidades¹⁷.

A reforma, aqui, é mais uma vez radical: o ensino da clínica deixa de ser primazia da tradicional enfermagem hospitalar, passando a ser desenvolvido em novo espaço-tempo — unidades primárias e secundárias —, permitindo ao estudante acesso a processos de ensino-aprendizagem que priorizem uma abordagem ampliada e singular de cada caso. Esta condição acabaria por qualificar ainda mais sua formação teórica ao estabelecer contatos com a complexa visão biopsicossocioambiental de cada sujeito e sob a condição de trabalhar em equipe — notoriamente se esta pertencer à Estratégia Saúde da Família (ESF) —, mais uma vez em clara articulação com o proposto nas DCN:

Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: [...]

XI — utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção.¹⁶

Campos¹⁷ afirma, ainda, que valorizar o ensino na APS visa atender a uma demanda social “inelutável” do Brasil, e que ampliar os cenários para práticas tanto de clínica quanto de saúde coletiva significa também “honrar a promessa de bem formar profissionais” (p.1). Pressupõe, ainda, aceitar que a prática é pilar da formação e que há experiências que nenhum livro pode fornecer. De acordo com esse autor, os problemas que o SUS atende são problemas também para as escolas médicas, e não se formam ainda médicos com competências e habilidades para o exercício de atividades essenciais ao sistema e à saúde dos brasileiros. Por fim, observa que a APS não se desenvolverá se “não contar com milhares de médicos capacitados para trabalhar em equipe, exercer uma clínica ampliada, participar de projetos coletivos e que estejam abertos para continuar aprendendo” (p.7)¹⁷.

Tomando, então, os aspectos comentados, torna-se premente considerar a inserção nas UBSF como uma estratégia essencial para que se forme o médico proposto nas DCN, partindo-se do princípio de que é preciso desenvolver nos estudantes, nos professores, nos serviços e nas comunidades os valores essenciais à formação da cidadania, possibilitando uma visão integral do processo saúde-doença com base em seus determinantes físicos, biológicos, psicológicos, socioeconômicos, ambientais, culturais e políticos⁵, tendo em vista a integralidade do cuidado.

UMA EPISTEME POSSÍVEL: O CUIDADO COMO PRESSUPOSTO

A medicina é, em última análise, uma modalidade de antropologia que tem como preocupação última o oferecimento de respostas ao sofrimento humano²². Com efeito, deve-se pensar a vinculação da inserção dos estudantes na Atenção Primária na lógica do cuidado, considerando-o um *a priori*, como destacado por Martin Heidegger:

Em sua essência, ser-no-mundo é cuidado: ao mesmo tempo atenção e zelo pelo outro. “Do ponto de vista existencial, o cuidado é um *a priori*: está antes de toda atitude e situação do ser humano, o que significa dizer que ele se acha em toda a atitude e em toda a situação humana de fato”. [...] O cuidado significa, então, uma constituição ontológica sempre subjacente a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz.²³ (p. 32)

O cuidado confere uma tonalidade diferente ao trabalho, complementando-o, em prol da ampliação das possibilidades da experiência humana de existir²⁴. De fato, a importância do cuidado à saúde em diferentes níveis é ressaltada por Deslandes²⁵, tendo em vista o desenvolvimento de atitudes e de uma sabedoria prática, apoiados na tecnologia, mas sem se resumir a ela. Ademais, a autora aponta a relevância da responsabilidade para o cuidado — desde a construção de vínculos, da garantia do controle social, da gestão dos serviços —, ponderando que cada profissional de saúde, equipe e gestor devem se questionar acerca da responsabilidade pela felicidade dos que são cuidados por eles.

Para que este cuidado se estabeleça de forma efetiva e para que o estudante aprenda, de fato, a cuidar, é necessário que todos os envolvidos — a instituição de ensino superior (IES), a gestão local do sistema de saúde, os trabalhadores da saúde (sobretudo aqueles vinculados à ESF), os docentes e os próprios estudantes — tenham ciência e compreensão do que se espera e de qual é o papel a ser desempenhado com a inserção. Não se pode exigir da mesma aquilo que ela não pode oferecer. Há de se “pedir” à APS aquilo o que de melhor ela pode dar na formação: auxiliar a construção de um modelo de cuidado centrado no usuário, tendo em vista um processo de trabalho multiprofissional articulado em torno das tecnologias leves (que dizem respeito ao relacionamento entre profissional da saúde e paciente) e leve-duras (decorrentes do uso de saberes bem estruturados, como a clínica combinada à “produção do cuidado”), ampliando as ações de acolhimento, vínculo, autonomização e resolução²⁶.

O grande desafio que se apresenta nestes termos — a reorganização dos processos de trabalho — surge como a principal

questão para pensar/agir em saúde, tomando o usuário e suas necessidades como o centro do processo. No atual modo de assistência à saúde, o uso de tecnologias duras (máquinas e instrumentos) prevalece em detrimento de tecnologias leve-duras e leves. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras — articuladas, complexamente, às tecnologias duras — é a condição para que o serviço produza cuidado²⁶.

A construção do cuidado deve ser fruto de um grande pacto que envolva todos os atores que dirigem serviços e recursos assistenciais, cujo foco deve ser a integralidade em um sentido mais amplo, entendida como um conjunto de valores que se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária; ou seja, a integralidade se refere à capacidade da equipe de saúde de resolver ou organizar os serviços dirigidos ao paciente, com o intuito de solucionar suas necessidades, garantindo ao usuário do SUS o melhor cuidado à saúde que ele possa ter. Esta deve ser a tônica da inserção do estudante na APS e, mais do que isto, deve constituir a própria lógica de organização do currículo²⁷.

UMA PRÁXIS POSSÍVEL: A PROPOSTA DE OPERACIONALIZAÇÃO

Os melhores modos de operar a inserção dos estudantes de Medicina na APS estão ainda sujeitos a controvérsia. A seguir, são apresentadas algumas conjecturas sobre esta questão, envolvendo (a) os objetivos da inserção, (b) o papel da preceptoria e (c) o desenvolvimento de projetos.

Objetivos da inserção

A participação dos estudantes na APS deverá se organizar tendo como objetivo geral a criação de vínculos com as pessoas e com a coletividade — ou seja, priorizando o aprendizado sobre como lidar com gente. As ações precisam ser dirigidas às demandas da comunidade, as quais poderão ser apontadas pelas pessoas residentes na localidade e pelos profissionais de saúde atuantes no território. É essencial que a inserção promova benefícios à equipe e à comunidade, facilitando e aprimorando as ações de saúde para a coletividade, não prejudicando ou trazendo complicações ao processo de trabalho já organizado da unidade. Tais pressupostos permitem delimitar como objetivos específicos^{16,17,28,29}:

- Compreender a dinâmica da realidade de saúde e social em que estão inseridos os usuários do sistema de saúde;
- Ampliar a visão em relação aos determinantes do processo saúde-doença;
- Criar e/ou reafirmar o compromisso do médico como agente de transformação social;

- Construir vínculo com os indivíduos e com a comunidade;
- Compreender e participar do SUS no nível da APS
- Atuar em equipe multiprofissional, compreendendo sua importância para a resolutividade dos problemas de saúde das pessoas;
- Compreender o conceito de integralidade do cuidado;
- Construir a capacidade de escuta ativa;
- Reconhecer a importância dos valores culturais e sociais como determinantes das relações com a comunidade e efetividade das ações do médico;
- Atuar no território e na unidade de saúde realizando ações de promoção, prevenção, assistência, recuperação e reabilitação da saúde;
- Reconhecer a intersetorialidade como elemento essencial para a resolução dos problemas de saúde, por meio da interação com diferentes equipamentos sociais.

O alcance desses objetivos — geral e específicos — poderá ter maior êxito em contextos nos quais a ponte entre o ensino e o serviço seja estabelecida de forma mais consistente, o que poderá ser obtido por intermédio da preceptoría.

O papel da preceptoría

A efetividade das ações propostas — especialmente para tornar o trabalho propiciador de construção de conhecimento — depende da participação de um profissional que funcione como preceptor dos estudantes nas unidades. O preceptor é aquele que tem “o papel de suporte, para ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias”³⁰ (p. 365). A função maior deste ator é acompanhar o desenvolvimento das atividades, facilitando a criação de sentidos para os estudantes — tornando a inserção significativa para eles —, o que pode ser facilitado pelo uso da metodologia da problematização³¹.

O preceptor deve atuar como facilitador do processo de inserção, servindo como elo entre a instituição e a equipe de saúde, devendo ter carga horária destinada a tal atividade não inferior a 20 horas. Caberia, ainda, a esse profissional a supervisão de monitores, ampliando a capilarização das ações de acolhimento dos estudantes por parte da equipe. Nessa concepção, o preceptor mediará a relação do aluno com o conhecimento, procurando criar “zonas de desenvolvimento proximal”³². Esta atividade acelera o crescimento dos estudantes, já que o preceptor intervém com explicações, demonstrações, exemplificações e organização do trabalho, facilitando o aprendizado por meio da interação dos discentes entre si, com os profissionais e com a comunidade, em um processo essen-

cialmente social e mediado pela cultura. Os preceptores deverão ser submetidos a educação continuada, principalmente para serem capacitados em problematização e em temas afins à saúde da família e à APS. Além disso, o preceptor deve participar de reuniões de educação permanente (EP), as quais poderão auxiliar a resolução de problemas pedagógicos e operacionais na unidade. É importante ressaltar que a EP é considerada uma estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde. Utiliza-se da aprendizagem significativa, uma vez que percebe a possibilidade de transformar as práticas profissionais por intermédio de perguntas e respostas construídas a partir da reflexão dos trabalhadores e dos estudantes sobre as ações que realizam ou para as quais se preparam³³.

A condição do preceptor poderia ser considerada por dois ângulos: (a) o preceptor externo à equipe de saúde — por exemplo, um docente da academia que acompanharia os estudantes e estabeleceria a interlocução com os profissionais; (b) o preceptor como membro da equipe, se houver disponibilidade e não prejuízo do processo de trabalho da equipe de acordo com as competências demandadas para cada grupo de estudantes. É possível combinar estas duas perspectivas, tendo em vista o desenho curricular. A preceptoría externa poderia ser responsável pelos períodos iniciais, ao passo que, ao final do curso, os estudantes, já no internato, poderiam atuar como membros da equipe, desenvolvendo ações pertinentes à prática médica, sob supervisão do médico da unidade.

Os estudantes devem desenvolver suas atividades obedecendo ao objetivo de adquirir as competências pertinentes a cada momento do curso, trabalhando em equipes formadas por estudantes do curso de Medicina e, se possível, em equipes multidisciplinares com alunos dos outros cursos, inclusive não oriundos da área da saúde, já que o campo é intersetorial. As atividades estariam vinculadas à realização de acompanhamento de famílias selecionadas, além da execução do projeto pertinente a cada unidade.

O desenvolvimento de projetos

A concretização do trabalho dos estudantes, mediante a realização de projetos de intervenção (PI), operacionaliza e possibilita a organização da inserção de forma a torná-la de utilidade para aqueles que aprendem, para aqueles que trabalham no serviço e principalmente para a comunidade. Os projetos devem ser originados das necessidades de cada comunidade e, fundamentalmente, basear-se no diagnóstico local realizado pela equipe de saúde da família em sua área adscrita. É importante que todos os participantes possam cooperar para a busca

de soluções. Por meio dos projetos torna-se possível aplicar ações estratégicas, visando à promoção, à prevenção, à assistência, enfim, ao cuidado à saúde da população. Os projetos podem trazer para o estudante a oportunidade de detectar tais problemas, refletir sobre eles, levantar hipóteses para sua solução, realizar aprofundamento teórico e, finalmente, propor ações concretas de mudança para aquela coletividade, propiciando uma aprendizagem em situação real. Graças aos projetos, o estudante adquire a possibilidade de refletir sobre sua prática e mudá-la, um verdadeiro passo na formação de um cidadão capaz de agir como transformador da realidade social, conforme previsto nas DCN¹⁶. Além disso, o discente aprende a trabalhar em equipe, a construir o processo de trabalho conjunto, a desenvolver o método científico, e, mais do que isso, a se responsabilizar por implantar ações que tragam benefícios às pessoas e à comunidade.

A base teórica para este desenho é a pedagogia dos projetos, fundamentada nas ideias de Dewey, que propõe a solução de um problema em uma perspectiva do aprender fazendo, trabalhando de forma cooperativa para a solução de problemas cotidianos³⁴. O projeto pode ser desenvolvido ao longo de um ou dois anos, devendo percorrer o seguinte caminho:

- Realização de visitas às UBSF para levantamento de possíveis problemas passíveis de abordagem sob a forma de PI;
- Reflexão, junto às equipes e à comunidade, acerca da viabilidade para o desenvolvimento dos PI;
- Tomada de decisão conjunta sobre a temática a ser desenvolvida no PI;
- Desenho e implementação de ações diagnósticas, visando à análise do problema abordado;
- Devolução, a todos os envolvidos — especialmente à comunidade e aos profissionais —, dos resultados obtidos no processo de análise diagnóstica;
- Avaliação da etapa diagnóstica, por meio da realização de um fórum que envolva todos os participantes;
- Desenho e implementação de ações de intervenção em relação ao problema abordado;
- Devolução, a todos os envolvidos — especialmente à comunidade e aos profissionais —, dos resultados obtidos no processo de intervenção;
- Avaliação do PI como um todo, por meio da realização de um fórum que envolva todos os participantes.

Vale ressaltar que a participação dos estudantes em todos esses passos é essencial. Com efeito, evidencia-se uma ruptura da visão tradicional de educação³⁵, podendo-se afirmar que não se trata de uma mera técnica, mas de um modo de orientar

o ensino para a compreensão das situações reais, caracterizando-se, pois, como uma atividade cognoscitiva, experiencial, relacional, investigativa e dialógica³⁶.

Tal concepção se insere no processo de transformação curricular proposta nas DCN³⁷, de acordo com as quais o processo ensino-aprendizagem deve enfatizar o papel do estudante e ser orientado para a prática. Adapta-se, também, ao anseio de formar um novo profissional que age para garantir um mundo mais saudável e mais justo, no qual os profissionais de saúde exerçam suas atividades de forma mais humana e com melhores resultados para aqueles que estão sob seu cuidado.

(IN)CONCLUSÕES

As considerações apresentadas — aspectos teóricos e propostas operacionais — podem constituir um modelo de inserção dos estudantes de graduação em Medicina na APS. A atuação discente neste cenário de prática deve atender às demandas do serviço e da comunidade e às necessidades de ensino, organizando-se em torno da compreensão de que a formação em saúde diz respeito a um processo de construção de experiências e de competências que devem ser centradas nos usuários e em suas necessidades como indivíduos e como coletividade. Somente esta compreensão — de que a ênfase do processo ensino-aprendizagem deve estar situada no estudante, mas o centro de todas as práticas pedagógicas em saúde deve ser a pessoa a ser cuidada — permitirá que o discente em formação seja habilitado e competente no exercício da profissão médica, aliando às competências técnico-científicas às competências humanas³⁸, essenciais à transformação da realidade ao seu redor, e, sobretudo, ao pleno desenvolvimento de ações de cuidado integral em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 2000. 762 p.
2. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
3. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Rev Bras Educ Med* 2011; 35(4):557-566.
4. Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14: 1183 —192.
5. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Rev Bras Educ Med* 2008, 32(4): 482-491.

6. Gomes AP, Dias Coelho UC, Cavalheiro PO, Gonçalves CAN, Rôças G, Siqueira-Batista R. A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da arca perdida. *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32(1): 105-111.
7. Bulcão LG. O Ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. *Rev Bras Educ Méd.* 2004; 28 (1): 61-72.
8. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública.* 2005; 21: 490-498.
9. Marcondes D. Iniciação à história da Filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein. 12 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2008.
10. Cruz EML, Uzcátegui AG, Valera NM. Novas experiências de internato entre academia, comunidade, e serviços de saúde. In: Almeida A, Feuerwerker L, Llanos CM, orgs. *A Educação dos profissionais de saúde na América Latina: Teoria e prática de um movimento de mudança.* São Paulo: Hucitec; 1999.
11. Brasil. Carta de mobilização: SUS 20 anos. [capturado em 10 ago 2008]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/carta_mobilizacao.php.
12. Ayres JRMC. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade.* 2004; 13(3): 16-29.
13. Feuerwerker LCM. Oficinas realizadas no UNIFESO sobre Aprendizagem pelo Trabalho em setembro de 2008, mimeo.
14. Fullan M. O significado da mudança educacional. Porto Alegre: Artmed; 2009.
15. Brasil. Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
16. Brasil. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/ CES Nº. 4, Brasília, 7 de novembro, 1-6, 2001.
17. Campos GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica — Diretrizes. Documento preliminar — abril de 2005. [capturado em 10 jan. 2008]. Disponível em: www.abem.educmed.org.br/pdf/doc-prof-gastao.pdf.
18. Haddad AE et al. A Trajetória dos Cursos de Graduação na Área da Saúde: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Organização Panamericana da Saúde. PROMED — Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002. [Edital de Convocação].
20. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde — PRÓ-SAÚDE. [capturado em 02 fev. 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848.
21. Ferreira RC, Silva RF, Agner CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem da atenção básica de saúde. *Rev Bras Educ Méd.* 2007; 31(1): 52-59.
22. Siqueira-Batista R. Conhecimento e saúde: entre ciência e arte. In: Rego S, Palácios M. *Comitês de ética em pesquisa: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, v. 1, p. 53-70.
23. Heidegger M. *Ser e tempo.* 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
24. Boff L. *Princípios de compaixão e cuidado.* Petrópolis: Vozes; 2009.
25. Deslandes SF. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
26. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, orgs. *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec; 1997.
27. Costa JRB. Análise da atuação das equipes do Programa de Saúde da Família no município de Teresópolis após a mudança curricular do curso de Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos, com a inserção precoce dos alunos: impressão dos médicos e enfermeiros. In: Moço ETSM, Falcão HBPT, Miranda JFA, orgs. *Reflexões sobre mudanças curriculares: Ativando processos.* Rio de Janeiro: Publit; 2007.
28. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Melo EM. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33:122 — 133.
29. Costa JRB, Romano VR, Costa RR, Vitorino RR, Alves LA, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. *Rev Bras Educ Méd* 2012; 36(3): 387-400.
30. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Méd.* 2008; 32 (3): 363-373.
31. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Moraes-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmann LMA. Metodologias ativas de ensino-apren-

- dizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13 (S2): 2133-2144.
32. Souza ACG. O Ensino Baseado em Projetos: uma Revisão. Escola de Engenharia da UFRJ, mimeo, 2000.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. Portaria 1.996 de Agosto de 2007. [capturado em 10 mar 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id_area=1083
34. Sant' Anna IM, Menegolla M. Técnica de projetos. In: Sant' Anna IM, Menegolla M. Didática: aprender a ensinar. Técnicas e reflexões pedagógicas para a formação de professores. São Paulo: Edições Loyola; 2007.
35. Albuquerque VS, Siqueira-Batista R, Tanji S, Moço ETSM. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. *Interface. comunic saúde educ*. 2009; 13: 261 — 272.
36. Girotto CGGS. Pedagogia de Projetos: (re) significação do processo ensino-aprendizagem. Projeto de Pesquisa. Marília: Núcleo de Ensino; Faculdade de Filosofia e Ciências; 2002 a 2003.
37. Maranhão EA, Gomes AP, Siqueira-Batista R. O que mudou na educação médica a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais: sob os olhares do Jano de Duas Faces. In: Streit DS, Barbosa Neto F, Lampert JB, Lemos JMC, Batista NA. 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. Rio de Janeiro: ABEM, 2012, v., p. 59-91
38. Siqueira-Batista R, Helayel-Neto JA. Einstein e a educação. *Rev Bras Educ Med* 2008; 32(2): 271-272.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Os autores participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do trabalho.

CONFLITO DE INTERESES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Andréia Patrícia Gomes
Universidade Federal de Viçosa
Departamento de Medicina e Enfermagem
Avenida Peter Henry Rolfs, s/n
Campus Universitário
36570-000 — Viçosa — MG
E-mail: andreiapgomes@gmail.com

ERRATA EM: Revista Brasileira de Educação Médica, volume 36, número 4, Outubro-Dezembro 2012.

ERRATUM IN: Brazilian Journal of Medical Education, volume 36, issue 4, October-December 2012.

Omissão na afiliação do autor José Roberto Bittencourt Costa do artigo "Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis": Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ, Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica, 36 (4): 541-549.

Correção da afiliação do autor José Roberto Bittencourt Costa do artigo "Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis": Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ, Brasil; Laboratório de Comunicação Celular. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.