

**UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS**

**Ludmila Leite Sant'Anna Vaz de Mello**

**PERCEPÇÕES DE DISCENTES, USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
SOBRE A INTEGRAÇÃO ENSINO – SERVIÇO – COMUNIDADE: UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA NA CIRURGIA AMBULATORIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SÃO JOÃO DEL-REI NO MUNICÍPIO DE TIRADENTES**

**Belo Horizonte**

**2020**

**Ludmila Leite Sant'Anna Vaz de Mello**

**PERCEPÇÕES DE DISCENTES, USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
SOBRE A INTEGRAÇÃO ENSINO – SERVIÇO – COMUNIDADE: UM RELATO DE  
EXPERIÊNCIA NA CIRURGIA AMBULATORIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SÃO JOÃO DEL-REI NO MUNICÍPIO DE TIRADENTES**

**Dissertação apresentada ao curso de Mestrado  
Profissional em Ensino em Saúde da Universidade José  
do Rosário Vellano para obtenção do título de Mestre  
em Ensino em Saúde.**

**Orientadora: Maria Aparecida Turci  
Co-orientadora: Camila do Carmo Said**

**Belo Horizonte**

**2020**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Itapoã UNIFENAS  
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

61-057(043.3)

M527p

Mello, Ludmila Leite Sant'Anna Vaz de.

Percepções de discentes, usuários e profissionais de saúde sobre a integração Ensino – Serviço – Comunidade: um relato de experiência na cirurgia ambulatorial da Universidade Federal de São João Del-Rei no município de Tiradentes. [manuscrito] / Ludmila Leite Sant'Anna Vaz de Mello. -- Belo Horizonte, 2020. 93 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2020.

Orientadora: Maria Aparecida Turci

Co-orientadora: Camila do Carmo Said

1. Educação Médica. 2. Ensino-Serviço-Comunidade. 3. Aprendizagem na comunidade. I. Turci, Maria Aparecida. II. Título.

Bibliotecária responsável: Jéssica M. Queiroz CRB6/3254



**Presidente da Fundação Mantenedora - FETA**

Larissa Araújo Velano Dozza

**Reitora**

Maria do Rosário Velano

**Vice-Reitora**

Viviane Araújo Velano Cassis

**Pró-Reitor Acadêmico**

Mário Sérgio Oliveira Swerts

**Pró-Reitora Administrativo-Financeira**

Larissa Araújo Velano Dozza

**Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento**

Viviane Araújo Velano Cassis

**Diretor de Pesquisa e Pós-graduação**

Mário Sérgio Oliveira Swerts

**Vice-diretora de Pesquisa e Pós-Graduação**

Laura Helena Órfão

**Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde**

Antônio Carlos de Castro Toledo Jr.

# Certificado de Aprovação

**PERCEPÇÕES DE DISCENTES, USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBREA INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO COMUNIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA CIRURGIA AMBULATORIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI NO MUNICÍPIO DE TIRADENTES**

**AUTOR:** Ludmila Leite Sant'Anna Vaz de Mello


**ORIENTADOR:** Profa. Dra. Maria Aparecida Turci

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



---

Profa. Dra. Maria Aparecida Turci



---

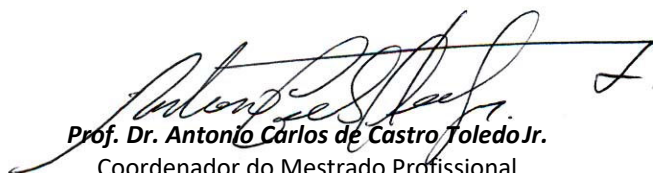
Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura



---

Profa. Dra. Laila Cristina Moreira Damázio

Belo Horizonte, 25 de setembro de 2020.



**Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.**

Coordenador do Mestrado Profissional

Em Ensino em Saúde

UNIFENAS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, desejando que tudo em minha vida seja para tua honra e glória.

Dedico também a meu amado e maravilhoso pai no qual Deus me deu a graça de conviver por 40 anos e que viveu pela família, deixando lembranças e ensinamentos que permanecerão em nós para sempre. Quanta saudade papai! Meu parceiro, fiel companheiro e grande incentivador. Meu eterno motorista, literalmente nas estradas da vida. Quantos cursos em sua companhia, inclusive o mestrado. Com certeza chegar até aqui foi mais fácil estando a seu lado. Por último, dedico a minha família, minha razão de viver.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor desmedido e por mais esta etapa vencida, sendo meu amparo nas dificuldades e fonte de toda sabedoria.

A meu marido Leonardo, pelo apoio incondicional! Sem você, nada disso seria possível. Obrigado por acreditar em mim e realizar todos os meus sonhos! Te amo eternamente!

Aos meus irmãos, por serem meu porto seguro e por me incentivarem sempre.

A minha mãe, pelo apoio de sempre e por me ajudar a cuidar dos meus filhos. Se me tornei cirurgiã e se hoje ministro cirurgia ambulatorial na UFSJ foi por você e por nós.

Aos meus filhos, Leonardo, Maria Eduarda e Gabriel, por existirem em minha vida e por terem tolerado a minha ausência por tantas vezes. Mamãe ama vocês!

Aos meus sogros e cunhada pelo apoio incondicional dentro e fora de nossas casas. Sinto-me privilegiada em ter vocês ao nosso lado!

Agradeço imensamente às professoras Maria Turci e Camila pela orientação na pesquisa.

À Maria Turci, por ter me dado a oportunidade de trabalhar nesta pesquisa com a Integração Ensino – Serviço – Comunidade, a qual me dedico, através da universidade uma parte de meu tempo. Obrigada por ser essa profissional incrível e ter topado caminhar comigo em algo tão diferente pra nós, o mundo da pesquisa qualitativa e também por não desistir de mim mesmo com as dificuldades.

À Camila, por nortear nossas ideias, por compartilhar seus grandes ensinamentos em pesquisa qualitativa e estar sempre ao nosso lado, meu e da Turci, de maneira tão doce.

Aos colegas de mestrado, “a caravana de São João del-Rei”, por tornar minha caminhada mais leve, em especial a minha querida amiga Mylvia e a meu querido primo Vinícius pelo apoio e incentivo sempre e em um momento tão delicado de minha vida. Jamais poderei esquecer.

A minha querida amiga Alessandra, sempre me acompanhando em meus projetos e me dando suporte com sua sabedoria e conhecimento ímpares, independente da situação e do momento de sua vida.

Aos meus alunos da UFSJ, por me darem a oportunidade de aprender mais, em especial o aluno Bruno, dedicado e querido, idealizador do projeto de extensão e aos alunos que passaram comigo no ambulatório de pequenas cirurgias. Sem vocês, de nada adiantaria o meu empenho em aprender a lecionar.

Aos pacientes da comunidade de Tiradentes, pela confiança e carinho. É muito gratificante trabalhar nesta comunidade que, antes mesmo de ter ingressado a universidade, adotou-me e prestigiou-me com tantos pacientes e amigos em minha prática diária como Cirurgiã Plástica.

Aos profissionais de saúde da Unidade de Saúde PACU em Tiradentes, por terem me recebido com tanto carinho e terem me dado, junto à UFSJ, a oportunidade de trabalhar em uma de minhas maiores paixões que são as pequenas cirurgias. Parabéns pelo belíssimo trabalho e pelo notável amor a comunidade local.



*Quem ama, faz sempre comunidade, não fica sozinho”*

Santa Tereza D’Avila

*“Qualquer situação Humana só é caracterizável quando se tomam em consideração as percepções que os participantes têm dela, a maneira como a experimentam, suas tensões e como reagem a essas tensões assim concebidas... O desprezo pelos elementos qualitativos e a completa restrição da vontade não constitui objetividade e sim negação da qualidade essencial do objeto”.*

Manheim (1968, p.70-73)

## RESUMO

**Introdução:** As DCNs do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014a) estão voltadas para atenção básica de saúde. Segundo elas, o eixo do desenvolvimento curricular deve ser o das necessidades de saúde da população, promovendo integração entre ensino, serviço e comunidade, preferencialmente nos serviços do SUS. Considerando todos esses aspectos, a rede básica de saúde é um cenário privilegiado de ensino-aprendizagem, pois proporciona aos alunos vivenciarem as políticas de saúde de organização da prática e do trabalho de equipe multiprofissional, além de possibilitar a oportunidade de lidar com problemas reais e vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (BRASIL, 2014a). **Objetivos:** Analisar as características da integração ensino-serviço que contribuem para a universidade, serviços de saúde e comunidade, as suas dificuldades e os seus desafios através da percepção dos discentes, usuários e profissionais de saúde envolvidos no ambulatório de cirurgia ambulatorial e projeto de extensão da UFSJ (Universidade Federal de São João del-Rei) nas unidades de saúde em Tiradentes-MG. **Métodos:** Trata-se de estudo qualitativo que utilizou como instrumentos de coleta de dados entrevistas semiestruturadas com usuários, discentes e profissionais de saúde sobre a percepção da Integração ensino serviço comunidade (IESC). Para a análise dos dados, empreendeu-se a técnica de análise de conteúdo. **Resultados e Discussão:** A IESC permitiu melhorar a qualidade do trabalho no serviço, qualificar os profissionais ali presentes, além de trazer realização pessoal aos atores dessa interação. Também trouxe melhorias à atenção primária a saúde, possibilitando compreensão do processo aos envolvidos e maior resolubilidade da unidade básica. Ainda, foi possível uma percepção dos desafios e impasses dessa integração a serem superados como: falta de estrutura e materiais, desconforto minoritário, mas, não menos importante, de pacientes a serem atendidos pelos estudantes e confronto da rotina dos profissionais de saúde locais com a universidade. **Conclusão:** A universidade, inserida dentro da realidade social e dos serviços de atenção primária, forma profissionais mais capacitados para os problemas mais prevalentes e comuns, familiarizados com os princípios do SUS e beneficia a população e as equipes de saúde locais com melhoria da atenção à saúde, da resolubilidade e da satisfação da comunidade local.

**Palavras-chave:** Educação médica. Ensino-Serviço-Comunidade. Aprendizagem na comunidade.

## ABSTRACT

**Introduction:** National Curriculum Guidelines (*DCN* in Brazilian Portuguese) for Medical School in Brazil (BRASIL, 2014a) focus on essential healthcare, with a main curricular axis developing from the population's health needs, integrating education, health, and community, preferably using the unified public health system known as SUS in Brazil. Considering such aspects, basic health network is a privileged teaching and learning scenery, as students experience health policies arranging their practice, especially in multiskilled teams. Furthermore, students can hence face real issues, connecting their learning work experience within their academic medical education to social health needs, focusing on public health (BRASIL, 2014a). **Aims:** To analyze work-learning integration features contributing to the university, as well as the community and their health issues, hardships, and challenges health users, students, and professionals observe in ambulatory surgery and the University (UFSJ) projects for the community in health units in the city of Tiradentes, in the state of Minas Gerais, southeastern Brazil. **Methods:** Qualitative study using data from semistructured interviews with health users, professionals, and students concerning their perception of integrating educational community service (*IESC* in Brazilian Portuguese). The research employed the content analysis technique to analyze data. **Results and discussion:** IESC helped improve work quality during service while qualifying professionals. In addition, it brought about self-realization to those therein interacting. It also brought about improvements to primary healthcare, enabling those involved to better comprehend the process toward greater solvability in the basic unit. Another aspect standing out in the research concerned challenges and halting hazards in this integration yet to be overcome, such as the lack of structure and materials, minority discomfort, and, last but not least importantly, concerning patients students attended to while facing the work routine of local health professionals with the university. **Conclusion:** The University inserted in the social reality, providing primary care services, help to better enable professionals to deal with more prevalent common issues, familiarizing them with public health principles, to the benefit of the population and local health teams, improving healthcare and solvability toward local community satisfaction.

**Keywords:** Medical Education. Community Learning Service. Community Learning.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 – Perfil dos entrevistados .....	36
Quadro 2 – Categorias de Análise dos Dados .....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

A	Aluno entrevistado
APS	Atenção Primária à Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EB	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IESC	Integração Ensino – Serviço – Comunidade
MS	Ministério da Saúde
OS	Profissional de saúde entrevistado
PIESC	Prática de Integração Serviço – Comunidade
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
U	Usuário entrevistado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSJ	Universidade Federal de São João del-Rei

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1</b>	<b>Os currículos dos cursos médicos.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2</b>	<b>A integração ensino-serviço: experiências e resultados.....</b>	<b>17</b>
<b>1.3</b>	<b>O curso de Medicina na Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)..</b>	<b>22</b>
1.3.1	A Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).....	22
1.3.2	O curso de graduação em Medicina na UFSJ.....	23
1.3.3	A disciplina Cirurgia Ambulatorial do curso de Medicina da UFSJ.....	24
1.3.4	A experiência do Projeto de Extensão.....	26
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivos gerais.....</b>	<b>32</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do Estudo.....</b>	<b>33</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário do Estudo.....</b>	<b>33</b>
<b>4.3</b>	<b>População-Alvo.....</b>	<b>34</b>
4.3.1	Critérios de inclusão e de exclusão.....	34
4.3.1.1	<i>Critérios de Inclusão.....</i>	<i>34</i>
4.3.1.2	<i>Critérios de Exclusão.....</i>	<i>34</i>
4.3.2	Amostra, amostragem e recrutamento.....	35
<b>4.4</b>	<b>A Coleta de dados.....</b>	<b>36</b>
<b>4.5</b>	<b>A análise de dados.....</b>	<b>37</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS DE DISCUSSÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>5.1</b>	<b>Análise de Conteúdo das Entrevistas.....</b>	<b>40</b>
<b>5.2</b>	<b>Apresentação dos resultados e discussão.....</b>	<b>40</b>
5.2.1	Qualidade do trabalho e qualificação profissional.....	41
5.2.1.1	<i>Ensino-Serviço Integrado e a Qualidade do trabalho.....</i>	<i>41</i>
5.2.1.2	<i>Ensino-Serviço Integrado e a Qualificação profissional.....</i>	<i>45</i>
5.2.1.3	<i>Ensino-Serviço Integrado e Realização pessoal.....</i>	<i>54</i>
5.2.2	Qualidade da Atenção Primária à Saúde.....	57
5.2.2.1	<i>Resolubilidade da atenção básica.....</i>	<i>57</i>
5.2.2.2	<i>Compreensão do serviço de atenção básica.....</i>	<i>62</i>
5.2.3	Impasses e Desafios.....	64
<b>5.3</b>	<b>Limitações do estudo.....</b>	<b>68</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>70</b>
<b>7</b>	<b>IMPRESSÕES PESSOAIS.....</b>	<b>74</b>
<b>8</b>	<b>APLICABILIDADE.....</b>	<b>75</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>84</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>92</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Os currículos dos cursos médicos

Os currículos do Curso de Graduação em Medicina vêm apresentando grandes mudanças na busca da formação de um médico generalista e com características humanitárias na relação com o paciente. O modelo de educação médica proposto pelo americano Abraham Flexner, no ano de 1910, a partir da avaliação da qualidade da formação médica nos Estados Unidos e no Canadá, foi influenciador das reformas das escolas médicas em âmbito mundial no século passado. Proposto inicialmente para reduzir a baixa qualidade da formação, pouco embasada no método científico, as mudanças propostas por Flexner acabaram por acentuar a formação médica centrada nas dimensões individual e biológica da doença, induzindo a formação centrada no ambiente hospitalar e voltada para a superespecialização do médico. Nesse contexto, as dimensões social, psicológica e econômica das doenças ficaram relegadas a um plano subalterno. O ideal *flexneriano* introduziu o ensino laboratorial, o estímulo à docência em tempo integral e enfatizou a pesquisa biológica, além de vincular a pesquisa ao ensino. A esse modelo se atribui a institucionalização do que chamamos de medicina científica e, a partir da década de 1950, as propostas dos modelos *flexnerianos* foram incorporadas às escolas médicas do Brasil, tendo enorme influência nos modos de ensinar e de organizar a assistência à saúde no país (AGUIAR, 2003).

A partir da década de 1960, ocorre um movimento internacional de crítica e esse modelo, que passou a ter o hospital como *locus* da formação em saúde, deflagrando movimentos de reforma das instituições. Mas, apenas na década de 1970, ocorreu a inserção do ensino médico em centros de saúde por meio de estágios práticos. Essa experiência foi impulsionada pelo movimento de Integração Docente-Assistencial (IDA), através de atividades de extensão. Entretanto, esta prática não foi suficiente para se sobrepor ao modelo hospitalocêntrico vigente (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010). Após a declaração de Alma-Ata, derivada de Conferência Mundial de Saúde realizada no Cazaquistão no ano de 1978, que enfatizava a importância da promoção à saúde através da atenção primária, notou-se a necessidade de uma nova intervenção nos currículos médicos, provocando avanços reformistas (BELTRANE, 2006; MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018). Ao mesmo tempo surge no Brasil a Reforma Sanitária, cujos alicerces são os princípios da universalidade e da integralidade da atenção, o que pressupõe mudanças no modo de atuação frente aos indivíduos como um todo, e não apenas suas doenças.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, propôs a universalização do direito à saúde considerando-a “direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988). Foi estabelecida, como função do SUS, a ordenação da formação dos Recursos Humanos na área de saúde, dada a enorme importância da formação profissional na sustentação das políticas públicas. Dessa forma, a criação do SUS representou um marco anti-hegemônico do ideal *flexneriano*, pois visava a substituição do sistema centrado na assistência curativa e hospitalar por outro que valorizasse a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde. A necessidade de mudança do perfil do egresso do curso médico se acentuou com a implementação do modelo de Atenção Primária à Saúde do SUS, à época denominado Programa de Saúde da Família (SAMPAIO; MENDONÇA; TURCI, 2019). Dessa forma, a transição do modelo de atenção necessitava de modificações na formação médica pois envolveria mudanças de paradigmas do modelo de atenção curativo e hospitalocêntrico que permaneceu vigente por muitas décadas na realidade de saúde do Brasil.

No início da década de 90, surge o Projeto Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde (UNI), implantado pela Fundação Kellogs, visando o desenvolvimento de estratégias que impulsionassem o processo de mudança na formação dos profissionais de saúde por meio de melhorias na relação entre universidade, serviço e comunidade. Este projeto foi importante para rediscutir a hegemonia médica e destacar a importância do trabalho multiprofissional e integral na formação do futuro profissional de saúde (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

Na mesma época, em 1991, foi inaugurada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), que incluía, dentre nove instituições, a (Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) e o Conselho Federal de Medicina. A comissão objetivou avaliar o ensino, os médicos formados, o corpo docente e o modelo pedagógico das escolas médicas. Dentre os resultados encontrados, foi constatada a inadequação da formação em saúde frente as necessidades da sociedade. Em 1998, inicia-se a última fase do projeto da CINAEM, que buscou a transformação do ensino médico no Brasil através da adequação da formação para a realidade de saúde da população. Esta iniciativa foi importante no processo de mudança pois revelou sugestões consistentes para a reformulação do ensino da medicina. (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

Em conjunto com as propostas de adequação do perfil do egresso, novos modelos de formação começam a ser implementados no Brasil, como a metodologia baseada em problemas (PBL), que utiliza dos princípios de aprendizagem do adulto e metodologias ativas. Esse modelo coloca o aluno como o ator principal no processo de aprendizagem e muda o



papel dos docentes, de mestres para agentes facilitadores na construção do conhecimento (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Avalia-se que, até esse primeiro momento, houve pouca participação governamental no estímulo a essas iniciativas e, dessa forma, as mudanças incipientes em andamento não se tornaram permanentes (VIEIRA *et al*, 2018). Estudo realizado em meados da década de 1990, em quatorze faculdades de medicina no Brasil, revelou que apenas 14% do ensino médico acontecia em espaços externos aos Hospitais Universitários, ou seja, em postos de saúde, equipes de saúde pública ou hospitais (CAMPOS, 1999). Isso demonstra que os movimentos que almejavam mudanças no modelo de ensino vigente ainda não tinham conseguido imprimir as mudanças necessárias. Continuava vigente o modelo de formação centrado na superespecialização e nos hospitais, que dificultava a formação de médicos com conhecimento e prática mais generalista, capazes de atender as necessidades da maioria da população adotando condutas mais preventivas e com a compreensão da determinação, não só biológica, mas também social e ambiental do surgimento de doenças. A necessidade de expansão do ensino para cenários de prática cujo atendimento é centrado na pessoa e na saúde coletiva ainda permanecia na pauta.

Com o objetivo de regulamentar a formação de médicos alinhada aos princípios do SUS, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Medicina (DCNEM), regulamentadas pela Resolução CNE/CES N° 04, de 07 de julho de 2001. Esse documento estabelece a formação voltada para a atenção básica à saúde, descentralizando o ensino dos hospitais para toda a rede do SUS. Essa normativa estabeleceu a integração teórico-prática, a integração entre pesquisa e ensino e a inserção responsável do estudante no serviço de saúde desde o início do curso, baseando-se no princípio da aprendizagem reflexiva (BEZERRA *et al.*, 2015).

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) com o objetivo de induzir mudanças curriculares nos cursos de medicina através de cooperação técnica e/ou operacional às escolas de graduação. Esse programa foi ampliado, em 2005, para outras profissões de saúde através do Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde – Pró-Saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Apesar dessas iniciativas, e da criação do Departamento da Educação na Saúde (DEGES) como parte da estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, demonstrando a intencionalidade do Ministério da Saúde (MS) em

impulsionar a mudança na formação superior, estudo realizado em 2006 demonstrou baixa implementação das DNC nos cursos da área de saúde. O Relatório da Organização Mundial de Saúde (2007), denominado “Trabalhando juntos pela saúde”, evidenciou a desproporção de profissionais de saúde em diversos locais do globo, além de destacar problemas na formação, relacionadas com a prática de ensino e ao conteúdo curricular (VIEIRA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, o Pró-Saúde foi estendido em 2007 para as 14 profissões da área da saúde e foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), em 2008. Esse último tinha os mesmos objetivos dos Pró-Saúde, mas lançou mão de estratégias complementares, reforçando a realização de ações nos cenários reais de prática, visando a integração com a comunidade e o atendimento às necessidades dos serviços de saúde e da população. Isso era viabilizado pelo financiamento de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria (HADDAD *et al.*, 2012).

Num momento de amplo questionamento sobre a capacidade do Sistema Único de Saúde prover atenção integral de qualidade à população, em outubro de 2013 foi instituído o Programa Mais Médicos (PMM). O PMM buscou a redistribuição da oferta de vagas para o curso de medicina e para a residência médica, priorizando regiões onde a população fosse mais vulnerável e tivesse uma menor oferta de médicos por habitantes, mas que ofertasse estrutura física suficiente para promover uma vivência prática de qualidade (BARRETO *et al.*, 2018).

Além da ampliação de vagas, o PMM teve como objetivo avançar na reformulação dos currículos médicos. Nesse sentido, instituiu-se, em junho de 2014, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, as quais objetivam promover uma formação médica generalista, crítica e humanizada com foco na saúde integral da população, bem como a ampliação dos campos de saber e de prática da Saúde Coletiva, Saúde Mental, Urgência/Emergência, Atenção Básica e Saúde da Família para o graduando em medicina (VIEIRA *et al.*, 2018). Dentre as mudanças em relação às DCNEM de 2001, destacam-se a definição de que pelo menos 30% da carga horária do internato médico será realizado na Atenção Básica, a existência de programas de desenvolvimento e o aperfeiçoamento docente no interior dos cursos de medicina, além de articular as mudanças da graduação com as mudanças na Residência Médica (BRASIL, 2001).

As DNC de 2014 propuseram novas estratégias de ensino, aprendizagem e avaliação do aprendizado e sugeriram a inserção do aluno já no primeiro ano do curso de Graduação em Medicina, enfatizando o papel formativo da atenção básica. Os objetivos gerais dessas diretrizes, vigentes até os dias atuais, são a formação médica generalista para o desempenho

da atividade médica de excelência e a prática reflexiva que permita ao generalista dar continuidade com autonomia à sua formação. Como objetivos específicos, as DNC preconizam que o médico generalista deve saber diagnosticar e tratar as doenças mais prevalentes, com raciocínio-ações voltadas para prevenção, a promoção da saúde, terapêutica e reabilitação; compreender os determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde/doença; saber usar técnicas apropriadas de comunicação para promover estilo de vida saudável; compreender os processos fisiológicos dos seres humanos como, por exemplo, o envelhecimento; compreender a aplicabilidade dos exames complementares básicos da especialidade e saber referenciar os casos mais complexos da mesma; compreender e valorizar aspectos psicossociais na relação do médico com o paciente, com a família e a comunidade; trabalhar em equipe, respeitando as normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2014a).

Outro diferencial das DCN de 2014 é o detalhamento das três áreas de competências (atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde), indicando que o futuro egresso deve ter compromisso em manter a escolha diagnóstica e terapêutica de acordo com as necessidades do paciente e dos recursos disponíveis, além do compartilhamento de saberes e o trabalho em equipe, imprescindível na atenção primária (VIEIRA *et al.*, 2018).

Dessa forma, compreende-se o percurso das DCN do Curso de Graduação em Medicina, que estão voltadas para atenção básica de saúde. Segundo essas diretrizes, o eixo do desenvolvimento curricular deve ser o das necessidades de saúde da população, promovendo integração entre ensino, serviço e comunidade, preferencialmente nos serviços do SUS.

## **1.2 A integração ensino-serviço: experiências e resultados**

O principal objetivo da integração do ensino com os serviços de saúde é a formação de profissionais da saúde com responsabilidade social e que atendam as diretrizes do SUS. Esse acordo entre Universidade e Serviço de Saúde favorece o processo de ensino-aprendizagem dos acadêmicos, contrapondo-se ao modelo *flexneriano*, que dificulta a integração teórico-prática (MARIN *et al.*, 2014).

A rede básica de saúde é um cenário privilegiado para o processo ensino-aprendizagem, pois proporciona aos alunos vivenciarem as políticas de saúde, a organização da prática e do trabalho de equipe multiprofissional. Além disso, a APS apresenta oportunidades de lidar com problemas reais, promovendo a formação de médicos que atendam às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (BRASIL, 2014a). Permite também conhecer melhor os usuários e seus familiares, o estilo de vida, os recursos do saneamento básico e de infraestrutura, as características socioeconômicas e as doenças mais prevalentes naquela comunidade, além das condições de vulnerabilidade, recursos de acesso aos serviços públicos de saúde, educação e transportes, entre outros (JUNQUEIRA, 2010). Como contrapartida para os serviços, destacam-se o desenvolvimento de ações e a capacitação de profissionais por meio da educação continuada e permanente. Para a comunidade, apresentam a possibilidade de ampliação do espaço e melhoria da qualidade do cuidado (KUABARA *et al.*, 2014).

Muitas experiências e projetos foram instituídos visando a implementação da IES prevista nas diretrizes curriculares nacionais, entre eles a inserção precoce dos alunos em cenário real, através da integração entre os serviços de saúde e academia, com impacto significativo na formação de profissionais de saúde (BRANDÃO, 2013). Segundo Albuquerque *et al.* (2008), a integração ensino-serviço se dá quando ocorre o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes de serviços de saúde, incluindo-se os gestores, em prol da qualidade da formação profissional, o desenvolvimento e a satisfação dos trabalhadores do serviço.

Diversas são as vantagens da inserção do estudante na atenção primária de saúde (APS). Barreto *et al.* (2018) constatou que professores perceberam que os alunos do curso de medicina adquiriram maior empatia, humanização, vínculo com o usuário e a comunidades durante estágio. Além disso, a gerência destacou o caráter inovador trazido para ações rotineiras dos serviços, a intensificação da mobilização social e o fortalecimento dos vínculos com a comunidade. Outros estudos também exploram os benefícios da introdução dos estudantes de medicina no serviço pela visão dos profissionais de saúde das APS, revelando a valorização profissional sentida pelos agentes comunitários de saúde (ACS) na contribuição para o aprendizado e formação dos acadêmicos (CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011).

Em um município de Alagoas, também coincidentemente chamado Tiradentes, a disciplina Integração Ensino – Serviço – Comunidade, introduzida desde o primeiro período

do curso de medicina, proporcionou o desenvolvimento da capacidade criativa e ao incentivo para realização de trabalhos comunitários. Ademais, o acompanhamento da rotina de trabalho de diferentes profissionais da Unidade de Saúde da Família estimula o trabalho em equipe nos estudantes, pois este passa a reconhecer a importância e a função de cada especialidade, compreendendo os limites de cada um para atuar de forma integrada (CAVALCANTE *et al.*, 2018; CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES-NETO, 2011). Esse ganho confronta a visão *flexneriana* superespecializada e fragmentada do paciente, favorecendo, desde o início da faculdade, uma perspectiva integrada do cuidado.

Em relação à visão do estudante de medicina sobre a integração ensino e serviço, o estudo de Marin *et al.* (2014) revelou que os acadêmicos avaliaram positivamente a integração da instituição com os serviços da Atenção Básica, desde o início do curso. A maioria também concordou com as contribuições da disciplina para sua formação profissional, como: trabalho em equipe, atuação futura no serviço, melhorias na formação e interdisciplinaridade. Além desse, o estudo de Massote e Gontijo (2011), realizado com alunos de medicina do 8º período, corrobora com a visão positiva dos acadêmicos sobre a integração do ensino com o serviço, principalmente devido ao conhecimento sobre a Atenção Primária e à prática da medicina integral. Outra vantagem é a expectativa gerada pela prática da profissão, gerando entusiasmo e estimulando o aprendizado, principalmente nos primeiros anos do curso de medicina, que são mais teóricos (GONÇALVES; MORAES, 2003).

Em relação à visão do usuário, este avalia que a contribuição da inserção dos acadêmicos na UBS é positiva (ALMEIDA *et al.*, 2012). A IES propicia que os pacientes se tornem agentes participativos na formação dos estudantes, avaliando positivamente as consultas, além de não criticarem os erros cometidos pelos acadêmicos, devido à inexperiência destes (SOUZA-MUÑOZ *et al.*, 2011). Essas vantagens elencadas pelos diversos setores, desde estudantes até usuários, comprovam as melhorias adquiridas para formação médica do país com a introdução das DCN.

No entanto, mesmo com o avanço, a literatura sobre o tema evidencia dificuldades na integração ensino, serviço e comunidade, destacando-se: as diferentes percepções dos atores envolvidos, indefinição de papéis e tendência de dominação de um grupo sobre outro (MORITA; HADDAD, 2008). Isso reflete a falta de esclarecimento dos profissionais sobre os objetivos educacionais dos estudantes das diversas áreas de saúde inseridos nas equipes. Com a melhor elucidação pelos preceptores do papel dos acadêmicos, os receios nesta interação poderiam diminuir consideravelmente. Ademais, existem dificuldades metodológicas e integração embasada em negociações particulares (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Enfatizam-se ainda: dificuldades em deslocar professores para cenário de prática, a forma de receptividade das equipes e o modelo de gestão vigente (KUABARA *et al.*, 2014).

Outro desafio é a capacitação de docentes qualificados para incentivar o saber, abdicando do ideal de “senhor absoluto da razão”, do qual muitos são familiarizados devido sua educação médica pautada no ideal *flexneriano*. Destaca-se ainda o fato de, muitas vezes, ser difícil encontrar supervisor local adequado consonante ao projeto pedagógico do curso e que tenha conhecimento sobre o funcionamento do serviço.

As limitações para maior integração entre a universidade e os serviços dizem respeito, principalmente, ao fato de que nessas organizações – a universidade de um lado, e os serviços de saúde, de outro – são desenvolvidos processos de trabalhos distintos. Desse modo, a universidade se volta mais para a produção do conhecimento, “saber”, enquanto os serviços estão mais voltados para a produção de assistência em saúde, “fazer” (CARVALHO; DUARTE; GUERREIRO, 2015). Isso causa uma distorção da prática clínica em relação aos protocolos preconizados e ensinados.

A integração ensino-serviço ainda encontra dificuldade em avançar como apontam Moimaz e colaboradores (2010), pela dificuldade de inserção dos alunos em algumas áreas, pela falta de investimentos públicos, tanto de infraestrutura como de pessoal, além da mudança curricular. Dessa forma, o desenvolvimento docente, a diversificação dos cenários e as parcerias com os serviços de saúde ainda são muito incipientes e representam desafios a serem enfrentados. Estudo realizado por Vieira *et al.* (2018), critica a baixa disponibilização de alternativas e recursos pelas DCN para superação de desafios, como ausência de capacitação docente, além de destacar outro problema: a competição por campos de prática entre as instituições públicas e privadas. As últimas, acabam fornecendo incentivos financeiros às unidades e/ou contratam preceptores para acompanhamento dos alunos, o que, geralmente, não ocorre com as instituições públicas (VIEIRA *et al.*, 2018).

No estudo de Pereira *et al.* (2011), os profissionais de saúde relataram que a contribuição da articulação ensino-serviço para a Vigilância da Saúde é pequena e se resume às atividades curriculares dos alunos. Ou seja, critica a falta de vínculos das universidades com a gestão de serviços e saúde, como um projeto político-pedagógico através da parceria entre gestores, trabalhadores, docentes e alunos.

Revisão integrativa realizada por Mendes *et al.* (2018) demonstrou que a maioria dos estudos realizados levaram em conta os atores dos cenários de prática na seguinte ordem: estudantes (72%), seguida dos profissionais de saúde dos serviços (48%), docentes (48%) e usuário (2%), evidenciando pouca participação dos usuários e profissionais nos estudos.

A literatura mostra que apesar das inúmeras dificuldades de integração, os melhores resultados têm sido alcançados com esforços múltiplos das instituições de ensino em conjunto com os serviços (BRASIL, 2006a; LAMPERT, 2012). Sem esta parceria, absolutamente necessária, as mudanças que são imprescindíveis, ficam inviáveis. Quando a integração ensino-serviço acontece de forma efetiva, unindo docentes, estudantes e profissionais de saúde com o foco central no usuário, a dicotomia entre o ensino e a produção da saúde pode ser amenizada.

Não se pode esperar que as transformações ocorram de imediato e de forma completa, uma vez que nos serviços de saúde ainda prevalece o atendimento a demanda e a queixa principal. Atualmente, ainda existem muitos desafios a serem superados na Integração Ensino-Serviço e torna-se essencial a discussão de questões que a envolvem no contexto dos processos de mudança na formação dos profissionais de saúde e nas práticas de saúde na atenção primária, levando-se em conta a escassez de trabalhos referentes ao tema (MARIN *et al.*, 2014).

Desencadear um processo de mudanças não é fácil, sobretudo quando os conceitos já estão arraigados e consagrados por longo tempo, com a convicção de que sempre se fez o que era correto e com resultados considerados satisfatórios (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009).

Com as DNC, o eixo de desenvolvimento curricular passou a ser a necessidade de saúde da população. A Cirurgia ambulatorial é definida pelas operações em regime ambulatorial, realizadas sob qualquer tipo de anestesia, sem demanda de internação hospitalar com permanência do paciente no serviço por menos de 24 horas na maior parte das vezes. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade estabelece que é competência essencial da especialidade a realização dos seguintes procedimentos cirúrgicos: drenagem de abscesso, sutura e cantoplastia; sendo considerada competência desejável a realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais intermediários (biópsia por *shave*, *punch* ou excisional, crioterapia, eletrocauterização, manejo de calos, retirada de cistos, lipomas e lesões suspeitas com margem) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015).

Fica nítida a relevância da cirurgia ambulatorial no âmbito da atenção primária, no sentido de evitar o estrangulamento dos serviços dos outros níveis de atenção e, com isso, contribuir para o aumento da resolubilidade desse nível do sistema. O médico generalista deve estar preparado para resolver problemas cirúrgicos nesse nível de atenção. Apesar disso, o estudo de Oliveira (2019) demonstrou baixa difusão da cirurgia ambulatorial na ESF e que os

procedimentos mais realizados nas UBS foram aqueles que exigem menor habilidade técnica, como é o caso de suturas e drenagem de abscesso. Essa situação parece estar relacionada ao não reconhecimento destas práticas como parte das atribuições das equipes ESF, à ausência de capacitação profissional bem como de estruturas físicas, equipamentos e processos adequados para a realização desses procedimentos (OLIVEIRA; FAVORETO, 2019).

Dessa forma, a cirurgia ambulatorial na atenção primária e ligada a universidade torna-se uma prática segura, se empreendida com seriedade e controles rigorosos por parte dos cirurgiões professores e equipe, além de contemplar as necessidades da população e permitir uma formação médica generalista e humanística como é preconizado pelas diretrizes curriculares e o SUS e oferecer educação continuada e aperfeiçoamento profissional de toda equipe de saúde local. Esse aspecto ainda é pouco abordado nos estudos sobre IES.

### **1.3 O curso de Medicina na Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)**

#### **1.3.1 A Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)**

A Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), instituída inicialmente como Fundação de Ensino Superior de São João del-Rei (FUNREI), é uma instituição de ensino superior pública federal brasileira, sediada na cidade de São João del-Rei/MG, com unidades educacionais nos municípios de Ouro Branco, Divinópolis e Sete Lagoas, todos localizados no estado de Minas Gerais

Originou-se de três instituições de ensino superior: Faculdade Dom Bosco de Filosofia, Ciências e Letras; Faculdade de Engenharia Industrial e Faculdade de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis. Dessa fusão, em 1986, nasceu a Fundação de Ensino Superior de São João Del-Rei (FUNREI), que, em 2002, transformou-se em Universidade, adotando a sigla UFSJ, eleita pela comunidade acadêmica. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI, 2014).

Desde o processo de federalização, a UFSJ trabalha para a qualificação de seu quadro docente, sobretudo com o incentivo ao doutoramento, bem como da formação e a estabilização dos grupos de pesquisa e da implantação de pós-graduação, aspectos importantes para a sua transformação em Universidade. Além disso, desde o início, a instituição assume como eixo central de suas atividades a indissociabilidade entre as atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI, 2014)

Atualmente, a UFSJ conta com três campi na cidade de São João del-Rei, além de



outras três unidades que estão localizadas nas cidades mineiras de Divinópolis, Ouro Branco e Sete Lagoas. Considerando todos os campi, oferece anualmente mais de 3000 vagas de graduação, distribuídas em quarenta cursos, e na área de pós-graduação possuiu 25 programas *stricto sensu*, sendo 21 programas de mestrado e quatro de doutorado. Para desenvolver suas atividades de ensino, pesquisa e extensão, conta com mais de setecentos docentes efetivos e mais de quinhentos técnico-administrativos. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI, 2017)

### 1.3.2 O curso de graduação em Medicina na UFSJ

O curso de Medicina iniciou-se apenas no ano de 2008 no campus Centro-Oeste Dona Lindu, em Divinópolis e, em 2014, o curso de Medicina da sede foi implantado no campus Dom Bosco (CDB), sendo a UFSJ a primeira instituição a ofertar esse curso em São João del-Rei. A entrada é semestral, sendo oferecidas quarenta vagas anualmente (vinte vagas no primeiro semestre, mais vinte vagas no segundo semestre) pelo Sistema de Seleção Unificada (SiSU) do Ministério da Educação (MEC). As atividades do curso ocorrem em período integral e o tempo mínimo e padrão de integralização é de seis anos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI, 2019).

Nos quatro anos iniciais, a matriz curricular do curso divide-se em quatro eixos, sendo: Bases Biológicas e Clínica Médica (BBCM); Bases Psicossociais (BP); Metodologia de Pesquisa (MP) e Prática de Integração Ensino – Serviço – Comunidade (PIESC). As disciplinas do eixo PIESC são constituídas por atividades predominantemente práticas, nas quais os alunos estão inseridos nos serviços da rede de atenção à saúde da microrregião de São João del-Rei, desde o primeiro período do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI, 2016).

Nos dois últimos anos do curso ocorrem os estágios supervisionados obrigatórios, que subdividem-se em: Saúde Coletiva e Gestão; Internato em Saúde Mental; Internato em Cirurgia; Internato em Pediatria; Internato em Ginecologia e Obstetrícia; Internato em Clínica Médica; Internato em Medicina de Família e Comunidade; Internato em Urgência e Emergência.

No eixo PIESC, estão alocadas dezoito unidades curriculares, sendo elas: Atenção primária à saúde e SUS, no primeiro período; Abordagem comunitária na atenção primária à saúde, no segundo período; Abordagem familiar na atenção primária à saúde, no terceiro período; Cuidado integral à saúde da criança e do adolescente, no quarto período; Cuidado

integral à saúde da mulher I, Cuidado integral à saúde do adulto e trabalhador e Cirurgia Ambulatorial, no quinto período; Cuidado integral à saúde da mulher II e Cuidado integral à saúde do idoso, no sexto período; Cuidados em neurologia, Cuidados em oftalmologia e otorrinolaringologia, Cuidados em infectologia, Cuidados em dermatologia e Medicina de família e comunidade e gestão do SUS, no sétimo período; Urgência e emergência clínico-pediátrica, Urgência e emergência traumato-ortopédica, Medicina intensiva e Saúde mental na atenção primária, no oitavo período (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI, 2016).

A proposta do Curso de Medicina da UFSJ ressalta a função social e caráter humanístico da atenção à saúde e se estrutura com base em concepções éticas, atuais e científicas do processo saúde/doença e nos princípios pedagógicos atuais de aprendizagem de adultos, dentre eles, as metodologias ativas e Integração Ensino – Serviço – Comunidade.

Os objetivos do curso são formar profissionais comprometidos com o planejamento participativo e integrado, orientados por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde com uma perspectiva de política de formação/educação/informação permanente e de qualidade, pautada pela humanização e ampliação da resolubilidade na produção de serviços de saúde.

Pretende-se formar o profissional 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 de saúde integral do ser humano.

### 1.3.3 A disciplina Cirurgia Ambulatorial do curso de Medicina da UFSJ

A cirurgia ambulatorial é um módulo dentro da Unidade Curricular Prática de Integração Ensino – Comunidade (PIESC) III. É realizada no 5º período do curso de graduação de Medicina e tem como pré-requisito a disciplina Fundamentos Cirúrgicos. Sua carga horária semestral é de 72h. Destas 18h são destinadas à parte teórica e 54h à parte prática.

No ementário dessa disciplina estão incluídos temas como: ética médica e os direitos humanos na prática do cirurgião, princípios do atendimento ambulatorial do paciente

cirúrgico, aprendizado prático de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, entrevista clínica pré-operatória e exame físico, patologias prevalentes de tratamento cirúrgico ambulatorial, anestesia local e loco-regional, técnica operatória utilizada no tratamento das afecções cirúrgicas ambulatoriais (nível 1) e acompanhamento pós-operatório.

A disciplina Cirurgia Ambulatorial tem como objetivo o treinamento dos estudantes para práticas de pequenos procedimentos cirúrgicos por meio de vivência em unidades que realizam esses procedimentos, possibilitando o aprender pela ação, reflexão e ação sobre a ética na prática do cirurgião. As ações previstas são: a realização de avaliação clínica, o preparo pré-operatório do paciente cirúrgico ambulatorial, a execução de técnicas de anestesia local e loco-regional; a realização do acompanhamento pós-operatório adequado, a identificação e a interpretação dos exames complementares pré-operatórios usuais, o reconhecimento e o tratamento das patologias cirúrgicas mais prevalentes e das principais complicações dos procedimentos realizados e a execução de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais no nível I (biópsias de pele, drenagens, cirurgias de unha, cirurgias urológicas, cirurgias proctológicas, cirurgias vasculares, infiltrações, cirurgias ginecológicas e cricotireostomia).

Assim, o curso Cirurgia Ambulatorial é teórico e prático. O conteúdo teórico é fracionado de modo a se ter aulas teóricas intercaladas com as aulas práticas, onde farão também avaliações. Nas aulas adota-se uma abordagem expositiva dialogada com o uso de *Datashow* e outros recursos audiovisuais, objetivando complementar a prática da cirurgia ambulatorial em curso.

A turma é dividida em três subgrupos, cada qual com seu professor, não mais que nove alunos por subgrupo, que estarão em unidades de prática diferentes semanalmente nas seguintes unidades: Unidade Mista de Saúde em Tiradentes (subturma A), objeto do presente estudo; ambulatório de pequenas cirurgias no Hospital Nossa Senhora das Mercês (subturma B) e Policlínica em São João del-Rei (subturma C).

Para os agendamentos e confirmações de consultas na Unidade Mista de Saúde em Tiradentes, existe uma enfermeira dentro do posto responsável para esses serviços. Os encaminhamentos realizados pelos médicos das demais unidades vão para a unidade central, chamada Unidade Mista de saúde, no bairro Pacu (Tiradentes/MG), onde funciona o serviço de Cirurgia Ambulatorial. É importante destacar que são dadas prioridades aos casos suspeitos de malignidade. Geralmente, são agendadas quatro consultas e quatro procedimentos cirúrgicos em média.

Na dinâmica do atendimento, o aluno faz a anamnese e o exame físico e discute o caso

com o professor. Se o caso for cirúrgico e houver vaga para aquele dia, encaminha o paciente para sala de pequenas cirurgias. Se o caso for cirúrgico, mas não tiver vaga no dia, o procedimento é agendado para próxima semana pelos próprios alunos no mesmo caderno usado pela enfermeira responsável que fica de posse da equipe no dia. Ainda, se for cirúrgico e o paciente apresentar comorbidades e necessidade de exames pré-operatórios, estes são solicitados e agendado o retorno. Se o caso for de resolução clínica ou necessitar de encaminhamento, os alunos preenchem o formulário específico.

Antes de iniciar a cirurgia, o paciente assina dois termos, sendo um de consentimento sobre os riscos do procedimento e sobre a anuência de que os mesmos são realizados por alunos sob a orientação do professor; e outro, permitindo encaminhar a biópsia para serviço em Belo Horizonte. Um dos alunos verificam os documentos, enquanto o outro tira foto e prepara o paciente na mesa cirúrgica. Ao mesmo tempo, outros três alunos se dividem entre os papéis de cirurgião, auxiliar e circulante.

Terminada a cirurgia, um aluno preenche o impresso próprio de exame anatomo-patológico, outro preenche o registro da cirurgia, faz o receituário com orientações pós-operatórias e explica para o paciente do lado de fora da sala de cirurgia, além de encaminhá-lo a enfermeira responsável do dia para agendamento da retirada de pontos na sala de curativo.

#### 1.3.4 A experiência do Projeto de Extensão

Além do conteúdo curricular, a UFSJ buscou ampliar seu papel junto à comunidade, implementando projeto de extensão intitulado: Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de pele no município de Tiradentes, aprovado no Programa institucional de bolsas de extensão-PIBEX edital n° 008/2017/UFSJ PROEX com data de início em 01/04/2018 e de término em 31/03/2019. A ideia para esse projeto surgiu dada a importância do tema, visto que, segundo dados do INCA, o câncer de pele é a neoplasia mais prevalente no Brasil, correspondendo a 30% de todos os tumores malignos registrados no país. (BRASIL, 2015a).

O projeto de extensão foi realizado no período de abril de 2018 a março de 2019 no município de Tiradentes (MG) e se propôs a desenvolver ações que contribuíssem para a prevenção, a conscientização, o diagnóstico precoce e o tratamento do câncer de pele. Essas ações foram desenvolvidas junto à comunidade e às equipes da Estratégia de Saúde da Família e da Unidade Mista de Saúde, promovendo a Integração Ensino – Serviço – Comunidade e enfatizando o papel da cirurgia ambulatorial na atenção primária.

Esse projeto visava facilitar e agilizar o acesso da população para diagnóstico e

tratamento de lesões de pele, além de conscientizar a mesma para importância da prevenção e do diagnóstico precoce, melhorando a qualidade de vida. Além disso, o projeto procurou capacitar os profissionais locais à suspeição do câncer de pele na comunidade, facilitando assim o acesso maior a todos e a priorização desses diagnósticos no serviço frente a outros tumores benignos

Pensando-se na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, considera-se que o projeto vai ao encontro do que preconizam as diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, com impacto na graduação do estudante. Assim, enfatiza-se o papel formativo da atenção básica e a importância da cirurgia ambulatorial como método resolutivo na atenção primária à saúde, diminuindo a sobrecarga sobre os setores secundário e terciário.

O projeto de extensão foi desenvolvido em etapas. Inicialmente, a fim de compreender melhor a estruturação da rede de saúde, foi feito o levantamento da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do município. Esta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), está estruturada em três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Conhecer a APS foi uma etapa importante, pois o desenvolvimento das ações se deu em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), principalmente com os agentes comunitários de saúde (ACS) e enfermeiros.

Na etapa seguinte, foi realizado o rastreio de casos suspeitos para câncer de pele. Para isso, a professora e o bolsista reuniram-se com os coordenadores da Estratégia de Saúde da Família de Tiradentes. Após explicar a importância e os objetivos das ações, foi solicitado que as equipes se reunissem para identificar os pacientes com lesões de pele suspeitas.

As ações foram realizadas em todas as Unidades Básicas de Saúde do município e também na Unidade Mista de Saúde, a fim de abranger a maior parte possível da população. A coordenadora do projeto e o bolsista estiveram em uma unidade diferente em cada uma das semanas iniciais do projeto, até que todas fossem contempladas. Os participantes chegaram para rastreio através da busca ativa dos agentes comunitários de saúde, que compõem as equipes de Estratégia de Saúde da Família, que conhecem bem a população de cada uma das suas respectivas localidades.

Todos os pacientes passaram por consulta médica, na qual foi colhida a história clínica e realizado o exame físico das lesões relatadas. De acordo com a hipótese diagnóstica levantada, o participante poderia: (1) ser encaminhado para mutirão de pequenas cirurgias, que foi realizado posteriormente como ação desse projeto de extensão, nos casos em que havia suspeita de câncer de pele; (2) ser encaminhado para o serviço de cirurgia ambulatorial do município, no qual são realizadas pequenas cirurgias na Unidade Mista de Saúde, caso não

houvesse suspeita de câncer de pele, mas a abordagem cirúrgica fosse necessária; (3) ser encaminhado para outros serviços, como ambulatório de dermatologia, de acordo com a necessidade e seguindo o fluxo já estabelecido da rede de saúde municipal.

Nessa etapa do projeto, foram examinados aproximadamente noventa pacientes, dos quais nove foram encaminhados para o mutirão de pequenas cirurgias. Os pacientes com lesões suspeitas foram encaminhados para o mutirão de pequenas cirurgias, realizado através da parceria da equipe do projeto de extensão com a Secretaria Municipal de Saúde de Tiradentes. As cirurgias foram realizadas em regime ambulatorial, na Unidade Mista de Saúde de Tiradentes, que conta com estrutura adequada para tal fim.

Os procedimentos foram realizados pela coordenadora do projeto de extensão e pelo bolsista, sob supervisão direta dela, com finalidade diagnóstica e/ou curativa. Todas as lesões retiradas foram encaminhadas para exame anatomopatológico posterior, seguindo o fluxo estabelecido pela Secretaria de Saúde, para estudo e confirmação diagnóstica. Após a cirurgia, quando necessário, os pacientes foram referenciados para o serviço de cirurgia ambulatorial do município ou para suas Unidades Básicas de Saúde de origem.

Posteriormente, a equipe de saúde de Tiradentes foi convidada para um treinamento sobre câncer de pele. O conteúdo versou sobre as principais lesões benignas, pré-malignas e malignas de pele. A finalidade dessa atividade foi, além de capacitar os funcionários sobre a importância do tema e sobre a prevenção do câncer de pele, para que eles se tornem multiplicadores desse saber, torná-los aptos a reconhecer na população as lesões potencialmente mais graves. Os principais envolvidos nessa capacitação foram os técnicos e auxiliares em enfermagem, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Acredita-se que com isso a busca ativa por casos suspeitos de câncer de pele realizada por esses profissionais será otimizada.

## 2 JUSTIFICATIVA

Dada a relevância da Integração Ensino – Serviço – Comunidade na formação de profissionais de saúde e na melhoria da atenção primária, o presente estudo propõe relatar a experiência, identificar contribuições e limitações da integração ensino-serviço e conhecer a avaliação do processo com base na percepção dos indivíduos envolvidos: gestão, universidade, profissionais de serviço, comunidade através da disciplina Cirurgia Ambulatorial e do projeto de extensão intitulado “Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Pele”; da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) desenvolvidos nos postos de saúde da Cidade de Tiradentes, Minas Gerais em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Tiradentes.

É imprescindível entender o papel de ambos os setores neste processo – docentes, discentes, instituições, comunidades, instâncias reguladoras para que as transformações, de fato, contribuam para formação médica e para melhoria da atenção à saúde. Sem um pacto de cooperação entre esses diversos atores, corre-se o risco de que a presença dos alunos no serviço assemelhe-se a de um estranho dentro do espaço alheio e, desse modo, não exista corresponsabilidade entre o serviço e a formação em saúde. É de fundamental importância que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não ocupem somente o lugar de receber os estudantes, mas seja local de ações destinadas a fortalecer a Educação permanente e a construir objetivos comuns entre os setores envolvidos.

Diante dessa complexidade, conhecer a percepção do discente, docente, usuários, gestores e equipes de saúde local sobre a parceria ensino-serviço oferecerá novos aportes para interpretação dessa relação e demonstrará o que os aproxima e o que os distancia nesse processo, os desafios a serem superados, e apontará os avanços necessários e os possíveis caminhos para fortalecer essa relação.

O interesse em desenvolver o presente estudo perpassa pela minha experiência profissional. Minha prática docente se dá na unidade curricular Cirurgia Ambulatorial para alunos do 5º período do curso de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), dentro do módulo PIESC – Prática de Integração Serviço-Comunidade. Essa prática se dá em um cenário real dentro de um serviço de atenção primária. Nesse contexto, percebi que desenvolver uma pesquisa sobre esse tema, num Mestrado Profissional, era uma oportunidade de conhecer melhor essa relação e, conseqüentemente, avaliar a qualidade tanto do atendimento que prestamos à população quanto o ensino aos alunos. Meu objetivo era o

meu aprimoramento como professora, uma vez que iniciei minha experiência como docente no ensino médico sem ter uma formação e experiência específica em docência.

Ao iniciar a revisão bibliográfica sobre o tema, encontrei experiências similares à que desenvolvemos na UFSJ descritas na literatura, refletindo os desafios que enfrentamos. Constatei que os impasses não eram apenas da pesquisadora ou da UFSJ, mas de muitos outros professores e instituições de ensino. Isso, de certa forma, me confortou como também me provocou a buscar compreender melhor os desafios para que pudesse pensar em soluções efetivas para otimizar todo o serviço e trabalhar em harmonia de modo que cada autor pudesse ser beneficiado nessa relação.

Ainda, o compromisso com a comunidade local, que confiava em nosso trabalho, me instigava a compreender melhor o nosso papel e o significado do nosso trabalho para a os usuários. Em que aspectos poderíamos melhorar? A população poderia estar insatisfeita conosco? O que estamos acrescentando à população? Ou seja, qual era a percepção dos profissionais de saúde, usuários e estudantes locais sobre as vantagens e desvantagens da universidade inserida dentro da unidade básica de saúde do município de Tiradentes na qual lecionava.

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área de saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

A integração entre serviços e ensino contribui para formação dos profissionais da saúde, aproxima teoria de prática e propicia reflexão dessa prática, levando a transformação e a consolidação do modelo de atenção à saúde proposto para o SUS. Essa articulação mais estreita exige mediações complexas devido às desigualdades e contradições na relação entre academia, serviços e comunidade

No entanto, há uma carência de estudos sobre a articulação ensino-serviço no curso médico na perspectiva de seus participantes e a importância dessa integração no contexto de processos de mudança na formação dos profissionais de saúde e nas práticas de saúde na atenção primária. Considera-se essencial o conhecimento da percepção do discente, docente, usuários, gestores e equipes de saúde local, sobre o que os aproxima e o que os distancia nesse processo, os impasses e desafios a serem superados, os avanços necessários sobre essa complexa parceria para possibilitar novos aportes para interpretação dessa relação e os possíveis caminhos para fortalecer essa relação com novas propostas e ideias.



Outro aspecto que traz relevância ao estudo aqui proposto é que a maior parte dos estudos sobre IESC se dão no contexto do ensino da saúde coletiva ou das clínicas básicas que compõem o campo da medicina de família e comunidade. A nossa experiência é do ensino de uma clínica especializada (a cirurgia ambulatorial) no cenário real de prática da atenção primária. Não há estudos com esse enfoque que sejam do nosso conhecimento. Dessa forma, entendemos que este trabalho possa contribuir também na discussão da resolubilidade da APS, com maior qualidade e acessibilidade em nosso país através do incentivo às práticas de pequenos procedimentos em cirurgia ambulatorial nas unidades básicas de saúde.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivos gerais**

- Analisar os aspectos da integração ensino-serviço que contribuem para a universidade, serviços de saúde e comunidade, as suas dificuldades e os seus desafios através da percepção dos discentes, usuários e profissionais de saúde.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Conhecer o impacto da realidade social na formação do médico, favorecendo a relação teórico-prática e a formação crítico-reflexiva para atuação no SUS com o cumprimento dos objetivos das DCN;
- Identificar como a IESC pode contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde e motivá-los para desenvolvimento de trabalho em equipe;
- Analisar se a presença da IESC no local contribui para resolver as necessidades de saúde dos seus usuários, além de avaliar a adesão dos mesmos aos serviços ofertados;
- Compreender como a incorporação da cirurgia ambulatorial na atenção primária do município de Tiradentes pode contribuir na ampliação da coordenação ao cuidado e na resolubilidade da rede básica local;
- Conhecer os Impasses e desafios na IESC a serem superados para otimização dessa relação.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do Estudo**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que utilizou como técnica de coleta de dado a entrevista individual do tipo semiestruturada e, como análise de dados, a técnica de análise de conteúdo temática.

A abordagem qualitativa preocupa-se com um nível de realidade e com um universo de significados das ações e das relações humanas que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Segundo essa perspectiva, é preciso apreender os fenômenos no contexto em que ocorrem e do qual fazem parte, devendo analisá-los numa perspectiva integrada. Para tanto, faz-se necessário buscar entender as atividades sociais e humanas, a partir das perspectivas dos sujeitos nelas envolvidas, considerando diferentes e relevantes pontos de vista (GODOY, 1995; MINAYO, 2001).

Dessa forma, compreende-se que a opção por esse tipo de abordagem possibilita obter dados sobre dimensões como sentimentos, pensamentos e comportamentos que não são possíveis de serem medidos e observados de forma direta (GIL, 1999).

### **4.2 Cenário do Estudo**

O estudo foi realizado na Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) e procurou analisar duas estratégias de IESC inseridas no município de Tiradentes/MG.

Tiradentes é um município mineiro próximo de São João del-Rei (16,1 km de distância) com área de 83,209 km<sup>2</sup>, com uma população total de 7.002 habitantes. O atendimento primário desse município é realizado por três equipes de saúde da família compostas por médicos residentes de saúde da família que permanecem, em média, no município de 1,5 a dois anos. Além disso, há uma equipe composta por um médico, duas enfermeiras e cinco técnicas de enfermagem que trabalham somente na unidade mista de saúde e não atua na estratégia de saúde da família (ESF).

Desde o seu processo de federalização, a Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) assume como eixo central de suas atividades a indissociabilidade entre as atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão. Em 2014, se estabeleceu a integração ensino-serviço entre a instituição e a secretaria de saúde do município de Tiradentes, nas especialidades saúde da família e ginecologia e em 2016, na especialidade de cirurgia ambulatorial.

A primeira estratégia da universidade inserida no município foi o ambulatório semanal de pequenas cirurgias da disciplina Cirurgia Ambulatorial, que ocorre na Unidade Mista de Saúde de Tiradentes. A segunda se refere ao projeto de extensão intitulado “Diagnóstico, tratamento e prevenção de pele no município de Tiradentes-MG” desenvolvido em todas as unidades básicas de Tiradentes e na Unidade Mista de Saúde durante o período de março de 2018 a março de 2019, com a realização de consultas, rastreios, palestras, capacitações e cirurgias.

### **4.3 População-alvo**

Participaram deste estudo profissionais de saúde das unidades básicas de saúde (UBS) de Tiradentes, incluindo gestores de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde; e discentes do curso de Medicina da UFSJ que cursaram a Unidade Curricular Cirurgia Ambulatorial na Unidade Mista de Saúde de Tiradentes, além de pacientes que tiveram indicação cirúrgica e foram operados na unidade mista de saúde, provenientes do ambulatório de pequena cirurgia e do projeto de extensão.

#### 4.3.1 Critérios de inclusão e de exclusão

##### 4.3.1.1 *Critérios de Inclusão*

Para a seleção dos entrevistados, utilizamos como critérios de inclusão que:

- Os profissionais de saúde já tivessem tido contato com o ambulatório de pequenas cirurgias da UFSJ;
- Os usuários tivessem operado no ambulatório de pequenas cirurgias da UFSJ ou que fossem provenientes do projeto de extensão;
- Os alunos tivessem cursado a unidade curricular Cirurgia Ambulatorial, subturma A, entre os períodos de agosto de 2016 a dezembro de 2018. Período que coincide com a entrada da pesquisadora na instituição e com o início da realização das entrevistas para este trabalho.

##### 4.3.1.2 *Critérios de Exclusão*

Como critério de exclusão, foram excluídos os profissionais, usuários ou estudantes, que, mesmo que tenham se encaixado nos critérios de inclusão, não quiseram participar ou não assinaram o termo de consentimento informado.

#### 4.3.2 Amostra, amostragem e recrutamento

A amostra não probabilística foi por conveniência e contempla dezenove participantes, sendo seis discentes, sete profissionais de saúde e seis usuários.

Os sujeitos foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa. Após o aceite, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada participante. Inicialmente, foi oferecido o termo de consentimento livre e esclarecido e informado sobre a garantia do anonimato do entrevistado e o sigilo das respostas. Todos foram informados acerca da possibilidade de retirar sua autorização, em qualquer momento da pesquisa, caso não concordassem mais em participar.

Os profissionais de saúde foram convidados individualmente durante serviço ou ainda por telefone. De um total de 38 profissionais de saúde pertencentes ao grupo das equipes de saúde da família, dos profissionais da unidade mista e da secretária de saúde, sete foram selecionados, sendo que um era membro da secretaria de saúde, dois eram agentes de saúde, um era técnico de enfermagem e três eram enfermeiros. A escolha de sete profissionais se deu na tentativa de contemplar as várias categorias que compõem os profissionais de saúde, uma vez que é um grupo diversificado com diferentes ocupações.

Participaram, também, seis discentes das subturmas A de Cirurgia Ambulatorial do primeiro e do segundo semestres de 2018, as quais contemplam um total de treze indivíduos. A facilidade de contato e a disponibilidade foram preditivas para a seleção do número de participantes. Dos seis discentes convidados, cinco foram contatados durante uma prova de monitoria para cirurgia ambulatorial. Coincidentemente, essa seleção contemplava cinco alunos de 2018. O sexto aluno, também do segundo semestre de 2018, foi contatado por estar junto de 2 alunas, que já fariam a entrevista, durante uma reunião de jogos regionais e atlética.

Por último, o recrutamento dos usuários se deu aleatoriamente a partir do registro dos pacientes no livro de registro da sala de pequenas cirurgias. Estima-se que, mensalmente, sejam operados cerca de dezesseis pacientes no ambulatório de cirurgia ambulatorial. Do projeto de extensão, desenvolvido no período de março de 2018 a março de 2019, foram operados nove pacientes selecionados pelo mutirão do câncer de pele. Destes, contactamos diretamente cada um, sendo selecionados seis pacientes. Esse número se deu porque à medida

que alguns não atendiam telefone ou explicavam que não poderiam comparecer no dia e horário programados para a entrevista, eram convidados, na sequência, os pacientes do livro de registro. Alguns pacientes da zona rural não chegaram a ser contactados porque para isto seria necessário a ação dos agentes responsáveis pela área e, também, porque alguns não tinham nenhum tipo de aparelho de telefone.

É importante ressaltar que o número final amostral se deu por considerar que a inclusão de novos participantes na pesquisa não traria complementaridade das informações, uma vez que os dados obtidos foram abrangentes e contemplaram as dimensões necessárias para o processo de compreensão e discussão da pesquisa.

#### 4.4 A Coleta de dados

A coleta dos dados abrangeu dados primários. A pesquisa utilizou como instrumentos de coleta dos dados entrevistas individuais semiestruturadas, o que permitiu revelar as percepções dos sujeitos sobre a Integração do Ensino – Serviço – Comunidade. Ao todo, foram realizadas dezenove entrevistas que contemplaram os profissionais da saúde, usuários e os discentes da UFSJ. Para manter o anonimato e o sigilo, cada participante foi identificado a partir do segmento que representava, sendo utilizadas as letras U para usuário; A para aluno e PS para profissional de saúde, seguidas de um número arábico (1 a 19) de identificação escolhido aleatoriamente, conforme os perfis ilustrados no Quadro 1 que segue.

Quadro 1 – Perfil dos entrevistados  
(continua)

Entrevistado	Sexo	Perfil
A1	F	Aluno (sexto período)
A2	F	Aluno (sexto período)
A3	M	Aluno (sexto período)
A4	F	Aluno (sexto período)
A5	F	Aluno (sexto período)
A6	M	Aluno (sétimo período)
PS1	F	Profissional de Saúde (Agente de saúde)
PS2	M	Profissional de Saúde (Agente de saúde)
PS3	F	Profissional de Saúde (Técnica de enfermagem)
PS4	F	Profissional de Saúde (Enfermeira)
PS5	M	Profissional de Saúde (Membro da secretaria de saúde)
PS6	F	Profissional de Saúde (Enfermeira)

Quadro 1 – Perfil dos entrevistados  
(continuação)

Entrevistado	Sexo	Perfil
PS7	F	Profissional de Saúde(enfermeira)
U1	M	Usuário (paciente)
U2	M	Usuário (paciente)
U3	F	Usuário (paciente)
U4	M	Usuário (paciente)
U5	F	Usuário (paciente)
U6	F	Usuário (paciente)

Fonte: Dados da pesquisa - Elaborado pela autora

Optou-se por utilizar a entrevista semiestruturada, pois constitui-se em uma técnica privilegiada de coleta de informações que oferece a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, possibilita transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram individuais e conduzidas a partir de um roteiro semiestruturado, sendo que para cada segmento dos entrevistados – profissionais, docentes e usuários – foi elaborado um roteiro de entrevista (APÊNDICE 4). O roteiro procurou contemplar as percepções sobre a Integração Ensino – Serviço – Comunidade no serviço de atenção primária nos postos de saúde de Tiradentes, ou seja, buscou-se compreender o valor da UFSJ inserida dentro do serviço de saúde e da comunidade do município de Tiradentes.

O roteiro de entrevista foi previamente testado com um representante de cada segmento para que se pudesse verificar a adequação, a clareza e a objetividade das perguntas.

As entrevistas aconteceram entre os meses de março e abril de 2019, tiveram duração média de vinte minutos. Não houve nenhum problema na condução das entrevistas que foram gravadas, com a devida autorização dos entrevistados, permitindo maior fluidez na comunicação. As entrevistas foram transcritas e, posteriormente, analisadas através da técnica de análise de conteúdo temática, tendo como referência a proposta por Bardin (2009).

#### 4.5 A Análise de dados

Segundo Minayo (2008), a análise dos dados qualitativos tem como finalidade estabelecer a compreensão dos dados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o tema investigado.

A autora destaca que existem três grandes obstáculos que devem ser rompidos para a

análise. O primeiro refere-se ao que ela denomina como ilusão da transparência, isto é, os dados coletados não revelam com transparência o real. É preciso buscar os significados que os sujeitos sociais, em suas falas, escritos e registros nos indicam ou sinalizam. O segundo diz respeito à magia dos métodos e técnicas, ou seja, a análise não deve ser extremamente vinculada só às técnicas, prejudicando a criatividade e a capacidade intuitiva do/a pesquisador/a. As técnicas apenas contribuem com o desvelar do real. E, por último, tem-se o obstáculo da junção e síntese das teorias, no qual a construção do conhecimento exige que os dados coletados não sejam apenas descritos, mas analisados à luz dos paradigmas teóricos adotados pelo /a pesquisador/a.

Tendo em vista essa perspectiva, para a análise e a interpretação dos dados coletados pelas entrevistas semiestruturadas realizadas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnica de análise da comunicação que permite, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem, obter a interpretação e fazer a inferência dos dados.

As diferentes fases da análise de conteúdo temática organizam-se em torno de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A fase pré-análise é a fase da organização propriamente dita. Organiza-se o material a ser analisado, a partir da leitura flutuante e da escolha dos documentos e informações relevantes, com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais.

A segunda fase, exploração do material, é a etapa em que a análise do material é codificada, ou seja, os dados brutos dos textos são transformados sistematicamente e agregados em unidades até que a codificação atinja a representação e a descrição do conteúdo ou sua expressão. Para tanto, codifica-se o material através de recorte do texto em unidades de análise, as quais podem ser palavras, frases ou parágrafos. Em seguida, essas unidades são agrupadas tematicamente em categorias iniciais e reagrupadas em intermediárias e finais, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, revelando significados e elaborações, e possibilitando a interpretação e as inferências.

Por última, a fase de tratamento dos resultados tem como objetivo tornar significativo e válido os resultados encontrados. Para isto, é preciso retornar ao referencial teórico, embasando as análises e dando sentido às interpretações e inferências, tendo em vista os objetivos previstos da pesquisa.

#### **4.6 Aspectos Éticos**



Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS (Parecer nº 3066082 – ANEXO A) e está em concordância com as normas e diretrizes contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), além dos princípios éticos propostos pela Declaração de Helsinque (2000).

Todos os voluntários receberam esclarecimento sobre os objetivos do estudo e assinaram o TCLE antes de sua inclusão. Nenhum dos voluntários recebeu pagamento ou benefício pessoal por sua participação no estudo. As entrevistas foram realizadas em dias de aula habitual dos alunos, na própria universidade, respeitando seus horários livres; no horário de serviço dos profissionais de saúde; e durante o retorno dos usuários à unidade de saúde, sendo que para nenhum dos entrevistados a participação implicou em despesa adicional.

Apenas para um dos usuários entrevistados a entrevista não foi realizada na unidade de saúde, pois foi preciso a pesquisadora ir a sua residência, localizada na zona rural, devido à dificuldade do usuário de comparecer à unidade.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados das entrevistas referentes à percepção dos discentes, usuários e profissionais da saúde sobre a integração ensino-serviço, procurando ressaltar as contribuições, as dificuldades e os desafios enfrentados.

### 5.1 Análise de Conteúdo das Entrevistas

Conforme já descrito anteriormente, as entrevistas foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo temática, sendo que o tratamento dos dados seguiu, primeiramente, as etapas da transcrição das entrevistas; da leitura geral do material coletado e do recorte do material em unidades de registro. Após essa codificação, passou-se para a formulação de categorias de análise e agrupamento progressivo das unidades de registro em categorias temáticas, as quais resultaram em quinze categorias iniciais, sete intermediárias e três finais, conforme a descrição do quadro abaixo.

Quadro 2 – Categorias de Análise dos Dados

<b>Categorias Iniciais</b>	<b>Categorias Intermediárias</b>	<b>Categorias Finais</b>
I. Satisfação Profissional	I. Ensino-Serviço integrado e a qualidade do trabalho	I. Qualidade do trabalho e qualificação Profissional
II. O trabalho em equipe		
III. Melhorias na qualidade do atendimento	II. Ensino-Serviço integrado e a qualificação profissional	
IV. Proximidade com a Universidade		
V. Conhecimento e a qualificação profissional		
VI. Aperfeiçoamento profissional	III. Ensino-Serviço integrado e realização pessoal	
VII. Realização pessoal do profissional		
VIII. Realização pessoal do paciente	IV. Resolubilidade da atenção básica	
IX. Melhorias no atendimento		
X. Maior acesso ao atendimento	V. Compreensão do funcionamento da atenção primária	II. Qualidade da Atenção Primária à Saúde
XI. Melhorias na administração do serviço		
XII. Compreensão do SUS (funcionamento, perfil usuário)		
XIII. Compreensão do funcionamento da atenção primária	VI. Impasses em relação ao serviço	
XIV. Problemas na estrutura e rotina		
XV. Desconforto do usuário em ser atendido por discente	VII. Desafios em relação ao serviço	III. Impasses e Desafios da Integração Ensino – Serviço – Comunidade
XVI. Dificuldades do trabalho em Equipe		

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pela autora a partir da categorização das entrevistas.

### 5.2 Apresentação dos resultados e discussão

As inferências e a interpretação dos resultados serão apresentadas a partir das três categorias finais: Qualidade do trabalho e Qualificação Profissional; Qualidade da Atenção Primária à Saúde e Impasses e Desafios da Integração Ensino – Serviço – Comunidade , procurando ressaltar a percepção dos representantes dos diferentes segmentos entrevistados, a partir dos aspectos que lhes competem, sobre a integração ensino, serviço e comunidade. Para finalizar a discussão, serão apresentadas algumas limitações do estudo.

### 5.2.1 Qualidade do trabalho e qualificação profissional

Esta categoria final diz respeito às contribuições da IESC para melhorias na qualidade do trabalho realizado e ofertado nas unidades públicas de saúde, a qualificação profissional dos profissionais da saúde e dos discentes e a realização pessoal proporcionada por essa interação aos três segmentos entrevistados. Para melhor compreensão, a discussão sobre cada aspecto será apresentada separadamente.

#### 5.2.1.1 *Ensino-Serviço Integrado e a Qualidade do trabalho*

Os relatos abaixo evidenciam as mudanças promovidas a partir da presença da IESC no cenário de práticas que apontam melhorias na qualidade do trabalho. Foi possível observar nos depoimentos, tanto dos discentes quanto dos profissionais, a importância do trabalho em equipe. Conforme depreende-se dos relatos, quando sentem que a equipe multidisciplinar é forte e coesa, os frutos se traduzem em melhoria nos resultados como o aumento no número de procedimentos diários: “...a gente não faz nada ali sem a enfermagem, sem os técnicos. (ENTREVISTADO A1).”; “...no final a equipe sincronizada a gente conseguia dobrar os números de procedimento que a gente fazia por dia.” (ENTREVISTADO A6).

...porque quando você trabalha numa equipe você tem que aprender a deixar seus problemas de lado,né?... você não pode ser sem educação, ter falta de paciência com a enfermeira. Ou porque você acha que tá com problema que você é melhor né? Você tem uma profissão melhor. Não. Então você vai aprendendo a lidar com tudo isso, da mesma forma que às vezes acontece de alguém da equipe tá com problema e ser grosso com você, mas ai você tem que relevar, você tem que... né? Esquecer e... ter um bom convívio. (ENTREVISTADO A1).

Em uma revisão integrativa, Mendes *et al.* (2018) citam alguns estudos que revelam que o processo de ensino-aprendizagem, a partir da prática profissional vivenciada no cotidiano dos serviços, proporciona também a experiência multiprofissional e interdisciplinar

e que a convivência entre profissionais e estudantes de áreas diferentes promove uma reflexão sobre os papéis profissionais, diminuindo preconceitos e diferenças de forma a prepará-los para o trabalho em equipe interprofissional.

Para os discentes, o trabalho multidisciplinar, realizado *in loco* com outros profissionais, dentre eles técnicos, enfermeiros e agentes comunitários, possibilitou que fossem capazes de trabalhar junto a outros profissionais, manejar os conflitos internos e externos, compreender a importância de respeitar a todos com as suas diferenças e, finalmente, valorizar o trabalho em equipe para otimização e melhoria do trabalho. Essa percepção é revelada pelos relatos dos discentes.

É o que aponta Pinho (2006), ao explicar que o trabalho em equipe não é simplesmente “estar juntos” ou “passar a informação de um para o outro”, mas consiste em uma genuína cooperação em prol de um objetivo único. A verdadeira prática colaborativa não é hierárquica, pressupondo que a contribuição de cada participante está baseada no conhecimento de cada um. Isto porque as pessoas apresentam habilidades e especificidades diferenciadas e se torna benéfico aprender a realizar um trabalho integrado, produtivo e focado em resultados comuns.

Para esse aprendizado, Francischini, Moura e Chinellato (2008) acrescentam que é necessário que as pessoas compreendam as vantagens do trabalho colaborativo, como alcançar um resultado de ordem superior ao do trabalho individual, sinergia positiva, crescimento individual e coletivo. As relações são dinâmicas e conflitantes, pois as pessoas são ímpares e necessitam aprender a trabalhar em equipe.

Pinho destaca ainda que o trabalho em equipe é uma importante estratégia

[...] para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços. Entre esses processos podemos citar o planejamento de serviços, o estabelecimento de prioridades, a redução da duplicação dos serviços, a geração de intervenções mais criativas, a redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais, a redução da rotatividade, resultando na redução de custos, com a possibilidade de aplicação e investimentos em outros processos. (PINHO, 2006, p. 70).

Nos depoimentos dos profissionais de saúde também foi possível observar a compreensão de melhorias na qualidade do trabalho, uma vez que apontaram que o trabalho em equipe possibilitou um maior interesse sobre as lesões de pele, um desejo por maior participação e um aumento da vontade de trabalhar no projeto de extensão e no ambulatório, revelando, com isso, aumento da satisfação profissional. “A gente tem um apoio a mais. A gente tem um respaldo a mais. Coisas que a gente não conseguia diagnosticar, agora a gente

consegue... Isso dá mais vontade de trabalhar, mais segurança... Um ânimo a mais!” (ENTREVISTADO PS3). “Me sinto mais segura, porque dependendo da situação em que eu faço, que eu faço uma avaliação do paciente, eu sei que eu posso tá encaminhando, sei que eu vou ter uma resposta dos profissionais que vêm atuar.” (ENTREVISTADO PS6).

Quando a gente consegue acompanhar a gente aprende. Né? Está sempre aprendendo. Conhecimento é muito importante. E essa troca de informação e de convivência entre, né, acadêmicos, pro aluno, enfermeiro. Vai fazendo a gente montar uma equipe e vê que é bem melhor. Eu acho. (ENTREVISTADO PS4).

Ainda, na visão dos profissionais, a presença da universidade no cenário de práticas lhes possibilitou a troca de experiências e o crescimento profissional devido ao contato frequente com o professor, o que trouxe segurança para médicos e profissionais da rede pública, além de motivar o trabalho em equipe, a boa relação e a criação de vínculos entre os profissionais. Destacaram, também, maior facilidade para a realização do trabalho, uma vez que a resolução de problemas se tornou mais eficaz e que a universidade passou a ser uma referência para a comunidade local.

Os profissionais também apontaram melhorias na qualidade do atendimento à comunidade. Apontaram um maior acesso da população aos procedimentos e rapidez no atendimento, com diminuição da demanda reprimida e, ao mesmo tempo, mais segurança, comodidade e conforto aos pacientes: “... Se for ver um diferencial, os funcionários estão bem melhores pra lidarem em relação ao conjunto. Né.” (ENTREVISTADO PS4). “...só de ter esse serviço disponível no município já traz uma comodidade muito grande a uma demanda que talvez demoraria muito mais tempo pra ser atendida e aqui no nosso município a gente consegue com mais rapidez.” (ENTREVISTADO PS7).

Também, a importância e experiência ímpar de possuir um ambulatório de pequenas cirurgias dentro da Unidade Básica de Saúde foi relatado pelos entrevistados.

É... foi de grande importância para mim, principalmente porque houve a capacitação na questão do câncer de pele, nós sempre estamos aprendendo, nos capacitando, tocando informações, então é muito bom pra mim. Da troca de experiências. (ENTREVISTADO PS7).

Os usuários também relataram que após a inserção da Universidade no posto de saúde houve melhorias na qualidade do trabalho com maior rapidez no atendimento, diagnóstico precoce de câncer de pele e atendimento mais eficaz, com maior acolhimento e empatia por parte dos profissionais de saúde, trazendo mais segurança e confiança no trabalho prestado. “O atendimento foi como se fosse um atendimento particular.” (ENTREVISTADO U1).

Eles atendem a gente com mais atenção... Eles tratam a gente com mais carinho... às vezes demorava mais em atender a gente, a gente chegava aqui com um problemazinho e eles não faziam conta não. Agora eles fazem mais, são mais prestativos. (ENTREVISTADO U3).

Olha, achei de ponto positivo a questão de...de ter mais acessibilidade de poder fazer um tratamento dentro da cidade, não precisa ir pra fora... Por que antes é, não tinha tratamento nenhum aqui e as pessoas é, teriam que ir pra outra cidade, coisa que agora não, ela tem um tratamento aqui, ela... ela consegue fazer todo o acompanhamento na cidade né?... Dentro da unidade de saúde, então assim tá bem próximo né? (ENTREVISTADO U5).

Podemos recorrer a Paulo Freire<sup>1</sup> (2004 *apud* ALVES *et al.*, 2009, p. 558), educador e filósofo brasileiro, para compreender o sentimento dos usuários de maior acolhimento em relação aos serviços prestados. Segundo as discussões propostas pelo educador, é possível apreender que a interação do estudante com a comunidade propicia a formação de um profissional mais envolvido com a sociedade. Neste aspecto, observa-se que a transição da metodologia de ensino das escolas para um aprendizado mais ativo, e da inserção do estudante nos serviços de saúde desde os primeiros períodos do curso, tem o potencial de estimular a reflexão dos alunos sobre os conflitos vivenciados por eles, favorecendo, assim, a empatia, e familiarizando os alunos com as necessidades da população.

Também em relação ao atendimento, os usuários declararam a oportunidade de terem na unidade a realização de procedimentos cirúrgicos gratuitos que antes não tinham, de poderem tirar dúvidas com o professor dentro da unidade e sentirem a Universidade mais próxima. “... Então a gente tem um médico pra fazer a cirurgia e a gente não paga nada.” (ENTREVISTADO U3). “Ela pensa assim: nossa, a universidade é pra rico... A partir do momento que a universidade abre viés e traz pra população, nossa, gente, não é algo tão distante. Então, eu acho que isso é bacana.” (ENTREVISTADO U1). “...Então, a partir do momento que a universidade veio, então você percebe que até a população fica mais confiante. Eu tenho a quem procurar, a quem recorrer. Ah, vou no clinico geral e ele me encaminha e vai ter uma solução.” (ENTREVISTADO U1).

Aqui não existiria o tratamento de doença de pele, de câncer de pele e hoje nós estamos tendo o atendimento do câncer de pele. ... Mudou por que o atendimento ao câncer de pele, no meu conhecimento não existia e agora, tem o atendimento. (ENTREVISTADO U4).

Mendes *et al.* (2018) concluem que a IESC causa tanto impacto nas instituições quanto nos serviços de saúde. Destacam que os estudos evidenciaram que o funcionamento do

---

<sup>1</sup> FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

serviço melhora em qualidade na medida em que a presença dos estudantes leva à prática reflexiva, reorientando e aumentando a acessibilidade com diversificação das práticas.

O termo “humanização” vem aparecendo com bastante frequência na literatura de saúde desde que o Ministério da Saúde lançou a “Política Nacional de Humanização” (PNH) em 2003. O objetivo fundamental dessa ação seria de melhorar as relações entre profissionais, gestores e usuários a fim de promover uma mudança na cultura de atendimento em saúde no Brasil (Humaniza SUS, 2003). O documento oficial do PNH inicia sua argumentação a partir do diagnóstico de insatisfação dos usuários em relação ao acolhimento dos profissionais de saúde. Os pacientes valorizaram mais a capacidade dos profissionais em compreender suas demandas e expectativas, do que propriamente a falta de médicos, de espaço nos hospitais ou de medicamentos (DESLANDES, 2004).

Na mesma perspectiva, Waldow e Borges (2011) explicam que “humanizar a saúde” compreende o respeito à unicidade de cada pessoa, personalizando a assistência. Assim, um dos focos das diretrizes da PNH, é a forma que o paciente é atendido nos serviços de saúde.

Para Starfield (2004), um serviço é acessível quando diversos fatores contribuem para a entrada dos usuários em sua rede. A acessibilidade está relacionada às características de oferta de consultas e, também, há outras questões, como os meios físicos de chegada ao atendimento, tempo de espera e vínculos com os profissionais.

#### *5.2.1.2 Ensino-Serviço Integrado e a Qualificação profissional*

Os relatos apontam, também, que a IESC foi capaz de promover mudanças que contribuíram para o maior conhecimento e qualificação profissional dos profissionais de saúde locais, bem como um maior estímulo ao estudo, possibilidade do conhecimento do currículo da graduação médica, assim como o maior aperfeiçoamento profissional.

Em relação à qualificação profissional e formação médica, os discentes destacaram que a integração favoreceu uma visão holística do paciente com cuidado integral a saúde, uma adaptação à realidade socioeconômica e cultural, uma boa relação médico-paciente com comunicação efetiva, empatia, respeito e olhar crítico. Além de uma formação médica com a aplicação da teoria na prática em cenário real, o conhecimento das doenças mais prevalentes e seus tratamentos, aquisição de habilidades cirúrgicas e noções pre, intra e pós-operatórias.

No Brasil, as DCN do Curso de Graduação em Medicina do ano de 2014 recomendam a formação de médico generalista, capaz de realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos iniciais de emergência, urgência e de atendimento ambulatorial básico. Assim como nas DCN

anteriores, essa versão mais recente preconiza que o graduado em Medicina deve ter essa formação, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, nos âmbitos individual e coletivo, a partir do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2014a; GOMES; REGO, 2011; VIEIRA, 2018).

Quando a gente é acadêmico, a gente tem a mania de separar clínica de cirurgia, né? Então, assim, você fica sempre pensando: - ah, será que eu vou levar jeito para cirurgia? Será que eu não vou passar mal?... e a cirurgia ambulatorial é um meio termo entre essas duas áreas né?... Depois, não, a gente já ficou seguro que a gente é capaz de fazer sim, um clínico é capaz de fazer uma cirurgia... (ENTREVISTADO A1).

A percepção de um dos alunos sobre a importância da cirurgia ambulatorial na clínica do médico se torna relevante pois, embora o currículo preconize a formação de médico generalista com habilidades básicas em cirurgia ambulatorial, esse é um aspecto pouco explorado nas pesquisas sobre a IESC. Ainda mais interessante é o fato de comparar o clínico com o cirurgião e ressaltar que o clínico também pode fazer cirurgia ambulatorial. O relato parece representar uma ideia anterior do entrevistado, modificada após cursar a disciplina, de que o aluno com tendência a especialidade clínica não precisaria necessariamente dominar as habilidades para cirurgia ambulatorial, o que conflita com a DCN, como visto anteriormente. Portanto, o aluno compreende não ser exclusividade do cirurgião geral a habilidade para fazer pequenos procedimentos.

Na pesquisa, os estudantes relataram ainda maior contato, desenvolvimento de laços afetivos e empatia pelos pacientes, com compreensão de seus medos e angústias, além do entendimento do que é ser médico.

Uma das maiores críticas aos serviços de saúde, em especial ao atendimento médico, é de que a assistência é muito centrada na doença, em detrimento dos aspectos biopsicossociais dos pacientes. No presente estudo, foi possível observar que a prática em cenário real e a IESC despertaram nos estudantes a preocupação em compreender os sentimentos dos pacientes, valorizando sua história de vida e seu contexto familiar, independente dos fatores biológicos que tenham causado a doença.

A gente estuda alguma doença, alguma lesão, alguma lesão da forma mais pura e isolada do indivíduo, mas a gente acaba esquecendo que o indivíduo é complexo. A gente estuda, por exemplo, uma lesão de pele, aí vc chega lá e vê uma figurinha de livro e acaba que não é isso que acontece, a pessoa, o paciente tem outras comorbidades ou tem medos, angústias de entrar em uma sala de operação e esse contato é diferente do que a gente aprende na prática. (ENTREVISTADO A6).

E, além disso, como eu já falei, a gente estava lidando ali às vezes com pessoas simples, a gente tinha muitas questões que eram mais sensíveis, pessoas que às



vezes descobriam diagnósticos ruins, um pouco avançados e a gente trabalhou também muito a parte humana, né? Por que, a gente vê que muitas pessoas acham que a cirurgia distancia um pouco o paciente do médico e lá, não. A gente tinha contato, a gente teve esse trabalho de lidar com o próximo. (ENTREVISTADO A4).

Foi possível perceber que a experiência proporcionada pela disciplina possibilitou aos alunos aprenderem a lidar com as diferentes realidades sociais e diversidade dos pacientes, adequando a linguagem usada para comunicação, assim como o próprio tratamento em função dessa realidade socioeconômica.

Então a gente tem que procurar as palavras certas, a gente tem que fazer com que seja acessível para ele a informação e que ele entenda o verdadeiro significado daquilo... a gente tem que encontrar palavras certas para ele entender o que a gente está querendo... a mensagem que a gente está querendo passar. (ENTREVISTADO A2).

Para Junqueira (2019), o cuidado em saúde se refere à relação entre os profissionais e usuários, preocupada em, além de atender às necessidades clínicas, incluir, acolher e escutar o usuário em sentido amplo, abordando o sujeito em suas especificidades e considerando que ele faz parte de determinado contexto sociocultural. Segundo Amore Filho, Dias e Toledo Júnior (2018), os componentes necessários para se resgatar a humanização no atendimento em saúde devem englobar a qualidade técnica do cuidado, o reconhecimento dos direitos do paciente, a compreensão das diferenças culturais e o respeito à subjetividade do paciente.

Nessa perspectiva, Waldow e Borges (2011) colocam que “humanizar a saúde” compreende o respeito à unicidade de cada pessoa, personalizando a assistência. Assim, um dos focos das diretrizes da PNH, é a forma que o paciente é atendido nos serviços de saúde.

Percebe-se, assim, que a IESC foi uma estratégia adequada para aproximar o estudante do paciente, ajudando o aluno a desenvolver competências que vão agregar na relação médico paciente. De acordo com a opinião de alguns estudantes de medicina, muitas competências necessárias para promover uma adequada relação médico paciente são aprendidas na prática por um currículo oculto e as faculdades não conseguem mensurar este aprendizado, que não é formal. Uma questão tão importante como a relação médico-paciente deveria possuir estratégias para garantir seu aprendizado (GROSSEMAN; STOLL, 2008).

Atualmente, enfatiza-se a importância de uma relação centrada no paciente como pessoa e não apenas na doença que o aflige, pois, a doença não pode ser compreendida como um fenômeno isolado, mas sim em relação às diferentes dimensões que constituem a vida do indivíduo. A empatia com tratamento respeitoso, a escuta atenta sem julgamentos e a

utilização de linguagem clara e acessível são características esperadas nessa relação (STOCK; SISSON; GROSSEMAN, 2012).

Além da comunicação efetiva e da visão holística do paciente, outra característica muito importante da relação médico-paciente é a empatia. Segundo Nascimento *et al.* (2018), empatia é a capacidade de ouvir, compreender e compadecer-se por meio de deduções, memórias afetivas ou colocando-se no lugar do outro, prestando apoio e fazendo com que essa pessoa se sinta compreendida.

A palavra empatia foi criada para designar emoções e sentimentos das pessoas que observavam algum tipo de obra de arte. Posteriormente, o termo incluiu a capacidade de compreender o ser humano, aproximando-se do campo da relação médico-paciente (NASCIMENTO *et al.*, 2018). Quando é aplicada na área médica, envolve um sentimento de sensibilização pelas mudanças sentidas e refletidas pela outra pessoa. A empatia entre o médico e o paciente é importante porque deixa o paciente mais seguro e disposto a informar com mais desenvoltura seus problemas, sintomas e dúvidas. (COSTA; AZEVEDO, 2010). Para Davis, a empatia é um processo psicológico conduzido por mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais frente a observação da experiência do outro (DAVIN, 1994).

O contato com a comunidade é muito importante, até porque a gente começa a criar empatia, a gente começa a criar novos sentimentos como profissional deve ter e que é muito importante pra gente se formar como médico né. A partir do momento que a gente tinha um paciente de verdade e que fazia parte daquela comunidade, a gente também se sentia um pouco naquele contexto, porque eles tinham na gente uma responsabilidade muito grande. Então quando a gente tinha esse contato com a comunidade, a gente ficava responsabilizado por ela e a gente tentava fazer o máximo daquilo, o máximo daquilo que a gente conseguia fazer, da melhor forma possível. (ENTREVISTADO A3).

Empatia é o que a gente mais aprende atuando nessas áreas do Sistema Único, principalmente com essa população que a gente vê que não tem instrução e que está perdida, desamparada, e a gente aprende a criar esse laço e essa vontade de ajudar. (ENTREVISTADO A6).

Os estudantes de medicina podem se beneficiar do treinamento de longo tempo com o intuito de desenvolver atividades empáticas. E a Atenção Primária a Saúde (APS) é o cenário ideal para desenvolver tais habilidades, uma vez que estudantes podem acompanhar os mesmos pacientes e suas famílias ao longo do curso e recuperar o nível teórico e prático da empatia, que muitas vezes, fica perdido nos cenários de atenção secundária e terciária (BENBASSAT; BAUMAL, 2004; LARSON, 2005). Além disso, a interação com a comunidade possibilita ampliar a compreensão do processo saúde-doença e desenvolver as relações interpessoais, favorecendo a humanização da atenção (FERREIRA *et al.*, 2007).

...quando a gente chegava lá e via o paciente, via a vida do paciente, o que o paciente tinha por trás, a integralidade do paciente, o contexto, o lugar que ele estava, com o que ele trabalhava, por que ele deixou aquilo chegar naquele nível, qual o motivo ele quer retirar algum nevo, alguma coisa. Então isso muda muito. A gente acha na sala que a gente vai ver a lesão, vai lá e cortar e tchau. Não é assim, lá a gente conseguiu ver que tem esse contato com o paciente. (ENTREVISTADO A4).

Uma revisão bibliográfica realizada por Amore Filho, Dias e Toledo Júnior (2018) demonstrou que o atributo mais associado ao favorecimento do humanismo é a empatia, abrangendo uma boa comunicação, respeito, atenção e compreensão do outro em sua diversidade. O fato do profissional se colocar no lugar do paciente, o aproxima da realidade, provendo conforto e acolhimento, melhorando inclusive a relação médico-paciente, que é a base para um atendimento mais humanizado. Alguns estudos sugerem que a empatia do estudante de Medicina decresce com o avanço dos anos de estudo, afetando a humanização da assistência, porém outros não revelam tal declínio. Todavia, a redução da empatia pode estar associada à pressão e estresse que se tornam mais frequentes com o avanço do curso, momento em que os alunos estão sobrecarregados com atividades e responsabilidades, o que pode contribuir para perda da qualidade de vida e ocasionar o esgotamento emocional.

Um ensino que enfoca apenas as condições instrumentais do raciocínio lógico, mas não mobiliza uma análise de crenças e motivações pessoais por meio do diálogo e do respeito à argumentação, tem grande probabilidade de produzir pessoas dotadas de capacidade instrumental lógica, mas com deficiências de sensibilidade e empatia (RIBEIRO; FREITAS; BARATA, 2018).

A relação mais próxima com os pacientes, muitas vezes em fase inicial do curso, é motivo de contentamento para os estudantes. A maior parte deles se sente satisfeita por assumir, pela primeira vez responsabilidades pelos pacientes atendidos.

Percebe-se que esta proximidade com os pacientes facilita a internalização e aplicação de vínculo e responsabilização (MASSOTE; BELISÁRIO; GONTIJO, 2011). Em seu Artigo 29, Parágrafo VIII, as DCN (BRASIL, 2014a) também enfatizam que o curso de graduação deve propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia.

Também foi possível, segundo os discentes, o surgimento de novos sentimentos e criação de responsabilidade pelo paciente e preocupação com este, como dar más notícias de maneira mais humanizada:

Consideravam a gente já era médico e isso fazia com que sentíssemos responsabilizados por eles... O contato com a comunidade é muito importante, até porque a gente começa a criar empatia, a gente começa a criar novos sentimentos como profissional deve ter e que é muito importante pra gente se formar médico né?... então quando a gente tinha esse contato com a comunidade, a gente ficava responsabilizado por ela e a gente tentava fazer o máximo daquilo, o máximo daquilo que a gente conseguia fazer, da melhor forma possível. (ENTREVISTADO A3).

A inserção dos alunos nos serviços de saúde contribui para a compreensão do significado das teorias aplicadas na prática. Não se trata de desqualificar o papel da teoria, mas de primar pela aproximação efetiva e real entre teoria e a prática (GONÇALVES; MORAES, 2003).

Destacamos a possibilidade, segundo os discentes, de aplicarem na prática o que foi ensinado na teoria, o que é muito importante, sobretudo na cirurgia ambulatorial. É necessário a aquisição de habilidades e para tal torna-se imprescindível a repetição procedural. E especificamente em relação às lesões dermatológicas, prática diária na cirurgia ambulatorial, os alunos relataram a oportunidade de realizar o exame físico com a palpação de lesões de pele em suas diferentes apresentações semiológicas. “Principalmente por que a cirurgia, a gente fala que é mão, né? A gente tem que aprender a operar... então é essencial você conseguir colocar em prática toda teoria” (ENTREVISTADO A6). “A prática diferente da teoria possibilitou avaliação textura das lesões de pele” (ENTREVISTADO A3).

Ainda foi citado o aperfeiçoamento do conhecimento sobre as doenças prevalentes e diagnóstico e tratamentos delas. Em relação a disciplina de cirurgia ambulatorial, ao final do curso, foi possível ter um panorama do que era mais prevalente e comum, assim como seus respectivos tratamentos cirúrgicos.

...porque na medicina, a gente tem uma diversidade de coisas para estudar, de conhecimentos a serem consolidados. Quando a gente consegue ter noção no que é mais prevalente, a gente se dedica mais a entender, por exemplo,... a gente se aperfeiçoa nisso. (ENTREVISTADO A5).

Com certeza, através dessas doenças mais prevalentes, desses procedimentos, a gente consegue manter um balanço do que precisa ser melhorado naquela comunidade pra que essa taxa de doenças diminua, por exemplo, a prevalência de uma certa doença na comunidade diminua. (ENTREVISTADO A3).

Os conteúdos fundamentais para o curso de graduação em Medicina devem contemplar diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se critérios de prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica (BRASIL, 2014a).

Segundo as DCN de 2014, o graduando será formado para considerar sempre os aspectos que compõem o espectro da diversidade humana no sentido de concretizar segurança na realização de processos e procedimentos, referenciando os mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários (BRASIL, 2014a).

O aluno experencia a realidade do dia a dia do trabalho em saúde e se depara com situações concretas sobre as quais ele intervirá e exercer seu futuro papel como profissional adquirindo, com isso, segurança para atuação na área básica de cirurgia ambulatorial. Segurança que é possível desde a realização de uma boa anamnese com direcionamento correto dela, bem como o treinamento de habilidades e repetição dos tempos cirúrgicos e aprimoramento de condutas e procedimentos no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

...O conhecimento manual assim você só faz treinando, e eu acho que a prática da cirurgia ambulatorial é muito isso, a gente treina pra gente conseguir ter segurança pra fazer no futuro, por exemplo, formando como médico generalista que pode atuar numa unidade básica, por já ter treinado isso na faculdade, acho que isso dá mais segurança. (ENTREVISTADO A3).

...Por exemplo... quando me formar eu, se eu for atender em um posto de saúde eu mesma tenho a capacidade de tirar uma pintinha, fazer uma biópsia em caso lesão suspeita de melanoma sem ter essa necessidade de ficar encaminhando... nós ficamos mais seguros em fazermos isso sem sermos um cirurgião, sem ter especialidade de cirurgião, a nível ambulatorial. Então nos dá segurança sobre o que é aquela lesão e qual tratamento deve ser feito. (ENTREVISTADO A4).

Nota-se, assim, pela percepção dos alunos, que a experiência vivenciada por eles contempla o que orientam as diretrizes curriculares nacionais e ressalta a grande importância da IESC e prática em cenário real para se fazer cumprir os seus objetivos. Entende-se que a IESC contempla Ensino, Gestão, Atenção e Controle social, possibilitando aos alunos, nos cenários dos serviços de saúde, desenvolverem vivências únicas, impossíveis de serem desenvolvidas nos limites de uma sala de aula. A realidade torna-se o objeto da aprendizagem (BREHMER, 2014).

Por último, ainda em relação ao aperfeiçoamento profissional na graduação, o cenário real possibilitou aos alunos aprenderem a solucionar problemas de forma simples e efetiva

Então, o que eu achei mais legal foi que a gente conseguiu fazer uma atuação na medicina que eu, eu não tinha essa visão anteriormente. Eu não imaginava que a gente conseguiria resolver alguns problemas de forma simples e se a gente tiver um treinamento efetivo, é, não imaginava... certas coisas que a gente resolvia lá talvez fosse necessário ir para o hospital. (ENTREVISTADO A2).

A partir de sua revisão sistemática, Mendes *et al.* (2018) afirmaram que a aproximação dos discentes com os serviços de saúde permite a compreensão das necessidades de saúde da população e possibilita o conhecimento da rede de saúde e do SUS.

Em um estudo que discute as diretrizes para o ensino na Atenção primária à saúde (APS) na graduação em Medicina, Dermarzo *et al.* (2012) afirmam que os estudantes são favorecidos ao lidar com diferentes aspectos da vida e seus ciclos, na sua complexidade clínica e cultural. Isso é possível devido à atuação em relação ao indivíduo e ao coletivo de forma contextualizada à realidade local; além de contribuir para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada, possibilitando a interdisciplinaridade.

Na interface da tríade profissional-usuário-aluno está o discurso sobre o conhecimento da realidade do serviço e da comunidade; “os alunos deveriam conhecer o diagnóstico de saúde da UBS e compreender melhor a realidade do serviço/comunidade”. Esta é uma recomendação das DCNs e é um dos princípios do SUS para uma medicina voltada para as reais necessidades da população (CARVALHO; DUARTE; GUERRERO, 2015).

Então conhecendo essa população e conhecendo as patologias como eram adquiridas, a gente consegue fazer um tratamento mais adequado aquela população, mais personalizado né... adequado a realidade social. Igual por exemplo, tinham vários cremes e pomadas que poderiam ser utilizadas, mas que eram muito caras. Então nem sempre a população poderia comprar. Ai a gente poderia passar uma outra que poderia fazer um efeito similar... (ENTREVISTADO A3).

Ainda sobre a qualificação profissional, sob a perspectiva dos profissionais de saúde, a inserção da universidade no posto de saúde possibilitou a esse segmento conhecer melhor o currículo da graduação médica. “Porque antes assim a gente não tinha noção de como era um médico, um cirurgião, o que ele fazia exatamente qual era a sua graduação, agora a gente tem um pouco desse conhecimento” (ENTREVISTADO PS2). “Aumentou o nosso conhecimento. A gente está aprendendo. Constante aprendizado. E estar sempre aprendendo... mais cursos” (ENTREVISTADO PS2).

Atualmente, não é possível pensar a interface entre ensino e trabalho sem remeter-se a educação permanente (EP). Isto porque ela possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na área da saúde e o desenvolvimento das instituições. Para

tal, é preciso contextualizar a IESC neste movimento tendo em vista melhorar a formação e fortalecer o SUS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

A EP baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas diárias profissionais. Pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e experiências que as pessoas já têm. Os processos de Educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2005).

O artigo 35 das DCN de 2014 aponta que os cursos de graduação em Medicina devem fomentar ou desenvolver a participação de profissionais da Rede de Saúde em programa permanente de formação e desenvolvimento para que, com isso, possa haver melhorias na qualidade de assistência a população e formação médica nos cenários de práticas do SUS.

Agora nós temos um olhar crítico sobre os pacientes, sobre as demandas que chegam aqui pra gente, né, antes a gente, né, antes a gente... qualquer pessoa passava despercebido, às vezes uma mancha na pele importante. Agora não, agora nós temos um olhar mais crítico sobre os pacientes. Até outros, não só o câncer de pele. Um cisto, um cisto infeccionado, nós temos essa percepção de ter esse olhar mais crítico sobre essa demanda. Se precisa ser mais urgente, se não precisa. (ENTREVISTADO PS7).

Os profissionais de saúde relataram também que foram estimulados ao estudo e ao saber. Revelaram que com o projeto de extensão, as capacitações e a educação continuada propiciada, foi possível adquirir conhecimento científico, aperfeiçoamento e experiência profissional. Em relação a este, relataram maior eficácia no rastreamento de lesões de pele e olhar crítico para a definição de prioridades quanto à gravidade das lesões e diagnóstico precoce delas revelando, portanto, conhecimento e qualificação profissional. “Diferenciar uma verruga, uma coisa simples, uma... uma mancha, uma pinta, um nevus... Entendeu? Ver a necessidade de ser prioridade ou de não ser prioridade.” (ENTREVISTADO PS4).

Sim, aumentou a vontade de estudar, porque a gente acaba aprendendo algo mais que... nós não estamos acostumados a ver e a gente: “olha esse caso é diferente! Vamos estudar mais, vamos ver que né, que que pode ser atendido por essa demanda”, então é um incentivo a estudar mais. (ENTREVISTADO PS7).

Sim, porque aprendemos a lidar melhor com a pequena cirurgia, né, com o processo cirúrgico, porque até então aqui na unidade a gente não tinha né, a gente tinha a nossa sala que fazíamos sutura, mas não havia essas cirurgias, né, então a gente acabou aprendendo mais com a clínica cirúrgica que às vezes fica meio esquecida

pela atenção primária, então a gente aprendeu muito assim nessa área de cirurgia. (ENTREVISTADO, PS7).

Caldeira (2011), em seu estudo de abordagem qualitativa, refletiu sobre a melhora da qualidade do serviço com a presença dos estudantes levando os profissionais a prática reflexiva, reorientando o serviço e aumentando a acessibilidade deste último. Segundo a autora, a prática reflexiva dos profissionais é entendida com a habilidade de refletir criticamente sobre seu próprio raciocínio e decisões e a presença do aluno de medicina motiva o profissional a executar bem suas atividades, assim como suscita dúvidas, fazendo com que ele estude mais e reveja seus conhecimentos. Através disso, diminui-se o automatismo da prática e impulsiona-se o raciocínio e a capacitação permanente com consequente melhoria do cuidado prestado à saúde. “...porque quando a gente tem essa segurança, tem alguém que a gente pode tirar nossas duvidas, então a gente sempre vai ter segurança.” (ENTREVISTADO PS1). “Então, eu acho que conhecimento nunca é demais. Então a Universidade contribui pra gente querer mais, aprofundar mais, saber sobre os casos” (ENTREVISTADO PS3). “Sim, a gente tem um apoio a mais. A gente tem um respaldo a mais. Coisas que a gente não conseguia diagnosticar, agora a gente consegue. Isso dá mais vontade de trabalhar, mais segurança” (ENTREVISTADO PS3).

O que podemos observar no relato desses profissionais é a compreensão de que a simples presença do professor e estudantes os levam à uma prática reflexiva que colabora para seu crescimento e formação continuada e que, automaticamente, contribui para a melhoria do serviço prestado à comunidade.

### *5.2.1.3 Ensino-Serviço Integrado e Realização pessoal*

Nos relatos foi possível observar a percepção de realização pessoal, tanto por parte dos profissionais e alunos, quanto pelos usuários por meio do serviço integrado. Foram identificadas mudanças, como as relacionadas a autoestima, motivação, confiança, segurança e o autocuidado.

Segundo a Teoria da Autodeterminação, a motivação está relacionada diretamente à satisfação gerada por determinada ação, seja ao executar uma atividade apenas por sua satisfação inerente ou ao alcançar o objetivo final de determinada ação ou conjunto de ações. Essa teoria supõe que pessoas são organismos ativos e apresentam tendência a se desenvolver para lidar com os desafios do ambiente e interagir com as novas experiências observando o senso de si mesmas. Além disso, interferem negativamente no grau de motivação fatores



como: a falta de intenção para agir por não valorizar a atividade, não se sentir competente para fazê-la ou não esperar que tal atividade produza um resultado desejado (AZEVEDO, 2020).

Em uma revisão de literatura, Casari (2014) demonstrou a importância da influência da motivação sobre os processos de ensino e aprendizagem, concluindo que a motivação tem sido apontada como um dos fatores que influenciam diretamente o quê e como os alunos aprendem. Isso é fundamental para que o ensino tenha algum sentido para o aluno, para que lhe desperte o interesse, satisfaça suas curiosidades e que realmente o prepare para a vida profissional.

Para nós... como acadêmicos é muito gratificante a gente ajudar e ver que a gente é útil para alguém. Como eu já tinha dito, essas pessoas elas prezam muita gratidão por nós e isso dá na gente assim, uma força para fazer a coisa certa, para correr pelos nossos objetivos, pelas coisas que nós acreditamos estar corretas. Às vezes a gente pode ficar chateado com a falta de alguma coisa, algum instrumento de trabalho ou sala, como já disse, só que quando você vê que mesmo com o pouco que te dão de suporte você consegue mudar a vida de uma pessoa, isso de deixa muito feliz, muito empenhada a continuar. (ENTREVISTADO A4).

...porque aqui estamos sendo formados para ser generalista né? E a gente ter uma cirurgia ambulatorial lá no posto mostra que a gente consegue sim, fazer este procedimento, que a gente não precisa encaminhar e sobrecarregar o sistema... (ENTREVISTADO A1).

A autoestima é uma avaliação positiva ou negativa que uma pessoa faz de si mesma em algum grau a partir de emoções, ações e crenças, comportamentos ou qualquer outro tipo de conhecimento de si próprio. É fundamental para o bem-estar mental e físico de qualquer pessoa, já que a aceitação de si mesmo se reflete em cada aspecto da vida.

Segundo as DCN, de 2014, o graduando será formado para considerar sempre os aspectos que compõem o espectro da diversidade humana no sentido de concretizar integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o cuidado, o autocuidado e autonomia das pessoas e comunidades, reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de seu cuidado com saúde.

Os relatos abaixo demonstram como os discentes percebem a prática, através dessa disciplina: “A gente sempre tinha paciente, a gente tinha muito paciente. E elas confiavam plenamente em nós. Eles sabiam que iam ser alunos e mesmo assim eles iam e confiavam na gente.” (ENTREVISTADO A1).

Assim, a prática profissional ainda no âmbito da graduação constitui para o discente um momento privilegiado em sua formação. É lá que o estudante vislumbrará, na prática, a profissão tão sonhada. Além disso, contribui para a construção de sua identidade profissional, enquanto importante via de formação, ascensão e realização pessoal.

Para pesquisadores como Jean Piaget, a aprendizagem efetiva só se estabelece quando um indivíduo é capaz de dar sentido e significado aos conteúdos que aprende, ou seja, quando os relacionam à sua vida. Nos cursos de Medicina, conteúdos teóricos podem ser ressignificados no contato com os pacientes e comunidade.

Oliveira, Gonçalves e Bellini (2011, p. 317) chamam a atenção para conflitos presentes entre os discentes no curso de Medicina, “em função do convívio com a dor, a morte e o sofrimento, uma realidade que frustra as expectativas trazidas com relação à escola, e mesmo as dificuldades específicas de cada um”.

De acordo com as autoras, aspectos como esses seriam minimizados nas disciplinas práticas, com o estabelecimento de relações empáticas com os colegas e professores no desempenho da prática médica, o que aumenta a capacidade de autocompreensão e autoestima, sentimentos que podem estimular a criatividade, um aspecto importante a se considerar para a formação do discente (OLIVEIRA; GONÇALVES; BELLINI, 2011, p. 317).

Percebe-se, dessa forma, que a realização profissional observada no relato dos discentes pode ser encarada aqui como o início de um processo de construção de uma identidade, importantes para a formação do futuro médico.

Em relação aos profissionais da saúde, os relatos evidenciam a satisfação de participar da prestação de um serviço que não era acessível à população.

A minha satisfação é porque a gente vê uma lista grande de... de pacientes, muitos não têm condições nem de pagar. Então isso é muito interessante, que eles vêm, fazem e saem satisfeitos. Né? Aí tira muita das vezes a preocupação deles também. (ENTREVISTADO PS1).

A universidade, essa equipe da universidade trouxe pra gente um novo serviço de Tiradentes no caso de pequenas cirurgias. Então com isso eu fiquei satisfeito pois está ajudando a população aqui de Tiradentes. Pequenas cirurgias, câncer de pele, algumas questões estéticas também. (ENTREVISTADO PS2).

... isso aí, está acontecendo em Tiradentes eu não, trazer uma esperança pra gente. Porque às vezes a gente fica com medo de um, que tenha um modulozinho, né? E no futuro a gente nem sabe. Vem a doutora, orienta, a gente deixa o nome e logo em seguida, se for um caso de urgência, a gente, eu acho, é logo chamado. Então a gente tem muito que agradecer por esse atendimento mesmo. (ENTREVISTADO PS1).

Por sua vez, os relatos dos usuários também apontam aumento de autoestima e realização pessoal, além do autocuidado com os procedimentos cirúrgicos e projeto, demonstrando como os objetivos das diretrizes na formação médica em relação ao cuidado a saúde estão sendo alcançados por meio da integração do serviço-ensino. “Ah, eu acho que foi interessante e até mesmo um exemplo, minha autoestima, que eu fiz a cirurgia e eu tô me sentindo linda e maravilhosa. Eu às vezes nem colocava brinco, nem olhava no espelho.” (ENTREVISTADO U6). “Então a pessoa passou a se cuidar mais. Então se o projeto não tivesse aqui, eu acho que as pessoas não teriam tanto interesse em procurar profissional da área.” (ENTREVISTADO U5).

Uma coisa muito chic, tudo que nós precisamos é uma coisa mais que nós precisava há mais tempo que não existiu ... É por que acabou esses problemas aquela mancha que eu tinha aqui que não era para ter né? Eu já era para ter tirado há mais tempo, mas hoje eu encontrei uma médica que me deu uma coisa que... É prazer que eu tive, acabou... Pra mim foi uma coisa muito linda, acabou os problema meu. (ENTREVISTADO U2).

Conforme destacam Caldeira *et al.* (2011, p. 480), a presença do estudante pode auxiliar a interação da comunidade com o serviço. Como fatores que facilitam a integração, os profissionais percebem uma grande dedicação dos estudantes ao serviço. A qualidade do atendimento dos estudantes fortalece esta integração e é evidenciada pela satisfação dos usuários, conforme pôde ser percebido nos relatos desta pesquisa.

Desta forma, avalia-se, por meio dos relatos, que o atendimento prestado de qualidade dos estudantes, avaliados pela satisfação dos usuários, possibilita o retorno destes ao serviço e melhora a integração.

## 5.2.2 Qualidade da Atenção Primária à Saúde

Nesta categoria final apresentamos os elementos que contribuíram para uma maior resolubilidade da atenção básica e uma maior compreensão do serviço de atenção primária

### 5.2.2.1 Resolubilidade da atenção básica

As DCN, em seu Art. 17, incidem sobre a organização do trabalho em saúde e a importância na formação médica de participação na priorização de problemas, identificando a

relevância, magnitude e urgência, as implicações imediatas e potenciais, estrutura e os recursos disponíveis.

De acordo com Mendes (2011), a atenção primária resolutiva, integral como elemento central de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), pode ser capaz de ampliar a resolubilidade da atenção prestada pela rede, aumentar sua efetividade, racionalizar seus custos e ser capaz de promover uma atenção mais integral à saúde da população.

Essa maior resolubilidade na atenção primária pode reduzir a utilização em demasia da atenção secundária, evitar a formação de grandes filas de espera e diminuir os custos tanto para os pacientes como para o sistema. O processo de ampliar e qualificar esse setor implica em novas concepções sobre o processo de trabalho, o desenvolvimento de novas competências profissionais e de condições operacionais e estruturais das unidades de saúde para a incorporação de novos serviços que possam contribuir na realidade e resolubilidade destas (STARFIELD, 2004).

Entre as intervenções para que promova essa resolubilidade, encontra-se a inclusão de pequenos procedimentos de cirurgia ambulatorial no cenário da rede básica como um elemento no desenvolvimento de uma APS (atenção primária a saúde) abrangente e qualificada e de importância na reorganização da rede de atenção à saúde. Para os três segmentos de entrevistados (discentes, usuários e profissionais de saúde), o benefício de ter um serviço especializado dentro de uma unidade básica de saúde foi um aspecto destacado. “Pra gente aqui não precisamos sair daqui da cidade para consultar. Aqui mesmo a gente consulta e faz pequenas cirurgias.” (ENTREVISTADO U3). “Contribui que é uma especialidade né que a gente não tinha e nem todo município tem essa especialidade de pequenas cirurgias.” (ENTREVISTADO PS6).

Eles eram muito gratos por nós estarmos ali. Porque eles mesmo tinham eh, por mais que eles fossem pessoas simples, eles tinham conhecimento de que a gente tava levando pra lá um serviço que ele não existiria se não fosse a universidade federal inserida, né, dentro do... do sistema de saúde ali daquele lugar. (ENTREVISTADO A4).

A percepção de cada setor sobre a importância desse serviço especializado dentro da unidade básica de saúde possibilita compreender a relevância do serviço de cirurgia ambulatorial na atenção primária e a necessidade que se torne cada vez mais presente nos serviços de saúde e nos currículos para formação médica.

Como nos mostra Oliveira (2019), a grande contribuição com a incorporação das pequenas cirurgias nas unidades básicas seria o de diminuir a pressão de demanda por

encaminhamentos para serviços de cirurgia e dermatologia e, com isso, otimizar os recursos especializados na rede de atenção do município, visto que os pacientes encontram dificuldades de acesso a esse tipo de intervenção e, de modo geral, são encaminhados a serviços especializados de nível secundário, ou mesmo serviços hospitalares, causando deslocamento dos usuários para áreas distantes de suas moradias e diferença de fluxos assistenciais entre os serviços, além de dificuldades de acesso pelos pacientes com longas filas de espera.

Pela minha experiência na área, parto da compreensão que a implantação desse serviço nesse setor e, ao mesmo tempo, o incentivo maior à cirurgia ambulatorial na formação e residência médica de saúde da família, tornam-se de extrema importância para melhoria à saúde e resolubilidade da atenção básica. Os médicos da família muitas vezes não apresentam a segurança e confiança para tais procedimentos e muitas vezes são desestimulados pelos cirurgiões locais.

Acredito que certas demandas reprimidas poderiam ser facilmente resolvidas no nível primário com os médicos da saúde da família, ainda mais levando em conta que a especialidade não consegue drenar toda a demanda e a população se encontra extremamente necessitada. A começar com uma simples biópsia, muitas vezes não realizada pelos profissionais da unidade, mesmo sendo procedimento extremamente simples que, se demorado a ser realizado, atrasa toda a propedêutica do paciente. Mais estudos sobre esse tema e discussões sobre esse assunto precisam acontecer para que se chegue num consenso que não coloque o paciente em risco ao mesmo tempo que o beneficie em sua totalidade.

Porém, para tanto, ainda segundo Oliveira (2019), é necessário um crescente investimento em recursos financeiros e em capacitação dos profissionais. O não reconhecimento dessas práticas, como parte das atribuições das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a falta de investimentos para a incorporação dessas práticas cirúrgicas podem estar refletidos na carência de estudos sobre os procedimentos de cirurgia ambulatorial na atenção primária no Brasil.

Compreende-se que outro ponto que se mostra importante na resolubilidade da atenção primária e na economia de recursos é o diagnóstico precoce da doença. Quanto mais rápido a enfermidade for descoberta, menor será a complexidade do tratamento, que poderá ser obtido através de tratamento menos complexos e menos onerosos. “Porque nós pegávamos casos de pessoas idosas, que as vezes já tinham câncer de pele e que nunca iriam descobrir, se a gente não tivesse estado lá com eles, não tivesse essa consulta” (ENTREVISTADO A4). “...que

foram descobertos câncer de pele pelo trabalho da Universidade, pelo trabalho que vocês fizeram e...” (ENTREVISTADO PS6).

...então, às vezes, um câncer que pode ser diagnosticado no início, agora tá muito mais fácil. Antigamente demorava mais. Então, a contribuição pra população é essa: o diagnóstico precoce do câncer, podendo iniciar o tratamento mais rápido... E se um dia acabar, vai fazer muita falta. Os dias que ficaram de férias, nossa, o tanto de gente que procurou. (ENTREVISTADO PS3).

Ela ganhou um diagnóstico rápido, desses cânceres de pele ou não e, assim traz mais conhecimento para unidade, dá mais credibilidade à unidade. Às vezes, é porque é um posto, não tem muita especialidade, aí a universidade trouxe um pouco mais de credibilidade pra unidade. (ENTREVISTADO PS3).

A atenção primária é a porta de entrada do usuário ao SUS. As unidades básicas de saúde, situadas nos bairros, é uma maneira de facilitar o diagnóstico precoce. Mas, por falta de conhecimento ou descrédito nessas instalações, a população acaba buscando por atendimento direto em centros hospitalares ao invés da unidade básica de saúde, sendo que 80% das demandas poderiam ser por elas resolvidas (FERREIRA, 2018).

Outros aspectos também foram apontados pelos entrevistados. Os profissionais de saúde relataram, em suas entrevistas, melhorias no atendimento como aumento do número de atendimentos, diminuição dos encaminhamentos e resolução dos problemas na comunidade, assim como diminuição da demanda reprimida, busca ativa dos casos de câncer de pele e discernimento das prioridades. Ainda citaram melhorias na administração do serviço, como rapidez no atendimento da demanda e maior disponibilidade de recursos para infraestrutura e materiais. Em relação a este último, houve disparidade de informações com parte dos entrevistados discordando sobre a oferta de recursos. Talvez, porque só uma parcela tivesse conhecimento das compras de materiais para mutirão e ambulatório. “Pois incentivar a gente a fazer uma busca ativa das pessoas com câncer de pele, então, a gente acaba assim até dando mais atenção tanto para equipe quanto para os pacientes.” (ENTREVISTADO PS2). “Olha, esse número de atendimento aumentou muito né?” (ENTREVISTADO PS6). “Uma coisa muito boa foram as pequenas cirurgias, né... que, as vezes, o paciente demorava, porque o município não tinha cota e, com a universidade, aumentou essa oportunidade da população.” (ENTREVISTADO PS3).

...a gente tinha uma demanda reprimida em questões de pequenas cirurgias em que a secretaria não conseguia convenio e a universidade trouxe esse ponto positivo pra gente porque consegue atender os pacientes dessa demanda, né? E... desenvolve um trabalho excelente aqui. (ENTREVISTADO PS6).

Nos relatos dos discentes foi possível notar que compreenderam a importância em deixar a rede primária mais resolutiva através da diminuição dos encaminhamentos e resolução dos problemas na comunidade, assim como a diminuição da demanda reprimida, o diagnóstico precoce e a capacidade de definição de prioridades.

...porque aqui estamos sendo formados para ser generalista né? E a gente ter uma cirurgia ambulatorial lá no posto mostra que a gente consegue sim fazer este procedimento, que a gente não precisa encaminhar e sobrecarregar o sistema... então eu acredito que essa experiência da cirurgia ambulatorial foi muito importante, por que a gente vê que na nossa realidade, muitos encaminhamentos são feitos a um cirurgião... porque o médico de saúde da família não consegue resolver ou fazer por falta de experiência em sua formação... (ENTREVISTADO A1).

Em sua revisão sistemática, Mendes *et al.* (2018) identificaram estudos que relatam que as ações aos estudantes são importantes para o fortalecimento do vínculo com a comunidade, alcançando muitas vezes uma população que não frequenta o serviço, além da diversificação e potencialização das ações desenvolvidas na unidade e melhoria na resolução das necessidades de saúde

...a gente consegue manter um balanço do que precisa ser melhorado naquela comunidade pra que a essa taxa de doenças diminua, por exemplo, a prevalência de uma certa doença na comunidade diminua. Então se a gente conhece essa prevalência, a gente pode fazer um trabalho específico nessa comunidade pra gente tentar diminuir essa quantidade né? (ENTREVISTADO A1).

Porque a gente tem que conhecer... A gente poderia fazer um tratamento melhor, mais adequado àquela população, porque as vezes a gente pode fazer um tratamento mirabolante, maravilhoso, mas que a população não tem condição de adquirir, por exemplo, ou que não é aderente. Então conhecendo essa população e conhecendo as patologias como eram adquiridas, a gente consegue fazer um tratamento mais adequado àquela população, mais personalizado né? (ENTREVISTADO A1).

...isso é um ponto muito interessante e oferecer um serviço pra eles que as vezes eles não conseguiam fazer no particular então, por exemplo, diagnosticar um câncer de pele, um provável câncer de pele e fazer uma cirurgia...isso é um ponto muito interessante que as vezes ele não conseguiria por questões financeiras ou de buscar isso junto com um médico específico como no nosso caso que tinha um cirurgião plástico junto com a gente nos ensinando, então eu acho isso foi um ponto muito positivo. (ENTREVISTADO A5).

Os usuários, por sua vez, destacaram um maior acesso ao atendimento pela comunidade com o aumento do número de atendimentos na unidade, aumento do acesso à saúde na zona rural e maior conforto para os pacientes da comunidade local por não precisarem buscar atendimento fora da cidade. Ainda, foi referido o aumento da procura pelo atendimento, maior conscientização da população e maior acesso aos pacientes a saúde pela busca ativa realizada pelo projeto para rastreamento do câncer de pele nos demais postos da

cidade de Tiradentes, sobretudo àqueles pacientes mais humildes que não gostavam de sair, de ir em outro posto a não ser o local. “Aumentou o acesso dos pacientes da roça...” (ENTREVISTADO U1). “Não precisa sair da cidade para fazer pequenas cirurgias...” (ENTREVISTADO U3).

Muita gente tem vergonha de vir no hospital. As vezes, não gosta de sair e vocês foram até eles e isso foi muito legal... Podia se assim em todos os setores. Maomé vai a montanha. Ainda mais cidade de interior, é difícil. Muito legal isso. (ENTREVISTADO U6).

Foi de grande importância, porque muitas das vezes, as pessoas não procuram um consultório. Ainda mais que as pessoas pensam que sempre estética é tudo muito caro, aí, então, as pessoas não vão procurar mesmo. E mesmo essa questão de pele, câncer de pele, não é só uma questão de pele, câncer de pele, não é só uma questão estética, é uma questão de saúde... Eu acredito que as pessoas vão ficando mais conscientes a partir do momento que elas vão entendendo, compreendendo melhor. (ENTREVISTADO U1).

Carraro *et al.* (2019) concluíram, em seu trabalho, que após o conhecimento dos riscos de câncer de pele do tipo melanoma, a alteração do comportamento dos indivíduos a fim de evitar a doença como, por exemplo, o uso do filtro solar e de roupas compridas e a menor exposição aos raios ultravioletas ou a bronzeamento artificial foi conseguida. Embora ser um estudo específico para o melanoma, o estudo também mostrou ser capaz de causar mudanças comportamentais nos usuários após a inserção do trabalho da universidade na comunidade através de aspectos gerais não específicos como o aumento na procura por atendimentos dermatológicos e a conscientização dos mesmos diferentemente do primeiro, mas não tão menos importante.

Eu acho que as pessoas acabam ficando mais conscientes, né. Porque essa questão de consciência, a gente não conscientiza ninguém. Mas a partir do momento que a gente vai falando, dando uns toquezinhos, a pessoa vai tendo um discernimento, uma compreensão melhor da vida, do mundo, da necessidade de procurar. (ENTREVISTADO U1).

Além disso, os relatos dos usuários versaram sobre melhorias na administração do serviço com rapidez no atendimento da demanda, maior segurança, comodidade e conforto para comunidade, sobretudo com as buscas ativas através do projeto já citadas anteriormente e aumento de recursos para compra de materiais.

#### 5.2.2.2 *Compreensão do serviço de atenção básica*



A inserção dos estudantes nas UBS tem demonstrado uma grande oportunidade para conhecer o funcionamento do serviço de atenção primária, a rotina do SUS e suas diretrizes, bem como os serviços prestados e as necessidades dos usuários, possibilitando a eles vivenciar maior integração teórico-prática, multidisciplinaridade e possibilidade de compartilhar saberes (PIZZINATO, 2012).

Menezes *et al.* (2012) concluíram que a maioria dos universitários, especialmente os concluintes, demonstrou ter conhecimento sobre o SUS, o que foi coerente com a afirmação de terem recebido informações suficientes sobre o SUS durante a formação acadêmica. Neste, os universitários demonstraram ter um bom conhecimento sobre princípios do SUS, além de deterem um bom preparo teórico quando perguntados sobre a função, a origem e o financiamento do SUS. A maioria demonstrou conhecimento de campos de atuação do SUS, assim como experienciou atividades práticas fornecidas pelas universidades que permitiram contato direto dos alunos com as reais necessidades da população. Pereira (2018) observou em seu estudo que os ensinamentos da graduação e a vivência do estudante neste período influenciam na formação de novos profissionais para o SUS, seja positivamente ou negativamente, sendo a relação ensino-serviço de saúde na comunidade uma boa estratégia para criação de um novo paradigma de formação médica e sistema de saúde através do acesso a conhecimento e atuação em atenção primária, contato com questões socioeconômicas e familiares e da prática de uma medicina integral (CAMPOS; FOSTER, 2008).

Foi possível constatar essa percepção nos relatos dos discentes do presente estudo, que também apontaram compreender o serviço de atenção primária através do entendimento dos princípios do SUS e do funcionamento deste, como a dinâmica de solicitação de exames, de encaminhamentos fora do domicílio, entre outros, além de poderem se familiarizar com o perfil de seus usuários. “...A gente tá abrangendo o princípio do SUS que é a universalidade né que é de todas as pessoas... independente da condição financeira ou não está tendo acesso ao nosso atendimento, ao nosso serviço.” (ENTREVISTADO A5). “Principalmente para você ver o perfil do usuário do SUS. A gente consegue perceber o perfil realmente das pessoas que estão usando e estão precisando do serviço.” (ENTREVISTADO A6).

Então a partir do momento que a gente aprendeu um pouco de como funcionava a unidade, a gente conseguiu aprender um pouco mais sobre o SUS, apesar desses conceitos e essa teoria a gente aprende desde o primeiro período, a gente consegue colocar em prática tudo isso que a gente aprendeu. (ENTREVISTADO A3).

As DCN preconizam ser de competência e habilidades específicas do graduando de medicina “reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de

problemas que fujam ao alcance de sua formação geral” (BRASIL, 2019, p. 2). Ao final da disciplina, através do aprendizado em cenário real, os estudantes relataram serem capazes de discernir o que podia ser realizado no nível da atenção primária, na unidade básica de saúde, e o que deveria ser encaminhado a um serviço secundário ou terciário.

Principalmente saber o que a gente consegue fazer num posto de saúde e o que não consegue. Você também tem que saber o que pode operar naquele local. Por exemplo, saber o risco que aquela cirurgia tem, se você vai ter condições, material e estrutura necessária para fazer o procedimento. (ENTREVISTADO A6).

A partir das atividades propostas de educação em saúde, os estudantes são levados ao desenvolvimento da capacidade criativa e do incentivo para realização de trabalhos comunitários. Do mesmo modo, o estudante passa a ser um agente transformador da realidade local que tem o reconhecimento da comunidade, a partir de seu maior contato com os usuários, conduzindo à criação do vínculo, característica que possibilita maior eficácia nas intervenções à saúde do assistido (ABEM 2017).

Os alunos pesquisados referiram pensar na criação de projetos para prevenção em saúde e para melhor gestão de saúde a partir da vivência e contato íntimo com os problemas locais e doenças mais prevalentes.

Com certeza, através dessas doenças mais prevalentes, desses procedimentos, a gente consegue manter um balanço do que precisa ser melhorado naquela comunidade pra que essa taxa de doenças diminua, por exemplo, a prevalência de certa doença na comunidade diminua. Então se a gente, quando a gente conhece essa prevalência, a gente pode fazer um trabalho específico nessa comunidade pra gente tentar diminuir essa quantidade né. (ENTREVISTADO A3).

Nota-se, assim, características como senso crítico com a formação para além do conhecimento teórico-prático, mas que busca intervir na realidade ao qual o aluno seria apenas espectador.

### 5.2.3 Impasses e Desafios

Esta categoria final foi elaborada através dos relatos dos alunos, profissionais de saúde e usuários e que possibilitaram conhecer os Impasses e Desafios gerados a partir da IESC em relação ao serviço, conhecimento este importante para melhor compreensão dessa relação, suas dificuldades e seus impactos para que se possa pensar em uma forma de superá-los e alcançá-los respectivamente.

Sabe-se que a infraestrutura dos serviços de saúde tem influência sobre as práticas profissionais e as relações de ensino-aprendizado que ali ocorrem. Um estudo realizado por Pedrosa *et al.* (2011) sobre como a infraestrutura do serviço interfere nas práticas dos profissionais reforçou a relação entre disponibilidade/indisponibilidade, benefícios/prejuízos e a efetivação/não efetivação das práticas de assistência. Quanto aos prejuízos de uma estrutura física inadequada, os trabalhadores da área destacaram que, para o usuário, pode haver redução da resolubilidade, do acesso, da humanização, da continuidade da assistência e a não oferta de determinados serviços. Por outro lado, para os profissionais gera o comprometimento da autonomia, insatisfações, desgastes, improvisos, conflitos com os usuários e dificuldades no desempenho e na realização de práticas de qualidade.

Os estudantes do curso de Medicina e dos demais cursos da área da saúde também estão sujeitos a essa influência. Para Adler *et al.* (2014), a falta de infraestrutura adequada nos cenários de prática e de programas que integrem a Universidade e serviço é um ponto já discutido e que merece atenção, sendo necessário ao desenvolvimento adequado do ensino no Sistema Único de Saúde. É necessário integrar Ensino – Serviço – Comunidade mediante espaços conjuntos de aprendizagem com infraestrutura adequada, onde o graduando de Medicina possa compreender o seu papel no serviço de saúde.

Na presente pesquisa, os discentes entrevistados destacaram como problemas a infraestrutura insuficiente e a falta de materiais: “... campo pra gente colocar, às vezes a gente tinha que ficar vendo se usava aquele campo ou não, porque poderia faltar em outra cirurgia...” (ENTREVISTADO A3). “Falta de sala, algum material esterilizado que a gente não tinha... E essa era a maior dificuldade que a gente tinha” (ENTREVISTADO A4).

Acho que era só o espaço físico que as vezes era dificultado, que poderia ser uma sala maior por exemplo, um lugar onde a gente pudesse fazer a lavagem adequada das mãos, alguma coisa assim. Eu achava que o lugar era muito apertado. (ENTREVISTADO A3).

Em relação a investimentos em infraestrutura, a maior parte dos entrevistados, profissionais e discentes, não notaram melhora nesse aspecto e esta percepção coincide com os resultados da Revisão Sistemática de Mendes *et al.* (2018) que apontou a infraestrutura inadequada dos serviços de saúde (falta de espaço físico adequado para comportar profissionais, usuários e docentes) como prejudicial ao desenvolvimento de algumas atividades do ensino e do serviço.

A grande rotatividade dos profissionais das unidades também foi citada como barreira para estabelecimento de vínculos e boas relações entre universidade e serviços de saúde. Esta

barreira somada ao grande número de estudantes e a alta rotatividade destes atuam como dificultadores da comunicação e estabelecimento de confiança entre equipe e estudantes. Outra dificuldade foi o fato das atividades no serviço, muitas vezes, não estarem articuladas com a programação da universidade (MENDES *et al*, 2018).

Alguns desafios também foram encontrados nos relatos dos estudantes que apontaram dificuldades do trabalho em equipe, no sentido de saber lidar com as diferenças entre os profissionais, com os conflitos internos (saber deixar os problemas de lado) para otimização e melhoria do trabalho. Citaram ainda estranhamento e conflito inicial com confronto com a rotina de trabalho dos profissionais de saúde locais não servidores que, muitas vezes, se encontram envolvidos em uma dinâmica complexa, com a universidade (representada pelo papel professor-aluno) e a necessidade, a partir de então, de se colocar no lugar e buscar compreender uns aos outros a fim de que pudessem encontrar soluções favoráveis a ambos, para que todos ganhassem com a parceria.

...os funcionários públicos da UBS já tinham rotina de trabalho, já tinham a rotina de funcionamento daquela unidade e quando a gente chega eles estranham um pouco assim, por exemplo, na questão de orientação... ou até mesmo a estruturação do atendimento, né? ( ENTREVISTADO A6).

Os profissionais de saúde também relataram alguns impasses com a IESC e problemas na rotina do trabalho como a dificuldade de participação efetiva nas ações da universidade devido à sobrecarga de trabalho (rotina diária associado a funções dentro do PSF e/ou plantões) e de conciliar trabalho local com a universidade, além de referirem número insuficiente dos profissionais na unidade para atender a equipe da universidade e a dificuldade, a cada início do semestre, com a nova subturma, até esta se familiarizar com o serviço. “A cada mudança de turma uma dificuldade inicial...” (ENTREVISTADO PS4).

...É um lugar movimentado. São poucos funcionários. A gente não consegue auxílio. Isso estressa a gente. Já é uma equipe estressada. Faz dezoito horas de plantão e ainda está sendo chamado... Mas nós não temos esse tempo todo. (ENTREVISTADO PS4).

Ah eu não vejo problema, é a falta de funcionários. Às vezes, a gente queria tá participando mais lá, absorver mais do que a universidade pode trazer, só que a gente não pode, porque aqui o plantão consome a gente totalmente. Às vezes a gente tá perdendo a oportunidade de aprender. (ENTREVISTADO PS3).

...como a gente tem poucos profissionais, a gente não consegue dar uma atenção melhor pra equipe né? Eh... a atuação de vocês são só entre os discentes e o professor né? E eu não consigo ter um profissional que possa tá colaborando nas pequenas cirurgias. (ENTREVISTADO PS6).

Entre os problemas relatados em relação ao serviço, os usuários citaram a falta de divulgação pelas unidades dos atendimentos prestados a comunidade

A divulgação do projeto e do trabalho na unidade para os alunos e parceiros do serviço para que tenham clareza dos objetivos e metas a serem alcançadas, bem como o esclarecimento da comunidade são importantes. Além disso, é preciso criar ambientes de diálogo, ampliar espaços para que universidades, serviços, lideranças comunitárias, conselhos de saúde exponham suas ideias e anseios e, sobretudo, discutam a função de cada um dentro da IESC (BRASIL, 2013).

Em sua pesquisa intitulada “Conhecimento e opinião de pacientes sobre a prática Docente Assistencial”, Gerken *et al.* (2013) avaliaram o conhecimento e a opinião dos pacientes ambulatoriais de um hospital-escola a respeito da participação de acadêmicos de Medicina nos atendimentos. Foi aplicado questionário com perguntas objetivas e dissertativas a 131 pacientes enquanto aguardavam primeira consulta médica na unidade. Dos entrevistados, 6,9% dos pacientes afirmaram ter recebido explicações sobre o conceito e funcionamento do hospital-escola no momento da marcação da consulta e 36,6% relataram não saber que seriam atendidos por estudantes supervisionados pelo médico professor. Quanto a opinião sobre atendimentos por alunos, 3,1% deles responderam que não gostariam de ser atendidos por alunos e preferem atendimento exclusivo pelo médico, 26,7% não se incomodam e 69,5% o consideram bom e importante para o aprendizado deles, que serão os médicos do futuro.

Um dos discentes entrevistados da presente pesquisa também destacou o incômodo de alguns pacientes em serem atendidos por alunos, como se observa no relato abaixo.

...por que muitas vezes os próprios servidores daquela região não sabem explicar para a população usuária da UBS que eles vão ser atendidos ou que o suporte vai ser dado por alunos e por acadêmico. Muitas vezes eles chegam lá mal informados, vão ser atendidos por um médico, por exemplo, o caso o nosso professor era uma cirurgiã plástica e eles eram orientados que eles seriam atendidos por uma cirurgiã plástica e isso acabava levando a um mal estar entre os pacientes, alguns não queriam ser operados pelos acadêmicos e ficava uma situação desconfortável. (ENTREVISTADO A6).

Apesar de ter sido apontado apenas por um entrevistado, considera-se relevante destacar esse aspecto. Como no estudo de Gerken *et al.* (2013), também foi encontrado neste estudo essa insatisfação do paciente que, embora a maioria valorize e até goste da participação do estudante nas consultas médicas e pequenas cirurgias, não se tem dado ao paciente o direito de escolher previamente se ele quer ou não participar desse tipo de atendimento aluno-professor, e isso está em desacordo com o código de ética médica. Em respeito ao direito do

paciente, torna-se necessário então criar formas para que as informações necessárias sobre esse tipo de atividade docente assistencial sejam disponibilizadas em material informativo e informação pessoal e presencial.

De uma maneira geral, os discursos que foram analisados referentes a Integração Ensino – Serviço – Comunidade evidenciam avanços que vêm ao encontro das diretrizes nacionais curriculares que reconhecem a prática como base para reflexão teórica, visam um currículo centrado em problemas da realidade, elaborados sob critérios éticos e humanísticos, salientam a importância do ensino centrado na comunidade e o exercício da prática médica com enfoque na pessoa e preconiza a inserção precoce do aluno na rede de atendimentos a saúde

Se, por um lado, apontam avanços, por outro, também se revelam dificuldades que incluem a falta de priorização dessa estratégia pela gestão e organização de ambos cenários, divulgação deficiente dos serviços, além dos conflitos existentes nessa relação entre distintos atores e predominância de interesses hegemônicos. A academia parece visualizar o serviço de saúde como um local de prática para os estudantes, com pouco vislumbre a transformação dos processos de atenção à saúde (KUABARA *et al*, 2014).

Como explicam Andrade, Boehs, Boehs (2015), as expectativas dos docentes giram em torno de requisitos para a aprendizagem dos alunos, tais como profissionais acessíveis, que recebam os alunos com atenção e permitam a interação com a equipe local. Por outro lado, os enfermeiros assistenciais entendem que, para docentes e alunos, a unidade é apenas um campo de estágio, e, para a equipe, é um campo de trabalho. Reiteram, também, que muitos integrantes da equipe da unidade de saúde esperam que os estudantes, de certa forma, devam ajudar a suprir a falta de profissionais.

### **5.3 Limitações do estudo**

O presente estudo buscou contribuir para discussões em relação a integração ensino-serviço dentro dos cursos de Medicina, por meio da percepção de discentes, usuários e profissionais de saúde. No entanto, este trabalho não permite generalizar os resultados. Os dados coletados dizem respeito somente à percepção de estudantes de Medicina do 5º período do Curso de Medicina da UFSJ, profissionais de saúde da unidade básica de saúde do bairro Pacu e comunidade do município de Tiradentes/MG.

Vale ressaltar no presente estudo ter havido uma dificuldade inicial durante as entrevistas para adequação da linguagem a cada núcleo da entrevista - discentes, profissionais

de saúde e comunidade. As perguntas eram semelhantes, mas a linguagem usada precisou ser modificada após projeto-piloto para melhor compreensão e qualidade das entrevistas. A pouca instrução e pacientes advindos da zona rural foi um dos limitantes no projeto. Além disso, o fato do entrevistador ser o discente responsável pelo projeto e ambulatório de pequena cirurgia em Tiradentes pode ter sido um fator de inibição ou constrangimento por parte dos profissionais e os discentes entrevistados, embora no começo de cada entrevista fosse explicado a importância de apresentar tanto os pontos positivos quanto os negativos para a melhoria do serviço e caracterização do mesmo em documentos.

Contudo, ressaltamos haver também pontos positivos dessa situação que facilitou o processo de análise de conteúdo das entrevistas como o fato do discente conhecer o serviço, os profissionais que ali estão e os alunos e os pacientes que passaram pela disciplina, permitindo com isso, uma maior compreensão da fala e dos sentimentos de cada um, através da vivência nas relações docente-discente, docente-discente-profissional de saúde e docente-discente-paciente/comunidade.

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo se deteve nos aspectos da integração ensino-serviço que contribuem para a universidade, serviços de saúde e comunidade, as suas dificuldades e os seus desafios através da percepção dos discentes, usuários e profissionais de saúde, no contexto da disciplina prática Cirurgia Ambulatorial e Projeto de Extensão sobre Câncer de Pele do curso de Medicina da UFSJ, realizada na Unidade Básica de Saúde, UBS PACU, comunidade do município de Tiradentes/MG.

Foi possível perceber que a IES foi um fator de melhoria da qualidade do trabalho na Atenção Primária. Houve um aumento na satisfação profissional e motivação por parte da equipe local. Os estudantes puderam vivenciar o trabalho em equipe, experimentando o trabalho multiprofissional e vivenciando os impasses dos conflitos e diferenças que precisam ser superadas para que se realize a assistência ao paciente. A presença da universidade pode atuar como fator de motivação profissional para os profissionais, reduzindo o isolamento desses. Foi observado também que a presença da universidade propiciou melhorias na qualidade do atendimento, visto que os usuários terão acesso a procedimentos, realizados ou supervisionados por especialista, com mais rapidez e segurança.

Nossos resultados identificaram também que a IES propiciou maior e melhor qualificação profissional. Os profissionais das equipes locais relataram ampliação do conhecimento e estímulo ao estudo. Em seus relatos, esses atores enfatizaram as trocas de experiência, maior facilidade e segurança no trabalho com a presença da universidade no local.

Os estudantes puderam contar com uma formação contextualizada, percebendo a influência do contexto na relação médico paciente e aprimoraram habilidades empáticas, culturais e comunicacionais. Puderam perceber que procedimentos considerados especializados podem ser realizados no âmbito da APS e que isso favorece a continuidade e o vínculo. Essa proximidade contribui para que o graduando possa se munir de experiências que o auxiliem, posteriormente na prática.

A experiência em cenário real foi imprescindível para o aperfeiçoamento da formação do discente, indo ao encontro das DNC. Nesse contexto eles puderam conhecer os problemas mais prevalentes, as necessidades de saúde da população, e agir de forma técnica, mas também humanizada. Os profissionais perceberam a IESC como uma oportunidade de educação permanente, reconhecendo como importantes as capacitações realizadas no contexto da disciplina, além da possibilidade de reflexão sobre a sua própria prática.



A IES foi entendida como fonte de realização pessoal, tanto por parte dos alunos e profissionais como dos usuários. A possibilidade de resolver problemas ligados a lesões dermatológicas trouxe ao paciente autoestima, motivação, confiança, segurança e o autocuidado. Esse resultado provoca reflexões que vão impactar na construção da identidade profissional e na formação do médico. A presença da universidade também propiciou maior satisfação com a própria prática por parte dos profissionais das equipes locais.

A experiência de IESC propiciou aumento na qualidade da Atenção Primária à Saúde. Houve o reconhecimento de impacto na resolubilidade da atenção básica com a realização dos procedimentos cirúrgicos nesse ponto do sistema. A presença da IESC na UBS Pacu do município de Tiradentes vem contribuindo para resolver as necessidades de saúde dos seus usuários, bem como uma maior adesão aos serviços ofertados a partir dos relatos que mostraram aumento do número de atendimentos na unidade, maior acesso ao serviço pelos pacientes da zona rural, possibilidade de ter um ambulatório de pequenas cirurgias dentro da unidade com conseqüente diminuição dos encaminhamentos e demanda reprimida, maior acolhimento da equipe e mais segurança, confiança e conforto para os pacientes com a solução dos problemas de forma mais próxima ao seu local de moradia. Todos os informantes perceberam, mas em especial, os usuários, o aumento do acesso aos procedimentos como algo positivo. O aumento das ações de rastreamento e a implementação de fluxos de atendimento foram percebidas como melhorias na administração dos serviços, mesmo com as históricas dificuldades de infraestrutura, que não são alteradas com a IESC.

Os alunos expressam que a aprendizagem em cenário real propiciou ampliação da compreensão do funcionamento do Sistema Único de Saúde e da atenção primária, dando concretude ao aprendizado teórico. Dessa forma, vivenciar a dinâmica do dia a dia do sistema, seus fluxos e instrumentos de gestão, possibilitou o conhecimento dos princípios do SUS na prática, indo ao encontro, mais uma vez, do preconizado pelas DCN. A prática da cirurgia numa Unidade Básica propiciou que os alunos percebessem a importância da APS integral e resolutive, realizada próxima à realidade do usuário, trazendo impacto nos custos e acesso ao paciente.

O nosso estudo também identificou que a IESC não se dá sem dificuldades, que precisam ser superadas para que os seus inúmeros benefícios sejam vivenciados. Foram apontados como impasses do serviço de saúde a infraestrutura, como as limitações de espaço físico, muitas vezes disputado com os profissionais de saúde e materiais e insumos, nem sempre disponíveis em quantidade e rotatividade. A rotatividade dos profissionais de saúde nas Unidades Básicas apareceu também como dificultador do desenvolvimento das atividades,

fazendo com que novas negociações tivessem que ser estabelecidas. Há a percepção de que a rotina de trabalho dos profissionais é afetada pelas necessidades da disciplina, aflorando conflitos e estranhamentos. Essas dificuldades costumam ser justificadas pela sobrecarga de trabalho e número insuficiente de profissionais para atender às necessidades da Universidade, demandando que, a cada início de semestre, as pactuações precisassem ser refeitas. Por vezes foram identificados prejuízos advindos do pouco conhecimento e divulgação das atividades da disciplina, dentre usuários e até mesmo no meio dos profissionais do município, que poderiam beneficiar mais pessoas. Por fim, mesmo reconhecendo os inúmeros benefícios da IESC, há também relatos de incômodo por parte dos usuários de serem atendidos por alunos de graduação.

O estudo também identificou que as dificuldades do trabalho em equipe permanecem como desafios. Faz-se necessário romper com a percepção de que, para os alunos, a unidade de saúde é apenas um campo de estágio, sendo espaço de trabalho apenas para a equipe local. A Unidade Básica de Saúde deveria ser entendida como local das práticas de promoção, prevenção e atenção à saúde, mas também espaço privilegiado de formação para o sistema de saúde.

Dessa forma, baseando-se nos nossos dados, podemos reconhecer que a Universidade, representada pela cirurgia ambulatorial e pelo projeto de extensão relacionado da UFSJ, inserida dentro da unidade básica de saúde no município de Tiradentes foi importante ao núcleo de discentes, profissionais de saúde e comunidade locais. Além disso, contemplou a tendência dos currículos de Medicina e das novas diretrizes curriculares, da formação no contexto do Sistema Único de Saúde, assim como o aprendizado do trabalho em equipe.

A experiência de um serviço especializado de cirurgia ambulatorial no cenário das unidades básicas de saúde se revelou importante para o desenvolvimento e resolubilidade nos serviços do SUS e para o atendimento das reais necessidades da população. A pesquisa trouxe ainda elementos que mostram a efetividade da integração ensino-serviço como desenvolvimento da saúde em Tiradentes, maior estímulo a atualização e aperfeiçoamento profissional dos profissionais no local e conhecimento do funcionamento e perfil do usuário do SUS pelos alunos.

A percepção dos diferentes atores que vivenciam a IESC revela afinidade com o perfil profissional e com as habilidades comuns e competências recomendadas nas DCNs dos cursos de graduação da área da saúde. Faz-se necessário buscar soluções que minimizem as dificuldades encontradas para que a IESC se efetive como espaço para a efetivação das DCN e para se alcançar o perfil profissional proposto nos marcos regulatórios da graduação em

saúde e da atenção no SUS ao possibilitar uma formação em saúde identificada com as DCNs e, simultaneamente, um cuidado integral a partir de práticas inovadoras de ensino-pesquisa e extensão realizadas nos cenários do SUS em seus territórios.

A cirurgia ambulatorial na atenção primária oferece vantagens aos pacientes como individualização do cuidado, alteração mínima da rotina do paciente e da família, redução do risco de infecção hospitalar, redução da incapacidade física com retorno mais rápido ao trabalho, morbidade e mortalidade menores; e também para o sistema de saúde como redução dos custos e maior disponibilidade de leitos hospitalares. O sucesso da cirurgia ambulatorial na atenção primária à saúde depende da integração da equipe multiprofissional e de protocolos rigorosos de seleção dos pacientes e também da sistematização das condutas.

Para que as UBS possam realizar de forma adequada os procedimentos descritos e garantir a resolubilidade dos serviços é imprescindível que, além de profissionais adequados, tenham estrutura física adequada e sejam equipados com materiais e insumos que estejam disponíveis durante o atendimento, bem como apoio do governo com recursos e estímulo a equipe multiprofissional da APS, o que nem sempre está presente. A percepção de cada setor neste serviço possibilita o conhecimento das dificuldades e avanços para que venha novas ideias e propostas e que a cirurgia ambulatorial ganhe importância neste setor e se torne cada vez mais presente nos serviços de saúde e currículo para formação médica.

## **7 IMPRESSÕES PESSOAIS**

Sempre fui uma profissional guiada pela ciência e dados não subjetivos e palpáveis, mas minha experiência com este trabalho acredito que tenha me tornado mais sensível a algumas situações e me acrescentou em muito não só como professora, mas sobretudo como mãe. E me fez entender dentre outras coisas o importante papel de um professor na vida, pensamentos e experiências de cada aluno. Além disso me levou a compreensão de que um bom trabalho quantitativo numa área tão subjetiva que é a educação em saúde precisaria antes de qualquer coisa de um bom trabalho qualitativo que desse subsídios, promovesse suposições e fossem parâmetros sobre o assunto para futuras ideias e pesquisas quantitativas.

## 8 APLICABILIDADE

Esta dissertação tem potencial de influenciar o cenário atual porque está inserida em um contexto atual e muito relevante que é entender o funcionamento, a integração ensino serviço comunidade no cenário do país através da percepção dos alunos, profissionais de saúde e usuários sobre essa relação, suas vantagens e desvantagens e otimizar a partir disso, a fim de que os impasses e desafios possam ser superados e alcançados respectivamente, principalmente no cenário de escassez de estudos na literatura atual sobre a percepção dos usuários e comunidades na IESC.

Ainda, o relato de uma experiência de um serviço de cirurgia ambulatorial e projeto de Ca de pele (atenção secundária) dentro de uma unidade de saúde do município de Tiradentes-MG, mostra seu modelo de funcionamento e os benefícios alcançados dentro da comunidade e na formação médica pode contribuir para instigar outros docentes a avaliarem a possibilidade de implantar este serviço nas unidades de saúde e até aprimorar e incentivar de forma mais contundente a cirurgia ambulatorial na formação do médico generalista.

Em meio a isto e com os resultados obtidos em mãos, pretende-se com este trabalho expor aos setores envolvidos através de uma reunião entre universidade, comunidade e gestores locais a necessidade de se ampliar o número de salas para pequenas cirurgias, planejar melhor a disposição dos equipamentos cirúrgicos na sala, rever necessidade de instrumentais cirúrgicos específicos, além de negociar a contratação de mais funcionários locais. Compreende-se que essas medidas possam otimizar o serviço e melhorar a qualidade do trabalho por meio de maior número de pequenas cirurgias, maior qualidade ao procedimento cirúrgico em si, bem como maior conforto a todos os usuários, alunos, professores e funcionários locais. Essas alternativas responderiam às dificuldades mostradas pela presente pesquisa quanto a infraestrutura e rotatividade dos profissionais de saúde.

Em relação a alguns relatos de incômodo por parte dos usuários de serem atendidos por alunos, mesmo que em sua minoria, torna-se fundamental reavaliar como estão sendo fornecidas as informações necessárias sobre a atividade docente-assistencial desenvolvida no local pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem no momento da marcação, bem como pelos alunos e professores no momento da primeira consulta. Após isso, caberia padronizar essas informações, além de disponibilizar um material informativo a todos os usuários que dessem conta de desmistificar os receios dos usuários.

## REFERÊNCIAS

- ADLER, M. S.; GALLIAN, D. M. C. Formação médica e Serviço Único de Saúde: Propostas e Práticas Descritas na Literatura Especializada. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 3, p. 388-396, 2014.
- AGUIAR, R. A. T. **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**. 2003. 166 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.
- ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A Integração Ensino-Serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.
- ALMEIDA, F. C. M. *et al.* Avaliação da inserção do estudante na Unidade Básica de Saúde: visão do usuário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 33-39, 2012.
- ALVES, A. N. O. *et al.* A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRJ. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, p. 555-561, 2009.
- AMORE FILHO, E. D.; DIAS, R. B.; TOLEDO JUNIOR, A. C. C. Ações para a retomada do ensino da humanização nas escolas de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 14-28, 2018.
- ANDRADE, S. R.; BOEHS, A. E; BOEHS, C. G. Percepções de enfermeiros docentes e assistenciais sobre a parceria ensino-serviço em unidades básicas de saúde. **Interface: Comunicação em saúde**, v. 19, n. 54, p.537-547, 2015.
- AZEVEDO, P. T. A. C. C. *et al.* Motivação Intrínseca do Estudante de Medicina de uma Faculdade com Metodologia Ativa no Brasil: Estudo Transversal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.43, n.1, p.24-35, 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da colaboração interprofissional. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1365-1376, 2018.
- BELTRANE, R. L. **A formação do médico: Um debate à luz das diretrizes curriculares nacionais**. 2006. 218f.. Tese (Doutorado em Educação), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), São Paulo, 2006.
- BENBASSAT, J.; BAUMAL, R. What is empathy, and how can it be promoted during Clinical Clerkships? **Academic Medicine**, v. 79, n. 9, p. 832-9, 2004.
- BEZERRA, D. F. *et al.* A dor e delícia do internato de atenção primária em saúde: desafios e tensões. **ABCS Health Sci**, São Paulo, v. 40, n. 3, set. 2015.

BRANDÃO, E. R. M.; ROCHA, S. V.; SILVA, S. S. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 573-577, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE /CES 4/2001. **Diário oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 38, nov. 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de secretários de Saúde (CONASS). **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em medicina**. Brasília, 2014a. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category\\_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192). Acessado em: 24 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação de enfermagem, medicina e odontologia à Diretrizes Curriculares Nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 317-332, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais médicos 2 anos: Mais Saúde para os Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Informativo: Detecção Precoce**, Brasília, DF, Boletim ano 7, n. 3, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. Portaria Interministerial n 1.127, em 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015c, n. 148, seção 1, pág. 193-5.

BRASIL. Ministério da saúde. **Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em saúde. **A educação permanente entra na roda**. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional da humanização**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2019.

BRASIL. Resolução CNE/CES 3/2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 8-11, jun. 2014b.

BREHMER, L.; RAMOS, F. R. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 228-37, 2014.

CALDEIRA E. S.; LEITE M. T. S.; RODRIGUES-NETO J. F. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 477-485, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-194, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: diretrizes. **Cadernos da ABEM**, v. 3, pp. 6-10, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>. Acesso em: outubro 2019.

CARRARO, B. *et al.* A mudança comportamental da população após a conscientização dos riscos do câncer do tipo melanoma. **Revista em Educação e Saúde**, v. 7, suplemento 1, p. 60-63, 2019.

CARVALHO, S. B. O.; DUARTE, L. R.; GUERRERO, L. R. Parceria Ensino e Serviço em Unidade Básica de Saúde como cenário de Ensino-Aprendizagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 123-144, jan./abr. 2015.

CASARI, C. **Influência da Motivação no processo de ensino-aprendizagem**. 2014. 44p. Monografia (Aprimoramento em Psicopedagogia Clínica) CRH/SES-SP e FUNDAP, Ribeirão Preto, 2014.

CASTILHO, I. G.; SOUSA, M. A. A.; LEITE, R. M. S. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 2, 2010.

CAVALCANTE, T. M. *et al.* Uma experiência de integração ensino, serviço e comunidade de alunos do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de Maceió. **Revista Ciência Plural**, Maceió, v. 3, n. 3, p. 69-80, 22 abr. 2018.

COSTA F. D.; AZEVEDO R. C. S. Empatia, Relação Médico Paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.2, p.261-269, 2010.

DAMARZO, M. M. P. *et al.* Diretrizes para o ensino na atenção primária a saúde na graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 143-8, 2012.

DAVIS, M. H. **Empathy: A Social Psychological Approach**. Madison: Brown and Benchmark Publishers, 1994.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.



FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUERA, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica a saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 52-9, 2007.

FRANCISCHINI, A. C.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. **Investigação**, [S. l.], v. 8, n. 1-3, p. 25-32, jan./dez., 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

GANDARILLAS, A. Switch from p53 to MDM2 as differentiating human keratinocytes lose their proliferative potential and increase in cellular size. **Oncogene**, v. 19, p. 3693-3705, 2000.

GERKEN, I. B. *et al.* Conhecimento e opinião dos pacientes sobre prática docente-assistencial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belo Horizonte, v. 37, n. 1, p. 66-71, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa – tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun., 1995.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011.

GONÇALVES, M. B.; MORAES, A. M. S. M. Inserção dos Alunos da Primeira Série do Curso de Medicina em Serviços de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, maio/ago. 2003.

GONÇALVES, M. B.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 33, n. 3, p. 493-504, 2009.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

GROSSEMAN, S.; STOLL, C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 301-308, 2008.

HADDAD, A. E. *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 03-04, Mar. 2012.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. Cuidado: as fronteiras da integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 10, n. 3, pp. 784-785, 2005.

JUNQUEIRA, S. R. **Competências profissionais na estratégia saúde da família e o trabalho em equipe**. São Paulo: UNIFESP, 2008. Disponível em: [www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_9.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf). Acesso em: 22 de janeiro de 2019.

KUABARA, C. T. M. *et al.* Integração Ensino e Serviços de Saúde: Uma revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**. [S. l.], v. 18, n. 1, p. 195-201, 2014.

LAMPERT, J. B. O papel da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) no processo de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. STREIT, D. *et al.* (org.). **Educação Médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: ABEM, 2012.

LARSON, E. B. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician Relationship. **American Medical Association - JAMA**, v. 293, n. 9, p. 1100-6, 2005.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 66-73, 2018.

MARIN, M. J. S. *et al.* A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciência de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 967-974, 2014.

MASSOTE, A.W.; BELISÁRIO, S.A.; GONTIJO, E.D. Atenção Primária como Cenário de Prática na Percepção de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação médica**, v. 35, n. 4, p. 445-453, 2011.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

MENEZES, V. A. *et al.* Conhecimento de universitários sobre o Sistema Único de Saúde. **Revista da Faculdade de odontologia**, Passo Fundo, v. 17, n. 2, p. 181-189, 2012.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. MINAYO M. C. S.; ASSIS S. G.; SOUZA E. R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Práticas de ensino aprendizagem com base em cenários reais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 69-79, 2010.

MOREIRA, S. N. T.; VASCONCELLOS, R. L. S.; HEALTH, N. Estresse na formação médica: como lidar com essa realidade? **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 39, n. 4, p. 558-564, 2015.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E. A concepção pedagógica e as Diretrizes Curriculares Nacionais: interface da área de educação e da saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes da Saúde da Família. MOYSÉS, S.T.; KRYGER, L.; MOYSES, S.J. **Artes Médicas**, São Paulo, p.268-76, 2008.

MOURÃO, M. G. M. *et al.* Metodologias ativas na graduação médica. **Motricidade**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 875-881, 2012.

OLIVEIRA, N. A. *et al.* Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008.

OLIVEIRA, P. R.; FAVORETO, C. A. O. análise da realização da cirurgia ambulatorial na perspectiva da qualificação e resolubilidade do cuidado prestado pelo médico de família e comunidade na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1864, 2019.

OLIVEIRA, R. Z.; GONÇALVES, M. B.; BELLINI, L. M. Acadêmicos de Medicina e Suas Concepções sobre “Ser Médico”. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 35, n. 3, p. 311-318, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 32, n. 4, p.492-499, 2008.

PEDROSA, I. C. F; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências na infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepção de enfermeiros. **Ciência e Cuidado da Saúde**, v.10, n.1, p. 058-065, 2008.

PEREIRA, G. A.; STADLER, A. M. U.; UCHIMURA, K. Y. O olhar do estudante de medicina sobre o Sistema Único de Saúde: A influência de sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 57-66, 2018.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, [S. l.], v. 8, p. 68-87, ago. 2006.

PIZZINATO, A. *et al.* A Integração Ensino-Serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 2, p:170-177, 2012.

POPIM, R. C.; CORRENTE, J. E.; MARINO, J. A. G; DE SOUZA, C. A. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciência e saúde coletiva**, v. 13 n. 4. Rio de Janeiro, 2008.

RIBEIRO, L. R.; MARQUES, E. K. A importância da mutagênese ambiental na carcinogênese humana. RIBEIRO, L. R.; SALVADORI, D. M. F.; MARQUES, E. K., (org.). **Mutagênese ambiental**, Canoas: ULBRA, 2003.

RIBEIRO, M. F.; FREITAS, L. S.; BARATA, J. M. L. A avaliação de estudantes de medicina de uma faculdade de Belo Horizonte, em relação ao processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. **Revista Médica de Minas Gerais**. [S. l.], v. 28, p. 1-7, 2018.

SAMPAIO, L. F. R.; MENDONÇA, C. S.; TURCI, M. A. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: SBMFC – Princípios, Formação e Prática**. Artmed, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: SBMPF, 2015. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca\\_em\\_saude/006\\_material\\_saude\\_curriculo\\_competencias\\_mfc.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/006_material_saude_curriculo_competencias_mfc.pdf). Acessado em 28 de novembro de 2019.

SOUSA-MUNOZ, R. L. *et al.* Opinión de los pacientes sobre su participación en la enseñanza práctica de medicina en un hospital universitario de Brasil. **Educación médica**, João Pessoa, v. 14, n. 1, p. 35-37, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

STOCK, F. S.; SISSON, M. C.; GROSSEMAN, S. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 36, n. 1, p. 5-13, 2012.

TRIGUEIRO, M. G. S. **O clone de prometeu – A biotecnologia no Brasil: uma abordagem para avaliação**. Brasília: UNB, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI. **A UFSJ**. São João del-Rei, 2017. Disponível em: [https://ufsj.edu.br/dplag/a\\_ufsj.php](https://ufsj.edu.br/dplag/a_ufsj.php). Acesso em: 22 set. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI. **Histórico Institucional**. São João del-Rei, 2017. Disponível em: [https://ufsj.edu.br/dplag/historico\\_institucional.php](https://ufsj.edu.br/dplag/historico_institucional.php). Acesso em: 22 set. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da UFSJ: Campus Dom Bosco em São João del-Rei**. São João del-Rei, 2016. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/cmedi/PPC%20FINAL%20DO%20CURSO%20DE%20MEDICINA%20-%20REVISADO%2006-09-2018.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da UFSJ: Campus Dom Bosco em São João del-Rei**. São João del-Rei, 2016. Disponível em: <https://ufsnj.edu.br/portal2-repositorio/File/cmedi/PPC%20FINAL%20DO%20CURSO%20DE%20MEDICINA%20-%20REVISADO%2006-09-2018.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI. **O Curso de Medicina**. São João del-Rei, 2020. Disponível em: [https://ufsj.edu.br/cmedi/curso\\_de\\_medicina.php](https://ufsj.edu.br/cmedi/curso_de_medicina.php). Acesso em: 22 set. 2019.

VIEIRA, S. P. *et al.* A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a atenção primária à saúde. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 189-207, 2018.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 24, n. 3, pp. 414-418, 2011.

## APÊNDICES

### **Apêndice A - Termo de Consentimento livre e esclarecido para profissionais de saúde das Unidades de Saúde do município de Tiradentes**

O Sr./Sra. Está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Percepções de usuários e profissionais de saúde sobre a parceria ensino-serviço da Universidade Federal de São João del-Rei em unidades básicas de Saúde no município de Tiradentes: um relato de experiência na Cirurgia Ambulatorial” desenvolvido pela UNIFENAS em parceria com Universidade Federal de Juiz de Fora sob orientação das professoras Ludmila Leite S. Vaz de Mello e Maria Aparecida Turci.

O objetivo central deste projeto é analisar as características da integração ensino-serviço que contribuem para a universidade, serviços de saúde e comunidade, as suas dificuldades e os seus desafios a partir de um relato da experiência da UFSJ (Universidade Federal de São João del-Rei) através do ambulatório de cirurgia ambulatorial nas unidades de saúde em Tiradentes-MG e do projeto de extensão intitulado “Prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento do Câncer de Pele” e percepção dos discentes(?), usuários e profissionais de saúde

O convite à participação se deve ao Sr/Sra ser profissional de saúde das unidades mistas de saúde de Tiradentes-MG no período de fevereiro/maio de 2018 a junho/agosto de 2019. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos meios de contato explicitados neste termo

No presente estudo, o Sr./Sra. será identificado pelas iniciais do seu nome, bem como um número que será intransferível e será feito uma entrevista que será gravada com perguntas padronizadas elaboradas pelos pesquisadores. O tema dessas perguntas é a Integração Ensino – Serviço – Comunidade, o que a universidade inserida dentro das unidades básicas de saúde trouxe aos profissionais de saúde sob alguns aspectos como: satisfação, motivação dos

profissionais para trabalho em equipe, ampliação do conceito de saúde e conhecimento do Sistema Único de Saúde, resolubilidade da atenção básica, estímulo ao aperfeiçoamento profissional/formação em serviço (ampliação dos currículos dos profissionais) educação permanente, vínculos, boas relações, segurança para as equipes de saúde. Ainda, sobre o funcionamento da unidade na presença do aluno, a responsabilidade e compromissos dos docentes e alunos frente as necessidades locais e o conhecimento do currículo graduação médica e se houve melhoria nos recursos locais em termos de material e local de atendimento/ organização e infraestrutura.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme resolução 466/12 e orientações do CEP, sendo após esse prazo, apagados. A sua contribuição é importante, pois ajudará a análise da Integração Ensino – Serviço – Comunidade nos locais de trabalho, nas unidades básicas de saúde de Tiradentes. Os resultados gerais poderão ser divulgados em artigos científicos e na Dissertação/Tese.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em pesquisa, Unifenas. O comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

UNIFENAS – Comitê de Ética. Tel: (35) 3299-3137. E-mail: [comitedeetica@unifenas.br](mailto:comitedeetica@unifenas.br).  
Endereço: Sala do Cep, Unifenas. Se desejar consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em pesquisa (Conep): tel: (61)3315-5878/ (61)3315-5879 e [mail:conep@saude.gov.br](mailto:mail:conep@saude.gov.br)

## **Apêndice B - Termo de Consentimento livre e esclarecido para usuários do Sistema Único de Saúde nas unidades de saúde do município de Tiradentes**

O Sr./Sra. Está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Percepções de usuários e profissionais de saúde sobre a parceria ensino-serviço da Universidade Federal de São João del-Rei em unidades básicas de Saúde no município de Tiradentes: um relato de experiência na Cirurgia Ambulatorial” desenvolvido pela UNIFENAS em parceria com Universidade Federal de Juiz de Fora sob orientação das professoras Ludmila Leite S. Vaz de Mello e Maria Aparecida Turci.

O objetivo central deste projeto é analisar as características da integração ensino-serviço que contribuem para a universidade, serviços de saúde e comunidade, as suas dificuldades e os seus desafios a partir de um relato da experiência da UFSJ (Universidade Federal de São João del-Rei) através do ambulatório de cirurgia ambulatorial nas unidades de saúde em Tiradentes-MG e do projeto de extensão intitulado “Prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento do Câncer de Pele” e percepção dos discentes(?), usuários e profissionais de saúde

O convite à participação se deve ao Sr/Sra ser usuário dos serviços de saúde SUS nas unidades de saúde e ser da comunidade do município de Tiradentes no período de fevereiro/maio de 2018 a junho/agosto de 2019. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos meios de contato explicitados neste termo

No presente estudo, o Sr./Sra. será identificado pelas iniciais do seu nome, bem como um número que será intransferível e será feito uma entrevista que será gravada com perguntas padronizadas elaboradas pelos pesquisadores. O tema dessas perguntas é a Integração Ensino – Serviço – Comunidade, o que a universidade inserida dentro das unidades básicas de saúde trouxe aos usuários dos serviços de saúde e comunidade sob alguns aspectos como: Número de atendimentos a comunidade (aumento do acesso), Resolubilidade da atenção básica,



Campanhas educativas, Relação médico e estudantes com comunidade, Vínculos, boas relações, Organização e infraestrutura, Melhoria da atenção à saúde, Satisfação

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme resolução 466/12 e orientações do CEP, sendo após esse prazo, apagados. A sua contribuição é importante, pois ajudará a análise da Integração Ensino – Serviço – Comunidade nos locais de trabalho, nas unidades básicas de saúde de Tiradentes. Os resultados gerais poderão ser divulgados em artigos científicos e na Dissertação/Tese.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em pesquisa, Unifenas. O comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

UNIFENAS – Comitê de Ética. Tel: (35) 3299-3137. E-mail: [comitedeetica@unifenas.br](mailto:comitedeetica@unifenas.br).  
Endereço: Sala do Cep, Unifenas. Se desejar consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em pesquisa (Conep): tel: (61) 3315-5878/ (61) 3315-5879, e-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

### **Apêndice C - Termo de Consentimento livre e esclarecido para Discentes**

O Sr./Sra. Está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Percepções de usuários e profissionais de saúde sobre a parceria ensino-serviço da Universidade Federal de São João del-Rei em unidades básicas de Saúde no município de Tiradentes: um relato de experiência na Cirurgia Ambulatorial” desenvolvido pela UNIFENAS em parceria com Universidade Federal de Juiz de Fora sob orientação das professoras Ludmila Leite S. Vaz de Mello e Maria Aparecida Turci.

O objetivo central deste projeto é analisar as características da integração ensino-serviço que contribuem para a universidade, serviços de saúde e comunidade, as suas dificuldades e os seus desafios a partir de um relato da experiência da UFSJ (Universidade Federal de São João del-Rei) através do ambulatório de cirurgia ambulatorial nas unidades de saúde em Tiradentes-MG e do projeto de extensão intitulado “Prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento do Câncer de Pele” e percepção dos discentes(?), usuários e profissionais de saúde

O convite à participação se deve ao Sr/Sra ser discente na disciplina cirurgia ambulatorial ou bolsista do projeto de extensão “Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de pele no município de Tiradentes” nas unidades mistas de saúde de Tiradentes, MG, no período de fevereiro 2018 a fevereiro de 2019. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos meios de contato explicitados neste termo

No presente estudo, o Sr./Sra. será identificado pelas iniciais do seu nome, bem como um número que será intransferível e será feito uma entrevista que será gravada com perguntas padronizadas elaboradas pelos pesquisadores. O tema dessas perguntas é a Integração Ensino-serviço-comunidade, o que a universidade inserida dentro das unidades básicas de saúde trouxe aos profissionais de saúde sob alguns aspectos como: satisfação, motivação dos profissionais para trabalho em equipe, ampliação do conceito de saúde e conhecimento do

Sistema Único de Saúde, resolubilidade da atenção básica, estímulo ao aperfeiçoamento profissional/formação em serviço (ampliação dos currículos dos profissionais)/ educação permanente, vínculos, boas relações, segurança para as equipes de saúde. Ainda, sobre o funcionamento da unidade na presença do aluno, a responsabilidade e compromissos dos docentes e alunos frente as necessidades locais e o conhecimento do currículo graduação médica e se houve melhoria nos recursos locais em termos de material e local de atendimento/ organização e infraestrutura.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme resolução 466/12 e orientações do CEP, sendo após esse prazo, apagados. A sua contribuição é importante, pois ajudará a análise da Integração Ensino – Serviço – Comunidade nos locais de trabalho, nas unidades básicas de saúde de Tiradentes. Os resultados gerais poderão ser divulgados em artigos científicos e na Dissertação/Tese.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em pesquisa, Unifenas. O comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

UNIFENAS – Comitê de Ética. Tel: (35) 3299-3137. E-mail: [comitedeetica@unifenas.br](mailto:comitedeetica@unifenas.br).  
Endereço: Sala do Cep, Unifenas. Se desejar consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em pesquisa (Conep): tel: (61) 3315-5878/ (61) 3315-5879 e-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

## Apêndice D – Roteiro de entrevista

### Para os profissionais de saúde

O que a universidade inserida dentro do serviço de atenção primária nos pontos de saúde de Tiradentes trouxe a vcs em relação (ou: é efetiva e de qualidade quando contribui para... / as perspectivas, percepção sobre o alcance dos objetivos e problemas na parceria...)

1. Satisfação
2. Motivação dos profissionais para trabalho em equipe
3. Ampliação do conceito de saúde e conhecimento do Sistema Único de Saúde
4. Resolubilidade da atenção básica
5. Número de atendimentos a comunidade
6. Estimulo ao aperfeiçoamento profissional/Formação em serviço (ampliação dos currículos dos profissionais) / Educação permanente
7. Funcionamento da unidade na presença do aluno
8. Responsabilidade e compromissos dos docentes e alunos frente as necessidades locais
9. Recursos locais em termos materiais, local de atendimento/ Organização e infraestrutura
10. Vínculos, boas relações
11. Mais segurança para as equipes de saúde
12. Conhecimento do currículo graduação médica

### Para os usuários dos serviços de saúde (comunidade/pacientes)

O que a universidade inserida dentro dos postos de saúde na comunidade trouxe a vocês em relação (ou: é efetiva e de qualidade quando contribui para. / as perspectivas, percepção sobre o alcance dos objetivos e problemas na parceria...)

1. Número de atendimentos a comunidade (aumento do acesso)
2. Resolubilidade da atenção básica
3. Campanhas educativas
4. Relação medico e estudantes com comunidade
5. Vínculos, boas relações
6. Organização e infraestrutura
7. Melhoria da atenção à saúde
8. Satisfação

Para os discentes

O que a universidade inserida dentro dos postos de saúde na comunidade trouxe a vocês em relação (ou: é efetiva e de qualidade quando contribui para. / as perspectivas, percepção sobre o alcance dos objetivos e problemas na parceria...)

1. Formação médica, com vistas à integração ensino-serviço, considerando a realidade social
2. Possibilidade de confronto entre teoria e prática
3. Conhecimento sobre o SUS/ ampliação do conceito de saúde
4. Experiência de trabalho com a comunidade
5. Capacidade de trabalhar em Equipe
6. Sensibilização para atuar como futuro profissional em unidades básicas de saúde

## ANEXO A – Aprovação do Conselho de Ética

UNIVERSIDADE JOSÉ  
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepções de discentes, usuários e profissionais de saúde sobre a integração ensino serviço e comunidade: um relato de experiência na cirurgia ambulatorial da Universidade Federal de São João Del Rei no município de Tiradentes

**Pesquisador:** Maria Aparecida Turci

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 03461518.1.0000.5143

**Instituição Proponente:** UNIFENAS-UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.066.082

**Apresentação do Projeto:**

Adequada.

**Objetivo da Pesquisa:**

Adequados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

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

Adequados

**Recomendações:**

Acrescentar no texto do Termo Informações básicas "riscos mínimos". Apesar de descritos, sugiro que adicione ao início do texto.

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

Nada digno de nota.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

UNIVERSIDADE JOSÉ  
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Continuação do Parecer: 3.066.082

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1260737.pdf	26/11/2018 19:57:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Ludmila_plataforma.pdf	26/11/2018 19:56:47	Maria Aparecida Turci	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento.pdf	26/11/2018 19:56:35	Maria Aparecida Turci	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_secretario.pdf	26/11/2018 19:52:49	Maria Aparecida Turci	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_chefe.pdf	26/11/2018 19:50:56	Maria Aparecida Turci	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_Ludmila.pdf	26/11/2018 19:46:03	Maria Aparecida Turci	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ALFENAS, 07 de Dezembro de 2018

Assinado por:  
**MARCELO REIS DA COSTA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br