

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS

Luame Ramos e Santos Soares

**A RELAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO MÉDICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA: a percepção
de gestores, profissionais e usuários do serviço de saúde**

Belo Horizonte

2021

Luame Ramos e Santos Soares

**A RELAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO MÉDICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA: a percepção
de gestores, profissionais e usuários do serviço de saúde**

**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.**

Orientador: Alexandre Sampaio Moura

Coorientador: Claudiojanes dos Reis

Linha de Pesquisa: Planejamento e Desenho de Currículo

Belo Horizonte

2021

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

61-057 (043.3)

S676r

Soares, Luame Ramos e Santos.

A relação entre formação médica e atenção primária: a percepção de gestores, profissionais e usuários do serviço de saúde. [manuscrito] / Luame Ramos e Santos Soares. -- Belo Horizonte, 2021.

90f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2021.

Orientador: Alexandre Sampaio Moura.

Coorientador: Claudiojanes dos Reis.

1. Educação Médica. 2. Formação Profissional. 3. Papel do Médico. 4. Relações Comunidade-Instituição. 5. Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde. I. Moura, Alexandre Sampaio. II. Título.

Bibliotecária responsável: Jéssica M. Queiroz CRB6/3254



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano

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

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretora de Pesquisa e Pós-graduação

Laura Helena Órfão

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

Coordenadora Adjunta do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Maria Aparecida Turci

Certificado de Aprovação

A RELAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO MÉDICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA: a percepção de gestores, profissionais e usuários do serviço de saúde

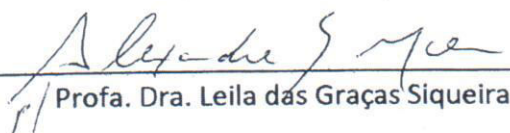
AUTOR: Luame Ramos e Santos Soares

ORIENTADOR: Prof. Dr. Alexandre Sampaio Moura

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



Prof. Dr. Alexandre Sampaio Moura


p/ Prof. Dr. Claudiojanes dos Reis


p/ Profa. Dra. Leila das Graças Siqueira


p/ Profa. Dra. Maria Aparecida Turci

Belo Horizonte, 30 de agosto de 2021.


Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Tolêdo Jr.
Coordenador do Mestrado Profissional
Em Ensino em Saúde
UNIFENAS

Dedico este trabalho aos meus pais, João Santos e Maria Arlete, exemplos de amor e dedicação. Ao meu marido Diosmar Soares, o amor da minha vida, pela compreensão e apoio.

A toda minha família, em especial meus irmãos: Andréa, Anderson e Leonardo; aos meus sobrinhos e afilhados; aos meus cunhados (as), em especial Arlenes Soares, e meus colegas da Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), incentivadores e admiradores do meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha saúde física, mental e espiritual, pela oportunidade e sabedoria para conseguir concluir esse mestrado;

Aos meus pais porque, apesar de minha ausência nesse período, sempre me incentivaram nos estudos por entenderem a importância da educação e me motivaram no seguimento da caminhada;

Ao meu marido Diosmar Soares pelo apoio, incentivo e compreensão nos momentos de ausência, pelo respeito e amor, indispensáveis para a conquista desse sonho;

Aos meus orientadores e incentivadores professores Alexandre Moura e Claudiojanes dos Reis por me ajudarem na realização do estudo;

A todos os voluntários que participaram das entrevistas, com contribuições e com disponibilidade de tempo;

Ao coordenador do mestrado o Prof. Antônio Toledo, pelo profissionalismo, atenção e compreensão dedicado a todos nós mestrandos;

A todos os professores do mestrado, por compartilharem seus conhecimentos e experiências;

A todos os colegas da coordenação de medicina da FUNORTE por me incentivarem a dedicar meu tempo para cumprimento do objetivo de me tornar mestre.

“Tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença”.

Osler

RESUMO

Introdução: a interface entre saúde e educação é essencial para a formação médica e, em razão disso, as instituições de ensino estão adequando seus currículos de forma a inserir o aluno nos serviços de saúde desde os primeiros períodos do curso. A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que valorizam o sistema público de saúde como cenário principal de formação médica e o ensino baseado na comunidade tornam imperativos a interação ensino-serviço e o desenho de um currículo voltado às necessidades de saúde da população. Compreender a percepção de diferentes atores e partes interessadas na interação ensino-serviço é fundamental para o planejamento e execução adequada das atividades previstas no currículo médico. **Objetivo:** analisar a relação entre a formação médica e a atenção primária em saúde na percepção de gestores, profissionais e usuários do serviço. **Metodologia:** estudo de natureza qualitativa com abordagem fenomenológica, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas individuais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com seis médicos, seis enfermeiros/gerentes e seis usuários. Entrevistou-se também o diretor de assistência à saúde e a coordenadora da atenção primária em saúde que atuam em um município do Norte de Minas Gerais. A análise dos dados foi feita pela técnica da análise de conteúdo baseada na categorização temática. **Resultados:** a interação ensino-serviço-comunidade mostra-se como uma importante estratégia para se alcançarem as mudanças apontadas pelas DCN na formação de profissionais médicos que atendam às necessidades sociais. O planejamento, a execução e a avaliação das ações desenvolvidas devem partir das necessidades de saúde local e incluir a participação de pessoas da comunidade, das equipes de saúde da família e da própria universidade em todas as suas etapas. Foi unânime na percepção dos entrevistados, em relação às características necessárias que definem o perfil do profissional, a formação pautada na humanização, no respeito à ética, que aplique a empatia para criar condições concretas para a formação de médicos capacitados ao cuidado integral, em todos os níveis de atenção. Para os gestores e profissionais é relevante a inserção dos estudantes nos serviços de saúde, desde o início do curso, uma vez que a vivência na atenção primária permite uma análise holística da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades além de torná-los mais resilientes. Para os usuários, a inserção dos estudantes nos campos de prática permitiu uma comunicação e aproximação mais eficazes com a equipe, atendimento mais acolhedor com responsabilidade ética e social com interesse a resolver a queixa do paciente. **Conclusão:** observa-se a necessidade de institucionalização da interação ensino-serviço-comunidade, bem como da valorização de iniciativas que dinamizem e flexibilizem o

ensino em atividades multiprofissionais e interdisciplinares, a fim de que haja o envolvimento de todos os atores – docentes, discentes, profissionais de saúde, usuários e gestores, bem como o compromisso de todas as instituições envolvidas na modificação da formação médica e na transformação dos processos de atenção à saúde.

Palavras-Chave: Educação Médica; Formação Profissional; Papel do Médico; Relações Comunidade-Instituição; Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: the interface between health and education is essential for medical training and, as a result, educational institutions are adapting their curricula in order to insert the student in the health services from the first periods of the course. The implementation of the National Curriculum Guidelines (DCN) which value the public health system as the main setting for medical training and the community-based on education that makes teaching-service interaction and the design of a curriculum geared to the population's health that needs imperative. Understanding the perception of different actors and those in the teaching-service interaction is essential for the proper planning and execution of the activities provided from the medical curriculum. **Objective:** analyzing the relationship between the medical education and the primary health care in the perception of service managers, professionals and users. **Methodology:** It is a qualitative study with a phenomenological approach, carried out through individual semi-structured interviews in the basic health units with six doctors, six nurses/managers and six users. The director of the health care and the coordinator of the primary health care who works in a municipality in the North of Minas Gerais who was also interviewed. Data analysis was performed by using the technique of analyzing content based on thematic categorization. **Results:** the teaching-service-community interaction is shown as an important strategy to achieve the changes pointed out by the DCN in the training of medical professionals who meet social needs. local health and include the participation of people from the community, family health teams and the university itself in all its stages. It was unanimous in the perception of the interviewees, in relation to the necessary characteristics which define the profile of the professional, training based on humanization, respect for ethics, applying for empathy to create concrete conditions for the training of physicians capable of comprehensive care, in all levels of attention. For managers and professionals, the inclusion of students in the health services from the beginning of the course is relevant, since the experience in primary care allows for a holistic analysis of the health of individuals, families and communities, in addition to making them more resilient. For the users, the inclusion of students in the fields of practice allows for more effective communication and approximation with the team, a more welcoming service with ethical and social responsibility, with an interest in resolving the patient's complaint. **Conclusion:** It is checked out that there is a need to institutionalize the teaching-service-community interaction, as well as the enhancement of initiatives that streamline and make teaching more flexible in multidisciplinary and interdisciplinary activities, so that there is the involvement of

all actors - teachers, students , health professionals, users and managers, as well as the commitment of all institutions involved in modifying medical training and transforming health care processes.

Key Words: Medical Education. Professional Training. Role of the Doctor. Community-Institution Relations. Needs and Demand for Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	-	Categorias e subcategorias definidas a partir das entrevistas com gestores, preceptores/médicos, gerentes/enfermeiros e usuários do SUS das ESFs selecionadas.....	40
----------	---	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Perfil sociodemográfico dos Profissionais de Saúde (médico e enfermeiro) e Gestores da SMS/MOC, Montes Claros, Brasil, 2021.....	38
Tabela 2	- Perfil sociodemográfico dos usuários da ESF na APS/MOC, Montes Claros, Brasil, 2021.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
COORD APS	Coordenadora da Atenção Primária à Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DIR AS	Diretor de Assistência à Saúde
EBC	Ensino Baseado na Comunidade
ENF	Enfermeiro (a)
EqSF	Equipe de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
GT	Grupo de Tutores
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS/FUNORTE	Instituto de Ciências da Saúde das Faculdades Unidas do Norte de Minas
INAMPS	Instituto Nacional Assistência Médica Previdenciária Social
MED	Médico (a)
MS	Ministério da Saúde
NDE	Núcleo de Docente Estruturante
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS/MOC	Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Único de Saúde Descentralizado
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Termo de Ciência da Instituição
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

UNESP

Universidade Estadual Paulista

USU

Usuário (a)

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	15
2	INTRODUÇÃO.....	16
2.1	A formação médica no Brasil.....	16
2.2	A relação da formação médica com a atuação profissional na atenção primária.....	23
2.3	Desafios e iniciativas da articulação ensino-serviço no âmbito da atenção primária.....	24
3	JUSTIFICATIVA.....	28
4	OBJETIVOS.....	29
4.1	Objetivo geral.....	29
4.2	Objetivos específicos.....	29
5	MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
5.1	Desenho do Estudo.....	30
5.2	Caracterização do local do estudo.....	30
5.3	Caracterização da População-alvo.....	32
5.4	Critérios de inclusão.....	33
5.5	Critérios de exclusão.....	34
5.6	Amostragem e Recrutamento.....	34
5.7	Procedimentos de coleta de dados.....	35
5.8	Análise dos dados.....	36
5.9	Aspectos Éticos.....	37
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
6.1	Perfil sociodemográfico dos participantes.....	38
6.2	Categorias de Análise.....	40
6.3	Categoria 1: As características do serviço e o perfil profissional.....	42
6.3.1	<i>Subcategoria 1.1: Características e demandas do serviço na Estratégia Saúde da Família.....</i>	42
6.3.2	<i>Subcategoria 1.2: Resolutividade diante das demandas da Estratégia Saúde da Família.....</i>	47
6.3.3	<i>Subcategoria 1.3: Perfil profissional e Competências para atuar no serviço.....</i>	52
6.4	Categoria 2: A importância da atenção primária à saúde na formação médica.....	57

6.4.1	<i>Subcategoria 2.1: Processo de Formação Médica e inserção do acadêmico no Serviço da atenção primária.....</i>	58
6.4.2	<i>Subcategoria 2.2: A prática na APS no processo Ensino-Aprendizagem.....</i>	63
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	67
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES.....	77
	ANEXOS.....	84

1 APRESENTAÇÃO

O tema desta dissertação, intitulada “A relação entre formação médica e atenção primária: percepção de gestores, profissionais e usuários do serviço de saúde”, originou-se da interligação da minha experiência como docente e membro da coordenação pedagógica do curso de graduação em medicina do Instituto de Ciências da Saúde das Faculdades Unidas do Norte de Minas (ICS/FUNORTE). O contato com o estudante e diversos profissionais de saúde além da observação da forma como desempenhavam suas atividades trouxeram muitos questionamentos referentes à formação.

O estudo foi viabilizado a partir da aproximação com o grupo de pesquisa coordenado pelo professor Claudiojanes dos Reis, coorientador neste trabalho. Esse grupo é composto por docentes e discentes da graduação em medicina e tem como intuito proporcionar uma análise a partir de diferentes olhares na formação médica para atuação na atenção primária à saúde.

Esta pesquisa teve como pergunta norteadora: qual a relação entre o serviço da atenção primária e a formação médica? Para tanto, buscou analisar a relação entre a formação médica e a Atenção Primária à Saúde (APS) na visão dos atores envolvidos, como gestores, profissionais de saúde e usuários do serviço. O estudo pode trazer contribuições para a sociedade a partir das informações obtidas e conclusões alcançadas, já que pode auxiliar na transformação dos processos formativos e contribuir para melhor formação do profissional médico, com impacto na melhoria dos serviços de saúde para atender às demandas da população.

2 INTRODUÇÃO

2.1 A formação médica no Brasil

O ensino superior no Brasil teve início apenas em 1808, fato que colocou as escolas brasileiras em relativo atraso temporal em relação a outros países da América Espanhola (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018). As primeiras escolas de medicina iniciaram-se nessa época, após a vinda da família real portuguesa, e foram criadas para atender às necessidades da corte, sem ligação com a demanda da população, a qual não era prioridade para as autoridades (PINHEIRO *et al.*, 2012).

As escolas cirúrgicas, em 1813, foram reorganizadas e elevadas à categoria de academias, com os egressos sendo considerados “formados em cirurgia”. Esses profissionais possuíam conhecimentos e técnicas ampliadas por um acréscimo de dois anos à formação acadêmica tradicional, caracterizando, dessa forma, a medicina como prática profissional diferenciada (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Em seguida, em 1829, foi fundada a Sociedade de Medicina, que deu origem, em 1832, às Faculdades de Medicina no país, com cursos com seis anos de duração. Em 1889, foi percebida uma mudança nessa concepção que começou com o advento da República e a chegada do modelo francês de ensino superior (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018), o qual se caracterizou pela formação de profissionais especializados (PAULA, 2009).

Já no século XX, o Brasil, em aproximação com os Estados Unidos da América, adotou a educação médica baseada no modelo proposto por Flexner em seu relatório de 1910 (ALMEIDA FILHO, 2010). Nesse modelo, há uma valorização do aspecto biológico e a fragmentação dos conhecimentos, não valorizando os demais determinantes sociais do processo saúde-doença (CHINI, 2015).

O Relatório Dawson apresenta as primeiras discussões sobre a APS, as quais datam de 1920, e propõe a organização do sistema de atenção à saúde do Reino Unido em diversos níveis sendo os serviços domiciliares, os centros de saúde primários e secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (SALVADOR, 2019).

Na década de 1960, o Ensino Baseado na Comunidade (EBC) foi adotado na formação de profissionais da saúde e tem sido formulado teórica e metodologicamente baseado nas discussões do projeto da medicina preventiva. Essa proposta de EBC constitui em uma técnica que permite uma abordagem educacional voltada à inserção de estudantes em cenários de prática real desde os anos iniciais dos cursos, principalmente em comunidades urbanas e/ou rurais e em serviços da Atenção Primária à Saúde. O planejamento, a execução e a avaliação das ações desenvolvidas consideram as necessidades de saúde local e incluem a participação de pessoas da comunidade, das equipes de saúde e da própria universidade em todas as suas etapas (VIEIRA; PINTO; MELO, 2018).

No Brasil, em oposição à Ditadura Militar, iniciou-se o movimento da Reforma Sanitária propondo mudanças e transformações na área da saúde, as quais conseguiram atingir todo o setor saúde, proporcionando que os médicos e demais profissionais dessa área pudessem buscar mais conhecimento e também integrar-se a discussões políticas para melhorar a saúde da população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Essa discussão sobre as mudanças no setor saúde foi intensificada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978 (MACHADO; DIAS, 2020). Na Declaração de Alma-Ata, a APS foi interpretada como uma estratégia central de organização do sistema de saúde mais equitativo, apropriado e efetivo para responder às necessidades de saúde apresentadas pela população que é usuária dos serviços de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Nessa concepção estava implícita a necessária relação dos serviços da APS com os demais serviços pertencentes ao sistema de saúde, o que influenciou na organização dos sistemas de saúde de todo o mundo. Também foram definidas duas características básicas da APS: a regionalização, em que os serviços de saúde devem ser organizados de forma a atender às necessidades de saúde de cada região, e a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (FAUSTO; MATTA, 2007).

No final da década de 70, iniciaram-se as primeiras experiências em atenção primária e começaram a ganhar visibilidade novas abordagens e formas de organização da atenção à saúde, em uma perspectiva dos serviços da APS integrados ao sistema de saúde local. Foram exemplos às experiências na organização dos serviços de saúde dos municípios de Campinas,

Londrina, Niterói, São Paulo e o projeto Montes Claros. Lançado em agosto de 1976 e formalmente vinculado ao Ministério da Saúde (MS), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) caracterizou-se como uma iniciativa de investimentos que tinha em vista a expansão da rede de Atenção Primária de Saúde em municípios do interior (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Neste contexto, em 1978, o governo federal editou um programa nacional de extensão da cobertura do PIASS, o qual foi bastante inspirado nessas experiências municipais, particularmente na experiência de Montes Claros (FAUSTO; MATTA, 2007). Montes Claros foi palco de transformações e recebeu atores imprescindíveis à construção do período da história que não deve ser extinto (SILVA *et al*, 2014).

A necessidade da reorientação dos serviços de saúde propunha o enfoque aos novos cuidados de saúde, de uma perspectiva hospitalocêntrica para a APS. Após esse movimento, outros foram realizados em função da ampliação das ações em saúde, com a inserção de novos elementos e avanços significativos nas políticas de saúde em diversos países. (MACHADO; DIAS, 2020).

Na Universidade de Flinders, na Austrália, no período compreendido entre as décadas de 1980 a 1990, iniciou-se essa estratégia que se ampliou para outras escolas médicas do mundo e do Brasil, entre elas Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Universidade Estadual Paulista (UNESP), que passaram a inserir os estudantes nas comunidades, ampliando os cenários de aprendizagem, inclusive para serviços de saúde comunitários, de saúde mental dentre outros. Nos currículos, adotava-se uma variedade de métodos de ensino para promover a compreensão dos problemas de saúde (CHINI, 2015).

O processo, no Brasil, teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e as propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal Brasileira de 1988 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A Constituição resultou no Sistema Único de Saúde Descentralizado (SUDS) em parceria com o Instituto Nacional Assistência Médica Previdenciária Social (INAMPS), o que garantiu o acesso à saúde para a população. Em 1990, surge o Sistema Único de Saúde (SUS),

regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a proteção, promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços à saúde; e a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e do financiamento da saúde (SILVA; CAMARGO, 2019).

Dessa maneira, a saúde passou a ser vista como resultante de múltiplos determinantes, o que exige dos serviços de saúde, abordagens com vistas à integralidade do cuidado, universalidade de acesso, equidade na atenção e participação social, exercendo os princípios éticos e doutrinários do SUS (SILVA; CAMARGO, 2019).

Os primeiros movimentos sanitários que mudaram esse paradigma ocorreram, dentre outros municípios, em Montes Claros, Minas Gerais, como projeto piloto da implementação de modelos alternativos de atenção à saúde contribuindo para a unificação do Ministério da Saúde e INAMPS e conseqüente criação do SUS (RODRIGUES *et al.*, 2015).

A Constituição e as leis orgânicas afirmam que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde com a finalidade de modificar o cenário de desigualdade na assistência ao usuário com o acesso gratuito a todos os cidadãos. Assim, no final da década de 1990, ratificaram-se as responsabilidades das escolas médicas na formação de profissionais para atuarem na melhoria da atenção à saúde das comunidades, além das duas primeiras conferências mundiais de Educação Médica, realizadas em 1988 e 1993 no Reino Unido (CHINI, 2015).

Na década de 1990, foi criada a Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), com vistas a avaliar a qualidade do ensino médico brasileiro, a fim de atender às necessidades médico-sociais da população e traçar um perfil das escolas médicas no país (CHINI, 2015).

Essa reforma da educação do setor saúde buscou um modelo que se ajustasse à realidade sanitária do país, porém tem passado por muitos avanços e retrocessos, consensos e contradições (LAMPERT, 2009). Após longo processo de discussão, a CINAEM apontou novos rumos para a formação e o desafio de reconstrução coletiva das diretrizes da escola médica (CHINI, 2015).

A educação médica brasileira molda-se conforme o tempo às necessidades socialmente elaboradas, culminando, atualmente, com o desejo de um profissional ético, reflexivo e humanista. A inserção do médico na Estratégia Saúde da Família (ESF), vinculado ao SUS e, de forma crescente, a equipes multidisciplinares, exige que os profissionais estejam inseridos à realidade social que os cerca, corroborando o anseio por um profissional diferenciado (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

A ESF iniciou com o Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, e foi criado com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica à Saúde (ABS), tendo como base os princípios do SUS. É definida como “porta de entrada” ou “primeiro acesso”, por isso é referenciada como ABS ou APS. Além disso, o trabalho na ESF acontece em um território delimitado, o que possibilita conhecer melhor o perfil epidemiológico da população e suas necessidades de saúde; realizar suas ações por meio de equipe interdisciplinar, facilitando o estabelecimento do vínculo com a população de forma longitudinal, ou seja, oferecer o cuidado em diversas etapas do ciclo da vida, visando à prevenção e à promoção à saúde (SILVA; CAMARGO, 2019).

A Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para direcionar a formação médica no Brasil. Definiram-se em seu artigo segundo os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação de médicos. Serviram também como base para a organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em medicina (BRASIL, 2001).

Com a criação da diretriz em 2001, foram propostas mudanças metodológicas e pedagógicas, como a reestruturação dos currículos a partir da aplicação das metodologias ativas como eixo estruturante e, principalmente, a inserção do estudante na comunidade (GOMES; REGO, 2011).

Nessa perspectiva de mudança na formação médica, a partir do ano 2002, os Ministérios da Saúde e da Educação formularam políticas destinadas a promover mudanças na graduação dos profissionais médicos. Destacam-se, nesse contexto, as DCN dos cursos da área da saúde, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) em 2002, o VER-SUS em 2003, uma estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)

nos anos de 2005 e 2007 e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em 2007 (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Dentre as políticas indutoras para a formação médica no Brasil e para a distribuição de médicos no território nacional, destacou-se o Programa Mais Médico (PMM) em 2013, que se trata de um programa para levar médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, também prevê mais investimentos para construção, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), além da abertura de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação médica (BRASIL, 2015). Os objetivos do PMM estão descritos abaixo conforme a lei 12.871 de 22 de outubro de 2013:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a interação ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

O PMM colocou em desenvolvimento os seus três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de medicina e residência médica em várias regiões do país e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica, além de ações voltadas à infraestrutura das UBS (BRASIL, 2015).

Assim sendo, a nova DCN de 2014 do curso de medicina reafirma o importante papel da interação ensino-serviço-comunidade na formação e a centralidade da atenção primária, especialmente no modelo de Medicina de Família e Comunidade, privilegiando a indissociabilidade entre a formação, atenção em saúde e o compromisso social da formação (CHINI, 2015).

Com base na Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, a formação médica deve proporcionar ao estudante um ambiente em que se desenvolva o pensamento crítico e reflexivo, e de “compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individuais e coletivos, do processo saúde-doença” (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, a DCN de 2014 está em consonância com o PMM, pois, além de estender o acesso ao SUS, o programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade de modo a estabelecer a inserção do estudante nas comunidades e unidades de atendimento do SUS, principalmente na atenção básica, desde os anos iniciais do curso (VIEIRA; PINTO; MELO, 2018).

A maneira como o acadêmico é formado dentro da sua instituição de graduação influencia até na maneira como ele é recebido no mercado de trabalho (ERIKSON *et al.*, 2013). Diante disso, a falta de práticas e experiências durante a formação, a inadequação da estrutura curricular (repetitiva e/ou fraca) e a falta de estímulos à produção científica são alguns dos aspectos apontados por profissionais como falhos. E o mercado de trabalho também possui inadequações que podem dificultar a absorção dos profissionais formados, como salários pouco atrativos ou incongruência entre vagas de serviço e candidatos a ocupá-las (COLENCI; BERTI, 2012).

A formação de médicos que atendam a essa nova realidade parece algo que os cursos de graduação experimentam, aos poucos, por meio de adaptações curriculares e de novas metodologias de ensino. Os currículos centrados em disciplinas e de cunho hospitalocêntrico, focados no processo patológico, têm cedido espaço ao desenvolvimento de currículos que percorram o processo de ensino-aprendizagem com maior autonomia e participação ativa do estudante. (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Compreender esse processo de formação para além do aspecto pedagógico, incidindo, de fato, numa formação mais humanizada dos profissionais médicos, ainda parece um grande desafio. (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

2.2 A relação da formação médica com a atuação profissional na atenção primária

O mercado de trabalho associado a serviços de saúde continua em considerável crescimento, destacando-se a ampliação da APS com o incentivo à atuação de multiprofissionais, o que possibilita o surgimento de oportunidades nos diferentes níveis de formação, para diferentes categorias profissionais (POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013).

Quanto a isso, é importante destacar que diversos aspectos ligados à formação acadêmica podem influenciar direta ou indiretamente no caminho profissional. Características da instituição do egresso e a maneira como o processo de formação se desenvolveu podem influenciar na escolha da área de especialização, além da influência de características pessoais. Pesquisas mostram que acadêmicos que não são expostos a situações negativas relacionadas à atenção primária e que são de uma instituição que estimula práticas nessa área tendem a seguir nessa especialização mais frequentemente que aqueles expostos a condições opostas (ERIKSON *et al.*, 2013).

Competências antes não consideradas tão importantes para um estudante de medicina, como trabalho em equipe, liderança, cidadania e defesa do direito dos pacientes, são agora consideradas fundamentais para a formação de um médico que atue de maneira integral e que seja capaz de contribuir para o aprimoramento das políticas públicas de saúde (GONZE, 2009).

O processo de formação dos profissionais médicos tem passado por reformulações, demonstradas nas atuais DCN que trazem aspectos importantes como a necessidade do conhecimento do SUS e de sua estrutura, a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a valorização da cidadania e da ética, o entendimento de aspectos dinâmicos da sociedade e de suas realidades (social, política e cultural) e a própria relação de fenômenos humanos na sua saúde (HADDAD, 2010).

Portanto, a inserção dos alunos em práticas na comunidade, logo ao início da formação profissional como preconizado pelas diretrizes curriculares, é embasada em algumas teorias (MACHADO; DIAS, 2020). Essas teorias da educação Cognitivista e Construtivista explicam que o aprendizado é fruto da interação com o meio social (PERES, 2014). Em razão disso, deve-se constar no projeto pedagógico do curso das instituições a necessidade de métodos de

ensino específicos para cada período, levando em consideração as competências cognitivas e habilidades técnicas a serem adquiridas pelos alunos de forma hierarquizada (MACHADO; DIAS, 2020).

A DCN do curso de graduação em medicina de 2014 no Artigo 3º define o perfil do formando egresso/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 da saúde integral do ser humano.

É preciso sair do eixo biológico e ampliar o olhar para o paciente, para as decisões dele sobre sua vida, suas condições de lidar com sua doença. Isso porque a competência médica não é apenas técnica, mas também de um profissional mais humanizado, capaz de interligar a formação humana com aprendizagem, com as teorias do conhecimento, com os aspectos da cultura (FERREIRA *et al.*, 2019).

2.3 Desafios e iniciativas da articulação ensino-serviço no âmbito da atenção primária

A identificação das potencialidades e desafios na formação médica para o SUS é fundamental a fim de operar mudanças tanto no ensino como no serviço. A partir da criação do SUS e da implantação da ESF foi exigido, desde a DCN 2001 e reformuladas na DCN de 2014, que os novos profissionais médicos desenvolvam uma visão integral do paciente e olhar crítico para a realidade da comunidade e para sua própria atuação na ESF (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Dentro desse contexto, os desafios estão relacionados ao crescimento da articulação entre as instituições formadoras, os serviços e sistemas de saúde e o fortalecimento e ampliação dos processos de mudança da graduação de modo a formar profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população e do SUS (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

As instituições de ensino apontam como dificuldades encontrar professores para esse novo enfoque de ensino-aprendizagem; dificuldade para aprendizagem conjunta das diferentes profissões; resistência dos estudantes; incipiente participação social da comunidade.

(CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011). Os profissionais da ESF enfrentam diversos desafios na realização do trabalho em equipe, principalmente no que se refere às relações interpessoais, como conflito e distância entre os membros (PERUZZO *et al.*, 2018).

Na prática pedagógica, nos serviços do SUS, em especial na atenção primária, pressupõe-se o encontro de diferentes atores (gestores, profissionais, população, docentes, discentes) para que a proposta seja construída coletivamente, a fim de atender diferentes necessidades e demandas da academia e serviço (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Para superar esses desafios, educadores médicos, líderes e formuladores de políticas devem alinhar todas as partes interessadas de modo a otimizar os estágios e os ambientes de aprendizagem, com interação de esforços para redesenhar a educação médica e a prestação de cuidados clínicos; com objetivo de estabelecer resultados esperados para indivíduos, programas, instituições de ensino e sistemas de saúde e que promovam uma cultura de responsabilidade mútua para a adequação dos currículos médicos como preconizados pelas diretrizes e norteados pelos princípios do SUS (KELLY *et al.*, 2017).

Historicamente, as instituições de ensino e gestão do SUS desenvolveram papéis e funções sociais nem sempre convergentes na interação ensino-serviço-comunidade. Por isso, em vários padrões, a tendência é produzir papéis isolados e relações verticais, fixando, por exemplo, atores previamente responsáveis pela formulação das práticas de ensino, outros pela sua execução e outros convidados a ocupar o lugar de expectadores (FERREIRA, *et al.*, 2019).

O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) surge na perspectiva de avançar na transformação da atual realidade e suas diretrizes foram publicados em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Educação através da Portaria Interministerial 1.127 de 04 de agosto de 2015 (COSTA, 2018).

Trata-se de um dispositivo da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), ofertado aos atores do SUS (gestores, trabalhadores e usuários) e da Educação Superior da área da saúde (gestores, docentes e estudantes) para promover processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no SUS e para o SUS (COSTA, 2018).

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS), inserida no Brasil como uma proposta ético-político-pedagógica, tem como objetivo transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços em uma perspectiva intersetorial também no cenário da ESF (FERREIRA, *et al.*, 2019).

O COAPES foi criado para facilitar os processos de negociação e de tomada de decisão que envolva ações de interação ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2015). As discussões sobre o COAPES e sua relevância para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade ganharam enorme destaque no âmbito das instituições formadoras (COSTA, 2018).

Na prática, por outro lado, o que se observa é que poucas instituições conseguiram avançar na formalização dos contratos, especialmente no que diz respeito à formalização de contrapartidas eficazes para operacionalização do ensino de estudantes e residentes nos serviços de saúde. Parte dessa dificuldade pode ser atribuída à complexidade inerente ao processo de celebração do COAPES, especialmente nos territórios com várias instituições formadoras públicas e privadas, bem como à conjuntura política vivida que se encontra o Brasil nos últimos dois anos (COSTA, 2018).

Na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, foi publicada a Portaria/SMS 08, de 04 de abril de 2019, que dispõe sobre as normas para formalização do COAPES, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (MONTES CLAROS, 2019). A contratualização do COAPES objetiva: garantir o acesso do ensino superior aos estabelecimentos de saúde como cenário de prática e direcionar esforços para que os programas de formação contemplem compromissos da educação superior com a melhoria dos indicadores de saúde e do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do território (BRASIL, 2015).

Este processo de contratualização fortalece a interação ensino-serviço-comunidade ao colocar todos os envolvidos para discutirem e pactuarem juntos a organização dos cenários de prática de determinada região ou município, assumindo, assim, responsabilidades mútuas e colaborativas que respeitem e valorizem os princípios do SUS (BRASIL, 2015).

Evidencia-se a necessidade de que a interação ensino-serviço se amplie e se consolide como uma prática permanente na formação em saúde, com ações interdisciplinares e maior diálogo entre os departamentos, bem como a necessidade de avançar no currículo integrado (MENDES *et al.*, 2020).

3 JUSTIFICATIVA

Considerando as peculiaridades do serviço de saúde e a importância da adequada assistência à saúde, fez-se necessário analisar a relação entre o processo de formação, o perfil profissional e a carência apresentada pelo serviço de saúde, ressaltando-se que as instituições exercem um papel relevante na preparação desse profissional.

Isso porque instituição não só prepara o profissional para o mercado de trabalho como também influencia na percepção do processo saúde/doença e o torna capaz de atuar ativamente diante dele. O desenho do currículo da graduação pode ser decisivo em vários aspectos da vida do egresso, incluindo sua entrada efetiva ou não no mercado de trabalho, bem como sua resolutividade nos diferentes níveis de atenção.

A DCN aprovada em 2014 mantém o vínculo entre a formação acadêmica médica e as necessidades de saúde da população e do SUS. Os problemas e dificuldades dentro da instituição de ensino, especialmente a descrença do professor e/ou resistência em abandonar as práticas tradicionais confortáveis, aumentaram os problemas específicos dos serviços médicos, incluindo sobrecarga de trabalho em equipe, limitações de espaço físico e suscetibilidade à gestão. Dessa forma, a dificuldade de interação ensino e serviço é um desafio para os profissionais de saúde e da equipe médica. Todos esses são obstáculos a serem superados.

Esse estudo é relevante, pois permitiu conhecer e analisar a percepção de gestores, profissionais e usuários do serviço em relação à formação médica para atuação na APS; assim como avaliar a importância atribuída ao serviço no processo de formação profissional do médico e a contribuição da inserção oportuna do acadêmico de medicina na atenção primária.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Analisar a relação entre a formação médica e a atenção primária em saúde na percepção de gestores, profissionais e usuários do serviço.

4.2 Objetivos específicos

- Descrever as necessidades da Atenção Primária em Saúde na percepção de gestores, profissionais e usuários dos serviços;
- Caracterizar o perfil do médico necessário para a assistência na Atenção Primária à Saúde, na percepção de gestores, profissionais e usuários dos serviços;
- Avaliar a importância atribuída ao serviço da Atenção Primária em Saúde no processo de formação do profissional médico;
- Identificar a percepção do preceptor de campo, de usuários do SUS e dos gestores sobre contribuição do estagiário de medicina na Atenção Primária em Saúde.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

O presente estudo teve uma abordagem de natureza qualitativa, com referencial teórico-metodológico voltado para a fenomenologia.

Portanto, pensar em uma pesquisa baseada nos princípios fenomenológicos para analisar a relação entre a formação médica e a APS a partir das percepções dos gestores, profissionais e usuários do serviço pode ser enriquecedor para a pesquisa se esta tem como um dos propósitos entender o cotidiano daqueles, bem como suas ânsias e perspectivas quanto ao tema abordado uma vez que permite abertura para os sujeitos se expressarem livremente, sem julgamentos e pré-conceitos (BUFFON, MARTINS; NEVES, 2017).

Como o fenômeno a ser investigado é que delinea a escolha metodológica, optou-se por realizar um estudo qualitativo. Isso porque o método qualitativo lida com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e também das atitudes a fim de entender o conjunto de fenômenos humanos (MINAYO, 2001).

Buscou-se analisar a relação entre a formação médica e a APS a partir das percepções dos gestores, profissionais e usuários do serviço de saúde, envolvidos na formação do profissional médico. As abordagens qualitativas que se baseiam em uma perspectiva fenomenológica fazem uso de um conjunto de asserções com o objetivo de descobrir “fatos” e “causas”. Portanto, os investigadores fenomenologistas tentam entender a significação de acontecimentos e interações humanas em situações particulares (BUFFON, MARTINS; NEVES, 2017).

5.2 Caracterização do local do estudo

Este estudo foi realizado com enfermeiros e médicos que atuam nas UBS da Família, além de gestores e usuários da APS local. O município é classificado como polo regional do Norte do estado, constituída por oitenta e nove municípios, a qual está localizada a uma distância de 417 km de Belo Horizonte – capital do Estado de Minas Gerais.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais a Macrorregião Norte desse estado tem como polo o município de Montes Claros, que possui uma população estimada em 1.713.000 mil habitantes, distribuída em sete microrregiões: Bocaiúva, Grão Mogol, Janaúba, Januária, Montes Claros, Pirapora e Salinas (MINAS GERAIS, 2020).

A Unidade Regional de Saúde de Montes Claros possui cinquenta e quatro municípios, os quais estão sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde, perfazendo um total de 1.060.205 habitantes, sendo que o município de Montes Claros possui 417.478 pessoas de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), encontrando-se na colocação sexagésima (60^a) do ranking nacional, maior que as capitais Rio Branco, Vitória e Palmas. Montes Claros possui boa estrutura de serviços médicos e hospitalares nos setores público e privado, apresenta gestão plena do sistema municipal, executando serviços de média e alta complexidade, assistindo a sua Micro Montes Claros/Bocaiúva e a Macro Norte de Minas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2020).

A cidade iniciou seu processo de inversão de modelo de assistência e reorganização da atenção básica em setembro de 1998, quando foram implantadas as duas primeiras equipes do PSF. A Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros é constituída por 142 equipes de Saúde da Família (EqSF), distribuídas nas 88 UBS nos bairros da zona urbana e rural com 100% de cobertura (MONTES CLAROS, 2020).

O serviço de saúde em Montes Claros conta ainda com três centros de Atenção Psicossocial, quatro equipes de Melhor em Casa para atendimento aos pacientes acamados, uma equipe de Consultório na Rua, oito Centros de Especialidades, três Policlínicas, um Pronto Atendimento, cinco hospitais públicos e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (MONTES CLAROS, 2020).

Nesse cenário, está inserido o curso de medicina objeto deste estudo que apresenta complexidade crescente. Começa com educação em saúde e atenção primária desde o primeiro período e alcança depois a atenção secundária e terciária em atendimento ao paciente. O foco inicial é a comunidade - saúde comunitária e medicina social, em seguida a família e, por fim, o indivíduo. A organização dos conteúdos do curso relaciona-se com o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade de forma integrada à realidade

epidemiológica e profissional, voltada para a integralidade das ações do processo de cuidar/cuidado (INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FUNORTE, 2018).

Os grupos de seis acadêmicos de medicina são inseridos desde o primeiro período nas Unidades de Saúde da Família, objetivando a formação do profissional que acompanha os avanços científicos e tecnológicos, de modo a atender efetivamente às reais necessidades de saúde da população, considerando as mudanças ocorridas nas políticas de saúde, em consequência do quadro epidemiológico e demográfico do país, da sua região, estados e municípios (INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FUNORTE, 2018).

A estrutura curricular oferece do primeiro ao sexto período os módulos de Prática na Atenção Primária (PAP) com carga horária semanal de quatro horas, divididas em aulas práticas e teóricas. As práticas são vivenciadas nas UBS da Família e as teóricas são realizadas com discussões de casos clínicos selecionados a partir dos atendimentos nas UBS em formato de metodologias ativas.

A atuação discente nesse cenário de prática atende às demandas do serviço e da comunidade e às necessidades do ensino. Essas atividades se tornam mais complexas e exitosas no Estágio Curricular Supervisionado: Medicina de Família e Comunidade/Saúde Coletiva (Internato) que ocorrem na APS a partir do décimo primeiro período com carga horária de quarenta horas semanais. As duplas de internos desenvolvem atendimento clínico, visitas domiciliares, grupos operativos, acompanhamento das atividades de gestão da unidade e do manejo dos sistemas de informações. A ênfase do processo ensino-aprendizagem está centrada no estudante, entretanto todas as práticas pedagógicas em saúde estão voltadas para a pessoa a ser cuidada, o que permite ao discente em formação o desenvolvimento de habilidades e competências para o exercício da profissão.

5.3 Caracterização da população-alvo

Os participantes do estudo foram vinte entrevistados: cinco médicas e um médico, seis enfermeiras/gerentes e seis usuárias, o diretor de assistência à saúde (DIR AS) do município e a coordenadora (referência técnica) da atenção primária. Essa foi uma amostra intencional, ou seja, baseada no fundamento de que, a partir do pleno conhecimento sobre a seleção amostral e o propósito da pesquisa, os participantes escolhidos seriam representativos desta, fazendo

parte do grupo de amostras não probabilísticas, as quais buscaram representar o universo de pessoas que trabalham ou utilizam o SUS do município, mas respeitando a área geográfica de divisão dos polos de acordo com o mapa que se encontra no anexo A.

Salienta que “(...) o mais importante do que a quantidade de sujeitos, a validade, extensão e qualidade dos testemunhos que se pretende obter. Para isso, há que se prever critérios (...) que permitam, com maior dificuldade possível, selecionar os elementos a serem investigados.” Na pesquisa fenomenológica, não há uma previsibilidade da quantidade dos sujeitos bem como de restrições deles, uma vez que o importante a ser considerado é a qualidade dos testemunhos (BUFFON, MARTINS; NEVES, 2017).

A seleção dos participantes usuários do serviço se deu pela utilização do serviço de atenção primária. Selecionaram-se usuários com alguma condição crônica, como diabetes mellitus, hipertensão dentre outras. A seleção dos médicos foi em consonância com a sua atuação como preceptor do curso médico da instituição e profissional responsável pela unidade de saúde onde os acadêmicos estão inseridos.

Ressalta-se que a preceptoria tem importância fundamental no processo de ensino e aprendizagem, tendo em vista que possibilita o contato do estudante com a prática no SUS, de modo que as atividades educacionais possam estar voltadas ao desenvolvimento de um perfil ancorado na integralidade do cuidado e na equidade da atenção, supervisionadas pelo preceptor da Rede de Assistência em Saúde. O médico-preceptor é o docente-assistencial responsável por organizar, acompanhar e supervisionar as atividades dos estudantes nas dependências das unidades da APS.

5.4 Critérios de inclusão

- Gestores: indivíduos que desempenham funções de gerência ou de coordenação na rede de saúde do município e que trabalham há pelo menos um ano no SUS na cidade de Montes Claros.
- Profissionais de saúde: médicos e enfermeiros que atuam em UBS como preceptores de campo no curso médico do primeiro período ao décimo segundo período do curso.
- Usuários: indivíduos que utilizaram os serviços do SUS por pelo menos uma vez nos últimos seis meses e que estão aguardando atendimento para qualquer condição de

saúde na unidade, no momento da coleta dos dados.

5.5 Critérios de exclusão

- Falta de disponibilidade em responder à entrevista após três tentativas por parte do pesquisador.
- Impossibilidade de ser contactado para agendamento da entrevista, após três tentativas.
- Recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), vide APÊNDICE A.

5.6 Amostragem e recrutamento

A definição da amostra do estudo se deu a partir da análise geográfica do município e sua divisão territorial, com inclusão dos participantes vinculados aos territórios com presença de estágio, os quais são definidos pela coordenação da APS do município de Montes Claros, em que consideram características como: urbanização, vulnerabilidade social, adensamento populacional e área geográfica.

A população do estudo foi representada pelos entrevistados que trabalham nos polos na zona urbana (Delfino Magalhães, Vila Sion, Major Prates, Cintra, Morrinhos) e na zona rural (Canto do Engenho), que podem ser visualizados no anexo A. As entrevistas semiestruturadas foram agendadas previamente para não interferir na rotina do serviço. A gerente/enfermeira ou a médica da unidade de saúde realizou a indicação do (a) usuário (a) que foi entrevistado (a), pois, devido à pandemia, não foi possível entrevistá-los na unidade de saúde. Em razão disso, foram realizadas visitas domiciliares para conseguir que participassem da pesquisa.

O estudo teve a coleta de dados realizada no período de janeiro a março de 2020. Apresentou uma pausa devido às restrições associadas à pandemia da COVID-19, mas foi retomada no período de setembro a dezembro de 2020.

Para garantir a resposta à pergunta do estudo, buscaram-se estratégias de aproximação com os participantes, para realização da entrevista no domicílio ou através da realização de videoconferência. Foram utilizadas trocas de mensagem via WhatsApp para aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido quando não foi possível a coleta dos dados *in*

loco. Essas estratégias foram utilizadas em função das restrições associadas à pandemia da COVID-19.

5.7 Procedimentos de coleta de dados

O primeiro contato com os participantes foi agendado previamente e realizado após aprovação do Termo de Ciência da Instituição (TCI) (APÊNDICE D).

Para acesso aos significados que os envolvidos construíram acerca da relação entre serviço e formação médica, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada com tópicos relacionados às demandas do serviço, a participação do serviço na formação médica a partir da inserção oportuna do acadêmico e o perfil do médico demandado pelo serviço. Foram elaborados dois roteiros, conforme APÊNDICES B e C, para direcionar as entrevistas.

O controle de qualidade dos dados foi assegurado com as entrevistas sendo gravadas no celular da pesquisadora no aplicativo de gravação do iPhone oito plus e enviadas por e-mail. Foram obtidas informações, tais como: local, função, sexo, idade, escolaridade: graduação e especialização, tempo de graduação e especialização; tempo de trabalho/acesso ao SUS e tempo no local/UBS atual, de acordo com o participante.

As entrevistas foram gravadas, sendo posteriormente transcritas e codificadas para garantir o anonimato e permitir a análise. Após a transcrição, procedeu-se à desgravação, não havendo possibilidade de identificação dos participantes.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente, para permitir maior exploração da temática abordada. Foram realizadas no próprio local de trabalho e/ou na sala da gerência da unidade de saúde (dezessete entrevistas) em ambiente reservado que permitiu a privacidade dos participantes, no domicílio (uma entrevista) e por videoconferência (duas entrevistas). Antes da realização das entrevistas, foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A codificação da identificação dos participantes foi baseada em sua função, sendo gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros (SMS/MOC): diretor de assistência à saúde (DIR AS) e coordenadora da atenção primária à saúde (COORD APS), além dos demais

participantes das UBS preceptores/médicos (MED 01), gerentes/enfermeiros (ENF 01) e usuários (USU 01), seguido pelo número que representa a sua posição na sequência das entrevistas realizadas, como exemplo, MED 01 representa o primeiro preceptor/médico das entrevistas realizadas.

5.8 Análise dos dados

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra com temporizador e, posteriormente, foi utilizado o programa Software Atlas Ti versão 8.0, que auxilia na organização dos dados, ressaltando que toda a análise parte dos próprios pesquisadores. A entrevista da médica cinco foi definida como referência para a criação das categorias que respondia ao objetivo deste estudo. Após essa análise, foi construída uma tabela contendo as unidades de registros, categorias intermediárias e finais e unidades de contexto.

Foi realizada a análise do material coletado, que consistiu em uma pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados. Na pré-análise, houve a leitura flutuante e organização do material coletado de acordo com os objetivos da pesquisa. Foi feita a codificação dos participantes de acordo com sua profissão e ordem de entrevista para garantir o anonimato deles. Na exploração do material, realizou-se a seleção das unidades de contexto, selecionando os recortes dos textos, frases ou palavras que respondiam aos objetivos propostos - esse recorte foi realizado na íntegra do discurso do participante. A interpretação dos dados permitiu a articulação entre as informações coletadas por meio das entrevistas com o referencial teórico. A análise permitiu a classificação em temas ou categorias que auxiliaram na compreensão dos discursos das entrevistas com os participantes. Tais categorias são impressões relevantes para o estudo, pois configuram sobre a realidade do fenômeno que está sendo estudado (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Em seguida, definiram-se categorias intermediárias que resultaram nas categorias finais de análise. O tratamento e a interpretação dos dados foram possíveis pela análise de conteúdo que propõe a compreensão dos significados que estão presentes nas falas, ou seja, é uma prática metodológica que se aplica a múltiplos discursos e todas as maneiras de comunicação em pesquisa qualitativa e fenomenológica. A análise de conteúdo é um método que consiste em analisar de maneira sistemática um corpo de texto (ou documento audiovisual), de forma a

desvendar e mensurar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados “chave” que possibilitem uma comparação posterior (BARDIN, 2016).

O método utilizado permitiu compreender e analisar criticamente os fenômenos, ou seja, as questões e experiências vivenciadas pelos participantes que são comuns aos outros indivíduos (CRESWELL, 2010).

5.9 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) e Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE) sob os pareceres números 3.736.062 e 3.594.029 e está em consonância com o disposto na resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (vide ANEXO B e C). O sigilo e anonimato foram resguardados aos participantes. Os médicos, enfermeiros, gestores e usuários que concordaram em participar de maneira voluntária assinaram o TCLE (vide APÊNDICE A).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Perfil sociodemográfico dos participantes

O estudo foi realizado com um total de vinte (20) participantes com predomínio do sexo feminino (90%).

Os profissionais que participaram deste estudo atuam nas UBS da Família. A idade dos entrevistados variou entre 31 e 50 anos, o tempo predominante de atuação no local atual de trabalho foi de até 10 anos (78,57%), o tempo de trabalho com saúde pública predominou até 20 anos (85,72%) de acordo com a TAB. 1.

As características sociodemográficas dos profissionais e gestores, participantes do estudo, estão descritas na TAB. 1 que segue:

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos Profissionais de Saúde (médico e enfermeiro) e Gestores da SMS/MOC, Montes Claros, Brasil, 2021

(Continua)

Características	Subdivisões das características	Frequência absoluta (n=14)	Frequência relativa (100%)
Faixa etária	Entre 20 – 30 anos	01	7,14%
	Entre 31 – 40 anos	05	35,72%
	Entre 41 – 50 anos	06	42,86%
	Mais que 51 anos	02	14,28%
Função	Diretor	01	7,14%
	Coordenador APS	01	7,14%
	Gerência/Enf. UBS	06	42,86%
	Médico	06	42,86%
Sexo	Feminino	12	85,72%
	Masculino	02	14,28%
Curso de Graduação	Medicina	06	42,86%
	Enfermagem	07	50,00%
	Outro	01	7,14%
Tempo de conclusão da Graduação	Entre 1 – 10 anos	07	50,00%
	Entre 11 – 20 anos	06	42,86%
	Entre 21 – 30 anos	01	7,14%
Pós-Graduação	Especialização	07	50,00%
	Residência	06	42,86%
	Outra	01	7,14%

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos Profissionais de Saúde (médico e enfermeiro) e Gestores da SMS/MOC, Montes Claros, Brasil, 2021

(conclusão)			
Características	Subdivisões das características	Frequência absoluta (n=14)	Frequência relativa (100%)
Tempo de conclusão da Pós-Graduação	Sem concluir	02	14,28%
	Entre 1 – 10 anos	07	50,00%
	Entre 11 – 20 anos	04	28,58%
	Entre 21 – 30 anos	01	7,14%
Tempo que trabalha com Saúde Pública - SUS	Entre 0 – 10 anos	06	42,86%
	Entre 11 – 20 anos	06	42,86%
	Entre 21 – 30 anos	02	14,28%
Tempo de trabalho no local atual	Entre 6 meses – 10 anos	11	78,57%
	Entre 11 – 20 anos	03	21,43%

Em relação aos usuários da atenção primária, todas as participantes eram do sexo feminino (100%). Em relação à escolaridade, 50% das usuárias participantes possuíam o ensino médio, 33,33% tinham o ensino fundamental e 16,67% concluíram o ensino superior. Já em relação ao tempo de utilização dos serviços no SUS, 66,66% utilizavam por mais de 10 anos e 33,33% utilizavam a unidade de saúde atual por mais de 20 anos.

As características sociodemográficas dos usuários, participantes do estudo, estão descritas na TAB. 2 que segue:

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos usuários da ESF na APS/MOC, Montes Claros, Brasil, 2021

Características	Subdivisões das características	Frequência absoluta (n=06)	Percentual (100%)
Faixa etária	Entre 20 – 30	00	00
	Entre 31 – 40	03	50
	Entre 41 – 50	00	00
	Mais que 51	03	50
Sexo	Feminino	06	100
	Masculino	00	00
Escolaridade	Ensino fundamental	02	33,33
	Ensino Médio	03	50
	Ensino Superior	01	16,67
Tempo que utiliza a Saúde Pública – SUS	Entre 0 – 10	01	16,67
	Entre 11 – 20	02	33,33
	Entre 21 – 30	02	33,33
	Mais de 31	01	16,67
Tempo que utiliza a UBS atual	Entre 0 – 10	04	66,66
	Entre 11 – 20	00	00
	Entre 21 – 30	02	33,34
	Mais de 40	00	00

6.2 Categorias de análise

Os resultados do estudo foram organizados em duas categorias e cinco subcategorias formadas a partir da análise das entrevistas. As categorias e subcategorias são: **Categoria 1:** as características do serviço e o perfil profissional. Subcategorias: características e demandas do serviço na Estratégia Saúde da Família; resolutividade diante da demanda da Estratégia Saúde da Família; perfil profissional e competências para atuar no serviço; **Categoria 2:** a importância da atenção primária à saúde na formação médica. Subcategorias: processo de formação médica e inserção do acadêmico no serviço de atenção primária; a prática na APS no processo ensino-aprendizagem de acordo com o QUADRO 1.

A definição das categorias ocorreu seguindo-se a pesquisa fenomenológica com uso da análise de conteúdo, por meio da seleção do material, leitura flutuante e exploração através da codificação com definição das unidades de registro.

Efetou-se a categorização inicial, que culminou nas categorias finais. As unidades de registro e categorias são apresentadas no QUADRO 1 que foi utilizado o software ATLAS TI.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias definidas a partir das entrevistas com gestores, preceptores/médicos, gerentes/enfermeiros e usuários do SUS das ESFs selecionadas.

(Continua)

UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIZAÇÃO INTERMEDIÁRIA	CATEGORIZAÇÃO FINAL
1. Desafio garantir o atendimento à comunidade 2. Desafio satisfação do município 3. Desafio problemas sociais 4. Três demandas: o município, a comunidade e o estudante. 5. Treinamento da equipe para a demanda 6. Demanda clínica 7. Demanda administrativa 8. Doenças crônicas (Diabetes e Hipertensão) 9. Acompanhamento de doenças crônicas 10. Doenças Respiratórias 11. COVID – 19 12. Saúde Mental	Características e demandas do serviço na Estratégia Saúde da Família	AS CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO E O PERFIL PROFISSIONAL
13. Resolutividade alta 14. Treinamento da equipe de APS 15. Resolução de 85% a 90% 16. Resolutividade dos profissionais da ESF 17. Resolução em relação à promoção e prevenção	Resolutividade diante da demanda da Estratégia Saúde da Família	

Quadro 1 - Categorias e subcategorias definidas a partir das entrevistas com gestores, preceptores/médicos, gerentes/enfermeiros e usuários do SUS das ESFs selecionadas.

(continuação)

UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIZAÇÃO INTERMEDIÁRIA	CATEGORIZAÇÃO FINAL
18. Resolutividade da zona rural 19. Trabalhar em equipe 20. Desenvolver habilidades 21. Gestão de recursos humanos 22. Resiliência 23. Humanização e Empatia 24. Amor pela APS 25. Estudo e Técnica 26. Flexibilidade 27. Conhecimento da APS 28. Resolutivo 29. Formação ética e humanística 30. Competência teórica e prática 31. Método Clínico centrado na pessoa 32. Visão holística e Integral 33. Responsabilidade e humildade	Perfil profissional e Competências para atuar no serviço	
34. Boa relação médico-paciente-equipe 35. Aluno interno, terceiro, quarto e quinto período 36. Possui autonomia e resolutividade 37. Agilidade sendo adquirida 38. Realidade 39. Necessidade conexão aluno x equipe 40. Médico de família 41. Segurança	Processo de formação médica e inserção do acadêmico no serviço da atenção primária	A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA
42. Inserção na agenda 43. Supervisão do preceptor 44. Paciente e compreensivo 45. Atenderem em dupla 46. Prática do estudante de graduação 47. Docência assistencial 48. Diretriz curricular 49. Inserção na APS 50. Coerência 51. Aproximação com APS 52. Acesso 53. Familiaridade com os problemas 54. Comunicação, Educação e Atenção.	Processo de formação médica e inserção do acadêmico no serviço da atenção primária	A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA
55. Lugar onde o estudante deve estar realmente 56. Médico treinado e resolutivo 57. Resiliente 58. Ambulatório de especialidades 59. Atenção primária	A prática na APS no processo Ensino-Aprendizagem	

Quadro 1 - Categorias e subcategorias definidas a partir das entrevistas com gestores, preceptores/médicos, gerentes/enfermeiros e usuários do SUS das ESFs selecionadas.

(conclusão)

UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIZAÇÃO INTERMEDIÁRIA	CATEGORIZAÇÃO FINAL
60. Lógica do sistema de saúde 61. Pontos de atenção em saúde 62. Mudança no processo de formação		

6.3 Categoria 1: As características do serviço e o perfil profissional

A análise dessa categoria permitiu avaliar o serviço, com ênfase na APS, definindo suas principais características, demandas e as habilidades profissionais para aumentar a sua resolutividade.

O serviço de saúde é caracterizado por várias atividades voltadas para a promoção, prevenção, reabilitação, diagnósticos e tratamento, com o objetivo de proporcionar uma diminuição de danos nas ações prestadas à população, tanto no âmbito individual quanto coletivo (BRASIL, 2017).

A APS consiste na porta de entrada do usuário para o serviço público de saúde e é caracterizada pela assistência contínua sistemática e regionalizada, buscando sempre interligar as atividades preventivas e curativas no atendimento individual, familiar e comunitário (MENDES, 2011). Esse nível de atenção pode apresentar alta resolutividade, entre 80 a 90%, sobre os problemas de saúde da população (MOTTA; BATISTA, 2015).

A criação da Estratégia Saúde da Família, vinculada à atenção primária, proporcionou uma melhoria do acesso ao serviço de saúde com maior facilidade de atendimento, marcação de consultas, visitas domiciliares pelo médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde. Essa aproximação da unidade de saúde com a população possibilitou maior solução dos problemas de saúde da comunidade (SALES; GOULART; PEREIRA, 2016).

6.3.1 Subcategoria 1.1: Características e demandas do serviço na Estratégia Saúde da Família

Para a direção e a coordenação da APS, a principal demanda do município está relacionada à gestão eficiente de pessoas, compra de materiais/equipamentos, reforma e ampliação das

equipes, além de contratação de recursos humanos para atuarem nas unidades de saúde do município.

[COORD APS 02] principais demandas: contratação de RH para as ESFs, compra de equipamentos e materiais para as equipes, reforma e ampliação das equipes.

Foi evidenciado neste estudo que a demanda espontânea é uma rotina nos serviços de saúde. Normalmente o paciente apresenta queixa relacionada à dor, febre, vômito ou diarreias, ou seja, algum sintoma que o incomoda naquele momento. Os profissionais de saúde lidam diariamente com esse público, o que constitui um grande desafio para o planejamento, pois interfere na organização dos serviços e da EqSF na unidade.

[ENF 02]..... Então, as principais demandas são a demanda espontânea, mas nós temos também o cuidado continuado.

O planejamento e a organização da assistência nas unidades de saúde são programados mensalmente, no entanto são caracterizados conforme as demandas apresentadas pelos usuários, definida pela marcação prévia dos atendimentos (demanda programada) e pela organização das agendas dos profissionais de saúde, de acordo com os tipos específicos de atendimento (por programas ministeriais e grupos específicos como: criança, adulto, mulher, idoso, entre outros) (ARAÚJO; ASSIS, 2007).

A organização das demandas tanto programada quanto espontânea tem sido um obstáculo contínuo para os trabalhadores de saúde e gestores no município. Salienta-se que é importante um acolhimento humanizado que responda à necessidade dos clientes e que garanta acesso qualificado a uma população adscrita à ESF (PAULINO, 2014).

Contudo, a oferta de serviços ainda é burocratizada e tem como centro da atenção a enfermidade ou a iminência da patologia, o que fragmenta o cuidado e limita a integralidade (ARAÚJO; ASSIS, 2017).

As portarias da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) 2.488/2011 e 2.436/2017 foram atualizadas em 2020 e introduzem a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do SUS (BRASIL, 2011; 2017).

As PNAB 2.488/2011 e 2.436/2017 definem que a Atenção Primária à Saúde deve:

V. Garantir (...) atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2017).

O MS afirma que, por meio do cuidado prestado a população, através da demanda espontânea proporcionada pela atenção básica se ofereça uma assistência humanizada, resolutive, integral, além de possibilitar a criação de vínculos entre população e serviço de saúde, bem como garantir aos indivíduos a legitimidade da atenção básica como porta de entrada principal e preferencial para as Redes de Atenção a Saúde (RAS) do SUS (BRASIL, 2013a).

Os profissionais de saúde, das EqSF urbanas e rurais, compartilham a mesma percepção sobre a demanda clínica. O médico e o enfermeiro vivenciam cotidianamente as principais demandas do serviço na unidade de saúde que inclui o acompanhamento de doenças crônicas (diabetes e hipertensão) e infectocontagiosas, exames, consultas e encaminhamento para especialistas em outros níveis de atenção, o que ficou registrado em suas falas que integram e repetem o mesmo pensamento.

[ENF 02]..... O acompanhamento hipertenso, diabético, pacientes com tuberculose, hanseníase, gestante, criança, adolescentes, mas o número maior mesmo, o que prevalece é a questão do da hipertensão e diabetes.

[MED 01]..... A nossa demanda, ela é maior para a população adulta, controle de doenças crônicas. Praticamente são exames laboratoriais, eletro, né, exames de urina que são a principal demanda.

[MED 06]..... Na área rural a gente atende muitos hipertensos e diabéticos, né, faz todo esse acompanhamento dessas doenças crônicas... é... o número de jovens e gestantes é menor. O número de crianças também.

As demandas da EqSF estão mais relacionadas às doenças crônicas, atendimentos de grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes, saúde da criança, da mulher, do homem, sendo que cada unidade de saúde terá uma demanda específica devido às características da população adscrita à EqSF.

[ENF 01]... Hoje eu acredito que as principais demandas, né, que a gente tem aqui no serviço são em relação às consultas com especialistas, acompanhamento de hipertensão, diabetes, pra fazer exames. É mais exames de rotina e especializados.

[MED 03]... Atendimento geral de crianças, adultos e idosos, sendo os principais problemas apresentados: HAS, Diabetes, dor articular/coluna, problemas psicológicos, tais como: ansiedade, depressão, angústia e insônia, dependência química a álcool e outras drogas. Também são comuns: problemas respiratórios, agudos e crônicos, pré-natal, sangramento uterino anormal, planejamento

familiar, tireoidopatias e visitas a pacientes idosos acamados devido à demência por Alzheimer, sequela de AVC, dentre outros.

A atenção para as condições crônicas no atendimento a pacientes é destacada em outras pesquisas, em que todos os trabalhadores da área médica evidenciam a realização da assistência a pacientes hipertensos e diabéticos, consultas de pré-natal e atendimento a pessoas da terceira idade (MARANHÃO *et al.*, 2020).

As principais demandas clínicas do serviço, destacadas pela população do estudo, estão relacionadas ao acompanhamento de doenças crônicas, lombalgia, comorbidades, doenças respiratórias e infectocontagiosas, retratadas no cenário atual da pandemia do novo coronavírus, o qual gerou mudanças significativas nas demandas das UBS, interferindo na sua resolutividade.

[MED 04]... As principais demandas são queixas crônicas, lombalgias, dores abdominais, diarreia, vômito, mas o que mais chama atenção nas queixas são as queixas crônicas.

A avaliação e o acompanhamento dos índices de qualidade de vida dos clientes com doenças crônicas têm sua relevância no planejamento de estratégias de intervenção, já que fornecem dados significativos sobre o paciente, o que proporciona conhecer suas prioridades e subsidiar os programas de saúde para que implementem ações efetivas que permitam manter os índices elevados (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Os participantes deste estudo relatam que as queixas respiratórias são atendidas frequentemente pela ESF, mas, no cenário atual, se tornou a principal demanda espontânea, pois, em período de pandemia da COVID-19, a população foi orientada pelos decretos municipais a procurar a unidade de saúde para atendimento em casos de manifestações de sintomas gripais.

Na percepção dos entrevistados, o crescente aumento do contágio e a mortalidade por causa do novo coronavírus levou ao estabelecimento de medidas preventivas como o isolamento social para diminuir o contágio da COVID-19, conseqüentemente houve uma mudança na procura e na rotina do serviço de saúde o que resultou em um aumento da procura por consultas com queixas de resfriado, febre e assistência à pessoa idosa, principalmente em casos de gripe.

[USU 05]..... Ah, geralmente é mais a criança, né? Eu vejo muito crianças, assim, às vezes com febre, gripe.

[MED 02]..... Desde doenças agudas, como um simples resfriado, até doenças crônicas, como a questão da hipertensão, diabetes e o pré-natal.

[ENF 06]..... Então, a gente tem essa assistência à pessoa idosa com uma quantidade maior.

Foi evidenciado pelas falas de profissionais de saúde e de usuários que, devido ao cenário vivenciado no período pandêmico e com a incerteza da chegada da vacina da COVID-19, o isolamento social, as restrições e o medo de adquirir a patologia, nos últimos meses, ocasionou o aumento da demanda de consultas em saúde mental, sendo as principais queixas: ansiedade, depressão, dentre outros.

[ENF 04]..... Hoje a principal demanda é sobre o COVID e principalmente saúde mental.”

[ENF 05]..... Doenças crônicas e saúde mental.”

[USU 01]..... Autocuidado, a procura da população por tratamentos psicológicos.”

[USU 03].... A maior necessidade aqui no nosso território, eles tem muitos hipertensos, diabéticos, é... pacientes com transtorno mental, então a nossa demanda maior é essa, né, então geralmente o que mais procura a unidade é para tratamento dessas comorbidades.”

A COVID-19 teve efeitos profundos na vida cotidiana em todo o mundo, mas seu efeito na saúde mental da população se intensifica durante a grave crise social. Um evento como esse ocasiona perturbações psicológicas e sociais que afetam a capacidade de enfrentamento de toda a sociedade, em variados níveis de intensidade e de propagação. Esforços emergenciais de diferentes áreas do conhecimento, dentre elas a psicologia, são demandados a propor formas de lidar com o contexto que permeia a crise (FARO *et al.*, 2020).

Os sistemas de saúde dos países entram em colapso, os profissionais de saúde ficam exaustos com as longas horas de trabalho e, além disso, o método de controle mais efetivo da doença, que é o distanciamento social, impacta consideravelmente a saúde mental da população (FARO *et al.*, 2020).

Uma demanda complexa e uma preocupação mundial se dão na atenção à saúde de populações rurais, uma vez que há dificuldades em fixar profissionais em exercício por longos períodos nessas áreas por falta de incentivos, fatores que influenciam na decisão dos

trabalhadores de saúde para permanecer nessas áreas, e também políticas e intervenções do sistema de saúde que respondam a esses fatores; a população se encontra distribuída em áreas de difícil acesso; as condições de vida e trabalho diferem das situações urbanas devido à precariedade e à concentração de tecnologias avançadas em grandes centros urbanos, entre outras situações, que dificultam os encaminhamentos dos usuários para tratamentos especializados (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

De acordo com o participante denominado MED 06, as principais demandas da zona rural são diferentes das demandas da zona urbana, o que pode ser verificado na transcrição abaixo.

[MED 06] Então essas demandas elas vão ser um pouquinho diferentes de acordo com as áreas, né. Na área rural a gente atende muitos hipertensos e diabéticos, né, faz todo esse acompanhamento dessas doenças crônicas... é... o número de jovens e gestantes é menor. O número de crianças também.

Apesar da ampla cobertura da APS no Brasil, há diferenças no tocante ao acesso e à oferta de cuidados de saúde para populações rurais, em que a ESF tem como desafio o enfrentamento de garantia da atenção integral (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

6.3.2 Subcategoria 1.2: Resolutividade diante das demandas da Estratégia Saúde da Família

A análise da resolutividade de um serviço de saúde depende de quem avalia e do que é avaliado. Envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do usuário, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência e contrarreferência articulado, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos, entre outros. (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Na visão dos usuários, a resolutividade está relacionada à percepção sobre solução de seus problemas de saúde e, para alguns, está associada à obtenção de encaminhamentos para atendimentos especializados, realização de exames. Existe uma relação entre resolutividade e satisfação, que é estar satisfeito com a resolução da sua demanda (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

[USU 06] Foi. Minha necessi... não foi... não foi resolvida devido a esse... esse... problema agora da pandemia, que não foi resolvida.

No presente estudo, a percepção dos gestores, médicos e enfermeiros é que a EqSF apresenta resolutividade, em média de 80 a 95% dos problemas de saúde apresentados pela comunidade.

[MED 02]..... A gente tenta resolver, assim, esse de 80% a 90% dessas demandas da população.

[MED 01]..... Aqui, a gente resolve cerca de 90% das necessidades de saúde da população. Porque a gente tem uma formação pra isso, né.

[ENF 02]..... Então ter uma resolução melhor, em torno até de 80%.

[ENF 04]..... É extremamente importante. Ele é atuante, resolutivo e acolhedor.

[DIR APS 01] Agora, na atenção primária é onde é... que muitos autores defendem a teoria de que em torno de 90 a 95% das demandas de saúde da população podem e devem ser resolvidas na atenção primária à saúde.

A Atenção Primária à Saúde é o primeiro contato (porta de entrada) dos clientes ao SUS e tem sob sua responsabilidade uma assistência de alta complexidade e baixa densidade, podendo chegar a uma resolutividade de até 85% da assistência prestada aos pacientes (ADLER; GALLIAN, 2014).

Neste estudo, percebeu-se que a resolutividade está associada ao treinamento das EqSF o qual constitui em um elemento essencial, conforme abordado na fala dos entrevistados.

[MED 05]..... Estima-se que uma equipe de atenção primária à saúde treinada consiga resolver de fato de 85% a 90% das demandas, então quando a gente fala: a equipe saúde, nós estamos falando médico, enfermeiro e cirurgião-dentista. E a nossa resolutividade ela é muito alta mesmo, de verdade.

A resolutividade pode ser alcançada por meio da responsabilidade dos trabalhadores de saúde, com uma assistência acolhedora, atitudes criativas e flexíveis, a partir das tecnologias disponíveis para todos os níveis de atenção à saúde da população. É considerada uma resposta satisfatória que o serviço de saúde proporciona aos seus clientes diante das suas demandas. Essa resposta não compreende unicamente a cura da patologia, mas também o alívio ou redução do sofrimento e a promoção e a manutenção da saúde (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Para o Ministério da Saúde, o resultado positivo do trabalho em equipe depende principalmente do perfil e da atuação de todos os profissionais envolvidos (FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010). É importante destacar uma observação relatada pelo usuário 03 sobre a resolução das ações de promoção da saúde.

[USU 03]..... Eu acho que é uma resolução muito grande, sabe, porque... como o PSF, além do tratamento medicamentoso, né, tem as reuniões, tem de promoção da saúde, né...

Os profissionais de saúde da zona rural relatam que a resolutividade da unidade de atenção básica é diferente da zona urbana, pois está associada a fatores diversos, que envolvem acesso, logística, dentre outros.

[MED 06].... Por ser de zona rural também, eu acho que tem que ter uma resolutividade maior, né, pela questão da logística, do próprio paciente que, às vezes, tem essa dificuldade de fazer um exame ou de uma consulta especializada, né. Então, a resolutividade é bem maior na equipe.

[ENF 06].... Ser o mais resolutivo possível, principalmente por se tratar de uma área rural, né. A gente tenta ser mais resolutivo usando a medicação do que solicitando o exame.

Esses fatores estão relacionados às barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados, seja pelo seu estado de saúde, que, muitas vezes, os impede de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar (BRASIL, 2013b).

[USU 06]..... É muita necessidade. Porque aqui num tem... num tem jeito de andar. E eu ando sozinha, de pé. E é longe daqui no (...). É assim... a necessidade mais difícil que tem aqui é porque não tem ônibus aqui, pra gente andar. Igual no meu caso, eu ando aqui sozinha.

Em uma pesquisa realizada na zona rural do município de Dona Eusébia, em Minas Gerais, foi constatada uma situação semelhante, o agravante foi a dificuldade de chegar a todos os moradores por meio de transporte convencional, que é de carro por causa do acesso difícil (FERREIRA, 2014).

Pesquisa intitulada “Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil” mostra que a influência da distância até o local de atendimento é fator limitador para a utilização dos serviços de saúde na zona rural, principalmente quando se trata de indivíduos com baixa mobilidade, com poucas opções de serviços disponíveis e pouco ou nenhum acesso aos meios de transporte. Contudo, a proximidade não é o único fator de garantia

de acesso, uma vez que moradores de áreas rurais podem estar dispostos a percorrer maiores distâncias quando julgam que não receberiam o atendimento mais adequado às suas necessidades perto de casa, mesmo que o deslocamento signifique maiores custos e maior desgaste físico e emocional (FERREIRA *et al.*, 2020).

Em relação à resolutividade, nota-se um desafio para o gestor/diretor e profissionais de saúde, o qual está relacionado à demanda por assistência de outros profissionais, outros níveis de atenção, ou seja, áreas descobertas, mas que os usuários precisam ser encaminhados.

[DIR APS 01] A... outra demanda que nós temos é... específico de saúde pública são os vazios assistenciais. São aquelas coberturas assistenciais de que a gente... nós não fomos capazes de cobrir, como algumas especializadas, especialidades aí: urologia, fisioterapia, cirurgias eletivas que possa fluir com mais rapidez e... pras pessoas que tão na fila há mais tempo. Tudo isso em decorrência é... desses vazios assistenciais.

A EqSF também se preocupa com a resolutividade dos problemas sociais da comunidade, como abordado na fala da médica 04.

[MED 04]..... Acredito que sim, né? A gente tenta, né? No máximo resolver maior quantidade de problemas que surgem, né? o médico de família, a gente tenta resolver tudo, né? Então desde da parte da doença, da parte social,... É a gente tem alguns projetos sociais aqui na comunidade, que o PSF dá apoio.

As atividades com a comunidade colaboram para a interação ensino-serviço e como resultado o ensino apresenta papel de destaque, auxiliando os estudantes no desenvolvimento de habilidades de práticas médicas e na compreensão do papel do médico no desencadeamento do trabalho coletivo das unidades de saúde do SUS, compartilhando saberes e responsabilidades, bem como na compreensão do processo saúde-doença (ADLER; GALLIAN, 2014).

[MED 03]... Sim. Como médico de família e comunidade estou em contato direto com os pacientes da minha área, sendo o primeiro recurso de saúde a ser acessado em caso de necessidade, desta forma faço também a coordenação do cuidado encaminhando, quando necessário, os pacientes que necessitam de avaliação especializada, exames complementares e tratamentos específicos.

[COORD APS 02] O papel dos acadêmicos é importante para o auxílio das atividades nas equipes e para o crescimento profissional do próprio acadêmico.

Para a direção da APS, a gestão eficiente de pessoas fica comprometida nas unidades de saúde do município devido à alta rotatividade desses profissionais.

[DIR APS 01] É... na área de atenção à saúde, a principal demanda é gestão eficiente de pessoas, né, gestão de recursos humanos, em função da alta rotatividade de profissionais que nós temos é... em decorrência do tamanho da... da Secretaria de Saúde aqui de Montes Claros.

As formas de vínculo trabalhista estabelecidas pela gestão municipal, muitas vezes, têm caráter partidário, baseado em interesses eleitorais e questões políticas. Isso pode se refletir na atuação do profissional da ESF. Desse modo, fica comprometida a autonomia profissional para a realização de intervenções necessárias no território da equipe (BARBOSA *et al.*, 2019).

A estabilidade dos profissionais na ESF é fundamental para a construção de um modelo de trabalho que contemple todos os elementos da integralidade (MEDEIROS *et al.*, 2010). A alta rotatividade dos profissionais nas unidades de APS prejudica diretamente o vínculo com a comunidade e a continuidade das ações em saúde. Os fatores associados são as condições de trabalho, a não capacitação, a presença de residentes na rede, os meios de contratação, a busca para qualificação da mão de obra, a transferência para outra ESF ou outro estabelecimento de saúde e afastamentos. Portanto, com a alta rotatividade tornam-se necessárias estratégias promovidas pelos gestores locais que predisponham de recursos de educação permanente (SANTOS *et al.*, 2019).

Nota-se a importância da gestão diante das dificuldades e desafios enfrentados para adequar a infraestrutura das unidades de saúde com a finalidade de proporcionar um trabalho que colabore para a mudança da saúde da população do território adscrito (BARBOSA *et al.*, 2019). Faz-se necessário repensar a maneira de como motivar o médico a permanecer na ESF, com segurança e perspectivas no trabalho (BARBOSA *et al.*, 2019).

Entretanto, observou com este estudo que a interação ensino-serviço-comunidade minimizou a rotatividade dos profissionais médicos nas USF participantes, pois são os preceptores e responsáveis pela equipe de saúde da comunidade. Notou-se a motivação e a satisfação dos profissionais com a inserção dos acadêmicos.

[MED 04] ... Os acadêmicos, eles são assim fundamentais. E eles fazem muita diferença, principalmente na parte de educação e saúde, por causa da... da... da... dos encontros com a comunidade, eles fazem palestras, eles fazem um grande... uma grande contribuição mesmo.

[MED 03] ... Então ele pode vivenciar uma rotina do serviço de saúde e pra gente ele é fundamental o acadêmico, sabe, a presença dele, que agiliza o serviço, contribui com o serviço e também traz qualidade.

[ENF 02] ... Eu acho que poderia ser em todos os turnos, que às vezes a gente só tem em um dos turnos, só no turno matutino ou vespertino, então talvez poderia ser em todos os turnos, pra que a gente pudesse acolher e atender o maior número de pessoas possível que procura nossa unidade.

[ENF 01] ... Porque aí ele vai realmente colocar em prática tudo o que ele aprendeu, né, na graduação. Porque às vezes é a vivência que eles têm na faculdade é de aquele contato mais com a doença e ações mais de curar o paciente. Agora, eu acredito que falta um pouco focar mais na questão de prevenção, de orientação, de educação em saúde.

Pesquisas apontam que, para os acadêmicos, existem pontos positivos observados quanto às atividades desenvolvidas na APS, entre os quais se mencionam aprendizado do trabalho em equipes multiprofissionais, aquisição de habilidades técnicas e relacionais, auxílio para o raciocínio crítico, maturidade e segurança para a assistência integral ao paciente e melhor compreensão sobre saúde comunitária (ADLER; GALLIAN, 2014).

6.3.3 Subcategoria 1.3: Perfil profissional e Competências para atuar no serviço

O perfil dos trabalhadores de saúde que atuam na APS deve ser caracterizado pela qualificação, organização, capacidade de planejamento e avaliação das ações, as quais irão atender às necessidades daquela determinada população. (BARBOSA *et al.*, 2019). Esse profissional deve ter a capacidade de articular com os vários outros setores relacionados à promoção da saúde, buscando efetivar o trabalho das RAS (GONÇALVES, 2014).

Enfatiza-se que a eficácia das ações de saúde se configura pelas relações horizontalizadas, com cuidados múltiplos, pautados em uma interação sistêmica entre os diversos serviços, que passam a se comportar como pontos de atenção inter-relacionados e com canais permanentes de comunicação. Nesse contexto, ressalta-se que a atuação nessas ações, acompanhada do gerenciamento do cuidado o qual é primordial para a consolidação das RAS, requer que a participação dos profissionais supere modelos verticalizados de atenção, contemplando a participação social, gerencial e administrativa (DAMACENO *et al.*, 2020).

No Brasil, a formação médica é orientada pelo referencial das competências, estabelecidas pelas DCN. Nesse sentido, a escola médica deve desenvolver no estudante a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com situações, problemas e dilemas da vida real. (BRASIL, 2014).

As orientações da DCN de 2014 para o curso de graduação em medicina no Brasil colocam a comunicação como essencial para a formação dos futuros profissionais médicos (GUERRA; NEPOMUCENO, 2020).

Salienta-se que a importância de o médico assistir ao paciente na sua dimensão biopsicossocial para lidar com as questões sociais, filosóficas e éticas foi considerada relevante para prestar uma assistência de qualidade para a comunidade, conforme relatos dos entrevistados.

[MED 03] ... A percepção que tenho é que o contato com realidade da APS tem a capacidade de transformar o olhar do estudante que é predominantemente voltado para os aspectos biológicos, fragmentando o sujeito em partes: pulmão, coração, cérebro, Na APS o estudante entende o que é de fato o modelo biopsicossocial das doenças e verifica de forma absoluta sua aplicabilidade na rotina diária dos atendimentos voltados para a centralidade da pessoa que busca ajuda, valorizando a continuidade do cuidado, a abrangência e a coordenação.

[MED 05] ...Ele tem então o conhecimento disso. A habilidade e a atitude, no sentido de ser médico com aproximação com filosofia humanística, com a questão ética muito bem resolvida, com essa visão é... do paciente como um sujeito ativo no processo de construção da sua saúde, de práticas saudáveis é disso que se trata então.

[ENF 05].... Tem de ter uma visão holística, ser um profissional que saiba trabalhar em equipe, que saiba trabalhar de forma interdisciplinar, né? Multiprofissional, equipe multiprofissional, interdisciplinar, um profissional mais voltado pro lado humano.

[MED 02]... A visão de que ele precisa adquirir habilidades e atitudes, né? Ele tem que ter essas competências, em tudo que ele for aprender. Porque não adianta ele ser uma pessoa extremamente hábil, né? E não ter uma atitude, até comportamental, adequada pra profissão de saúde, né? Porque o pessoal que vêm buscar o serviço de saúde, ele vem buscar um tratamento integral, um tratamento inteiro.

A resolução nº 3 de 2014 define que na formação dos profissionais médicos deve-se “incluir as dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos”.

A formação do profissional médico deve enfatizar a competência para atuar em todos os níveis de assistência, formação de médico mais humano, com respeito à ética que aplique a empatia. Essas atividades, portanto, auxiliam no aprendizado do cuidado ao cliente, o conhecimento sobre gestão e sobre os serviços e sistemas de saúde, criando condições concretas para a formação de médicos capacitados ao cuidado integral, em todos os níveis de atenção (ADLER; GALLIAN, 2014).

Para atender ao perfil profissional proposto na DCN 2014, os estudantes de medicina precisam ter aproximação com atenção primária, ampliando a discussão sobre o SUS, entendendo a criação vínculo com a equipe, comunidade e se apropriando do serviço, no qual poderá estar inserido ao se formar. Os entrevistados abordam a importância da inserção desses acadêmicos na atenção primária durante a graduação.

[MED 03] Com certeza. Atenção primária é o alicerce, né? Acho que atenção primária, ela tem que tá inserida no currículo de formação desde o primeiro período. Claro que com percepções diferentes, à medida que o curso vai avançando, mas ela tem que estar inserida desde o primeiro período. E eu acho que é fundamental na formação.

[DIR APS 01] Muitos têm dificuldades. Então, a academia precisava se aproximar... se aproximar mais disso. Discutir mais é... Sistema Único de Saúde é... de uma forma mais ampla, sabe? E não deixar apenas como uma parte pequena do programa de ensino das faculdades de medicina no Brasil.

[ENF 04] É de suma importância, pra acadêmico, pra comunidade, entendeu? Porque a saúde da família, você tem que amar.

O médico que escolher trabalhar na APS necessita desenvolver habilidades específicas, tais como: a capacidade de trabalhar em equipe, participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação; ter a capacidade de identificar os aspectos determinantes sociais da saúde da população; conhecer as famílias e os grupos da área adscrita, cuidar da população no âmbito tanto da unidade de saúde quanto do domicílio (ADLER; GALLIAN, 2014).

[MED 02] Olha, eu acho que todo profissional, ele deveria passar pela atenção básica, que é a nossa porta de entrada do sistema de saúde que a gente tem. Então na atenção básica, ele vai ver inúmeros tipos de pacientes, de problemas de saúde, de como trabalhar em equipe, de como se relacionar com a população.

Além disso, devem-se realizar ações de atenção à saúde de acordo com o perfil populacional, em busca da integralidade por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BARBOSA *et al.*, 2019). Esses aspectos foram evidenciados nas falas dos participantes do estudo que utilizam a expressão “gostar do que faz” para definir parte do perfil profissional, conforme as transcrições abaixo.

[ENF 05] É, eu acho que um profissional médico, pra atuar no serviço de atenção primária, tem que ser um profissional que, principalmente, gosta do que faz que não esteja aqui com a cabeça voltada para uma residência que quer tentar, que se sinta envolvido com a comunidade local, que conheça a sua comunidade, saiba dos problemas.

[MED 06] Então, o profissional ele tem que gostar do que ele faz, ele tem que se envolver com serviço, ele tem que ter um conhecimento de atenção primária que é uma especialização e que precisa ser respeitada enquanto especialização.

[DIR AS 01] Quando nós falamos da atenção primária é... ainda tá faltando na formação desses profissionais é... a clareza. A clareza de que o profissional da atenção primária, ele está sendo formado pra criar vínculo com a comunidade. Quando ele... quando ele cria esse vínculo com a comunidade, ele consegue transformar a realidade dessa comunidade. Inclusive socioeconômica. Não é só na área de assistência não.

[MED 05] ... esse perfil de trabalhar em equipe, compartilhar responsabilidades, compartilhar decisões, ele deve ser um profissional resiliente, flexível, ele tem que lidar bem com mudanças, mudanças de estratégia, ele tem que lidar bem com recursos humanos, ele tem que ter habilidade em gestão de recursos humanos, por conta de trabalhar em equipe... então eu acho que seria isso, né, quer dizer perfil de trabalhar em equipe, ser resiliente, flexível e gestão de recursos humanos.

A união entre gestores do SUS e instituições de ensino em medicina pode criar possibilidades e recursos para formação de um profissional de saúde mais qualificado para atender às demandas do Sistema Único de Saúde (ADLER; GALLIAN, 2014).

A gestão do serviço também permite o desenvolvimento de habilidades de comunicação, possibilitando a melhoria desta entre profissional e paciente, elevando a transmissão e compreensão de mensagens, por conseguinte estabelecendo uma boa relação médico-paciente-equipe.

[ENF 06] Ele tem que desenvolver habilidades de comunicação, porque como é a gente trabalha em equipe, então é muito importante essa questão de como lidar com os colegas, né, com o próprio paciente, né.

[USU 02]...Assim, primeiramente uma educação, né, assim uma educação, saber conversar com as pessoas, né, desse jeito. Aí vamos embora supor que se a pessoa tá doente e vem na unidade, pra ele não voltar pior ainda, né, desse jeito, então ele ser bem atendido, principalmente com educação.

[MED 04] ... ter uma facilidade de comunicação, né? Essa comunicação, seja com o paciente ou com a equipe, é fundamental.

[MED 06]...ter uma boa relação profissional-paciente, ter uma boa relação interpares, uma boa relação com os outros componentes da equipe, respeitando as individualidades, respeitando o conhecimento e fazendo esse trabalho em equipe, né.

O profissional médico, segundo os relatos dos participantes deste estudo, deve englobar no seu perfil atenção a fatores sociais, científicos, culturais, econômico e ético, os quais devem ser desenvolvidos durante a graduação como afirmam o MED 02 e o DIR APS 01 abaixo.

[MED 02] Primeiramente ele tem que ser humano. Ele tem que ser conhecer, é, da humanidade e do que a gente tem, sentimento, né? Do que o paciente vai ter de sentimento, que ele carrega, né? Dentro dele. E ser um excelente técnico, né?

[DIR APS 01] Então, o que eu acho que precisa trabalhar muito é esse perfil, desde a academia. Não é formar um médico como profissional pra ganhar dinheiro. Um cara que vai ficar rico. É um profissional da atenção primária, que vai tá criando vínculo com a família. É a medicina por devoção.

Esse perfil idealizado pelos profissionais vai ao encontro do proposto na DCN. Uma formação diferente do perfil preconizado nas DCN do curso de medicina dificulta a resolução dos problemas, tendo em vista o desconhecimento do papel da atenção primária, da importância da interação da rede de saúde e dos atributos do médico nesse nível de atenção (BARBOSA *et al.*, 2019). De acordo com os participantes deste estudo, o trabalho em equipe, educação, atenção às pessoas, humanidade, empatia, além das habilidades técnicas e científicas foram destacadas nas falas de médicos, enfermeiros e usuários.

[MED 04] A primeira coisa é gostar de pessoas, né?

[ENF 02] Humanização. Ele tem que ser humano.

[ENF 03] Ele tem que ser muito humano e entender o que a humanização.

[USU 05] Mas, assim, no geral eu acho que um, pra ser um bom profissional Médico precisa ter, é, um carisma., ser humano é muito complexo,

[USU 03] Eu acho que é um ponto principal, ter amor ao que faz, é conhecer cada paciente, né.

[USU 01] Eu acho que um médico ele tem que ter atenção, entendeu. ... educação assim né pra atender.

[USU 06] Eu acho que é assim, ter muita responsabilidade com... com os pacientes. Assim, ser... ser uma pessoa humilde. Ela... até que entanto, essa doutora aí é humilde, assim, com todo mundo, o comum. Ela é uma pessoa alegre assim, com o povo.

[MED 06] Não parar de estudar, ter uma boa relação profissional-paciente, ter uma boa relação interpares, uma boa relação com os outros componentes da equipe, respeitando as individualidades, respeitando o conhecimento e fazendo esse trabalho em equipe, né.

[ENF 02] Eu acho que o perfil ideal é aquele profissional que ele, ele tenta buscar além do que foi passado pra ele em sala de aula né. Além do que ele é, viu na faculdade.

Pesquisas demonstram concepções positivas e promissoras em relação ao ensino da prática médica no SUS, com transformações do binômio ensino-aprendizagem através das novas metodologias ativas, problematização em vários cenários, a proximidade com o professor, vivência comunitária, ligações multidisciplinares e multiprofissionais (ADLER; GALLIAN,

2014). Ficou evidenciada essa associação entre ensino e busca contínua por conhecimento nos relatos dos participantes do presente estudo.

[ENF 01] Eu acho que um profissional pra ele ser diferenciado, ele tem que correr atrás do conhecimento, ele tem que buscar é se aperfeiçoar, é buscar é novas, novas literaturas, novas referências, né, ele tem que se inteirar mesmo de tudo o que tá de novo, né, no é na, na educação, nas, nas literaturas e correr atrás disso aí.

[ENF 03] Sim. É... o conhecimento prévio, ele é importantíssimo, então tem que vir de uma prática, assim, carregada de muito estudo mesmo. É... a habilidade absolutamente fundamental seja no manuseio do paciente, na propedêutica que ele vai aplicar.

[ENF 04] Quem ama a saúde da família, porque se não gostar de gente, e... apesar de que, o médico ele se... ele logo que ele forma, ele já sabe a linha que ele vai seguir, e tem o médico que é da atenção primária, então quando ele chega é tudo que ele espera. Tem médico que é apaixonado pela atenção primária, então... o lugar é aqui, né.

O MED 04 afirma que o método clínico centrado na pessoa (MCCP) faz toda a diferença no cuidado prestado pela Atenção Primária à Saúde. O MCCP é uma nova abordagem na atenção primária, pois contribui para conhecer o paciente como um todo, colaborando para o desenvolvimento de confiança, coparticipação, em que o profissional médico inclui o indivíduo em todo o processo de saúde e doença.

[MED 04]... talvez focar mais no método clínico centrado na pessoa, isso faz uma diferença muito grande na atenção básica.

O MCCP sugere que o paciente seja protagonista de sua própria saúde e o posiciona como foco na consulta médica e participante ativo no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões para o cuidado. Porém, nota-se que ainda há uma lacuna na formação médica atual em relação ao MCCP e dificuldades de incorporação do seu ensino nos currículos dos cursos de graduação em medicina. A disseminação da medicina centrada na pessoa e a crescente demanda pela qualidade do cuidado têm colocado em teste a formação médica em todo o mundo (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

6.4 Categoria 2: A importância da atenção primária à saúde na formação médica

A análise dessa categoria permitiu avaliar a importância do serviço público de saúde para a formação de profissionais médicos por meio da inserção do acadêmico na atenção primária.

Através das novas DCN, a formação médica passa a focar na humanização, na assistência generalizada, na saúde integral e na capacidade crítica e reflexiva, componentes chave das metodologias ativas. A interação ensino-serviço-comunidade aplica-se como uma ferramenta prática de inserção oportuna do aluno em uma UBS, integrando-o à EqSF, à comunidade e aos serviços do SUS (MELO *et al.*, 2017).

O SUS aparece como o principal norteador do processo, pois tem como objetivo formar um profissional com capacidade para atuar em conformidade com o sistema de saúde vigente, fortalecendo e perpetuando seus princípios, de acordo com as necessidades do cidadão, da família e da comunidade (CÂNDIDO; BATISTA, 2019).

Assim, o estudante, desde o início de sua vida acadêmica, relaciona-se com outros profissionais da saúde e aprende a manter relações de respeito e interdependência, não somente no contexto da APS, posto que cada um mantém uma função específica e essencial para a saúde do paciente e funcionamento da UBS (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

6.4.1 Subcategoria 2.1: Processo de formação médica e inserção do acadêmico no serviço da Atenção Primária

A formação do profissional médico envolve, dentre outros fatores, a observação da prática, atribuindo importância ao contato com profissionais mais experientes. Esse trabalho é realizado pelo preceptor e tem como finalidade auxiliar o acadêmico a adquirir a sua independência e prepará-lo para a transição discente-profissional (FRANCO; MONTES; SILVA, 2013).

Os entrevistados afirmaram que a formação médica está ligada às novas exigências do mercado de trabalho e deve estar de acordo com as necessidades de saúde demandadas pela comunidade, por isso relatam que as escolas médicas devem:

[DIR APS 01] Eu acho que a academia, embora ela já esteja pautada é... num planejamento, né, digamos assim, nos cursos é... de nível superior para a área da saúde, baseados num determinado modelo. Nós devemos lembrar que a... o ser humano muda. A população muda conforme suas necessidades. Nem sempre a academia consegue acompanhar essa necessidade. A gente precisa fugir um pouco mais da cadeira da academia e usar mais os campos de prática, mas de uma forma literal mesmo, como uma experiência científica e que possa – a curto prazo – aproveitar mais essa experiência.

[ENF 01] Eu acredito que eles podem trabalhar não só com o preceptor, que também tá fazendo esse papel de acompanhar o acadêmico aqui, mas como o próprio acadêmico de fazer essa vivência mesmo. É não só ficar com aquele contato com o paciente só dentro do consultório, aquela vivência só trabalhando com a doença dele.

Para a formação médica, a articulação entre teoria e prática é um processo importante, pois permite ao acadêmico desenvolver suas competências e sua expertise tendo como foco tanto o perfil de profissional que se pretende formar quanto a consonância com os objetivos educacionais do curso. A inserção inicial do estudante no campo de prática implica na permissão para o desenvolvimento de uma maior autonomia e de consciência crítica por meio de uma horizontalidade da relação docente-discente (COELHO *et al.*, 2020).

Não há hierarquia entre as fases do processo de aprendizagem, visto que se percebe a relação de dinamismo que ocorre no campo prático a partir da perspectiva do “aprender fazendo”, na qual a inserção do estudante no serviço contextualizaria o que vem sendo abordado no campo teórico, facilitando sua assimilação (COELHO *et al.*, 2020). Essas considerações podem ser percebidas no relato de uma entrevistada:

[MED 03] Tem que ter competência teórica, né, você tem que saber do que você está fazendo. A competência prática é necessária na atenção primária. Você saber fazer procedimentos práticos simples como, por exemplo, a lavagem de ouvido, uma pequena sutura.

A formação promove o desenvolvimento da competência através dos conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com situações, dificuldades e dilemas da vida real. Esse processo revela a legitimação social dos indivíduos que passam a ser reconhecidos como aptos para atuar como profissional médico (GONTIJO *et al.*, 2013).

Nesse contexto, a DCN de 2014 para os cursos de medicina define no seu artigo 4º que:

[...] dada à necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde.

Para o participante do estudo denominado MED 05, a formação dos acadêmicos aproxima da diretriz, pois são resolutivos e adquirem capacidade técnica para atuarem na solução dos problemas apresentados pelo paciente e pela comunidade. Foi possível observar nas entrevistas que apenas um dos participantes mencionou a DCN de 2014.

[MED 05] E resolve com excelência técnica e racionalidade, melhor dizendo, os recursos tem de ser resolver os problemas da comunidade de acordo com a nova diretriz.

[MED 05] Então eu acho muito coerente com o propósito, não é? Que... o... a escola médica hoje, ela quer formar um médico que lida bem, com familiaridade com os problemas que o paciente traz na atenção primária à saúde. Acho que é muito coerente e eu acho que é muito bem sucedida essa diretriz.

O mesmo participante relatou que a presença do estudante auxilia a interação da comunidade com o serviço. Como fatores que facilitam a interação, os usuários, os enfermeiros e os médicos percebem uma grande dedicação e resolução dos acadêmicos ao serviço, reconhecendo a qualidade do atendimento deles, o que fortalece essa interação a qual é evidenciada pela satisfação dos usuários e da equipe de saúde (MED 05).

A educação em saúde colabora tanto no processo ensino aprendizagem do acadêmico, como para a comunidade, pois os estudantes conseguem fazer reuniões mais atrativas para a comunidade e conseqüentemente atingem um público maior, o que ajuda na promoção da saúde e na prevenção de doenças. A educação em saúde torna-se uma prática privilegiada no campo das ciências da saúde, em especial da saúde coletiva, uma vez que pode ser considerada no âmbito de práticas em que se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde (FALKENBERG *et al.*, 2014).

[MED 04] E eles fazem muita diferença, principalmente na parte de educação em saúde, por causa dos encontros com a comunidade, eles fazem palestras, eles fazem uma grande contribuição mesmo.

É importante inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de graduação de medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem (BRASIL, 2014).

[MED 03] Creio que a inserção precoce de estudantes de medicina neste nível de assistência tenha a capacidade de formar médicos mais atentos as reais necessidade de saúde da população, bem como potencializar a capacidade critico-reflexiva do papel do médico na melhoria da qualidade de vida da população assistida.

[USU 02] Bom, né, assim, igual... eu já muitas vezes já consultei com eles, né, assim, até chegar o médico então,então o atendimento foi bom, bom demais.

[USU 05] Principalmente essa questão de tá ajudando os médicos, né? Pela demanda de atendimentos aqui..., que é grande, eu acho que ajuda bastante nessa questão. Eu também já fui atendida pelos profissionais acadêmicos daqui, gostei

do atendimento, me senti acolhida, cuidada. Então, assim, eu gosto bastante dos profissionais que trabalham aqui, é, que são acadêmicos aqui.

A inserção oportuna dos estudantes nos serviços de saúde, desde o início do curso, possibilita uma vivência na RAS, a partir da APS, o que permite uma análise holística da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (SAVASSI; DIAS; GONTIJO, 2018).

Estudo aponta a importância do contato dos estudantes com a atenção primária desde os semestres iniciais, ou seja, o contato com a realidade da comunidade. Por mais que a teoria e a prática estejam distantes, existe um reconhecimento da importância da organização curricular com a inserção desde o momento inicial da formação dos estudantes na APS (COELHO *et al.*, 2020).

De acordo com MED 01, a formação médica acontece de forma única, individual, em que os acadêmicos são inseridos nos serviços de saúde em diversos níveis de assistência. Alguns possuem conhecimento prévio e outros vão precisar de mais tempo para conhecer sobre o serviço de saúde. A relevância da inserção oportuna do aluno nos campos da atenção primária é abordada pelos profissionais, pois os acadêmicos conseguem vivenciar situações reais de uma determinada comunidade, colaborando, assim, para o aprendizado desse futuro médico.

[MED 01] Oh, a formação, ela é muito individual. Tem acadêmico que chega e você observa que ele teve uma formação, assim, que ela tá toda fechada, assim, que ele realmente absorveu, aproveitou. E tem outros que a gente vê que precisa ali ajustar. Assim que eu identifico, eu converso com o acadêmico. Porque ele tem aqui a oportunidade de sair melhor.

[MED 06] Então a partir do momento que o estudante ele tá inserido no sistema, ele vivência de uma forma muito mais atuante mesmo e aí ele vai ser mais resolutivo por conta disso.

As propostas estabelecidas pela DCN de 2014 instituíram a inserção oportuna do aluno em cenários diversificados de ensino-aprendizagem e enfatizaram o papel desempenhado pela atenção básica nesse processo. A inserção dos acadêmicos na ESF contribui para a formação deles e, conseqüentemente, colabora para a melhoria dos serviços prestados à comunidade (MACHADO, 2020).

Os participantes deste estudo relatam que é fundamental a inserção dos acadêmicos na atenção primária à saúde, uma vez que a presença do acadêmico dentro da unidade de saúde é

benéfica e agrega qualidade na assistência prestada à comunidade, resolutividade e agilidade nos atendimentos aos usuários.

[MED 03] A meu ver o papel do acadêmico no serviço de saúde tem uma importância enorme, pois qualifica os serviços, aprimoram as práticas e aumentam a resolutividade, bem como proporciona uma avaliação da prática e do fazer cotidiano potencializando assim as atividades de ensino, aprendizagem e melhoria na qualidade da assistência.

[ENF 01] Ajudam bastante nessa questão de resolução de problemas, de vivenciar, né, a rotina da unidade, de atuar mesmo acompanhando os pacientes.

[ENF 04] Esses acadêmicos eles são de uma grande importância. Eles nos ajudam no atendimento, a resolver os problemas e atua como médico.

[MED 04] Os acadêmicos, eles são assim fundamentais.

[USU 02] Então, a gente sempre... recebe, né, esses acadêmicos, eles são muito bem-vindos porque ajudam a gente bastante, ajuda a unidade, a população em si, quanto ajuda ele também a conhecer vários tipos de... de problemas de saúde, né?

[MED 02] Eu acho que ele ajuda muito, quando o acadêmico ele é bem instruído dentro da Unidade de Saúde, ele ajuda muito a fazer com que a população, tanto aceite ele aqui, quanto ele se envolver no serviço e dar conta da demanda, juntamente com o preceptor e com o médico.

[ENF 06] Com certeza. Eu acho que a atenção primária é fazer esse campo, esse estágio na atenção primária, principalmente desde os primeiros períodos. É importante pra formação dele sim.

[ENF 05] É... o serviço nosso tá, eu penso que a gente pode participar ainda mais. Integrar, de acordo com essa interação maior, ajudar eles, que a gente tem muito o que contribuir, né? Principalmente quando a gente já tem um tempão que está na equipe, então a gente pode levar mais, é... eu penso que a gente pode colaborar muito o crescimento profissional deles.

Mesmo com a implantação de diversas mudanças no processo de formação, ainda assim existe dificuldade em estimular a construção de um profissional competente, que compreenda o processo saúde-doença como um complexo sistema de interações, em que elementos psicológicos, sociais, históricos e ambientais se relacionam (GOMES; REGO, 2011).

Os participantes do estudo ENF 06 e o MED 03 relatam que um dos problemas que interfere na qualidade dos estágios para os acadêmicos de medicina está relacionado com a estrutura física de algumas unidades de saúde.

[ENF 06] Eu acho que é a questão mais estrutura mesmo, assim, porque, às vezes a gente não tem essa estrutura para receber os acadêmicos.

[MED 03] Acredito que a inserção dos estudantes no processo de trabalho e aprendizado é vital para ambos, entretanto percebo que é necessário aprimorar os processos de trabalho, sobretudo no que se refere à rede física instalada, que já apresenta limitação para o atendimento à população e não atende as necessidades advindas do incremento da visitação a este nível de assistência pelos estudantes.

A estrutura física é analisada em outras pesquisas os quais observam que as UBS, de forma geral, carecem de insumos e reformas, e dentro da universidade faltam recursos didáticos, o que acaba desestimulando o corpo discente e docente. Conseguir estágios, materiais e profissionais que aceitem receber os alunos também é pontuado como um grande desafio (REZENDE *et al.*, 2019).

6.4.2 Subcategoria 2.2: A prática na APS no processo ensino-aprendizagem

Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde da APS e dos demais níveis de atenção pertencentes ao SUS, permite ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2014).

A APS destaca-se como campo favorável de práticas, em comparação com outros níveis de atenção, uma vez que essas vivências contribuem para a formação de um profissional que atenda às expectativas do modelo de saúde vigente e do paradigma de produção social da saúde (MARIANO *et al.*, 2018). Constitui-se, ainda, um espaço privilegiado na construção do conhecimento, pois possibilita a aproximação dos discentes com o território e com as famílias que lá vivem. Entretanto, reforça-se a importância do reconhecimento das necessidades de saúde da população e da organização das unidades de saúde e das equipes para responderem a essa demanda (COELHO *et al.*, 2020).

O atual ensino da Medicina baseia-se nas DCN, estabelecidas pelo Ministério de Educação, cuja finalidade é promover uma formação médica mais crítica, humanizada e que esteja adequada à realidade da Saúde Pública brasileira. Em consonância com tais regras, o ensino deve manter foco na saúde integral da população, assim, a vivência do sistema de saúde torna-se crucial durante o processo de construção deste saber (MARIANO *et al.*, 2018).

Nesse contexto, as escolas médicas direcionam os seus projetos político-pedagógicos pautados na DCN de 2014 conforme os artigos:

Art. 23 Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde.

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

Torna-se possível, então, afirmar que o processo de produção do COAPES busca pela qualificação do cuidado em saúde de maneira integrada ao processo de formação em serviço e de educação permanente da rede. Destaca-se, durante o procedimento contratual, a importância da pactuação, discussão e qualificação da inserção de estudantes no território (COSTA, 2018).

O alvo dessa aproximação é conduzir a articulação ensino-serviço-comunidade para que seja buscada mutuamente a melhoria da assistência, da gestão e da formação em saúde, de modo a fortalecer as políticas públicas, com vistas à satisfação do usuário (BRASIL, 2015).

O estudante é o centro do processo e o professor é o mediador do processo de ensino-aprendizagem, conforme o artigo 26 da resolução Nº 3, 2014.

Art. 26. O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.

Pode-se dizer que a APS é um espaço privilegiado de formação para os profissionais de saúde, de acordo com os princípios norteadores do SUS, uma vez que se caracteriza como porta de entrada preferencial da RAS, acolhendo usuários e famílias, com o objetivo de estabelecer vínculos e responsabilização pela atenção, individual e coletiva (PEIXOTO *et al.*, 2019).

No tocante à formação e à qualificação na APS, esta associada à busca pela garantia da universalidade e da integralidade do SUS, pois compreende um território adscrito, a partir do enfoque familiar e comunitário, enquanto espaço de construção coletiva, no qual os diversos sujeitos estão envolvidos na produção dos diferentes modos de proporcionar o cuidado em saúde (PEIXOTO *et al.*, 2019). Simultaneamente, nesse encontro é possível, ainda, ocorrer

uma construção do saber compartilhada; promover a autonomia e a consciência coletiva e individual; e dessa forma, redefinir o papel da pessoa no autocuidado (COELHO *et al.*, 2020). Segundo os participantes deste estudo, a formação nas EqSF contribui para que o profissional médico consiga atender melhor à população da atenção básica e proporciona a eles uma visão mais global do processo saúde-doença.

[MED 03] E a formação na estratégia de saúde da família te proporciona, né, ter uma visão global do processo de saúde-doença, conhecer várias etapas do processo de saúde-doença. Você tá na atenção primária, mas, ao mesmo tempo, você às vezes precisa, né, ter discernimento pra saber que aquele paciente é de atenção secundária ou até mesmo terciária.

[ENF 03] Eu acho que a gente tem muito curso, muita coisa voltada pra área de atenção primária, então essa formação, nesse sentido, é importante pra eles.

O exercício da prática médica contempla a Saúde Coletiva e a Medicina de Família e Comunidade, tendo como base o mapa conceitual, e segue as proposições das DCN (BRASIL, 2001; 2014) e as orientações do SUS (artigo 2º).

Para alcançar uma formação em que os estudantes sejam protagonistas no processo, a diretriz propõe o uso de metodologias ativas nos currículos médicos, unindo ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2014). No presente estudo, o participante MED 02 enfatiza que o acadêmico como responsável pelo seu aprendizado desenvolve habilidades a partir de questões problemas, do atendimento ao paciente com realização de estudo de caso, que o coloca a pensar como futuro profissional.

[MED 02] Fazendo uma gestão da Unidade, de tá resolvendo a questão dos problemas de saúde da população, de ter a discussão de casos clínicos, aulas teóricas. Então, eu acho que uma estratégia mesmo de formação do médico em serviço.

A interação ensino-serviço-comunidade mostra-se como uma importante estratégia para se alcançarem as mudanças apontadas pelas DCN na formação de profissionais de saúde que atendam às necessidades sociais (MENDES, 2017).

Em um estudo, os docentes consideram que a interação da universidade com os serviços de saúde possibilita uma formação crítico-reflexiva em cenários reais de prática, contribuindo para a formação de profissionais generalistas, com o perfil exigido pelas atuais DCN no que

diz respeito à compreensão da realidade em que vive a população, além de trazer benefícios para os serviços de saúde e a comunidade (MENDES *et al.*, 2020).

Destaca-se que a corresponsabilidade de usuários, gestores, trabalhadores, professores e estudantes com a saúde da população em cada território deve conduzir os processos educativos e de desenvolvimento no SUS e para o SUS, desencadeando, dessa maneira, um ciclo constante do processo de ensino e aprendizagem articulado às práticas concretas dos serviços (BRASIL, 2015).

Neste cenário, enfatiza que a interação ensino-serviço-comunidade na APS proporciona aos estudantes de medicina um ambiente favorável à aplicação de conhecimentos teóricos e ampliação das “visões de mundo” e expectativas pessoais, aproximando-as das reais condições de vida dos pacientes, sua família e comunidade. Para os profissionais, serve de estímulo e favorece o melhor desempenho das suas funções; e para os pacientes, a presença dos estudantes contribui para melhoria do atendimento, além de ampliar os conhecimentos teóricos através da relação estudante-paciente (MARIANO *et al.*, 2018).

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma limitação está relacionada ao fato que os usuários apresentaram dificuldades em se manifestar sobre determinados tópicos da entrevista. Isso evidencia a importância de reconhecer que as conclusões derivadas dele refletem a maneira como a população do estudo entende a relação entre APS com suas demandas e formação médica, razão por que este estudo pode não ser replicável a outros contextos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão e o planejamento do processo de formação profissional requerem adequado conhecimento da percepção de atores-chaves nesse processo. Diante disso, foi proposta desta pesquisadora conhecer *in loco* a dinâmica e todo o processo de inserção do acadêmico no serviço da APS à luz da visão de usuários, profissionais de saúde e gestores locais.

Neste estudo foi revelado que, para os gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde, as necessidades da APS estão relacionadas ao acesso da comunidade, como também à resolução das suas queixas. Os entrevistados ressaltaram a importância da inserção do acadêmico na atenção primária, uma vez que estes contribuem nas atividades desenvolvidas pela ESF, o que permite uma comunicação e aproximação mais eficaz, promove um atendimento mais acolhedor, com responsabilidade ética e social além de interesse em resolver a queixa do paciente.

Os preceptores de campo reconhecem a importância do serviço da atenção primária no processo de formação profissional do médico, visto que permite uma interação ensino-serviço-comunidade, atende às necessidades sociais e proporciona experiências multiprofissionais e interdisciplinares em cenários reais de prática. Essa interação mostrou-se como uma importante estratégia para alcançar as mudanças no processo formativo dos profissionais de saúde, viabilizando, assim, modificações nas práticas profissionais e no modelo de atenção.

Em relação ao perfil do médico necessário para atuação na Atenção Primária à Saúde, observou-se que foi unânime a percepção de gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde em relação às características necessárias que definem o perfil do profissional e que vêm ao encontro do preconizado pela DCN de 2014 (BRASIL, 2014).

Foi relevante o desenvolvimento deste estudo para a pesquisadora, que é integrante do Grupo de Tutores (GT) e do Núcleo de Docente Estruturante (NDE) e que faz parte ainda da coordenação pedagógica e de habilidades do curso de medicina da instituição, o qual possibilitou vivenciar a relação entre a formação médica e a atenção primária com a inserção oportuna dos acadêmicos nos serviços de saúde do município. Observaram-se nos dados apresentados que é significativa a inserção dos estudantes na rede pública de saúde do

município, razão por que a parceria entre a universidade e a Secretaria Municipal de Saúde tem contribuído na formação voltada para a implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS. A partir deste estudo, será possível produzir um documento técnico do que foi observado, a fim de nortear novas estratégias para intensificar as ações institucionais na interação ensino-serviço-comunidade.

No entanto, há necessidade de mais estudos para ampliar a discussão sobre o assunto, considerando a importância do cenário da Atenção Primária à Saúde para a formação médica. Ademais, é notória a necessidade de institucionalização da interação ensino-serviço-aprendizagem em todas as universidades, bem como a valorização de iniciativas que dinamizem e flexibilizem o ensino em atividades multiprofissionais e interdisciplinares, a fim de que haja o envolvimento de todos os atores – docentes, discentes, profissionais de saúde, usuários e gestores, assim como o compromisso de todas as instituições envolvidas na modificação da formação em saúde e na transformação dos processos de atenção à saúde.

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**, Brasília, v. 38, n. 3, p. 388-396, 2014.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010.
- ARAÚJO, P. O.; ASSIS, M. M. A. Organização da demanda e oferta de serviços na Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde.Com**, Jequié, v. 13, n. 4, p. 994-1002, 2017.
- AZEVEDO, A. L. S. *et al.* Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, 2013.
- BARBOSA, S. P. *et al.* Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, p. 395-403, 2019.
- BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, n. 8, p. 216-222, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Ed. Lisboa: Artes Gráficas Unipessoal, 2016.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 24 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 23 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: acolhimento á demanda espontânea**, Brasília, v. 2, 2013a. v. 2. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, 2013b. v. 2. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014.** Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 2014. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1609>. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a implementação do COAPES.** Brasília, Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.ufjf.br/icvfv/files/2017/06/3.-Manual-de-Apoio-aos-Gestores-do-SUS-para-implementa%cc3%a7%cc3%a3o-do-COAPES.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros.** Brasília, Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BUFFON, A. D.; MARTINS, M. R.; NEVES, M. C. D. A Fenomenologia como Procedimento Metodológico em Pesquisa Qualitativa na Formação de professores. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. Disponível em: <http://abrapecnet.org.br/enpec/xi-enpec/anais/resumos/R0401-1.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

CÂNDIDO, P. T. S.; BATISTA, N. A. O Internato Médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um Estudo em Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 36-45, 2019.

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-AL, Brasil. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 3, n. 3, p. 69-80, 2017.

CAVALHEIRO, Maria Teresa Pereira; GUIMARÃES, Alóide Ladeia. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**. v. 1, 2011. Disponível em: <https://docplayer.com.br/8723730-Formacao-para-o-sus-e-os-desafios-da-integracao-ensino-servico.html>. Acesso em: 21 jun. 2021.

CHINI, H. A. S. **Integração Curricular Baseada em Casos Clínicos da Atenção Primária à Saúde nos Cursos de Medicina.** 2015. 152f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

COELHO, M. G. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico. **Interface**. Botucatu, v. 24, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ZpCKXXy8PZpzhqvf5bWnBxC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2021.

COLENCI, R.; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Revista escola de Enfermagem**, São Paulo: v. 46, n. 1, p. 158-166, 2012.

COSTA, G. A. L. O procedimento do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) nas 4ª e 5ª regiões de saúde do Rio Grande do Norte. 2017. 74f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

CRESWEL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Editora Artmed. 2010.

DAMACENO, A. N. *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para interação dos sistemas de saúde. **Revista Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 14, p. 1-14, 2020.

ERIKSON, C. E. *et al.* The role of medical school culture in primary care career choice. **Academic medicine**, Philadelphia, v. 88, n. 12, p. 1919-1926, 2013.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.

FARO, A. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, p. e200074, 2020.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CÁCERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 15, n. 5, p. 2611-2620, 2010.

FERREIRA, M. J. M. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface**. Botucatu, v. 23, n. 1, p. e170920, 2019.

FERREIRA, P. P. L. **Atenção Básica em Saúde na Zona Rural do Município de Dona Eusébia-MG**. 2014. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde Da Família. Juiz de Fora, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

FERREIRA, L. S. *et al.* Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 149, 2020.

FERREIRA, L. S. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura Permanente. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019.

FRANCO, M. F.; MONTES, M. A. A.; SILVA, A. R. Visão Discente do Papel da Preceptoria Médica na Formação dos Alunos de Medicina. **Revista de Educação em Ciência e Tecnologia**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 229-249, 2013.

- GUERRA, J.; NEPOMUCENO, M. O Ensino da comunicação empática na graduação em medicina em uma Faculdade Pernambucana. **REVASF: Dossiê ensino da Comunicação em Saúde**, Petrolina, v. 10, n. 21, P. 120-147, 2020.
- GOMES. A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 35, n. 4, p. 557–566, 2011.
- GONÇALVES, C. R. *et al.* Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.
- GONZE, G. G. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas**. 2009. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.
- GONTIJO, E. D. *et al.* Matriz de competências essenciais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 526-539, 2013.
- HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Montes Claros. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>. Acesso em: 24 Set. 2021.
- INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FUNORTE. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Montes Claros, 2018.
- KELLY, J. C. *et al.* Overarching challenges to the implementation of competency based medical education. **Medical Teacher**, London, v. 39, n. 6, p. 588-593, 2017.
- LAMPERT, J. B. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.
- 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.
- MACHADO, S. C. M. P.; DIAS, R. B. **Métodos de ensino médico em cenários reais da APS: da teoria à prática**. 119f. 2019. Dissertação (Mestrado em Ensino e Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2020.
- MARANHÃO, R. R. *et al.* Como se relacionam o escopo de práticas profissionais, a formação e a titulação de médicos de Família e Comunidade? **Interface**, Botucatu, v. 24, n. 1, 2020.
- MARIANO, F. C. *et al.* Contribuição das aulas práticas na atenção primária à saúde para a formação médica. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 5, n. 6, p. 1466-1484, 2018.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-1531, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

MENDES, T. M. C. **Integração ensino-serviço-comunidade na visão de docentes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia**. 2017. 122f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

MENDES, T. M. C. *et al.* Contribuições e desafios da integração ensino-serviço-comunidade. **Texto Contexto Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, p. e20180333, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/KPQcPtFGXrLt4vJk76WBXrr/abstract/?lang=pt>. Acesso em 17 out. 2021.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTES CLAROS. **Portaria/SMS 08, de 04 de abril de 2019**. Dispõe sobre as normas para formalização do Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. Montes Claros, 2019.

MONTES CLAROS. **Relatório Anual de Gestão: 2020**. Montes Claros, 2020.

MOTTA, L. C. S.; BATISTA, R. S. Family Health Strategy: clinical and critical. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>. Acesso em: 01 ago. 2021.

OLIVEIRA, A. R. *et al.* A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, p. e20190328, 2020.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

PAULA, M. F. A formação universitária no Brasil: concepções e influências. **Avaliação Campinas**, Sorocaba, v. 14, n. 1, p. 71-84, 2009.

PAULINO, J. A. **Demanda Espontânea X Demanda Programada: lidando com a procura maior que a oferta**. 25f. 2014. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

PEIXOTO, M. T. *et al.* Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade. **Interface**, Botucatu, v. 23, n. 1, p. e170794, 2019.

PERES, C. M. *et al.* Abordagens pedagógicas e sua relação com as teorias de aprendizagem. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 249-255, 2014.

RODRIGUES, H. G. *et al.* O Legado do Município de Montes Claros para a História do Sistema Único De Saúde. **Revista Desenvolvimento Social**, Montes Claros, v. 15, n. 1, p. 39-46, 2015.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20170372, 2018.

PINHEIRO, C. B. E. *et al.* Reflexões sobre a importância do currículo informal do estudante de medicina. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 162-168, 2012.

POZ, M. R. D.; PERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro, 2013. v. 3. p. 187-233. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/98kju/pdf/noronha-9788581100173.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

REZENDE, V. L. M. *et al.* Percepção discente e docente sobre o desenvolvimento curricular na atenção primária após Diretrizes Curriculares de 2014. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Brasília, v. 43, n. 3, p. 91-99, 2019.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-51, 2011.

SALES, L. L.; GOULART, S. B. M.; PEREIRA, M. I. M. Estratégia Saúde da Família: significados para famílias em face aos cuidados prestados pelos profissionais da saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 1, p. 89-95, 2016.

SALVADOR, R. A. **Uma proposta de atenção primária para as empresas**. 125 f. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2019.

SANTOS, L. S. *et al.* Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde de uma microrregião geográfica. **Enfermagem Brasil**, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 552-60, 2019.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, E. C.; GONTIJO, E. D. Formação médica, atenção primária e interdisciplinaridade: relato de experiência sobre articulações necessárias. **Revista Docência Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, p. 189-204, 2018.

SILVA, A. H.; FOSSÁ M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015.

Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>. Acesso em: 01 ago. 2021.

SILVA, J. C.; CAMARGO, M. R. R. Atenção Primária à Saúde e o Sistema Único de Saúde: conquistas e valorização. **Revista Científica Eletrônica de Enfermagem da Faef**, v. 2, n. 1, 2019. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/0cMnDmozIjWJ4Nv_2019-3-8-16-6-32.pdf. Acesso em: 29 jun. 2021.

SILVA, P. L. N. *et al.* Projeto Montes Claros: construção do sistema único de saúde na visão de atores desenvolvidos historicamente no processo. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v. 2, p. 15-32, 2014.

VIEIRA, R. M. M.; PINTO, T. R.; MELO, L. P. Narrativas e memórias de docentes médicos sobre o ensino baseado na comunidade no Sertão Nordestino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 140-149, 2018.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar como voluntário de um estudo proposto pela Universidade José do Rosário Vellano descrita em detalhes abaixo.

Para decidir se você deve concordar ou não em participar deste estudo, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará segundo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

1. Identificação do (a) voluntário (a) do estudo:

Nome: _____ Gênero: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Responsável Legal (se aplicável): _____ Gênero: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

2. Dados do estudo:

a. Título do Projeto:

Teoria e Prática na Formação Médica: as necessidades da comunidade e de gestores municipais estão sendo atendidas pelo Currículo Médico atual?

b. Universidade/Departamento/Faculdade/Curso:

Universidade José do Rosário Vellano/Mestrado em Ensino/UNIFENAS/Educação em Saúde.

Projeto: Unicêntrico () Multicêntrico

c. Instituição Coparticipante:

Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal da cidade de Montes Claros e Faculdades Unidas do Norte de Minas.

d. Patrocinador:

Luame Ramos e Santos Soares

e. Professor Orientador:

Dr. Alexandre Sampaio Moura e Dr. Claudiojanes dos Reis

f. Pesquisador Responsável: Estudante de Pós-Graduação () Professor Orientador

3. Objetivo do estudo:

Analisar o processo de formação médica a partir das expectativas e necessidades dos usuários do serviço público de saúde, preceptor de campo e de gestores municipais, bem como sua relação com os princípios estabelecidos nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina e o currículo médico do Instituto de Ciências da Saúde das Faculdades Unidas do Norte de Minas.

4. Justificativa do estudo:

Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender as expectativas e a realidade vivenciada pelos gestores e usuários envolvidos na formação profissional do médico, buscando entender como se dá o atendimento às necessidades da comunidade, avaliar a articulação entre currículo, realidade profissional e necessidades da comunidade, analisar a prática acadêmica no sistema de saúde, verificar

se há o atendimento dos interesses públicos e o desenvolvimento para o desempenho técnico e profissional no mercado de trabalho.

5. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:

O primeiro contato com o participante gestor será feito após aprovação pela instituição. Será estabelecido um contato para que esse participante defina o melhor horário e local para a realização da entrevista. Esta poderá ser realizada no próprio local de trabalho ou na unidade de saúde em ambiente reservado que permita a privacidade deles. Os participantes serão devidamente informados sobre o projeto e convidados a participar do estudo, sendo entregue a eles o TCLE que poderá ser lido no local ou poderão levá-lo para que possam analisar e dar o consentimento, posteriormente. Para garantir o anonimato, serão identificados com base em algumas características, tais como: local, função, sexo e idade. Quanto aos participantes usuários do serviço, serão tomados os mesmos cuidados descritos anteriormente para o participante gestor, sendo as dúvidas tiradas a qualquer momento pelo responsável do estudo. Será utilizado para a coleta de dados um roteiro de entrevista com questões relacionadas às necessidades do serviço; atividade desenvolvida pelo acadêmico no serviço e o perfil do médico atuante no serviço. Será utilizado ainda celular para gravação de voz e essas gravações serão transcritas, analisadas e posteriormente será procedida a exclusão, não havendo possibilidade de identificação dos participantes.

6. Descrição dos desconfortos e riscos do estudo:

(X) Risco Mínimo () Risco Baixo () Risco Médio () Risco Alto

Poderão ser classificados como mínimos, ou seja, poderá provocar constrangimento dos participantes ao responder às perguntas, quebra de sigilo pelo fato de as entrevistas serem gravadas. O pesquisador ficará atento às manifestações do participante e caso perceba algum desconforto interromperá imediatamente a estudo, podendo continuar posteriormente, ou abandonar a estudo. Serão apresentados todos os objetivos e o tempo médio para participar de cada entrevista, que será realizada em local reservado garantindo a privacidade do participante.

7. Descrição dos benefícios do estudo:

O estudo trará como benefício o levantamento de informações que poderão propiciar o conhecimento sobre as adequações do processo de formação do médico às necessidades de gestores e usuários, gerando dados que poderão subsidiar ações futuras de planejamento.

8. Despesas, compensações e indenizações:

- a. Você não terá despesa pessoal nesse estudo incluindo transporte, exames e consultas.
- b. Você não terá compensação financeira relacionada à sua participação nesse estudo.
- c. Caso você tenha algum dano comprovadamente resultante deste estudo, terá direito a indenização, conforme a resolução 466/12.

9. Direito de confidencialidade:

- a. Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante o estudo serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.
- b. Os resultados obtidos neste estudo poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- c. Imagens ou fotografias que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

10. Acesso aos resultados do estudo:

Você tem direito de acesso atualizado aos resultados do estudo, ainda que possam afetar sua vontade em continuar participando dela.

11. Liberdade de retirada do consentimento:

Você tem direito de retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu cuidado e tratamento na instituição.

12. Acesso aos profissionais responsáveis pelo estudo:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis por ela, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, etc., através dos contatos abaixo:

Professor Orientador: Alexandre Sampaio Moura
 Telefone: (31) 88926588
 Email: alexandremoura@gmail.com

13. Acesso à instituição responsável pelo estudo:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, à instituição responsável pela pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS:
 Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG
 Tel.: (35) 3299-3137
 E-mail: comitedeetica@unifenas.br
 Segunda a sexta-feira das 14:00h às 16:00h

Fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados deste estudo e minhas dúvidas com relação à minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino.

Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação deles, sempre preservando minha identidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Montes Claros, 15 de novembro de 2019.

Assinatura Dactiloscópica	
Voluntário	Voluntário
Representante Legal	Representante Legal
Pesquisador Responsável	

APÊNDICE B – Roteiro para as entrevistas com os preceptores de campo e gestores dos serviços de saúde.

Identificação do entrevistado

Idade:

Sexo:

Área de Graduação:

Ano de Graduação:

Pós-Graduação:

Ano de Pós-Graduação:

Cargo/Gestor:

Há quantos anos trabalha no cargo/gestor no serviço/equipe de saúde?

1. Você pode falar sobre as principais demandas do serviço de saúde sob sua gestão/atuação?
2. Você pode falar sobre a sua percepção quanto ao (seu) papel do (s) profissional (is) médico (s) que é atuante no serviço e sobre a resolução das necessidades demandadas pelo serviço?
3. Você pode falar sobre a sua percepção quanto ao papel dos acadêmicos diante das necessidades demandadas pelo serviço de saúde? (*Como os acadêmicos são apresentados a essas necessidades? Como os acadêmicos contribuem na resolução dessas necessidades?)
4. Você pode falar sobre a sua percepção quanto ao processo de inserção do acadêmico no serviço de saúde nos programas de estágios? O que você proporia para melhora desse processo?
5. Você pode falar sobre a sua percepção quanto ao processo de formação do médico atuante no serviço?
6. Como você acha que a Atenção Básica em Saúde e outras especialidades podem contribuir para a formação de futuros profissionais de saúde?
7. Você pode falar sobre a sua percepção de como o serviço no qual você atua auxilia no processo de ensino-aprendizagem desses estudantes na Atenção Primária em Saúde?
8. Na sua percepção, qual o perfil ideal de um profissional médico para atuar no serviço?
9. Quais as competências necessárias para o profissional médico atuar no serviço? (Conhecimento, habilidades e atitudes).

APÊNDICE C – Roteiro para as entrevistas com os usuários

Identificação do entrevistado

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Há quanto tempo utiliza os serviços da unidade de saúde:

1. Qual foi a sua última necessidade para procurar o serviço de saúde do município?
2. Você já foi atendido pela equipe médica do serviço de saúde?
3. Como foi o atendimento recebido?
4. Sua necessidade foi resolvida?
5. Quais as principais necessidades que a população apresenta para fazê-la procurar o serviço de saúde?
6. Quais os pontos positivos/negativos que o serviço apresenta?
7. Na sua percepção, qual a contribuição que os profissionais médicos, atuantes no serviço, têm sobre a resolução dos problemas apresentados?
8. Na sua percepção, quais as características ideais para um profissional atuar no serviço de saúde?
9. Quais os pontos positivos/negativos observados no atendimento realizado pelos acadêmicos de medicina?

APÊNDICE D – Termo de Ciência da Instituição**DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Montes Claros, 02 de Outubro 2019.

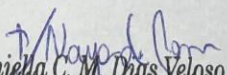
Ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFENAS

Prezados Senhores,

Declaro que tenho conhecimento e autorizo o estudo de caso intitulado “TEORIA E PRÁTICA NA FORMAÇÃO MÉDICA: AS NECESSIDADES DA COMUNIDADE E DE GESTORES MUNICIPAIS ESTÃO SENDO ATENDIDAS PELO CURRÍCULO MÉDICO ATUAL?” proposto pelos pesquisadores Luame Ramos e Santos Soares, Dr. Alexandre Sampaio Moura e Dr. Claudiojanes dos Reis.

O referido projeto será realizado na Rede Municipal de Saúde da cidade de Montes Claros/MG e a pesquisa só poderá ocorrer a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS.

Atenciosamente,


Daniella C. M. Dias Veloso
Coord. de Atenção Primária
SUS/SMS - Montes Claros-MG

Daniella Cristina Martins Dias Veloso
COORDENADORA DO NÚCLEO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

APÊNDICE E – Termo de Autorização para a realização da pesquisa



Prefeitura de Montes Claros - MG
Secretaria Municipal de Saúde

Montes Claros, 01 de Outubro de 2019.

De: Daniella Cristina Martins Dias Veloso
Coordenadora da Atenção Primária à Saúde

Para: Estratégia de Saúde da Família

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Vimos, através desta, autorizar a realização da pesquisa que tem como título **“TEORIA E PRÁTICA NA FORMAÇÃO MÉDICA:AS NECESSIDADES DA COMUNIDADE E DE GESTORES MUNICIPAIS ESTÃO SENDO ATENDIDAS PELO CURRÍCULO MÉDICO ATUAL?”**, nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família pelo Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Jose do Rosário Vellano- UNIFENAS representada pelo orientador da pesquisa **Prof(a)** Alexandre Sampaio Moura e Dr. Claudiojanes dos Reis., e sua equipe técnica Luame Ramos e Santos Soares . Esta autorização se restringe à coleta de dados que não sejam confidenciais e desde que os pesquisadores respeitem as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS nº 466/2012, e obedeçam as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

A coleta de dados deverá ser realizada somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Atenciosamente,

Daniella C.M. Dias Veloso
Coord. de Atenção Primária
SUS/SMS - Montes Claros-MG

Daniella Cristina Martins Dias Veloso
Coordenadora do Núcleo de Atenção Primária Saúde
Montes Claros/MG

ANEXO A – Mapa com as divisões dos polos da APS em Montes Claros

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa UNIFENAS

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TEORIA E PRÁTICA NA FORMAÇÃO MÉDICA: AS NECESSIDADES DA COMUNIDADE E DE GESTORES MUNICIPAIS ESTÃO SENDO ATENDIDAS PELO CURRÍCULO MÉDICO ATUAL?

Pesquisador: LUAME RAMOS E SANTOS SOARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25803219.7.0000.5143

Instituição Proponente: UNIFENAS-UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.736.062

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.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada digno de nota.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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: 3.736.062

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1468144.pdf	18/11/2019 18:20:58		Aceito
Outros	TermoConhecimento.pdf	18/11/2019 17:55:42	LUAME RAMOS E SANTOS SOARES	Aceito
Outros	TermoAutorizacao.pdf	18/11/2019 17:44:00	LUAME RAMOS E SANTOS SOARES	Aceito
Outros	RoteiroEntrevista_PROJETO_LUAME.doc	18/11/2019 17:24:35	LUAME RAMOS E SANTOS SOARES	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_Luame.pdf	18/11/2019 17:15:02	LUAME RAMOS E SANTOS SOARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_LuameRamos.pdf	14/11/2019 00:36:50	LUAME RAMOS E SANTOS SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimento.doc	14/11/2019 00:24:28	LUAME RAMOS E SANTOS SOARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

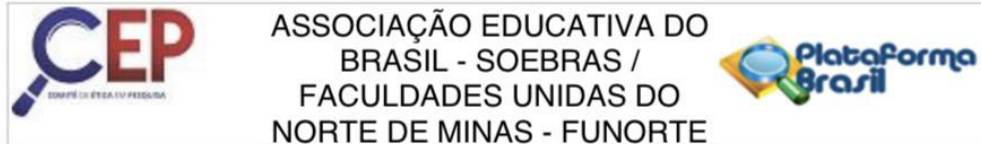
Não

ALFENAS, 29 de Novembro de 2019

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

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa FUNORTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TEORIA E PRÁTICA NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: uma análise dos atores envolvidos no processo.

Pesquisador: Claudiojanes dos Reis

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21708819.0.0000.5141

Instituição Proponente: SOEBRAS - Associação Educativa do Brasil/ Faculdades Unidas do Norte de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.594.029

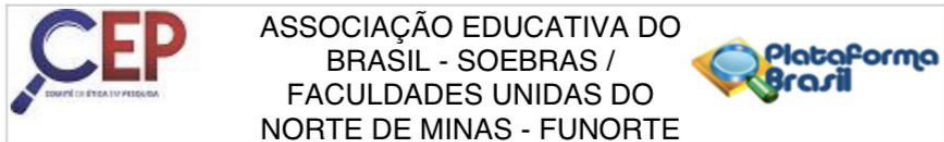
Apresentação do Projeto:

A maneira como o acadêmico é formado dentro da sua instituição de graduação influencia até em como ele é recebido no próprio mercado de trabalho. A falta de prática e experiências durante a formação, a inadequação da estrutura curricular e a falta de estímulos à produção científica são alguns dos aspectos apontados por profissionais como falhos. O profissional de saúde deve ser capacitado a demonstrar habilidades que possibilitem uma boa atuação no seu papel social, e também estar preparado para aspectos da realidade social que podem estar presentes em seu ambiente de trabalho, como a violência, a fome, o desemprego entre outros. Considerando as peculiaridades do serviço de saúde e levando-se em consideração a importância da adequada assistência à saúde, é importante analisar a relação entre o processo de formação, o perfil profissional e a necessidade apresentada pelo serviço de saúde, sendo que as instituições exercem um papel importante na preparação do profissional de saúde. O objetivo deste trabalho é avaliar o processo de formação do curso médico, na visão do gestor acadêmico e do serviço, professor, acadêmico, usuário dos serviços, bem como sua repercussão nos serviços de saúde. Para alcançar este objetivo este estudo será de natureza qualitativa com abordagens hermenêutica, fenomenológica e internacionalismo simbólico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Endereço: Av. Osmane Barbosa, 11.111
Bairro: JK **CEP:** 39.404-006
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)2101-9280 **Fax:** (38)2101-9275 **E-mail:** comitedeetica@funorte.edu.br



Continuação do Parecer: 3.594.029

- Avaliar o processo de formação do curso médico, na visão do gestor acadêmico e do serviço, professor, acadêmico, usuário dos serviços, bem como sua repercussão nos serviços de saúde.

Objetivos Específicos:

- Conhecer a percepção de gestores, professores, alunos, gestor do serviço e usuário sobre a graduação médica;
- Comparar a percepção do discente, docente, gestores acadêmicos, gestores de saúde e dos usuários/comunidade quanto à formação do profissional médico;
- Analisar a participação da gestão, professor, acadêmico, gestor do serviço e usuário na formação médica;
- Discutir os principais fatores associados ao desenvolvimento acadêmico e sua relação com a necessidade dos serviços de saúde;
- Avaliar a aplicação das diretrizes curriculares nacionais pela instituição de ensino;
- Investigar como as alterações na Diretriz Curricular influenciam na formação médica;
- Entender a participação do gestor, professor e acadêmico na aplicação diretrizes curriculares nacionais no processo de formação do curso médico;
- Avaliar a matriz do curso de medicina atual e a contribuição dos métodos utilizados na formação médica, na percepção professores, gestores do curso e acadêmicos.

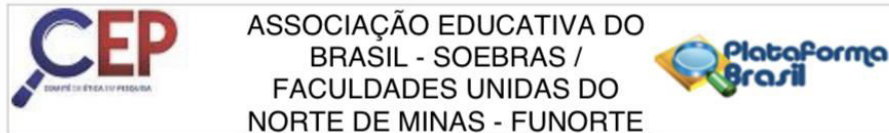
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios apresentados pelo pesquisador, descritos a seguir, estão de acordo com a resolução 466/12.

Riscos: Poderão ser classificados como mínimos, ou seja, poderá provocar constrangimento dos participantes ao responder às perguntas, quebra de sigilo pelo fato das entrevistas serem gravadas. O pesquisador ficará atento às manifestações do participante e caso perceba algum desconforto interromperá imediatamente a pesquisa, podendo continuar posteriormente, ou abandonar a pesquisa. Serão apresentados todos os objetivos e o tempo médio para participar de cada entrevista.

Benefícios: O estudo trará como benefício o levantamento de informações que poderão propiciar o conhecimento sobre o processo de formação do médico do ICS-FUNORTE, gerando dados que poderão subsidiar ações futuras de planejamento.

Endereço: Av. Osmane Barbosa, 11.111
Bairro: JK **CEP:** 39.404-006
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)2101-9280 **Fax:** (38)2101-9275 **E-mail:** comitedeetica@funorte.edu.br



Continuação do Parecer: 3.594.029

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É de responsabilidade do pesquisador garantir um local seguro e adequado para a coleta dos dados, onde seja possível manter o sigilo das informações coletadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Consentimento Institucionais serão apresentados anteriormente ao processo de coleta de dados. Não foi apresentado o Termo de Uso de Banco de Dados, pois o documento analisado é de domínio público.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O comitê de ética da FUNORTE /SOEBRAS analisou o presente projeto e entendeu que o mesmo está dentro das normas do comitê e das normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da saúde estando o mesmo APROVADO, lembrando ao pesquisador principal da obrigatoriedade de cumprir o cronograma e o envio do relatório final na data prevista. Caso a pesquisa não seja concluída no prazo estipulado, o pesquisador deve enviar o relatório parcial.

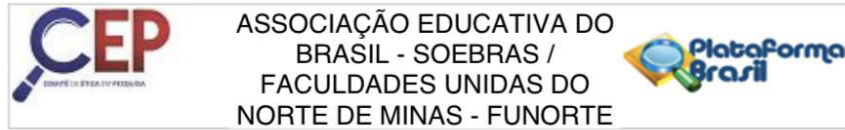
Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar ao CEP/SOEBRAS o relatório final deste projeto de pesquisa em até 60 dias após o término da pesquisa com base no cronograma de atividades. É de total responsabilidade do pesquisador responsável que a autorização para o início das atividades da pesquisa seja feita somente após o recebimento do parecer de aprovação do CEP, visto que, em situações em que seja constatado que a pesquisa tenha se iniciado sem a aprovação do CEP, os projetos serão reprovados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1436686.pdf	23/09/2019 14:52:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Quali.docx	23/09/2019 14:50:36	Claudiojanes dos Reis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_QUALITATIVACLAUDIOJANES.pdf	23/09/2019 14:50:28	Claudiojanes dos Reis	Aceito
Folha de Rosto	folharostoquali.pdf	23/09/2019 14:50:12	Claudiojanes dos Reis	Aceito

Endereço: Av. Osmane Barbosa, 11.111
Bairro: JK **CEP:** 39.404-006
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)2101-9280 **Fax:** (38)2101-9275 **E-mail:** comitedeetica@funorte.edu.br



Continuação do Parecer: 3.594.029

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 23 de Setembro de 2019

Assinado por:
Pedro Eleutério dos Santos Neto
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Osmane Barbosa, 11.111
Bairro: JK **CEP:** 39.404-006
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)2101-9280 **Fax:** (38)2101-9275 **E-mail:** comitedeetica@funorte.edu.br