

Percepção discente e docente sobre o desenvolvimento curricular na atenção primária após Diretrizes Curriculares de 2014

Views of teachers and students on curricular development in primary care after the 2014 Curricular Guidelines

Valter L M Rezende^I
Barbara Souza Rocha^{II}
Alessandra Naghettini^{II}
Marcos Rassi Fernandes^{II}
Edna Regina Silva Pereira^{II}

RESUMO

As novas diretrizes curriculares nacionais (DCN) do curso de medicina preveem uma formação com maior foco na Atenção Primária à Saúde. A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), buscando estas mudanças e adaptando-se às DCN de 2014, criou um novo Projeto Pedagógico de Curso (PPC). Este estudo avaliou as percepções de discentes e docentes sobre o desenvolvimento do novo currículo do curso de medicina de uma Universidade Federal da região centro-oeste do Brasil, após as novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, quanto ao ensino na Atenção Primária à Saúde (APS). Realizou-se uma pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados ocorreu por meio de dois grupos focais: um com docentes e outro com discentes. As perguntas norteadoras foram relacionadas ao entendimento dos discentes sobre a APS e a concordância entre os assuntos teóricos e o que é visto nas atividades práticas, a avaliação do novo PPC e as críticas e sugestões ao novo currículo e a desospitalização. Com docentes, as perguntas-guia questionaram sobre a implementação do novo currículo, a avaliação do novo PPC, a percepção de apoio institucional e as críticas à formação na APS. Para análise dos dados oriundos da transcrição dos grupos focais utilizou-se a técnica de análise de conteúdo que buscou sistematizar as questões respondidas pelos participantes, facilitando sua interpretação. Quanto à modalidade, foi escolhida a análise temática fundamentada em Bardin. A percepção de discentes e docentes foi que o desenvolvimento do novo currículo ainda é frágil. Os discentes apontaram a depreciação do ensino na APS por alguns professores e a falta de longitudinalidade no ensino da APS. Os docentes destacaram a falta de apoio da gestão municipal, escassez de campos de estágio e de formadores qualificados para esta mudança. Conclui-se que o novo currículo, mesmo desenhado para contemplar o ensino na APS, apresenta algumas lacunas de temas relevantes, enfrenta resistências por parte do corpo docente e carece de professores com formação específica na área.

PALAVRAS-CHAVE

- Atenção Primária à Saúde.
- Currículo.
- Medicina.
- Ensino.

^I UniEvangélica, Anapólis, Goiás, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

KEY-WORDS

- Primary Health Care.
- Curriculum.
- Medicine.
- Education.

ABSTRACT

The 2014 National Curriculum Guidelines (NCG) for medical courses provide for a more focused training in Primary Health Care (PHC). The Federal University of Goiás Faculty of Medicine, adapting the new NCGs, developed a new Pedagogical Course Project (PCP). This study evaluated the views of students and teachers on the development of the new medical course curriculum of that Federal University in the Brazilian midwest region, post the new National Curricular Guidelines of 2014 regarding teaching in Primary Health Care. A case study was carried out with a qualitative approach, which sought to describe and understand the processes of changes that occurred in the medical curriculum of the UFG following the implementation of the new pedagogical project in 2014. The data were collected through two focus groups: The first with students and the second with teachers. Content analysis was used to evaluate the focus group. Students and teachers shared the view that the development of the new curriculum is flawed. The institution was able to write the new pedagogical project based on the 2014 NCGs, but resources for the development of the new curriculum are scarce. The students pointed out the depreciation of the teaching in primary health care by some teachers and the lack of longitudinality in the teaching of the primary health care. Teachers highlighted the lack of support from municipal management, shortage of internships field and qualified trainers for this change. As for the physical structure, in general, lack of inputs and reforms, and within the university a lack of didactic resources, which ends up discouraging the students and teachers. Achieving internships, materials and professionals who accept receiving students are also highlighted as challenges. The new curriculum, although designed to contemplate teaching in PHC, faces resistance and lacks teachers with specific training in the area.

Recebido em: 22/2/19

Aceito em: 6/3/19

INTRODUÇÃO

Na primeira Conferência Mundial de Educação Médica em Edimburgo, no ano de 1988, saíram apontamentos sobre a necessidade de uma mudança radical na formação médica para que esta acompanhasse as transformações em nível mundial dos modelos de assistência à saúde. Em especial, sugeriu-se que as instituições formadoras descentralizassem as ações dos hospitais e compartilhassem a responsabilidade pela atenção e formação em saúde nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)¹.

A APS é a principal porta de entrada do sistema de saúde e países com uma orientação mais forte para este nível de atenção possuem melhores indicadores de saúde². No entanto, para o pleno funcionamento desta, espera-se profissionais que saibam atuar longitudinalmente, com conhecimento das diversas condições, alta resolutividade e que coordenem as atividades nos diversos níveis de atenção à saúde³.

O conceito mais conhecido da APS, construído em 1978, na conferência de Alma Ata, a descreve como um nível de atenção que presta cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade⁴.

No Brasil, profundas discussões e adequações marcaram o desenvolvimento curricular dos cursos de medicina, principalmente neste século⁵. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001, foram um importante passo na reorientação da formação profissional⁶. Elas foram construídas a partir da sociedade organizada de médicos e educadores, de pressões populares e do Conselho Nacional de Saúde, e fundamentaram mudanças no currículo médico em direção a um egresso com perfil mais generalista. Outro marco importante foi a construção e publicação das novas DCN do curso de medicina, em 2014⁷. Elas destacaram a APS na formação médica e reforçaram a necessidade de uma formação mais generalista⁷.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM_UFG), já no ano de 2014, buscando se adaptar as novas DCN, reformulou seu Projeto Pedagógico de Curso (PPC). Desde então, o novo currículo vem sofrendo transformações. A FM_UFG foi a primeira faculdade de medicina do estado e já graduou mais de 5000 médicos. Desde a década de 1970 têm desenvolvido e aderido a projetos que contemplam estágios em comunidades rurais e periféricas, todavia ainda prevalece o ensino centrado principalmente em hospitais universitários⁸.

No ano de 2009, a FM_UFG em um processo de autoavaliação institucional, sistematizado pela Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM) da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), percebeu-se pela aplicação coletiva do instrumento de avaliação como uma instituição com tipologia inovadora e tendência avançada. A análise da instituição realizada pela CAEM, embora não sendo de caráter normativo, sugeriu a necessidade de aperfeiçoar o processo de capacitação docente e se fundamentar no eixo didático pedagógico⁹.

Nesse contexto e considerando a necessidade de revisão e adequações curriculares de todas as escolas médicas nacionais com base nas DCN de 2014, faz-se necessário uma avaliação contínua do currículo, que monitore e proponha adequações ao longo do processo de mudanças. Logo, o objetivo deste estudo foi avaliar a percepção discente e docente sobre o desenvolvimento curricular

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa realizada na FM_UFG, na cidade de Goiânia-Goiás, nos meses de outubro e novembro de 2016. Participaram do estudo alunos e professores do curso de medicina da UFG.

Os critérios de inclusão foram: alunos do curso de medicina das turmas de 2014, 2015 e 2016 e professores do módulo Saúde, Família e Comunidade da FM_UFG, pois nesse módulo se desenvolve predominantemente o ensino na APS. Os critérios de exclusão foram: alunos de outras turmas e instituição; professores de outros módulos, cursos ou pertencentes a outra instituição; professores de férias ou afastados por licença.

A variável de desfecho foi a percepção discente e docente sobre o desenvolvimento curricular na APS. Foi avaliada por meio de dois grupos focais, sendo um com discentes (GF1) e outro com docentes (GF2).

Os alunos e professores foram convidados a participar do estudo por meio de software de mensagem instantânea. Uma pesquisadora especialista em coordenação de grupo focal atuou como moderadora, levantando as questões a serem debatidas. Outro pesquisador participou como observador. As perguntas norteadoras do GF1 trataram dos seguintes tópicos: entendimento dos discentes sobre a APS; concordância entre os assuntos teóricos e atividades práticas; avaliação do novo PPC; críticas e sugestões ao novo currículo e a desospitalização. No GF2 as perguntas-guia questionaram sobre a implementação do novo currículo, a avaliação do novo PPC, a percepção de apoio institucional e as críticas à formação na APS.

Para análise dos dados oriundos da transcrição dos grupos focais utilizamos a técnica de análise de conteúdo que buscou sistematizar as questões respondidas pelos participan-

tes, facilitando sua interpretação. Quanto à modalidade, foi escolhida a análise temática fundamentada em Bardin¹⁰.

A análise de conteúdo se organizou em torno de três polos cronológicos¹⁰: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

As categorias extraídas da transcrição dos grupos com discentes e docentes foram construídas de duas formas: pre-determinadas, a partir dos objetivos do estudo e perguntas norteadoras do grupo focal, e acervo com a incorporação de aspectos que emergiram espontaneamente pelos participantes do grupo. As falas de discentes e docentes se uniram para subsidiar cada categoria.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob parecer número 1.523.208 em 2016.

RESULTADOS

Na totalidade de 330 alunos e 15 professores do módulo estudado da FM_UFG, participaram do estudo sete alunos do curso de medicina das turmas selecionadas (GF1) e cinco docentes (GF2).

O processo de análise de conteúdo dos dados permitiu construir quatro categorias mistas entre discentes e docentes, sendo que os alunos foram representados pelas siglas de A1 a A7 e os professores de P1 a P5.

Saberes, resistências e (des) conhecimentos acerca de um novo paradigma

Essa categoria discorreu sobre o conhecimento discente sobre a APS, Medicina de Família e Comunidade (MFC) e resistência do corpo docente no ensino da APS. Quando questionados sobre o que entendiam por APS, as suas falas trouxeram o conceito de um modelo de saúde voltado às necessidades da população, descentralizado, mais próximo dos usuários e que servia como primeiro contato com o sistema de saúde. Os participantes entenderam também que ações como busca ativa, prevenção e promoção de saúde eram características deste nível de atenção.

Vejo como algo mais descentralizado e que provê uma maior proximidade entre o profissional, meio de trabalho, tanto meio de trabalho que vai ser o mesmo meio de vida do paciente e com o paciente também, então, além dessa descentralização, algo com uma maior proximidade. (A2)

O entendimento dos alunos a respeito da MFC foi de uma área da medicina atrelada a estratégia de saúde da família, se-

melhante ao clínico geral, que acompanha famílias e comunidades ao longo do tempo, atuando de modo multidisciplinar, levando em consideração as necessidades populacionais, contexto social e cultural, e com foco na pessoa, não só na doença. Não foi sinalizado pelos participantes que ela seria uma especialidade médica.

Seria a medicina que poderia ser capaz de atuar em todos os segmentos da clínica geral, da comunidade. Então ela deveria ser capaz de estar em uma região que tem crianças, idosos. Ela deveria ser capaz de promover a saúde de todas demandas populacionais e das necessidades específicas de saúde daquele grupo. (A1)

Percebeu-se também que parte do corpo docente da FM desconhecia a importância de uma formação generalista e que estes também adotariam posturas de pouca integração.

Tem muito professor que trata a atenção primária de forma pejorativa até hoje, então a gente vê muito isso. Então, essa mudança de eixo saindo do hospital, não é total no curso. (A2)

Embora sejam reconhecidos alguns avanços e mudanças desde o início do novo currículo, os participantes do GF1 e GF2 descreveram falhas na inserção do ensino na APS por consequência da grande resistência e falta de capacitação dos docentes para executá-lo.

[...] o problema do novo currículo é que ele foi pensado de uma maneira muito bonita, mas ele tá sendo executado por algumas pessoas que têm a mentalidade do velho currículo. Eu acho que a principal dificuldade é essa. (A3)

Outra constatação dos discentes foi que alguns formadores apresentam dificuldade de deixar hábitos e crenças antigos e utilizar instrumentos de qualificação existentes. Aumentar estas medidas de educação permanente ou criar instrumentos que motivem os docentes a se qualificar foram colocadas pelos participantes como opções para transformar este cenário.

Então, além de ter essa organização, é capacitar os professores. Eu acho que muitos deles não falam por mal, eles cresceram ouvindo isto... Quarenta anos dando aula. (A2)

O ensino na APS: inadequações, insuficiências e pouca integração no novo currículo

O módulo de Saúde, Família e Comunidade, também chamado pelos alunos como saúde coletiva, foi colocado como o único que tratava do ensino de conteúdos relacionados à APS. Na visão deles, a FM não assumiu a responsabilidade pelo ensino da APS e alguns módulos a negligenciam, considerando tal desígnio como papel exclusivo dos professores da saúde coletiva.

Assim, pensando no curso como um todo... acho que a responsabilidade do ensino da atenção primária tem que ser assumida pelo curso. [...] a partir do momento que a gente entra nos ambulatórios de clínica médica e clínica cirúrgica eu vejo que tem uma falta gigante disto. Os professores não valorizam isso. Eu não sinto o compromisso tão grande dos outros departamentos em ter esta mudança... porque eles querem manter rotinas antigas deles [...] (A2)

A fala dos professores reforçou esta constatação e isso seria, segundo eles, inadequado e insuficiente. Dois pontos reforçaram essa opinião: o primeiro é que a saúde coletiva não é sinônimo de MFC e não tem um corpo de médicos docentes que atuem neste nível de atenção, o segundo é que as outras especialidades deveriam se deslocar também para a APS, visto que existe um grande número de casos e pacientes com perfil abordado por elas.

Fortalecer a Atenção Primária na formação médica não é tarefa da Saúde Coletiva, é tarefa da Faculdade de Medicina. Ou seja, é a Faculdade de Medicina que deve ir para a Atenção Primária, encontrar um desenho aonde atuar na Atenção Primária, que é absolutamente natural, os pacientes que são daqui do Hospital das Clínicas são originários da Atenção Primária. (P4)

O redirecionamento da formação para APS e a mudança no PPC foram vistos como positivos pelos participantes do GF1. Essa ação leva ao desenvolvimento de uma abordagem mais integral e mais habilidades em ações como prevenção e promoção de saúde.

Eu percebo que se não tivesse esse redirecionamento pra fora do hospital, a gente nunca ia começar a fazer promoção de saúde. A gente não faz prevenção de saúde se não sair do hospital. Se a gente ficar só no hospital vai ficar querendo medicar todo mundo, [...]. (A2)

Um ponto destacado pelos docentes foi a falta de longitudinalidade no ensino da APS na graduação. Os alunos passam pontualmente nas UBS durante o semestre letivo, não criando vínculo com o serviço e pacientes. É também mencionado que os conteúdos que são trabalhados no começo do curso, em especial pelo módulo “Saúde, Família e Comunidade”, não recebem atenção das outras áreas e módulos, e o contato com a APS vai diminuindo progressivamente.

[...] eu fico muito satisfeito quando dez por cento da turma sai com a cabeça diferente, alguns que conseguem enxergar que se eles dessem atenção a aquilo que a saúde coletiva aponta, eles serão melhores profissionais, mas infelizmente nem todos pensam assim, e por que não pensam? Porque não há professores em número suficiente pra gerar esse tipo de influência e o meu receio... por exemplo, saúde coletiva a gente faz essa abordagem no primeiro ano, né? Tem outras abordagens, mas daqui pra frente, no terceiro em diante ele é bombardeado por outras coisas...então isto fica de lado. (P5)

Essa falta de transversalidade e longitudinalidade reforçariam, segundo os participantes do GF2, uma formação voltada para as especialidades. Portanto, o aluno ainda sairia sem um perfil generalista.

Por fim, os discentes relataram pouca integração entre o conteúdo exposto nas aulas teóricas e sua utilização nas atividades de campo, conforme ilustrado nos depoimentos:

Alguns não aprendem nem no começo. Alguns mandam a teoria, mas você não vê na prática. Mandam textos, você não entende direito. Você precisa de um contexto e eu não tive esse contexto. (A7)

Por exemplo, as vezes eu estudava, lia, lia, lia o texto, chegava lá e o professor não aplicava o texto, entendeu? [...]. Aí esse tipo de coisa desmotivava. (A4)

Falta de preceptores e professores com formação na área: onde estão os exemplos?

As consequências da ausência de Médicos de Família e Comunidade nos diversos espaços na formação, seria, segundo os docentes, um dos grandes entraves para o melhor ensino na APS. Conforme descrito nas falas a seguir, observamos que existem conteúdos que são próprios da especialidade de MFC e não são abordados por outros departamentos.

[...] até porque nossa disciplina tem essa grande vertente na estratégia da saúde de família, mas ela é disciplina de saúde coletiva. Teria de ser a medicina de família, porque teria que ter uma outra abordagem. Estou falando na estratégia, inclusive no seu corpo docente, grande parte dos professores não são médicos... (P1)

Os alunos também pontuaram que professores e preceptores, muitas vezes, não detêm conhecimento específico da área, realizando atividades não preferenciais para aquele nível de atenção.

[...] eu chegava na unidade e tinha dia que o professor nem foi... chegava na unidade e ele nem sabia o que tinha que fazer.... falava assim: “Ah... então vamos pegar uma veia aqui...” Não é ali que eu tenho que aprender isso. (A6)

Outro agravante seria que muitos dos atuais preceptores do campo não enxergam este como local definitivo e preferencial de atuação.

E nem quando eles estão nos estágios, porque os profissionais que estão lá nas unidades que eles vão, estão com ideal de saírem de lá daqui a um pouco tempo para poderem fazer uma residência. (P2)

Desafios na integração ensino-serviço.

Nesta categoria a integração com a gestão municipal local foi descrita como insuficiente. Por um lado, não há a construção de acordos e contratos que trabalhem um olhar diferenciado pela SMS para os profissionais e equipes que recebem alunos, seja com a redução das exigências de quantitativo, seja com aumento da remuneração. Por outro, foi citado que a FM não oferece contrapartidas ao município, ação esta que tem funcionado em outros locais de ensino.

De uma forma geral também, eu acho que falta um pouco da universidade investir no serviço. Porque as vezes assim, se vai muito pra sugar o que o serviço tem dentro das suas fragilidades a oferecer, mas você contribui muito pouco. [...] Mesmo o próprio COAPES. Ele deve de alguma forma permitir algum tipo de fortalecimento nos campos de estágios... que nem sempre acontece. (P3)

A falta de incentivo financeiro, segundo os participantes, acarreta problemas estruturais importantes. As UBS, de forma geral, carecem de insumos, profissionais e reformas da estru-

tura física 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 foram pontuados como um grande desafio.

E eu acho também o aluno muitas vezes se desencanta [...]. Quando eles veem equipes de saúde que são incompletas, alta rotatividade de médico, a unidade caindo aos pedaços, faltando o básico do básico.... Quer dizer, isto aí e ele se pergunta: 'Será que eu vou dedicar minha vida pra fazer isso?'. (P5)

DISCUSSÃO

Saberes, resistências e (des) conhecimentos acerca de um novo paradigma

A APS é o primeiro nível de atenção à saúde e, como descrito por Starfield¹¹, apresenta valores como a universalidade, equidade, integralidade, participação e controle social; princípios como respostas às necessidades de saúde, intersectorialidade, orientação para qualidade e justiça social; e atributos específicos como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, enfoque na pessoa e competência cultural^{2,11}. A MFC é uma especialidade médica com a APS como principal campo de atuação e que dispõe de uma série de ferramentas para atuação individual e coletiva¹².

Os alunos mencionaram algumas dessas características, mas não consideraram aspectos importantes como a equidade, controle social e coordenação do cuidado. A não citação da MFC como especialidade médica e de ferramentas como o método clínico centrado na pessoa e abordagem familiar, levamos a inferir que os alunos desconhecem a MFC em sua totalidade, associando-a apenas com uma área que atua na ESF e sem grandes especificidades. Esse desconhecimento, associado aos fatores descritos a seguir, poderiam explicar o desinteresse dos alunos pelo aprendizado na APS.

Os relatos remetem também a uma grande dificuldade por parte dos docentes do curso em mudar velhas práticas e saberes. Conforme descrito por Costa¹³, as mudanças no ensino médico são difíceis de acontecer. Algumas explicações para isso são a desvalorização das atividades de ensino e supremacia da pesquisa, a falta de profissionalização docente, desvalorização da docência na medicina e o individualismo e resistência docente a transformações¹³.

A APS no Brasil ganhou visibilidade, principalmente, nas duas últimas décadas, por conta disso o conhecimento dos especialistas focais que atuam em serviços especializados sobre o processo de trabalho na APS e a valorização de seus profes-

sionais ainda é insuficiente. Este cenário interfere na criação de uma cultura colaborativa e de respeito entre pares¹⁴.

Embora haja um redirecionamento da formação para a APS a partir do novo currículo, vários professores e departamentos ainda não aderiram às novas mudanças.

O ensino na APS: inadequações, insuficiências e pouca integração no novo currículo

A MFC e a Saúde Coletiva, embora tenham muitas interfaces, possuem uma série de especificidades cada uma^{7,15}. Portanto, o ensino destas necessita de corpo docente com conhecimento e atuação nas diferentes áreas.

O contato pontual e centrado no começo do curso mostra-se insuficiente para que o egresso tenha uma formação satisfatória na APS. Segundo Demarzo et al¹², essa inserção deve ser longitudinal e contínua ao longo do curso, num modelo em espiral crescente de complexidade e, preferencialmente, com atividades na APS em todos os períodos do curso.

Os problemas organizacionais e metodológicos citados podem ser fatores de desestímulo em relação aos módulos que passam pela APS. A falta de uniformidade leva a que alunos de um mesmo período tenham impressões variadas sobre o assunto ministrado. Conforme descrito no documento de Demarzo et al¹², a formação na APS deve ter objetivos claros de ensino-aprendizagem e cronograma de trabalho, evitando-se apenas estágios de observação.

Os estágios e atividades práticas são elementos fundamentais para que os alunos busquem novos conhecimentos (cognitivos, afetivos e psicomotores). A concepção tradicional, em que os conteúdos teóricos devem ser ministrados de forma profunda antes dos alunos irem à prática, é bastante questionável, visto que as situações vivenciadas garantem maior aprendizado significativo, motivação e a exposição a novos saberes¹⁶. Observou-se então que a falta de integração entre teoria e prática tem prejudicado o processo de ensino-aprendizagem discente.

Falta de preceptores e professores com formação na área: Onde estão os exemplos?

A MFC é a especialidade médica prioritária e mais preparada para atuar na APS. A ausência de profissionais com formação nos locais de estágio implica uma APS menos resolutiva e mais distante das questões teóricas levantadas em sala de aula. Outro ponto que merece destaque é que o corpo docente sem MFC's não consegue abordar a totalidade dos assuntos próprios da especialidade^{3,12,17,18}.

Cabe ressaltar que a influência de professores modelo (*role model*) é um fator importante para que os discentes se interessem pela APS, seja como referencial positivo ou negativo¹⁹.

A inexistência de departamentos, professores e módulos específicos de MFC leva a um redirecionamento frágil da formação médica. Em instituições de ensino europeias, os departamentos do curso de medicina incorporaram a MFC com disciplinas específicas, longitudinais e integradas às outras. O Ministério da Saúde da Espanha credita a alta resolutividade da APS de seu país, cerca de 92%, à priorização do ensino desta na graduação. Realidade semelhante é vista na Austrália, nos Estados Unidos da América, e no Canadá^{20,21}. Percebe-se, portanto, que o aluno não adquire referências reais sobre o papel do médico na APS.

Desafios na integração ensino-serviço.

Como descrito por Ceccim²², alunos e professores costumam chegar sem aviso e planejamento prévio nas unidades e desenvolvem atividades que não são baseadas nas necessidades daquele meio, gestores propõem capacitações esporádicas e de temas não pactuados, a população não dialoga com as diversas instâncias e os trabalhadores restringem-se a executar suas atribuições.

Embora a Lei 8080 de regulamentação do SUS²³ o coloque como definidor da formação de profissionais de saúde, existe ainda uma grande dificuldade de inserir alunos nos diversos espaços. Uma alternativa colocada por Demarzo et al.¹² é a criação de concursos e contratos trabalhistas em saúde que prevejam à docência e a integração serviço-ensino-comunidade como parte do processo de trabalho, com reconhecimento profissional e financeiro diferenciados.

Este cenário de pouca integração prejudica a todos, pois as instituições formadoras e os municípios possuem a capacidade de se apoiar e reinventar, já que um é o terreno do ensino, e o outro de práticas. Quanto maior o comprometimento dessas instâncias, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas. As transformações destas articulações não podem ser consideradas meramente técnicas, pois envolvem mudanças nos processos, relações e, principalmente, nas pessoas²².

Esse desencontro observado entre ensino e serviço acarreta em prejuízo para o ensino na APS e a uma relação muitas vezes conflituosa. A otimização dos espaços de diálogo pode trazer melhorias neste processo.

CONCLUSÕES

A instituição conseguiu escrever o novo projeto pedagógico tendo como base as DCN de 2014, porém os recursos para o desenvolvimento do novo currículo são escassos. Há falta de recursos humanos capacitados, como Médicos de Família e Comunidade na universidade e nos estágios e este é, segundo os docentes, um dos grandes entraves para o melhor ensino na

APS. Quanto a estrutura física, 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 são pontuados como um grande desafio.

O processo de implementação do currículo é visto como falho pelos discentes, pois, segundo eles, a FM de forma geral não assumiu a responsabilidade pela mudança da formação. Os conteúdos de APS têm ficado a cargo, quase que exclusivamente, dos professores do módulo de Saúde, Família e Comunidade e não há comprometimento de outros docentes e departamentos na integração e longitudinalidade do ensino deste. Há uma resistência à execução do PPC por parte de alguns docentes e a depreciação do ensino da APS por estes, inclusive com falas pejorativas. Como a maior parte dos docentes do curso não tem a APS como campo de atuação, eles resistem em deixar o ensino em ambiente hospitalar. As especialidades focais também ganhariam ao se fazer mais presentes na APS, pois teriam o primeiro contato com muitos dos pacientes e veriam mais as condições de grande prevalência.

A articulação com a gestão municipal não ocorre de forma satisfatória e por conta disso não há estágios e profissionais adequados para esta formação. Outro ponto levantado é que a inexistência de departamentos, professores e módulos específicos de MFC leva a um redirecionamento frágil da formação. Experiências de outras universidades e países, que colocam a MFC como eixo norteador do currículo, recebendo o matriciamento e a integração das outras especialidades, foram colocadas como alternativas a se espelhar.

Quanto ao produto encontrado até aqui na implementação do novo PPC, percebe-se pelas falas de discentes e docentes que, embora sejam reconhecidos alguns avanços e mudanças desde o início do novo currículo, ocorrem falhas na implementação por consequência da grande resistência e falta de capacitação dos docentes para executá-lo.

Os alunos têm aprendido atributos, ferramentas e ações próprias da APS. No entanto, isto ocorre ainda de forma não homogênea e incompleta. O corpo discente, em função da falta de professores modelo e da abordagem insuficiente dos temas da área, não consegue compreender a MFC em sua totalidade e em reconhecê-la como uma especialidade médica com vários campos de atuação. O interprofissionalismo é outro ponto ainda pouco estimulado e ensinado na execução do atual currículo.

Portanto, em função dos diversos pontos destacados, observa-se que a dificuldade do corpo docente em mudar velhas práticas e saberes somado à falta de incentivo e integração ins-

titucional da gestão com a FM retardam uma mudança real da formação médica voltada à Atenção Primária.

Embora o estudo tenha sido realizado com professores de um único Módulo, onde o ensino na APS estava sendo desenvolvido, a compreensão de docentes da instituição como um todo pode ser necessário. Com isso sugerimos estudos em outras instituições com contextos semelhantes ou não e um grupo mais heterogêneo de docentes para maior compreensão das mudanças no ensino com foco na APS nas escolas médicas brasileiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M. J. **Educação Médica e Saúde: a mudança é possível!** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011.
2. CAMPOS, G. W. S; GUERREIRO, A. V. P. **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. Caderno de Saúde Pública**, 2011.
3. Starfield, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco-Ministério da Saúde, 2002.
4. ALMA-ATA. Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** Cazaquistão, União Soviética, 1978.
5. Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, Amaral E. Síntese Final e as perspectivas para o futuro da educação baseada na comunidade no contexto Brasileiro. In: Bollela VR, Germani ACC, Campos HH, Amaral E, organizadores. **Educação Baseada na Comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira.** 1. ed. Ribeirão Preto: FUNPEC-Editora, 2014,293-297p.
6. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União.** Brasília, seção 1, p.38, 09 de novembro de 2001.
7. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Resolução CNE/CES 3/2014. **Diário Oficial da União,** Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1, 8-11.
8. Universidade Federal de Goiás. Projeto pedagógico do curso de medicina; Goiânia, 2014.
9. Lampert JB, Costa NM, Perim GL, Abdalla IG, Aguilard-da-Silva RH, Stella RC. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 2009 Jan 1.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
11. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB). **Diário Oficial da União** seção 1. nº 204, p 48-52. Brasília, 2011.
12. Demarzo MMP. et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Rev. bras. educ. med.,** Rio de Janeiro, 2012 Mar; 36(1):143-148.
13. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Rev. bras. educ. med.,** Rio de Janeiro. 2007 Abr; 31(1):21-30.
14. Almeida PF. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em debate.** 2013;37(98):400-15.
15. Trindade TG, Batista SR. **Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca!** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2016 Sept; 21(9): 2667-2669.
16. Ferreira RC et al. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Rev. bras. educ. med.** 2007 Abr; 31(1):52-59.
17. Rawaf S. Médico de família na saúde pública. In: GUSSO, G; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012;2(1):19-27
18. Giovanella L, Stegmuller K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. **Anais do I Seminário Nacional de Cuidado em Atenção Primária em Saúde.** Cascavel(PR), mai. 2013
19. Issa AHTM. Percepções discentes sobre a Estratégia de Saúde da Família e a escolha pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade. **Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina,** 2013.
20. Demarzo MMP. et al. Diretrizes para a Integração Ensino-Serviço-Comunidade na Formação em Atenção Primária à Saúde e Medicina de Família e Comunidade; **Revista de APS,** 2008; 11(1):478-479.
21. Vicente VC et al. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. **Informe SEPAS 2012. Gac Sanit.** 2012; 26(S):69-75.
22. Ceccim RB, Feuerwerker LC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva.** Rio de Janeiro, 2004; 14(1):41-65.
23. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, 20 set. 1990; Seção 1.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram da concepção da pesquisa, da coleta, sistematização e análise dos dados, da redação e revisão do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA.

Valter Luiz Moreira de Rezende. Unievangélica.
Av. Universitária km 3,5; Cidade Universitária – Anápolis/GO.
CEP 75083-515 tel: 3310-6742
e-mail: rezende.valter@gmail.com



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.