

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

PAULA FRANCINEIDE PINTO DA SILVA

**AS PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO
DE MEDICINA DA UFPE EM CARUARU-PE**

RECIFE

2019

PAULA FRANCINEIDE PINTO DA SILVA

**AS PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO
DE MEDICINA DA UFPE EM CARUARU-PE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Kátia Rejane de Medeiros

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S586p Silva, Paula Francineide Pinto da.
As práticas de integração ensino-serviço-comunidade no curso de Medicina da UFPE em Caruaru-PE/Paula Francineide Pinto da Silva.
— Recife: [s. n.], 2019.

106 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros.

1. Serviços de Integração Docente-Assistencial. 2. Práticas Interdisciplinares. 3. Educação Médica. I. Medeiros, Kátia Rejane. II. Título.

CDU 614:37

PAULA FRANCINEIDE PINTO DA SILVA

**AS PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO
DE MEDICINA DA UFPE EM CARUARU-PE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 22/04/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Katia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof^a Dra. Glaciene Mary da Silva Gonçalves
Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof^a. Dra. Cinthia Kaline de Almeida Alves
Universidade Federal de Pernambuco

À memória dos meus pais

Por todo esforço dedicado à minha formação

E por me fazerem acreditar que tenho tudo para ser feliz

AGRADECIMENTOS

A Deus, mestre de todos os mestres, pelo milagre da vida.

À minha família, pela motivação de progredir e compreensão nos momentos de ausência.

À Graça, minha segunda mãe, sem você teria sido muito difícil.

A meu amigo Andrew Tavares, pelo apoio, dedicação, companheirismo e validação de todo esforço por mim dispensado nesse trabalho.

Aos professores e alunos do NCV que participaram dessa pesquisa e com os quais tanto aprendi.

Às gestoras da Coordenação de Educação em Saúde e ao representante o Conselho Municipal de Saúde de Caruaru pela valiosíssima contribuição nessa pesquisa.

Às professoras Kátia Medeiros e Idê Gurgel pela paciência, compreensão e leveza a mim concedidas e por não me deixarem desistir nos momentos mais difíceis.

A todos os professores e professoras do Aggeu Magalhães pelo exemplo e inspiração necessários ao estudo constante da Saúde Coletiva.

A todos os profissionais da Escola de Saúde Pública de Pernambuco, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde de Caruaru, pela acolhida e contribuição à minha formação de sanitarista desde o período da Residência.

Às minhas colegas da turma feminina do mestrado profissional, companheiras solidárias e com as quais pude compreender o verdadeiro sentido da coletividade.

A todos amigos que pude cultivar e que tornam a minha vida mais feliz, cheia de carinho e amor!

SILVA, Paula Francineide Pinto da. **As práticas de integração ensino-serviço-comunidade no curso de medicina da UFPE em Caruaru-PE.** 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar a Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) a partir das Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) do curso de Medicina da UFPE, no município de Caruaru-PE. Fundamentado nos princípios do construtivismo e da aprendizagem significativa, o curso de Medicina do Campus Acadêmico do Agreste prioriza as metodologias ativas e apresenta uma organização curricular integrada e interdisciplinar como forma de colocar em prática os ideais de ensino-aprendizagem. Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, de natureza qualitativa, cujo percurso metodológico utilizado compreende a pesquisa documental (projeto pedagógico do curso, diretrizes curriculares nacionais de medicina, manuais do PIESC e diários de campo) e a entrevista individual semiestruturada aos atores-chave (docentes, discentes, preceptores, gestores e usuários dos serviços de saúde). Tanto as entrevistas quanto os documentos foram submetidos à análise de conteúdo. Dessa análise surgiram seis categorias essenciais: organização didático-pedagógica; integração pedagógica; formação e desenvolvimento de vínculo; correlação teórico-prática do módulo PIESC; relação interinstitucional entre a academia e a gestão municipal; e compreensão e expectativas da integração ensino-serviço-comunidade. Foram identificados alguns enfrentamentos como a restrição na oferta de vagas de estágio, a falta de um planejamento pedagógico integrado e a necessidade de uma melhor preparação da rede de serviços de saúde para receber os estudantes. Por fim, constatou-se que o módulo PIESC, apesar de seus desafios, tem contribuído para o aperfeiçoamento dos serviços prestados à comunidade e para a construção de agendas promissoras e partilhadas com vistas à Integração Ensino-Serviço-Comunidade. Dessa forma, os estudantes vivenciam a beleza das relações estabelecidas e das práticas socialmente transformadoras.

Palavras-chave: Integração ensino-serviço-comunidade, Práticas interdisciplinares. Educação médica.

SILVA, Paula Francineide Pinto da. The practices of integration teaching-service-community in the medicine course of UFPE in Caruaru-PE. Dissertation (Professional Master in Public Health) – Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2019.

ABSTRACT

The presented study aims to analyze the Integration of Teaching-Service-Community from the point of view of Interdisciplinary Practices of Teaching, Service and Community of UFPE's (Pernambuco Federal University) Medical School, in the city of Caruaru. Based upon the principles of constructivism and upon meaningful learning, Agreste's Medical School campus prioritize active methodologies and present an integrated and interdisciplinary course organization as a way to put the teaching-learning ideals to practice. This research is a study case of qualitative nature whose methodological path comprehends documental research (the pedagogical project of the degree, national curricular guidelines on medicine, PIESC manuals and field diaries) and individual interview semi-structured on key factors (faculty, student's body, preceptors, managers and health care users). The interview as well as the documents will be submitted to content analysis. Of this analysis six essential categories came up: didactic and pedagogical organization; pedagogical integration; formation and bond development; theoretical and practical correlation of the PIESC module; interinstitutional relation between the Academy and municipal management; understanding and expectations of the teaching-service and community integration. Some conflicts were identified, such as a restriction in internship openings, and the lack of integrated pedagogical planning and a better preparation of the services to receive students. At last, the PIESC module, despite its challenges, has contributed to the improvement of community services; the development of shared and promising schedules aiming the integration of Teaching-Service-Community; and allows students to experience the beauty of established relationships and the practices that are socially transforming.

Keywords: Teaching-service-community integration. Interdisciplinary practices. Medical education.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Objetivos, instrumentos e técnicas do estudo.....	40
QUADRO 2 -	Atores-chave entrevistados.....	42
QUADRO 3 -	Instrumentos e categorias de análise.....	44
QUADRO 4 -	Componentes curriculares.....	54
QUADRO 5 -	Instrumento de Avaliação do Diário de Campo.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CAA	Centro Acadêmico do Agreste
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CES	Coordenação de Educação em Saúde
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GERES	Gerência Regional de Saúde
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituições de Ensino Superior
IESC	Integração Ensino-Serviço-Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NCV	Núcleo de Ciências da Vida
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIESC	Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPAE	Unidade Pernambucana de Atenção Especializada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	JUSTIFICATIVA.....	18
3	PROBLEMA DE PESQUISA.....	20
4	OBJETIVO GERAL.....	22
4.1	Objetivos específicos.....	22
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
5.1	As Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC)	23
5.2	Políticas indutoras da formação profissional em saúde.....	26
5.2.1	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)	26
5.2.2	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)	28
5.2.3	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)	30
5.3	Integração Docente Assistencial (IDA)	32
5.4	As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.....	33
6	METODOLOGIA.....	35
6.1	Delineamento do estudo.....	35
6.2	Período do estudo.....	36
6.3	Campo empírico.....	36
6.4	Sujeitos do estudo.....	37
6.5	Instrumentos de coleta.....	38
6.5.1	Pesquisa documental.....	38
6.5.2	Entrevista.....	40
6.6	Análise dos dados.....	42

6.7	Considerações éticas.....	44
7	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	46
7.1	Implantação do curso de medicina para a região do agreste.....	46
7.2	As relações entre os manuais do módulo PIESC, as DCN e o projeto pedagógico do curso de medicina do NCV/CAA/UFPE.....	49
7.2.1	Organização didático-pedagógica.....	53
7.2.2	Integração pedagógica.....	55
7.3	As vivências dos graduandos de medicina no módulo PIESC.....	57
7.3.1	Formação e desenvolvimento de vínculo.....	59
7.3.2	Correlação teórico-prática do módulo PIESC.....	61
7.4	A percepção dos atores envolvidos sobre as características da Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) a partir do PIESC....	62
7.4.1	Relação interinstitucional entre a academia e a gestão municipal.....	65
7.4.2	Compreensão e expectativas da integração ensino-serviço e comunidade.....	67
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	82
	APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFESSORES DO MÓDULO DAS PIESC.....	84
	APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS GESTORES DA CES/SMS CARUARU.....	86
	APÊNDICE D – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DO CAMPUS ACADÊMICO DO AGRESTE/UFPE.....	88

APÊNDICE E – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PRECEPTORES DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARUARU.....	90
APÊNDICE F – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM USUÁRIOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARUARU.....	92
APÊNDICE G – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	94
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA UFPE PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	106

1 INTRODUÇÃO

Há pouco mais de trinta anos, na construção de um sistema de saúde mais justo e equânime, lutava-se no país pela descentralização dos serviços de saúde e pela garantia de acesso, sobretudo, para a população mais desassistida. Apesar dos avanços significativos alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua implantação - traduzidos pelas experiências locais exitosas; pela inclusão social através da formalização da participação comunitária na criação de políticas e no controle de desempenho no âmbito dos Conselhos de Saúde; pelo acesso aos bens e serviços de saúde -, ainda persistem grandes desafios ao cumprimento de seus princípios e diretrizes (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

Dentre muitos enfrentamentos, a formação dos profissionais em saúde ganha relevo por ser um dos pilares de sustentação do SUS na perspectiva de qualificar a atenção à saúde. Com a finalidade de suprir essa necessidade de profissionais preparados para atuar no sistema, o Ministério da Saúde (MS) introduziu em 2003 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com o escopo de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica no SUS (BRASIL, 2005b). Os fundamentos dessa política são a formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento dos trabalhadores que atuam na rede, ambos devendo estar sintonizados e organizados a partir das necessidades de saúde da população e singularidades do território.

Essa iniciativa, de acordo com Ceccim (2005), aposta na transformação da rede pública de saúde num espaço de ensino-aprendizagem pelo exercício do trabalho. Nesse sentido, ele destaca a relevância de que esse cenário seja lugar de atuação reflexiva, crítica, propositiva, comprometida e tecnicamente competente, com a consequente replicação da capacidade pedagógica entre os trabalhadores e gestores; usuários e trabalhadores; usuários e gestores de ações; serviços e sistemas de saúde; estimulando, principalmente, o controle social.

A formação profissional em saúde é uma atividade complexa, que não se restringe à constante aquisição e atualização de conhecimentos. Engloba a produção de subjetividade, o desenvolvimento de habilidades técnicas, o adequado entendimento do SUS e atitudes necessárias ao exercício integral, eficiente, eficaz e ético da atenção à saúde individual e coletiva. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), o processo formativo deveria estar orientado para a transformação das práticas

profissionais e da própria organização do trabalho, fundamentado na problematização do processo de trabalho e na sua capacidade de acolhimento e cuidado às necessidades de saúde da coletividade.

Tradicionalmente as instituições de ensino médico conduziram uma formação com ênfase no tecnicismo, nas práticas curativas e individualizadas, bem como na fragmentação do conhecimento pelas especialidades, incapaz de formar a força de trabalho necessária à resolução dos problemas de saúde da população (JUNQUEIRA, 2013). Além disso, a gestão do SUS desenvolveu papéis e funções sociais nem sempre convergentes na interação ensino-serviço-comunidade. Por isso, em vários arranjos, tanto a academia quanto a gestão tenderam a produzir papéis estanques 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 meros expectadores. (BRASIL, 2015a)

No Brasil, alguns marcos históricos já sinalizavam a necessidade de formar profissionais de saúde para atender às reais demandas dos serviços. Nos anos 1980, com a Reforma Sanitária, a formação em saúde foi fortalecida por iniciativas de reformulação do sistema de saúde e dos currículos universitários. Mais adiante, em 2002, o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as escolas médicas (Promed), apoiava as escolas de Medicina a incorporar mudanças pedagógicas significativas em seus currículos (BRASIL, 2002) para formar profissionais capazes de atuar de forma coerente com os princípios e diretrizes do SUS.

Mediante articulação entre os ministérios da Educação e da Saúde, outros programas governamentais de estímulo às mudanças curriculares – mormente aqueles direcionados às escolas médicas –, a exemplo do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (BRASIL, 2005a) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 2008), visavam respectivamente qualificar a formação para o SUS e fortalecer a articulação ensino-serviço. Além disso, mais recentemente, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs) apontam para uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, alicerçada no compromisso social e na defesa da cidadania e da dignidade humana (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014).

Das principais estratégias pedagógicas amparadas por tais iniciativas, duas merecem destaque: a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem — os

quais devem ser vividos pelos estudantes desde o primeiro período do curso — e a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (COSTA *et al.*, 2014).

Em relação à primeira, os cenários podem se constituir como eixo educacional para a aprendizagem de uma Medicina mais próxima da comunidade. De acordo com os preceitos das DCNs, a inserção dos alunos nas unidades de saúde do SUS deve acontecer desde o início do curso e ao longo da graduação, de forma a propiciar-lhes a vivência nos três níveis de atenção de acordo com sua progressão acadêmica; lidar com situações de vida e problemáticas reais, não apenas como meros observadores, mas como partícipes ativos; e a interação dinâmica com os usuários e profissionais de saúde (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014).

No tocante às metodologias ativas de ensino-aprendizagem, elas incentivam o estudante a buscar informações e ser protagonista na construção do conhecimento. Favorecem a análise crítica das fontes consultadas, desenvolvem a habilidade de avaliação do estudante quanto ao crescimento individual e da equipe como também proporcionam o reconhecimento da importância das relações humanas na construção coletiva do conhecimento.

2 JUSTIFICATIVA

O agreste pernambucano vivenciou o pioneirismo do ensino superior com a instalação do primeiro campus universitário do interior de Pernambuco na cidade de Caruaru. A fundação das escolas superiores de Caruaru ao fim da década de 1950 deve-se a Adalberto Tabosa de Almeida, então jovem deputado estadual na Assembleia Legislativa de Pernambuco, que idealizou fundar em sua terra natal as Faculdades de Direito e Odontologia. Formado em Ciências Contábeis, Econômicas, Jurídicas e Sociais e com fecunda atividade parlamentar também como deputado no Congresso Nacional em sucessivas legislaturas, não poupou esforços e articulações políticas no sentido de cumprir o seu intento visionário da educação no município (ALMEIDA, 1982).

A visão futurista de Tabosa de Almeida ultrapassava os limites do ensino superior, pois com sua intensa atividade parlamentar e diante da criação do próprio bairro universitário, ele entendia que a cidade deveria crescer. Previa o desenvolvimento do agreste e do sertão com a ideia de disseminar a cultura universitária no interior do Nordeste (ALMEIDA, 1982).

Após a implantação dos cursos de Direito e Odontologia, sendo este o primeiro curso universitário de saúde no município, há mais de cinquenta anos a sociedade caruaruense ansiava por um curso de Medicina. Um portal, situado em uma das avenidas mais importantes do bairro universitário, registra essa expectativa. Havia interesse das famílias mais abastadas daquela época de que seus filhos pudessem ter acesso à formação médica sem ter que se deslocar para outra cidade como fizeram os primeiros médicos que em Caruaru se instalaram.

O curso de Medicina do Campus Acadêmico do Agreste é o primeiro curso de saúde da UFPE instalado no município de Caruaru. Ele opera em um formato pedagógico diferente do tradicional, porque introduz novos métodos de ensino-aprendizagem e aposta na formação do sensível como modo de produção de sentidos para a responsabilidade social do médico.

Nessa nova metodologia, os componentes curriculares correspondem aos módulos. Dentre os módulos ofertados pelo curso destaca-se o Módulo de Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), objeto deste estudo. O módulo PIESC constitui a primeira aproximação dos estudantes de Medicina com as pessoas, seus modos de vida e as comunidades onde residem. É a oportunidade de

integrar o ensino teórico à prática, desenvolver diversas habilidades e também engajar a comunidade na intervenção do processo saúde-doença (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013).

Com base no exposto, e por não ter havido até o momento estudos sobre a IESC no curso de Medicina da UFPE em Caruaru, justifica-se a presente investigação que se propõe a analisar as práticas interdisciplinares a fim de identificar estratégias para superação dos seus enfrentamentos e contribuir para a efetivação da Integração Ensino-Serviço-Comunidade.

É oportuno registrar o envolvimento da pesquisadora, que atualmente é servidora pública ocupante de cargo de provimento efetivo na UFPE, lotada no campus acadêmico do agreste, atuando e prestando apoio à coordenação de integração ensino-serviço, derivando desse contexto o interesse em conhecer como se desenvolvem as práticas interdisciplinares do curso de medicina, o qual demanda uma integração permanente com o território.

3 PROBLEMA DE PESQUISA

Atualmente a sede da IV GERES de Pernambuco conta com treze cursos de graduação, programas de residência médica e multiprofissional, além de vários cursos técnicos. Essa disponibilidade de cursos tem gerado um contingente de aproximadamente dois mil estudantes inseridos na rede municipal de saúde de Caruaru em 2018.

Toda essa demanda crescente, da qual também fazem parte os estudantes de medicina do Núcleo de Ciências da Vida (NCV) do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE, não foi acompanhada proporcionalmente de uma expansão na rede de serviços de saúde. Os poucos incrementos e esforços que resultaram na inauguração de algumas unidades básicas de saúde, de atenção especializada e de urgências não foram suficientes para atender às solicitações das IES.

Para os discentes do curso de medicina da UFPE/CAA, esse contexto foi agravado com o advento da primeira turma do internato no primeiro semestre letivo de 2018, uma vez que tal circunstância implicou a reestruturação da disponibilidade de vagas para estágios curriculares obrigatórios do módulo PIEESC. Houve redução de 50% na oferta de vagas nos campos de estágio, com justificativa de superlotação de estudantes nas unidades. Adicionam-se a essas dificuldades, o fato de que algumas unidades básicas de saúde deixaram de receber alunos de medicina devido à saída de médicos, o que acarretou a transferência de estudantes, comprometendo a vinculação às famílias que estes acompanhavam desde o início das atividades do módulo.

Observa-se que a conjuntura requer um planejamento integrado das ações e a organização dos cenários de práticas. Para obter esta integração, as pactuações e as comissões gestoras locais precisam assegurar não apenas a inserção multiprofissional de estudantes nos campos de práticas, mas também a construção de uma cogestão pedagógica através de um plano pedagógico integrado. Essa iniciativa deve contemplar os anseios da academia, da gestão setorial, dos profissionais da assistência, as necessidades sociais e de saúde da comunidade e, por conseguinte, contribuir para a formação dos futuros profissionais, cujo aprendizado estará voltado para as demandas do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No tocante à formação profissional, as propostas dos projetos pedagógicos devem estar consonantes aos objetivos e realidades dos serviços de saúde. E ainda que se considerem legítimos os objetivos pedagógicos da academia e as expectativas dos serviços, a falta de compartilhamento de agendas, processos de trabalho e planejamento acabam por comprometer a efetividade da integração ensino-serviço em todo, ou em parte (ALBIERO; FREITAS, 2017).

Desde os momentos iniciais do curso de Medicina, as Práticas Interdisciplinares de Integração Ensino, Serviço e Comunidade são o eixo estruturador das atividades a serem desenvolvidas pelos estudantes no decorrer de seu processo formativo. Constituem-se também como cenário de integração de práticas das diferentes áreas, campos e conhecimentos, contribuindo para ampliar o núcleo do saber e do agir médico, historicamente centrado no aprendizado da clínica.

Diante da importância pedagógica que representam e do contexto atual de restrições e enfrentamentos, este estudo apresenta o seguinte questionamento:

As Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade possibilitam a Integração Ensino-Serviço-Comunidade no Curso de Medicina da UFPE no município de Caruaru-PE?

4 OBJETIVO GERAL

Analisar a Integração Ensino-Serviço-Comunidade a partir das Práticas Interdisciplinares do curso de Medicina da UFPE em Caruaru-PE.

4.1 Objetivos específicos

- a) Contextualizar a emergência do curso de Medicina no Campus Acadêmico do Agreste da UFPE;
- b) Relacionar o alinhamento dos manuais das Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade às recomendações dispostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina e no Projeto Pedagógico do Curso (PPC);
- c) Analisar as vivências dos graduandos de Medicina nas Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade;
- d) Caracterizar o processo de Integração Ensino-Serviço-Comunidade, com ênfase nas atividades das Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade a partir da percepção dos atores envolvidos;
- e) Elaborar o manual da Integração Ensino-Serviço-Comunidade.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Nessa seção, abordam-se: os aspectos políticos, socio sanitários, econômicos e culturais intimamente relacionados à implantação do curso de Medicina no campus Agreste da UFPE; o eixo estrutural das práticas interdisciplinares desenvolvidas pelos estudantes nos serviços de saúde; algumas das políticas de fomento à formação profissional em saúde; a integração docente assistencial, suas concepções, contribuições e enfrentamentos de articulação; e por fim, as DCNs do Curso de Graduação em Medicina, como um leme orientador para ampliação e qualificação da integração ensino, serviço e comunidade.

5.1 As Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC)

O curso de Medicina da UFPE/CAA/NCV encontra-se fundamentado nos princípios do construtivismo e da aprendizagem significativa, com prioridade às metodologias ativas de ensino e aprendizagem (UFPE, 2014). As metodologias ativas são conhecidas pelo seu modo problematizador em que o estudante se torna sujeito ativo do processo de aprendizagem. Os professores, por sua vez, passam a ser os tutores ou facilitadores do processo no qual têm por função guiar os estudantes e, juntos, construir o ensino da profissão médica (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013).

Apoiando-se na interdisciplinaridade, a organização curricular do curso de medicina do NCV/CAA visa colocar em prática os ideais de ensino-aprendizagem, configurando-se como uma proposta que garante a diversificação do ambiente de aprendizagem e a flexibilidade suficientes para desenvolver a proatividade dos estudantes no seu aprendizado (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

Nessa dinâmica, destacam-se as práticas interdisciplinares de ensino, serviço e comunidade (PIESC) ofertadas aos estudantes em formato de módulos semestrais como unidades curriculares obrigatórias do curso, aplicados durante os quatro primeiros anos da graduação. Elas são orientadas, durante a problematização semanal, pelo Método do Arco de Charles Maguerez, que apresenta cinco etapas: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização, Hipóteses de Solução; e Aplicação à Realidade (BERBEL, 1998).

Na primeira etapa os estudantes observam a realidade baseados num tema definido pelo módulo PIESC a partir das práticas nos serviços de saúde. Nesse momento os alunos podem captar a realidade da população adscrita ao acompanhar os agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares, pois estes conhecem bem o território, sua população e os processos que nele se desenvolvem. Por conseguinte, na territorialização os estudantes conseguem identificar os enfrentamentos da comunidade e, posteriormente, planejar intervenções de melhoria das condições de saúde e do serviço de saúde.

Na segunda etapa, os estudantes devem refletir e discutir com os colegas, profissionais do serviço, professor/tutor e comunidade sobre os possíveis processos determinantes da problemática em estudo. Nessa fase é importante que o grupo perceba que os problemas geralmente são complexos e multideterminados. Também é interessante atingir os objetivos estabelecidos, uma vez que analisar e discutir as possibilidades de intervenção em conjunto aperfeiçoa o andamento das etapas seguintes.

Na teorização os alunos, sob orientação dos professores, organizam-se para buscar conhecimentos e informações sobre o problema em variadas fontes (pesquisa bibliográfica, leitura, entrevistas, consultas a especialistas). Essa busca ativa de conhecimentos proporciona o desenvolvimento da autonomia intelectual. As informações obtidas são tratadas, organizadas e analisadas quanto à sua pertinência e validade para a solução do problema.

Os elementos coletados na etapa anterior fornecem subsídios para a elaboração de possíveis soluções, de forma criativa e crítica. Resultantes da compreensão e avaliação do assunto sob diferentes perspectivas, as hipóteses são produzidas pelos alunos que buscaram ativamente o conhecimento.

A última etapa do Arco refere-se ao momento de intervenção na problemática. Ela completa a cadeia dialética da ação-reflexão-ação e retoma o ponto de partida que é a realidade social. Os estudantes, juntamente com os profissionais da unidade de saúde e com o professor/tutor, devem intervir no problema identificado e tornar a comunidade parte integrante dessa atividade. Nessa etapa, para além do exercício intelectual, os discentes tomam decisões e as executam, pois conforme Berbel (1998), assumiram o propósito de transformação do seu meio, ainda que em pequena dimensão.

As PIESC no âmbito do curso de Medicina do CAA colocam-se desde os momentos iniciais como eixo estruturador das práticas a serem desenvolvidas pelos estudantes no decorrer de seu processo formativo. Dialogam com os módulos temáticos desenvolvidos nos outros espaços pedagógicos e se propõem a desenvolver competências educacionais que consolidem conhecimentos, habilidades e atitudes construídos de maneira integrada aos diversos espaços de formação.

Para que haja essa interlocução pedagógica, não basta apenas garantir a inserção do estudante na rede de serviços de saúde, mas fundamentalmente assegurar que essa aproximação do discente com os problemas e práticas de saúde seja permeada por uma reflexão crítica sobre o processo de saúde-doença e seus determinantes, como também, sobre as questões que estruturam o sistema de saúde no qual estarão inseridos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2018).

Durante o primeiro ano do curso, a proposta do módulo PIESC é aproximar o aluno da vivência e realidade de uma unidade de saúde da família e avançar na direção da formação de vínculos com os indivíduos, suas famílias e comunidades. Essas práticas contribuem desde o início para ampliar o núcleo do saber e do agir médico, historicamente centrado no aprendizado da clínica e suas especialidades (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2018).

Nos anos subsequentes os módulos PIESC dão continuidade ao processo de construção de vínculos com os profissionais, os serviços ofertados e as comunidades, entretanto incorporam novas configurações. À medida que o curso avança, as práticas do módulo PIESC, inicialmente voltadas para o conhecimento do território, suas características, enfrentamentos epidemiológicos e sociais, são direcionadas ao acompanhamento dos profissionais, à realização de atividades com grupos específicos e à feitura de projetos de intervenção.

A partir do terceiro e quarto anos, as práticas são desenvolvidas de forma a proporcionar um maior contato com serviços da rede de saúde de maior complexidade tecnológica, quais sejam, enfermarias e emergências de unidades hospitalares, unidades de pronto atendimento (UPAs), unidades especializadas (UPAE e AME), centros de atenção psicossocial (CAPS), serviço de verificação de óbito (SVO) e unidades básicas de saúde. Principalmente aos alunos do quarto ano, essa maior vivência facilita a transição para o internato (componente curricular obrigatório vital para a consolidação do aprendizado adquirido nos primeiros quatro anos do curso de medicina).

Para além dos pressupostos acadêmicos, as práticas interdisciplinares cumprem também um objetivo interinstitucional mais amplo. As reflexões originadas das vivências dos estudantes nos campos de práticas, compartilhadas com os profissionais de saúde, contribuem, sobremaneira, para o processo de educação permanente dos atores envolvidos.

5.2 Políticas indutoras da formação profissional em saúde

Nesse estudo, apresentam-se a seguir, algumas das políticas interministeriais indutoras de modificação das práticas de saúde e de educação na saúde. No SUS e nas instituições de ensino, essas políticas transformam a rede de serviços e de gestão em rede escola (ALBIERO, 2016). Por meio de programas e projetos, visam à superação da lógica profissional-centrada e biologicista e se tornam elementos-chave para reorientar a formação profissional e aprimorar a integração ensino, serviço e comunidade.

5.2.1 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)

A Educação Permanente é uma concepção que há muito tempo vem sendo discutida na seara dos métodos pedagógicos tradicionais. Conforme Lengrand (1970), o esforço educativo deve ir além das etapas escolares, pois as transformações por que passam os princípios e estruturas do Estado requerem dos cidadãos o desenvolvimento de competências e responsabilidades para as quais devem ter recebido formação adequada. Ainda de acordo com esse autor, a educação pertence ao domínio do ser; propicia a aprendizagem e uma formação ao longo da vida; e possibilita que o indivíduo seja protagonista e instrumento de seu próprio desenvolvimento através do autodidatismo.

Na área da saúde, o conceito de Educação Permanente foi introduzido a partir de estudos desenvolvidos no âmbito da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na década de 1970, em face da percepção da formação insuficiente das equipes de saúde frente às demandas dos serviços. Esse cenário suscitou o debate para a construção de um modelo pedagógico capaz de modificar as práticas de saúde. Assim a ideia da Educação Permanente se difundiu na América Latina com o propósito

de estabelecer uma relação entre trabalho e educação, bem como entender que se produz conhecimento a partir da identificação das necessidades e da busca de soluções para os problemas encontrados (LOPES *et al.*, 2007), tanto na atenção à saúde quanto na gestão setorial.

A Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS) de 2005 explicita a Educação Permanente como um processo contínuo de aquisição de conhecimentos que extrapola a escolarização formal, aprimora a capacidade laborativa e valoriza a bagagem de experiências do trabalhador no interior ou além das fronteiras institucionais. Abrange a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005). Com efeito, a incorporação de novas tecnologias requer profissionais mais bem preparados e capazes de ofertar uma atenção à saúde individual e coletiva mais qualificada.

Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem que a articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras é estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos. Os autores recomendam que a formação dos profissionais de saúde deve se estabelecer na educação em serviço/educação permanente e a qualificação deve ser baseada na problematização do processo de trabalho. Essa abordagem deve considerar as necessidades de saúde das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), de acordo com Ceccim e Ferla (2009), pode ser simultaneamente entendida como uma prática de ensino-aprendizagem e uma política de educação na saúde. Na primeira acepção, a produção de conhecimento guarda estreita relação com o cotidiano das instituições de saúde e valoriza as experiências e as vivências dos atores envolvidos, baseada no ensino problematizador e na aprendizagem significativa. Na segunda, a EPS é o elo de conexão entre o ensino e a construção do SUS. Numa perspectiva político-pedagógica e balizada por marcos regulatórios legais, torna-se instrumento para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

A PNEPS foi instituída no Brasil a partir da Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004) posteriormente alterada pela Portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007a). O intuito desta alteração era avançar na implementação da PNEPS mediante a adoção de novas estratégias para torná-la

consonante com as diretrizes do Pacto pela Saúde. A principal mudança em âmbito regional se deu com o advento dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões de Integração Ensino-Serviço - instâncias de articulação intersetorial e interinstitucional - que participam da formulação, condução, pactuação e desenvolvimento daquela política (BRASIL, 2007a).

A PNEPS enfrentou muitos desafios à sua implementação. Houve descontinuidades, mudanças de enfoque nas questões de financiamento, de reconhecimento e de expectativas (PINTO *et al.*, 2014). Em outros contextos as ações de educação estão subjacentes nas atribuições da gestão de Recursos Humanos devido ao desconhecimento e/ou desinteresse dos gestores em assuntos ligados a políticas de gestão da educação na saúde (PIERANTONI; GARCIA, 2012).

Atualmente o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), órgão vinculado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), já inicia um movimento de retomada de discussão dessa política, cujas diretrizes foram publicadas há dez anos, com a proposta de fortalecer a Educação Permanente nos territórios frente às recentes demandas do SUS. Esse propósito é bastante oportuno, visto que apesar de conjunturas econômicas e políticas restritivas, é fundamental a continuidade do investimento técnico-financeiro por parte do governo federal para a manutenção das ações vinculadas à PNEPS (FRANCA *et al.*, 2017).

Portanto, com base no que foi exposto acima, percebe-se que a EPS é o princípio catalisador das práticas transformadoras em serviço tão desejadas. Na medida em que conclama todos os integrantes da gestão, educação, atenção e controle social ao despertar crítico, reflexivo e propositivo de seus papéis, ela se reinventa como política, porque transcende o espaço do trabalho em saúde, para que o conhecimento produzido instigue a corresponsabilização e tenha relevância social.

5.2.2 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)

Com intuito de qualificar a formação profissional em saúde, a parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) instituiu - por meio da Portaria Interministerial MS/MEC

nº 2.101, de 03 de novembro de 2005 - o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

O enfoque do programa é a integração ensino-serviço, sustentada nos seguintes aspectos: reorientação da formação profissional e abordagem integral do processo saúde-doença com foco na atenção básica, para que haja mudanças nos serviços prestados pelo sistema de saúde (BRASIL, 2007b).

Pretendia-se aproximar as instituições de ensino superior (IES) dos serviços públicos de saúde, ao estimular mudanças nas estruturas curriculares em torno de três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica e, com isso, produzir respostas às necessidades concretas de mudança na formação de recursos humanos capazes de fortalecer o SUS (BRASIL, 2007b).

As instituições de ensino superior que foram contempladas experienciaram importantes avanços, sobretudo no que diz respeito a uma maior interação com os serviços de saúde (BRASIL, 2007b). Meneghim e outros (2012) observaram em seu trabalho que a integração entre graduandos, pós-graduandos, docentes e equipe de profissionais de saúde, proporcionada pelo Pró-Saúde, foi positiva e enriquecedora para todas as partes envolvidas, além de contribuir para a ruptura de alguns paradigmas relativos ao serviço.

Por essa razão, o Pró-Saúde tem se firmado como importante dispositivo para a efetivação da integração ensino-serviço, ainda que permeado por diferentes poderes e enfrentamentos. Dentre estes foram percebidos a falta de continuidade dessa articulação decorrente das constantes mudanças dos gestores municipais e da limitada infraestrutura de alguns serviços de saúde, com espaços e profissionais insuficientes (BRASIL, 2007b).

Outras dificuldades foram apontadas em relação à integração ensino-serviço, centradas na resistência dos profissionais, tanto ao sinalizarem que a formação de estudantes não faz parte da agenda de trabalho, quanto pelo receio deles de que suas fragilidades possam ser identificadas. Os profissionais constataram problemas na resistência da população ao estudante (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011). Carvalho e outros (2011) descrevem, também, pouca participação dos profissionais no planejamento das ações compartilhadas com estudantes de medicina na atenção básica de um município do estado de São Paulo.

Considera-se fundamental para a consolidação dessa política de formação em saúde, que as instâncias, sobretudo os sujeitos imbricados nesse processo, transcendam seus projetos individuais de saber/poder. Que façam emergir pensamentos profissionais e institucionais, ancorados em novas formas de produzir saúde, sem perder de vista a prerrogativa constitucional que atribui ao SUS a formação de recursos humanos na área (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016).

Os estudos que abordam a integração ensino-serviço no contexto do Pró-Saúde convergem para a compreensão dessa articulação como possibilidade de consolidar o Programa, por meio de um movimento de mudança, o qual requer a estruturação do aprendizado voltado para a realidade e pautada no trabalho multiprofissional. Esse movimento pode ser potencializado por meio de sensibilização dos atores e parcerias efetivas, inclusive, envolvendo o usuário no processo (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016).

Com o propósito de superar os limites identificados na implementação dessa política de reorientação profissional e estreitar ainda mais as relações entre academia e serviços públicos de saúde, em 2008 os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2008).

5.2.3 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)

O Programa caracteriza-se como um instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, com a perspectiva da inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimentos e pesquisa nas IES (BRASIL, 2008).

Com o intuito de fomentar grupos de aprendizagem tutorial no ambiente de trabalho, os Ministérios da Saúde e da Educação pretendiam, com esse programa, estimular a conexão entre as IES e os gestores do sistema local de saúde, com vistas a planejar a inserção dos alunos nos ambientes de trabalho.

O PET-Saúde configura-se como uma das ações direcionadas ao fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), em conformidade com as

necessidades do SUS e como fio condutor da interação ensino-serviço-comunidade, eixo básico para reorientar a educação na área da saúde (BRASIL, 2009).

São objetivos específicos do PET-Saúde (BRASIL, 2008, p. 27):

I - Possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais;

II- Estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;

III- desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;

IV- Contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;

V - Contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;

VI- Sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira; VII - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e

VII - fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde.

A Atenção Primária é o cenário eleito para promover mudanças na formação de futuros profissionais. Para se adequar aos novos padrões de produção do cuidado, a educação dos profissionais da saúde deve ser pautada por uma formação generalista, humanizada, inteirada com a realidade sociocultural da população e corresponsável pelo processo de saúde-doença do indivíduo e da coletividade. Assim, a parceria ensino-serviço é imprescindível para reorientar as práticas na formação em saúde, sobretudo quando a integração se processa nos centros de APS, devido à posição estratégica que ela ocupa na rede de atenção à saúde (MADRUGA *et al*, 2015).

As experiências bem-sucedidas com o PET-Saúde - no tocante à qualificação da atenção alcançada pelo aperfeiçoamento em serviço dos profissionais da saúde, pela iniciação ao trabalho e vivências dos estudantes das graduações em saúde - reforçam a importância da implantação de programas que inter-relacionem ações de promoção, prevenção e assistência à saúde (FERREIRA *et al*, 2012).

5.3 Integração Docente Assistencial (IDA)

A integração docente assistencial é o estabelecimento de uma relação de trabalho entre uma instituição prestadora de ensino e uma instituição prestadora de serviços de saúde, relação esta de caráter contínuo e prolongado, que possibilita aos alunos e professores da primeira, trabalhar em conjunto com o pessoal da segunda, em uma área de comum acordo e que, daí por diante, passa a ser chamada área docente-assistencial (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2017).

No Brasil a política de recursos humanos sofreu forte influência da OPAS que em parceria com o MS, promoveu o projeto de Integração Docente-Assistencial (IDA). Esta iniciativa, embora não tenha apresentado resultados imediatos promissores - devido à incipiente institucionalização do recém-criado Sistema Nacional de Saúde e à resistência das reformas nas universidades, fruto de uma tradição intelectual e profissional que não estimulava uma abordagem interdisciplinar (PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008) - contribuiu para o surgimento de outras experiências como o Projeto UNI em 1991 e sua posterior adesão à Rede IDA em 1996 (FEUERWERKER; ALMEIDA; VIANA, 2002), passando então a constituir a Rede UNIDA.

Esses Projetos incorporaram as dimensões da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade, bem como a integração ensino-serviço concebida para dar lugar aos usuários e ampliando a interação com o sistema de saúde, num forte apelo à aproximação do ensino e dos serviços de saúde com a comunidade, além do apoio à pesquisa. (ELLERY; BOSI; LOIYOLA, 2013).

Não obstante à implementação histórica brasileira de programas e iniciativas direcionados para a articulação Ensino-Serviço-Comunidade, o diálogo entre estes interlocutores encontra embates para a modificação da formação dos profissionais de saúde, na perspectiva da graduação e educação permanente. As diferentes concepções de saúde e cuidado e as distintas lógicas de organização do trabalho em saúde revelam um cenário de práticas permeado de interesses, disputas e subjetividades (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

Essas divergências se expressam nas relações assimétricas de poder a que estão submetidos os distintos atores institucionais, prevalecendo os interesses de grupos hegemônicos, o que muitas vezes contrariam o posicionamento daqueles que estão diretamente envolvidos no processo (DIAS, 2011). Sob a ótica dos profissionais

de saúde, destaca-se que as ações desenvolvidas pelos docentes limitam-se a distribuir e supervisionar as atividades predominantemente técnicas desenvolvidas pelos estudantes. Os profissionais consideram que eles não dispõem de tempo para exercer o papel de facilitador (CAETANO; DINIZ; SOARES, 2009).

Por outro lado, uma expressiva quantidade de estudos ressalta as contribuições da integração ensino-serviço para a academia. Nessa perspectiva, sobressaem os avanços na compreensão da interdisciplinaridade, do trabalho em equipe e do funcionamento dos serviços de saúde em rede (BONIN *et al*, 2011). Ademais, enfatizam-se a possibilidade de problematização e compreensão do contexto intercultural demandado pelo trabalho em equipe multiprofissional, a ampliação do conhecimento do processo saúde/doença e suas implicações para a prática profissional (MESTRINER JUNIOR *et al.*, 2011).

Nessas condições, os estudantes podem exercitar o cuidado individual, coletivo e de gestão, o que desencadeia significativa aprendizagem e amplia possibilidades para o desenvolvimento de pesquisas a partir da realidade, servindo para uma formação profissional mais humanizada e contextualizada (COLLISELLI *et al*, 2009).

5.4 As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

As DCNs dos cursos de graduação em Medicina (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014) devem orientar o planejamento do projeto político pedagógico e o currículo dos cursos, aliado ao Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) que responde por especificidades de cada Instituição de Ensino Superior e sua inserção na comunidade local.

No contexto da educação superior, a flexibilização preconizada pelas DCNs confere às IES novos graus de liberdade que possibilitam o desenho de currículos inovadores, adequados à realidade regional e às respectivas vocações de cada curso. A substituição do currículo mínimo pela formação baseada em competências representa avanços, pois contribui para a integração ensino-serviço; para a aplicação de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem; e para a efetivação do princípio da relevância social da ação acadêmica (WEILER *et al*, 2017). Na área da Saúde, as DCNs reforçam a necessidade de considerar a formação profissional de acordo com o modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS (BRASIL, 2007b).

A partir dessa configuração, ficou evidente a necessidade de profissionais com uma formação que compreenda a integralidade dos cuidados demandados pela população e que inclua novas tecnologias. Estas, muitas vezes chamadas de “simples”, são também muito complexas e são denominadas, por alguns autores, de “tecnologias leves”. São vistas como as tecnologias da interação, da escuta, do olhar e que consideram o acolhimento e produzem autonomia (MERHY, 1997).

Dessa forma, as DCNs propõem um perfil profissional com uma boa formação geral, humanista, crítica e reflexiva, concretizada através de Projetos Político-Pedagógicos construídos coletivamente pelos atores do curso nas IES. A diretriz preconiza, ainda, a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que privilegiem a participação dos estudantes em distintos cenários de atenção à saúde (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014).

As metodologias ativas imprimem um ritmo de constante curiosidade científica e humanística necessárias para facilitar a continuidade do processo de aprender na prática profissional cotidiana. Ademais, as metodologias ativas colocam em prática todo o complexo da educação de adultos, articulando experiências de aprendizagem que visem ao aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser (DELORS *et al.*, 1997).

A formação profissional em saúde é uma atividade complexa, que envolve não só a constante aquisição de conhecimentos, mas o desenvolvimento de habilidades, competências e atitudes necessárias ao exercício integral, eficiente, eficaz e ético da atenção à saúde individual e coletiva. A aquisição de competências não termina com a graduação e, sim, dá-se no processo contínuo da prática médica, sendo importante a autonomia do médico em se autogerenciar e autogovernar seu processo de aprendizagem (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

6 METODOLOGIA

Nessa seção serão apresentados os procedimentos adotados na condução desta pesquisa.

6.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, de natureza qualitativa (MINAYO, 2010), que se propõe a analisar as Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade desenvolvidas pelos estudantes do curso de Medicina do Campus Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco.

O estudo de caso adotado nesta pesquisa é a estratégia de eleição quando se examinam eventos contemporâneos sobre os quais não se tem controle dos comportamentos relevantes (YIN, 2001). Seu objeto de estudo é uma unidade, por vezes complexa, sobre a qual se faz uma análise profunda para responder como e por que os fenômenos ocorrem em determinados contextos reais. Propicia o conhecimento do fenômeno investigado por meio da exploração intensa de uma dada situação, em que aflora a subjetividade do elemento humano, para uma compreensão ampliada do grupo, instituição ou programas estudados (BRITO, 2016), o que torna o estudo de caso importante para a abordagem da IESC, a partir das práticas interdisciplinares desenvolvidas no curso de Medicina do Campus Acadêmico do Agreste.

Conforme preleciona Gomes e Silveira (2012), nos dias atuais, é expressiva a quantidade de produções científicas que se apropriam do método qualitativo na área da saúde. Esse fato evidencia as contribuições da técnica para elucidar os modos de sentir, pensar e agir dos sujeitos envolvidos em determinado fenômeno. Mediante o levantamento de dimensões valorativas suscitam-se novas reflexões para justificar intervenções em ações coletivas inscritas no campo da saúde.

O método qualitativo não se propõe a generalizar seus resultados, mas aprofundar, envolver e diversificar o entendimento sobre as nuances de um fenômeno. Portanto seu espectro amostral deve refletir as múltiplas dimensões do objeto do estudo sem recorrer a cálculos matemáticos (MINAYO, 2010).

6.2 Período do estudo

O estudo foi realizado de agosto a dezembro de 2018 e analisou informações sobre as Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade desde a implantação do curso de Medicina em 2014.

6.3 Campo empírico

A cidade de Caruaru-PE é o local de realização desta pesquisa, por ser a cidade onde a pesquisadora reside e atua como técnica administrativa em educação da UFPE, especificamente no Campus Acadêmico do Agreste. De acordo com o IBGE (2017), a população do município estimada para o ano de 2018 é de 356.872 habitantes, enquanto o último censo ocorrido em 2010 sinalizou 314.912 pessoas.

O município se constitui numa área de conexão rodoviária leste/oeste que vai da Região Metropolitana do Recife ao Sertão pernambucano, e norte/sul, da Paraíba até Alagoas. Tais conexões fazem de Caruaru o principal centro de serviços e negócios e de distribuição de mercadorias. Apesar de o município ter apresentado um crescimento econômico acelerado nos últimos anos, esse fenômeno não tem trazido um impacto direto na melhoria das condições de vida da população. Assim, a região se destaca por ser marcada pela desigualdade social, com graves situações de pobreza e populações com grau extremo de vulnerabilidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

Se por um lado, o apogeu econômico das duas últimas décadas não foi capaz de combater as iniquidades sociais, ele atraiu muitos investimentos do setor imobiliário e educacional para a cidade. Este cenário propiciou, conseqüentemente, a expansão na oferta de cursos superiores da saúde com instalação de instituições de ensino públicas e privadas. Entre as instituições públicas destaca-se a inauguração, em março de 2006, do Centro Acadêmico do Agreste (CAA) como o primeiro campus avançado da UFPE no interior do estado. Esse fato, entre outros, possibilitou após oito anos, a implantação do curso de Medicina do CAA. O curso inicia suas atividades em março de 2014 e desde então passa a utilizar a rede municipal de saúde como campo de práticas.

A rede de saúde de Caruaru conta com poucos serviços públicos em relação à demanda da região, razoável cobertura de atenção primária e com poucos hospitais

com capacidade de certificação como hospitais de ensino. Ao todo são três hospitais sob gestão municipal (Hospital Municipal Casa de Saúde Bom Jesus, Hospital do Coração de Caruaru e Hospital Municipal Manoel Afonso) e quatro estaduais (Hospital Regional do Agreste, Hospital Jesus Nazareno, Hospital Mestre Vitalino e Hospital São Sebastião). O município ainda conta com 57 unidades de saúde da família (sendo 39 na zona urbana e 18 na zona rural), 20 unidades de assistência especializadas (UPAE, CAPS, ambulatórios, policlínicas, laboratórios de análises, entre outros) e 5 unidades de assistência pré-hospitalar (4 UPAs 24h, SAMU). É nessa realidade dos serviços de saúde em que o curso de medicina da UFPE/CAA está inserido. A partir dessas informações, pode-se planejar estrategicamente a inserção dos futuros profissionais médicos na realidade local e pensar maneiras de desenvolver respostas positivas e criativas para os problemas de saúde da população (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

Atualmente no município de Caruaru estão instalados doze cursos de graduação (Enfermagem, Biomedicina, Fisioterapia, Farmácia, Educação Física, Saúde Coletiva, Odontologia, Serviço Social, Nutrição, Medicina, Psicologia e Medicina Veterinária) em sua maioria na rede de ensino privada, um programa de residência em Enfermagem obstétrica, cinco programas de residência médica (Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria e Pediatria), quatro programas de residência multiprofissional (Saúde Coletiva com ênfase em Redes de Atenção, Saúde da Família com ênfase em Saúde no Campo, Atenção Básica/Saúde da Família, Atenção ao Câncer e Cuidados Paliativos) e cinco cursos técnicos (Enfermagem, Radiologia, Massoterapia, Citopatologia e Análises Clínicas). Toda esta disponibilidade de cursos tem gerado uma demanda crescente com mais de dois mil estudantes inseridos na rede municipal de saúde em 2018.

6.4 Sujeitos do estudo

Conforme destaca Minayo (2010) ao definir o local e os sujeitos participantes da pesquisa o pesquisador deve atentar para as experiências e expressões a serem captadas no estudo. Os sujeitos devem possuir atributos que se deseja conhecer, e em número suficiente para permitir uma reincidência das informações e considerar o potencial explicativo de informações ímpares. As informações obtidas devem ser

diversificadas para apreensão de diferenças e similaridades. A autora destaca ainda que numa pesquisa qualitativa o importante da seleção dos sujeitos é identificar aqueles capazes de aprofundamento e abrangência do objeto de estudo, em vez de apenas levantar números para uma simples generalização de resultados.

Participaram desse estudo como informantes-chave: acadêmicos de Medicina, professores do Módulo de Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), representantes da Coordenação de Educação em Saúde (CES) da SMS de Caruaru e da CIES regional, preceptor dos serviços que recebem os estudantes durante o estágio curricular obrigatório e um membro do Conselho Municipal de Saúde (CMS), representante do segmento dos usuários.

Os critérios de inclusão da pesquisa aplicam-se aos acadêmicos do curso de Medicina matriculados no PIESC, professores dos módulos PIESC (Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade), gestores da CES que trata da mediação entre academia e as unidades de estágio no município de Caruaru, preceptor dos serviços de saúde que são locais de estágio para os alunos de Medicina e representante do segmento dos usuários.

Os critérios de exclusão se estendem aos estudantes que solicitaram desligamento durante o período ou não matriculados no referido módulo PIESC, professores dos demais componentes curriculares, gestor municipal que não trata dos assuntos relacionados aos estágios curriculares, preceptor e usuário serviços que não recebem estudantes de Medicina e, obviamente, os que se recusarem a participar da pesquisa.

6.5 Instrumentos de coleta

Nesta parte estão indicadas as fontes dos dados coletados, critérios e dimensão da amostra, bem como as técnicas de estudo empregadas para alcançar os objetivos propostos deste estudo.

6.5.1 Pesquisa documental

De acordo com Tobar e Yalour (2001), a pesquisa documental é aquela que se debruça sobre documentos pertencentes a pessoas ou guardados em órgãos públicos e privados de qualquer natureza. É uma ferramenta que contribui bastante para a

investigação de alguns temas e pode compreender materiais de característica diversa (jornais, revistas, diários, obras literárias, científicas e técnicas, cartas, memorandos, relatórios etc.) que não se submeteram ao tratamento analítico (GODOY, 1995), constituindo-se, portanto, em fontes primárias.

É importante destacar que neste tipo de pesquisa três fatores devem ser levados em consideração: a seleção dos documentos (em função do objeto do estudo, das finalidades, das ideias e dos pressupostos), a possibilidade do acesso a eles e o tratamento analítico. De acordo com Yin (2001) a utilização de documentos propicia a corroboração e a valorização de informações obtidas de outras fontes como, por exemplo, as entrevistas e ainda permite ao pesquisador fazer inferências. No entanto, adverte que estas devem ser tratadas como indícios a serem investigados de forma mais aprofundada, sob pena de se constituírem posteriormente em falsas indicações.

Nesta pesquisa a primeira etapa consiste na análise documental que contemplará os seguintes documentos: PPC de Medicina, DCNs para o curso de graduação em Medicina, Manuais do módulo PIEESC e Diários de Campo dos estudantes.

Os Diários de Campo podem ser utilizados em diversas áreas, com diferentes propósitos, em ensino, gestão e pesquisa. No curso de Medicina do Campus Acadêmico do Agreste os diários de campo são instrumentos de registro elaborado pelos discentes, que contém as impressões, sentimentos e reflexões sobre a produção do conhecimento a partir da interação com a comunidade no campo de práticas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

Na pesquisa qualitativa os diários de campo se constituem numa valiosa ferramenta do referencial teórico-metodológico para o acompanhamento dos processos da/na vida real. Nesse percurso evidenciam-se não apenas a análise das implicações do pesquisador, mas os tensionamentos das relações de poder e de produção de subjetividade que nele se fazem presentes (AZEVEDO; CARVALHO, 2009).

A seguir, o Quadro 1 sintetiza os instrumentos e as técnicas que foram empregados para alcançar os objetivos específicos deste estudo.

QUADRO 1 - Objetivos, instrumentos e técnicas do estudo

OBJETIVO	INSTRUMENTO	TÉCNICA
Contextualizar a emergência do curso de Medicina no Campus Acadêmico do Agreste da UFPE	PCC de Medicina	Análise documental
Relacionar o alinhamento dos manuais das PIESC às recomendações dispostas nas DCNs de Medicina e no Projeto Pedagógico do Curso	PPC de Medicina DCN de Medicina Manuais das PIESC	Análise documental
Descrever as vivências dos graduandos de Medicina nas PIESC	Diários de Campo	Análise documental
Conhecer a partir da visão dos atores envolvidos, as características da Integração Ensino-Serviço-Comunidade, com ênfase nas atividades das PIESC	Entrevistados	Entrevista semiestruturada
Elaborar um manual da Integração Ensino-Serviço-Comunidade	PPC de Medicina Manuais das PIESC	Análise documental

Fonte: A Autora, 2019

6.5.2 Entrevista

Para a condução desta pesquisa a segunda etapa compreende a entrevista individual semiestruturada aos atores-chave anteriormente citados. As entrevistas semiestruturadas se baseiam no uso de roteiros que contemplam perguntas ou temas a serem explorados durante as mesmas. O pesquisador pode enveredar por outros temas que eventualmente apareçam no percurso e permite ao informante encontrar e/ ou seguir novas pistas (TOBAR; YALOUR, 2001).

Para esta etapa da pesquisa a elaboração criteriosa do roteiro da entrevista é condição importante para garantir que ele seja capaz de gerar dados substanciados, fundamentados e informados pelo referencial teórico (SILVA; FERREIRA, 2012). Gil (2008, p. 115-117) apresenta algumas recomendações gerais ao se elaborar um roteiro de entrevista:

- a) As instruções para o entrevistado devem ser elaboradas com clareza, para que ele tenha facilidade de entendê-las;
- b) As questões potencialmente ameaçadoras devem ser construídas de forma que o entrevistado possa respondê-las sem constrangimentos;
- c) As questões devem ser ordenadas de maneira a favorecer o rápido engajamento do respondente na entrevista;
- d) As perguntas devem ser padronizadas na medida do possível, a fim de que as informações obtidas possam ser comparadas entre si.

Para Yin (2001) as entrevistas se configuram como uma potente fonte de dados para os estudos de caso, cuja maioria trata de assuntos relacionados à subjetividade humana. Compete ao pesquisador selecionar os sujeitos que guardem afinidade com as características a serem investigadas, conferindo-lhes intencionalidade na seleção dos participantes.

As entrevistas foram aplicadas a uma amostra intencional de participantes representada por quatro professores, quatro estudantes de Medicina matriculados no PIESC, dois gestores do município de Caruaru, um preceptor e um usuário dos serviços de saúde. A intencionalidade dessa amostra é justificada pelo fato de que a realização das entrevistas não tem como objetivo central gerar dados que possam ser generalizáveis, mas aprofundar os conhecimentos sobre um fenômeno a partir da percepção de determinados sujeitos inseridos numa dada realidade. As mensagens (comunicação) foram gravadas em meio eletrônico e posteriormente transcritas. No Quadro 2 é possível identificar a descrição do quantitativo a ser entrevistado. A fim de garantir o anonimato, os participantes foram identificados pelo nome correspondente ao segmento representado e, aqueles cujo quantitativo excede mais de um, também por numeração indicativa.

QUADRO 2 - Atores-chave entrevistados

FUNÇÃO	INSTITUIÇÃO	QUANTITATIVO
Professor do Módulo PIESC	NCV/CAA/UFPE	02
Acadêmicos de Medicina	NCV/CAA/UFPE	04
Diretor da Gestão do Trabalho	CES/SMS Caruaru	01
Diretor da Educação em Saúde	CES/SMS Caruaru	01
Preceptor dos Serviços de Saúde	SMS Caruaru	01
Usuário dos Serviços de Saúde	Comunidade	01
Total		10

Fonte: A Autora, 2019

Para Duarte (2002) a entrevista na pesquisa qualitativa presume uma conversação contínua e integrada entre os informantes e o pesquisador, pelo qual deve ser conduzida em observância aos objetivos do estudo. Assim, a partir dessa interlocução buscou-se alcançar o propósito da pesquisa de analisar a IESC a partir das Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) do curso de Medicina da UFPE durante as vivências dos estudantes no campo de práticas.

6.6 Análise dos dados

Para o tratamento dos dados qualitativos foi utilizada a análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo a qual, segundo Bardin (2010), consiste em três fases: pré-análise (organização e seleção dos documentos e leitura do conteúdo); exploração do material (estudo aprofundado orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos); tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (aprofundamento da análise para desvendar o conteúdo latente dos documentos).

A pré-análise é desenvolvida para sistematizar as ideias inicialmente concebidas pelo referencial teórico e subsidia a interpretação das informações coletadas. Essa fase compreende uma leitura geral das transcrições das entrevistas e dos documentos relacionados ao tema.

A segunda fase, a exploração do material, consiste em analisar as categorias inicialmente extraídas do referencial teórico e confrontar as que emergiram dos dados coletados. Nessa fase, o texto obtido das entrevistas e dos documentos é recortado em unidades de registro.

Neste estudo, tomaram-se como unidades de registro os parágrafos de cada entrevista e dos documentos selecionados. Desses parágrafos, as palavras-chaves foram escolhidas mediante resumo para obter uma primeira categorização. Essas primeiras categorias foram agrupadas tematicamente e resultaram em categorias iniciais. As categorias iniciais foram agrupadas tematicamente e deram origem as categorias intermediárias e estas, por meio de aglutinação do tema, resultaram nas categorias finais.

Assim, tanto os textos das entrevistas quanto dos documentos foram recortados em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), agrupados tematicamente em categorias iniciais, intermediárias e finais, as quais possibilitam as inferências.

A terceira fase, a interpretação, consiste em captar os conteúdos expressos e latentes contidos em todo material coletado (entrevistas e documentos). A análise comparativa foi realizada através da justaposição das diversas categorias presentes em cada análise. Consideraram-se como critérios de elegibilidade a frequência com que apareceram, os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como relevantes para a IESC, a partir das práticas interdisciplinares.

Dessa forma, a partir dos dados encontrados tanto na investigação documental quanto nas entrevistas foi elaborada uma estrutura analítica que permite caracterizar os elementos de conexões e coerência presentes nas Práticas Interdisciplinares de Ensino, Serviço e Comunidade. Para tanto, o Quadro 3 apresenta os instrumentos e as categorias de análise que compuseram a estrutura.

QUADRO 3 - Instrumentos e Categorias de Análise

PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES DE ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE	INSTRUMENTOS	CATEGORIAS DE ANÁLISE
	PPC DCN Manuais do Módulo PIESC	1. Organização didático-pedagógica
		2. Integração Pedagógica
	Diários de Campo	3. Formação e desenvolvimento de vínculo
		4. Correlação teórico-prática do módulo PIESC
	Entrevistas	5. Relação interinstitucional entre a academia e a gestão municipal
6. Compreensão e expectativas da integração ensino-serviço e comunidade.		

Fonte: A Autora, 2019

6.7 Considerações éticas

Esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; e com normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, aprovadas pelo CNS, através da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, mediante Parecer nº 2.778.841.

As informações foram coletadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que dará ciência aos participantes sobre o objetivo da pesquisa, o método a ser utilizados, participação voluntária, os riscos e benefícios

de participação, a possibilidade de a entrevista ser interrompida a qualquer momento bem como a garantia do sigilo e anonimato de sua identidade. Para efeito da realização desta pesquisa consideram-se riscos ou desconfortos: compartilhar informações pessoais e/ou confidenciais, ou sentir incômodo em falar; e benefícios: o conhecimento produzido pela pesquisa deve contribuir para o planejamento e avaliação das atividades de IESC.

Para o acesso ao material documental foi solicitada Carta de Anuência da UFPE.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa documental e das entrevistas, os quais foram realizados tanto nas dependências do Núcleo de Ciências da Vida como na Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru. Para tanto, a técnica de análise de conteúdo foi aplicada e, após a análise documental e das entrevistas, emergiram as categorias de relevância para a Integração Ensino-Serviço-Comunidade do curso de Medicina (NCV/CAA/UFPE).

7.1 Implantação do curso de medicina para a região do agreste

Para contextualizar a criação do curso de medicina do campus agreste tomou-se por referência as informações contidas em seu projeto pedagógico (PPC). Da análise dessas informações surgiu essa primeira categoria a qual diz respeito à fundação do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste (CAA) da UFPE no interior do estado, mais precisamente na cidade de Caruaru.

A partir do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), houve a ampliação da Rede Federal de Educação Superior iniciada em 2003 com a interiorização dos campi das universidades federais. Esse intenso movimento de interiorização dos cursos exigiu a implantação de novos campi de universidades já existentes ou mesmo a criação de novas universidades. Ao final do período de 2003 a 2014, haviam sido criadas 18 novas universidades federais e 173 campi de universidades federais no interior do país, dentre eles, o *Campus Agreste* em Caruaru.

Na esfera política, a abertura do curso de Medicina em Caruaru, inicialmente proposto no conjunto de ações da UFPE previstas no Reuni, acontece numa conjuntura em que o governo federal lança o Programa Mais Médicos (PMM) criado por meio da Medida Provisória nº 621 e convertida na Lei nº 12.871 em outubro de 2013. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA, 2013).

Após amplo debate junto à sociedade e tramitação na Câmara dos Deputados e no Senado Federal e com o objetivo de garantir assistência médica, universal e com qualidade aos serviços de saúde, o PMM deixa de ser uma política de governo para tornar-se uma política de Estado. O seu arcabouço legal estrutura-se em três importantes eixos: 1) Provimento emergencial de médicos para lugares de difícil

ocupação; 2) Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde; 3) Regulação da formação médica, com autorização para a criação de cursos de Medicina baseada em critérios de necessidade social (BRASIL, 2015b).

Nesse sentido, o PMM foi formulado para enfrentar a grande defasagem de profissionais médicos para atender as necessidades de um sistema de saúde em desenvolvimento. Com efeito, na ocasião da instalação do curso de medicina, o município de Caruaru apresentava 42 equipes de saúde da família e destas, 20 equipes sem médicos. Por esse motivo, a prefeitura já revia seu plano plurianual de saúde que previa alcançar 70% de cobertura populacional com a atenção básica diante dos efeitos negativos de abertura de novas unidades sem médicos.

Hoje o município apresenta 57 unidades de saúde da família, sendo 18 unidades rurais e 39 urbanas, englobando ao todo 73 equipes da Estratégia Saúde da Família e com 78,51% de cobertura da Atenção Básica (BRASIL, 2017b). Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru contabiliza, das 38 vagas autorizadas pelo MS (BRASIL, 2018), o vínculo de 35 profissionais médicos provenientes do PMM, incluindo os que foram incorporados pelo último edital de adesão de médicos ao programa, em virtude da descontinuidade da cooperação com a Opas.

Anterior a essa interrupção, com a imposição da sanção da perda do cargo a então presidenta Dilma Rousseff em agosto de 2016, em razão da condenação desta no processo de impeachment, houve alterações na composição das equipes dirigentes ministeriais e, por conseguinte, modificações substanciais na condução do PMM. Entre estas citam-se, no tocante à política de expansão das escolas médicas: as ações relacionadas à reforma curricular da Medicina e as ações referentes às residências médicas; a interrupção do processo de abertura de novas escolas e de ampliação de vagas de graduação e residência médica; além de esforços para reverter as mudanças nas diretrizes curriculares impressas pelo PMM (ALMEIDA; MACEDO; SILVA 2019).

A despeito de todos esses enfrentamentos políticos supramencionados o PMM trouxe contribuições bastante significativas para a saúde brasileira, uma vez que reduziu a escassez de médicos na atenção primária à saúde, sobretudo nas áreas de maior vulnerabilidade social; foi responsável pela mobilização de recursos financeiros para melhorar a estrutura das unidades básicas de saúde; e impulsionou a expansão do número de vagas de graduação e residência em medicina, com melhor distribuição de vagas pelo país (MOURÃO NETTO; RODRIGUES; ARAGÃO, 2018).

Como reflexo dessa política expansionista, a implantação do Curso de Medicina no CAA tem relevância estratégica para o município de Caruaru e toda região do agreste pernambucano. Conhecida como a capital do agreste, a cidade promove a mobilização dos municípios vizinhos e se torna ponto de convergência de estudantes de toda região para o Campus Acadêmico do Agreste. Isso caracteriza o movimento de interiorização da formação universitária. Através do Núcleo de Ciências da Vida, com a graduação em Medicina, com as residências, com a especialização em preceptoria e futuramente com o mestrado e doutorado, a expectativa é possibilitar a integração regional, a partir da perspectiva metodológica da IESC. A ideia é promover uma interiorização de fato e desenvolver relações com as comunidades locais e com aquelas situadas além do agreste, por meio dos projetos de extensão discentes.

A UFPE/CAA é a primeira instituição pública a oferecer o curso de medicina em Caruaru, apesar de a região já ofertar na rede privada alguns cursos da área da saúde. Esse pioneirismo favorece a liderança dessa universidade em promover o desenvolvimento da região como mais um novo polo da saúde no Estado de Pernambuco (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

A palavra “pioneirismo” na acepção que é tomada nesse estudo designa o curso de medicina que primeiro introduziu, numa universidade tradicional do Nordeste, novos métodos de ensino-aprendizagem e uma radical aposta na formação do sensível como modo de produção de sentidos para a responsabilidade social do médico.

A formação do sensível, no curso de medicina do Campus Agreste, resulta de uma proposta pedagógica que reúne uma complexa combinação de ciência e arte na formação de seus futuros médicos, valorizando as dimensões sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais presentes na prática profissional. Para tanto, o laboratório de Sensibilidades, Habilidades e Expressão (LABSHEX), como espaço de aprendizagem do curso, incorpora e fortalece a sensibilidade na formação médica e na atuação de professores e profissionais da rede municipal; promove experiências de autoconhecimento que fortalecem a capacidade de humanização do trabalhador e propicia vivências de novas racionalidades do cuidado e da promoção da saúde (BRASIL, 2017a).

Em reconhecimento a essa iniciativa, o projeto “Qualificação e Expansão das Ações do Laboratório de Sensibilidades, Habilidades e Expressão (LABSHEX)” do curso de medicina conquistou o primeiro lugar da Região Nordeste do Prêmio

InovaSus – Gestão da Educação na Saúde, na Modalidade II (Integração Ensino-Serviço-Comunidade) – Edital 2015. Essa premiação reforça mais ainda o compromisso do curso em qualificar os caminhos pedagógicos que conciliem produção de conhecimentos com a complexidade da vida, com a mobilização de profissionais de saúde e comunidades e com a produção de saúde (BRASIL, 2017a).

7.2 As relações entre os manuais do módulo PIESC, as Diretrizes Curriculares Nacionais e o projeto pedagógico do curso de medicina do *campus* agreste da UFPE

Para analisar os documentos acima mencionados buscou-se identificar elementos de interseção no que diz respeito ao alinhamento de suas proposições e recomendações direcionadas às práticas interdisciplinares de ensino, serviço e comunidade desenvolvidas no território.

O termo projeto origina-se do latim *projectu*, que significa seguir para frente, adiante. Significa ainda desígnio, tenção, intento, plano. Qualquer projeto pressupõe uma descontinuidade com o presente e implica a saída de um estado de conforto rumo ao risco do fazer diferente (GADOTTI, 1994).

Conforme Veiga (2003), o projeto pedagógico é um documento elaborado a partir da dinâmica coletiva e democrática com vistas a organizar e orientar o trabalho, tanto no processo de construção como na vivência do projeto. A construção de uma proposta pedagógica não é apenas um agrupamento de planos de ensino e atividades diversas a serem arquivadas ou encaminhadas aos trâmites burocráticos, mas deve ser um instrumento “vivo” capaz de ser vivenciada em todo o processo educativo e por todos os atores nele inseridos.

Na construção do PPC de medicina do Campus Agreste, percebe-se a preocupação dos coordenadores em incorporar elementos textuais das DCNs de Medicina, com inclusão da interdisciplinaridade como forma de colocar em prática os ideais de ensino-aprendizagem. Como bem afirma Pimentel e outros (2015), a construção da interdisciplinaridade tem sido um movimento contínuo e crescente na área da saúde, na tentativa de superar a fragmentação do conhecimento humano, em busca de uma visão globalizada da complexa dimensão do processo saúde-doença.

A exemplo da interdisciplinaridade encontrou-se alinhamento com as DCNs os demais pilares que fundamentam o PPC de medicina do NCV, a saber:

- a) Aprendizagem ativa - ensino centrado em problemas e nos estudantes, de forma colaborativa, integrada, interdisciplinar e transdisciplinar, utilizando pequenos grupos e atuando no contexto clínico e social. Na aprendizagem ativa, o estudante pode identificar sua maneira de aprender de forma mais eficaz, tendo ajuda do professor/tutor para facilitar essa identificação;
- b) Integralidade do ser humano - indivíduos, famílias e comunidades formam um complexo sistema de relação, que incluem dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, socioeconômico, ambiental, cultural e ética. Essas dimensões singularizam a assistência e o ensino ofertados a essa diversidade e faz com que a acessibilidade ao cuidado, ao ensino e à prática médica seja ampliado;
- c) Diversificação de ambientes e técnicas pedagógicas - centra-se na flexibilidade do ensino da prática médica. O modelo pedagógico proposto não é exclusivista nem excludente. Seu eixo metodológico possibilita a oportunidade do exercício de diversas técnicas pedagógicas, que serão detalhadas em seções oportunas nesse projeto;
- d) No aprender fazendo - nesse fundamento, a relação prática-teoria-prática é priorizada. A aprendizagem pode ocorrer através de várias possibilidades, porém no curso de medicina da UFPE/CAA enfatiza-se o ponto de partida da construção do conhecimento a prática profissional e social.
- e) Aperfeiçoamento curricular permanente - O processo de construção e operacionalização do currículo será avaliado contínua e coletivamente com o corpo docente, discente e técnico-administrativo, incluindo também as instituições parceiras, os gestores locais e a comunidade em geral;
- f) Radical compromisso social - a atuação médica durante o curso está pautada pelas necessidades sociais da população. A realidade local da comunidade e a necessidade de saúde da população serão o centro do ensino e do cuidado. Assim, o estudante de medicina pode cuidar da comunidade de maneira integral e com compromisso social.

No entanto, ao se observarem os manuais do PIESC percebe-se, à medida que os módulos avançam, certa valorização às especialidades médicas e aos procedimentos clínicos. Tal fato também é reconhecido por Albiero (2016) quando

relata em seu estudo que nas fases mais avançadas dos cursos, a dimensão clínica se superpõe à dimensão integrativa.

Essa seria de certa forma, uma evolução esperada face à expectativa histórica e tradicional das escolas médicas em desenvolver competências centradas na clínica. Porém, o objetivo do curso de medicina do NCV, consonante ao previsto nas DCNs e disposto em seu projeto pedagógico, destaca a formação médica com múltiplas competências e habilidades para prestar cuidado integral ao ser humano.

Nesse aspecto Azevedo (2012), Vasconcelos e Ruiz (2015), concordam que essas competências não se restringem apenas às intervenções voltadas aos desequilíbrios biológicos e funcionais do indivíduo, mas àquelas desenvolvidas pelo senso de corresponsabilidade pela saúde integral das pessoas, como desdobramento de uma formação médica socialmente comprometida.

Em observância ao elemento de interseção presente nos três documentos tomados para análise, verificou-se a integração pedagógica como o mais significativo para o desenvolvimento das competências cognitivas, psicomotoras e atitudinais a serem adquiridas durante as atividades do módulo PIEESC como também dos outros módulos presentes no primeiro ciclo do curso.

Por outro lado, no tocante à formação e desenvolvimento de vínculo com a comunidade, não se identificou consonância entre as orientações contidas no PPC e manuais dos módulos PIEESC com as recomendações expressas nas DCNs.

No PPC de medicina do NCV/CAA encontra-se destacado que:

Os módulos PIEESC trabalham o conteúdo de maneira mais aprofundada a partir do estudo sobre a vida em sociedade e a relação com a saúde. Durante o processo de territorialização nas Unidades de Saúde da Família (USF), onde devem permanecer durante quatro anos, os estudantes são orientados a criar vínculos com as famílias... (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014, p. 51)

Nos planos de ensino inseridos nos manuais dos módulos PIEESC, a construção de vínculo do discente com as pessoas, as famílias e comunidades - dada a frequência com que aparece nos documentos e a importância que lhe fora atribuída na composição destes - representa uma das mais relevantes competências a serem desenvolvidas pelos estudantes. Pretende-se, assim, desenvolver a capacidade discente de lidar com diferentes aspectos da vida, seus ciclos em sua complexidade clínica e cultural, de maneira que sua atuação tanto em relação ao indivíduo quanto

em relação à coletividade aconteça de forma contextualizada (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2018).

Conforme disposto nas DCNs do curso de medicina de 2014, espera-se do egresso o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes nas seguintes áreas de competência: Área de Competência de Atenção à Saúde, Área de Competência de Gestão em Saúde e Área de Competência de Educação em Saúde.

A Área de Competência de Atenção à Saúde decompõe-se em duas subáreas: Atenção às Necessidades Individuais de Saúde e Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva.

Na Atenção às Necessidades Individuais de Saúde, sob o enfoque da relação estudante–paciente, observou-se menção de vínculo no artigo 12, inciso I, alínea “e”, das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, *in verbis*:

e) favorecimento da construção de vínculo, valorizando as preocupações, expectativas, crenças e os valores relacionados aos problemas relatados trazidos pela pessoa sob seus cuidados e responsáveis, possibilitando que ela analise sua própria situação de saúde e assim gerar autonomia no cuidado. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014, p. 9)

Contudo, não se identificou explicitamente, no texto que versa sobre Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva da diretriz supracitada, a formação de vínculo do estudante com a comunidade, tal como preconizado no PPC de medicina e nos manuais do módulo PIEESC. O que se percebeu na análise das DCN foi a presença de alguns termos como “sensibilidade”, “empatia”, “interesse”, “compromisso” que sugerem aproximação à ideia do vínculo subentendida ao longo da publicação e tomada, neste estudo, em seu sentido mais amplo, ou seja, para além da relação estudante-usuário. De acordo com Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) a confiança, o compromisso, o respeito e a empatia são essenciais para que haja maior conhecimento da comunidade e, conseqüentemente, se estabeleça o vínculo, melhorando a qualidade de vida da população.

Nessa perspectiva, a noção de vínculo transcende o simples fato de conhecer algo ou alguém; ela vai muito além: o vínculo é uma ferramenta que possibilita o intercâmbio entre o saber técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo (SANTOS *et al*, 2008).

Neste estudo, ao se examinar os manuais do PIEESC, destacou-se a formação de vínculo como uma habilidade e capacidade atitudinal relacionada a sentimentos,

corresponsabilização e posturas. Esse domínio é construído a partir do desenvolvimento da área emocional e afetiva, que incluem comportamento, atitude, respeito, emoção e valores necessários para que as práticas caracterizem o cuidado autêntico (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018).

Para Andrade e outros (2015), o fortalecimento do vínculo permite ao estudante desenvolver, contínua e progressivamente, habilidades e aprendizados, e a compreender a situação de vida e saúde da população a partir dos níveis individual, familiar e comunitário. Quando o estudante estabelece, ao longo do curso de graduação, um vínculo longitudinal e estável com a equipe de saúde e a população adscrita geram-se benefícios múltiplos para todos os envolvidos.

Ainda segundo os mesmos autores, a comunidade (dimensão controle social) beneficia-se duplamente, pois acompanha de forma constante o processo de formação profissional, podendo contribuir com ele e, no futuro, será atendida por profissionais que tiveram essa formação diferenciada. A unidade de saúde docente-assistencial (dimensão atenção) também se beneficia, uma vez que o estudante, como membro ativo da equipe a qual se vincula, irá auxiliá-la no cumprimento das atribuições próprias da Atenção Primária à Saúde e em outras atividades e pactuações planejadas.

A análise das relações entre os manuais do módulo PIEESC, o projeto pedagógico do curso de medicina e as diretrizes curriculares nacionais de 2014 permitiu a identificação das seguintes categorias: organização didático-pedagógica e integração pedagógica.

7.2.1 Organização didático-pedagógica

O curso de medicina do Campus Agreste da UFPE conta com uma estrutura curricular que soma 8.400 horas de carga horária total, divididas entre 840 horas de atividades complementares, componentes eletivos livres e componentes eletivos de perfil e 7560 horas destinadas aos componentes obrigatórios. Estes constituem as unidades curriculares obrigatórias do curso e compreendem: 1) Módulo Temático Interdisciplinar; 2) Módulo de Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade; 3) Módulo Transversal de Atualização Científica; 4) Módulo de Iniciação Científica e Avaliação e 5) Módulo de Internato.

A seguir, Quadro 4 com a organização curricular para os graduandos de medicina do NCV/CAA/UFPE, conforme discriminada no Projeto Político-Pedagógico:

QUADRO 4 - Componentes Curriculares

COMPONENTES OBRIGATÓRIOS - 7560h				
MÓDULOS	TEÓRICA	PRÁTICA	CRÉDITOS	CARGA HORÁRIA TOTAL
MÓDULOS TEMÁTICOS	1.080 h	1.440 h	120	2.520 h
MÓDULO PIESC	240 h	480 h	32	720 h
MÓDULO INTERNATO	360 h	3.480 h	160	3.840 h
MÓDULO TRANSVERSAL DE ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA	120 h	120 h	8	240 h
MÓDULO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E AVALIAÇÃO	120 h	120 h	8	240 h
CARGA HORÁRIA ELETIVA - 840 h				
COMPONENTES ELETIVOS DO PERFIL				180 h
COMPONENTES ELETIVOS LIVRES E ATIVIDADES COMPLEMENTARES				180 h
ATIVIDADES COMPLEMENTARES				480 h

Fonte: A Autora, 2019

Todos os módulos são integrados e estruturados de uma forma em que o estudante tenha uma continuidade de aprendizado em todos os semestres. O ponto de partida dessa integração são os problemas estruturados e a prática em serviço. Todavia, para efeito deste estudo, destaca-se o Módulo de Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), desenvolvido nos quatro primeiros anos do curso. Cada módulo PIESC tem duração de 15 semanas por semestre e apresenta uma carga horária de 90 horas, composta por 60 horas de atividade prática e 30 horas de atividade teórica.

As práticas são desenvolvidas nas unidades que compõem a rede municipal e estadual de saúde do município e evoluem gradativamente à medida que o curso avança. Desenvolvem-se, inicialmente, a partir das unidades básicas de saúde; sequenciam pelos serviços de especialidades e de pronto atendimento até às

unidades hospitalares, onde se realizam os procedimentos de maior complexidade tecnológica.

As atividades teóricas são aquelas desenvolvidas no ambiente interno da universidade que é o momento da problematização. Esta representa o espaço de discussão e aprofundamento das questões suscitadas durante as vivências nas unidades de saúde e nos territórios da comunidade. Na problematização ocorre também avaliação discente e correção de trajetória de aprendizagem. Nesse espaço, o docente do módulo PIESC produz, junto a um grupo de oito estudantes, uma dinâmica de análise e aprofundamento em torno das vivências do PIESC, por meio dos diários de campo que podem encerrar narrativas ou casos clínicos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2018).

7.2.2 Integração pedagógica

No contexto da educação universitária, a flexibilização recomendada pelas DCNs confere às instituições de ensino novos graus de liberdade que possibilitam o desenho de currículos inovadores, adequados à realidade regional e às respectivas vocações de cada curso (WEILER *et al*, 2017).

As propostas de configurações curriculares inovadoras se baseiam na integração dos conteúdos teórico-práticos como estratégia de renovação do tradicional currículo médico. O intuito é superar o modelo de ensino transmissivo de conteúdos teóricos e isolados entre si e a compartimentalização do conhecimento, uma vez que ao fragmentarem no currículo seu objeto de estudo – o homem e seu processo saúde-doença –, as instituições de ensino acabaram por legitimar uma concepção cartesiana e positivista que destitui o homem de sua integralidade (BARBOZA; FELÍCIO, 2018).

A integração de conteúdos e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo central do desenvolvimento curricular são apontadas pelas DCNs para os cursos de Medicina como possibilidade de desenvolver aprendizagens significativas e contextualizadas, centradas no aluno como sujeito da aprendizagem. Como bem defendem Iglésias e Bollela (2015), essas recomendações são de fundamental importância na área da saúde, posto que a articulação entre aquilo que se aprende e os cenários e práticas profissionais fundamenta (ou pelo menos deve fundamentar) a formação.

No currículo integrado as atividades que o compõem privilegiam as metodologias investigativa, reflexiva, colaborativa e ativa, e defendem uma perspectiva significativa e construtiva do saber e da experiência, de modo que os estudantes possam encontrar sentido e relevância no que aprendem e, ao mesmo tempo, fiquem capacitados para “aplicar” e “transferir” (funcionalidade) o que apreenderam em novas aprendizagens, bem como na resolução de situações ou problemas de vida (ALONSO, 2002).

No curso de medicina do NCV, a integração pedagógica se estabelece a partir da conexão entre os módulos, as práticas em serviços e o conteúdo desenvolvido nos espaços de aprendizagem do curso, a saber: as tutorias, a problematização, o laboratório morfofuncional, o laboratório de informática, a exposição dialogada, o ambiente virtual de aprendizagem e o labshex. Dessa forma, materializa-se a interdisciplinaridade pela oferta de diferentes espaços de vivência e de ensino-aprendizagem, e não pela tradicional divisão do conhecimento em disciplinas fragmentadas, como é comum na maioria dos cursos de graduação (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA, 2013).

Em que se ressalte que o PIESC é um módulo independente e tem sua condução própria, essa integração pedagógica acontece em dois momentos: o primeiro se dá quando o estudante vai para o campo de estágio onde vivencia as práticas e desenvolve habilidades; em outro momento, durante a problematização dentro da universidade, ele dialoga com o professor e socializa com o grupo de alunos as experiências vividas. Há um grande esforço para que essa interface aconteça, ou seja, que o conteúdo dos módulos assistenciais e das tutorias seja inserido nas problematizações (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2018).

Nesse sentido, a metodologia da problematização tem como principais objetivos desencadear o pensamento reflexivo e mobilizar o potencial social e político do estudante. Outros objetivos são estimular o raciocínio e o desenvolvimento de habilidades intelectuais (BERBEL, 1998).

De acordo com Vieira e Panúncio-Pinto (2015), o professor que elege a problematização como metodologia de ensino-aprendizagem precisa investir mais tempo e dedicação às atividades de ensino e extramuros. Além disso precisa ter disponibilidade para lidar com situações imprevistas, pesquisar, acompanhar e cooperar no aprendizado crítico do estudante, facilitando-lhe a interação num processo compartilhado de construção do conhecimento.

Portanto, o professor deve capitanear a condução metodológica desse processo a fim de que se possa atingir os objetivos propostos pelo método e, ao mesmo tempo, favorecer o intercâmbio de saberes entre os demais módulos do curso.

O advento das DCNs para área da saúde imprimiu a necessidade de reformulação dos projetos políticos pedagógicos e recomenda a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Estas, por sua vez, proporcionam uma maior aproximação e exploração de temas relacionados ao campo social (VIEIRA; PANÚNCIO-PINTO, 2015).

Nesse sentido, as concepções políticos-pedagógicas adotadas pelas instituições de ensino podem propiciar o desenvolvimento da autonomia do estudante, sua criticidade, seu compromisso social e seu *ethos* como futuro profissional. Para tanto é imprescindível lançar mão de conteúdos que explorem a integralidade da saúde de forma efetiva, que contribuam para o desenvolvimento de abordagens interdisciplinares, da capacidade de escuta, de acolhimento, de corresponsabilização e de construção de vínculos (AZEVEDO *et al*, 2013).

7.3 As vivências dos graduandos de medicina no módulo PIEESC

Para análise das vivências, recorreu-se exclusivamente aos diários de campo (DC). Estes são instrumentos de coleta e análise que contribuem para os processos de investigação nos estudos qualitativos (BOGDAN; BIKLEN, 1994). São registros do que o/a estudante “ouve, vê, experiência e pensa” diante do visto-vivido em seu percurso, de quem o orientou/supervisionou e de atividades pactuadas para datas futuras (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA, 2013).

Nos primeiros módulos do PIEESC os estudantes são orientados sobre como confeccionar o diário de campo, o que deve conter, onde e quando será apresentado. Essas anotações auxiliam o estudante e o preceptor a lembrarem de situações já vivenciadas e facilitam o processo de avaliação do aluno (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2018).

Através dos manuais do PIEESC disponibilizados no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), o estudante tem acesso aos instrumentos e critérios de avaliação do módulo. O diário de campo constitui o primeiro dispositivo de avaliação e representa 40% da composição da primeira nota, seguido por 30% da avaliação da

preceptoria mais 30% da problematização. O Quadro 5 a seguir ilustra os critérios de avaliação apreciados nesse instrumento:

QUADRO 5 - Instrumento de Avaliação do Diário de Campo

CRITÉRIO	Insuficiente	Suficiente	Excelente
1. Organização e Síntese (Apresenta coerência no desenvolvimento das ideias e capacidade argumentativa, coesão textual e uso correto da língua portuguesa)	0	0,7	1,0
2. Reflexão Crítica (Apresenta reflexão crítica sobre a prática vivenciada integrada com a fundamentação teórica)	0	0,7	1,0
3. Atitude Estudantil (Demonstra interesse, motivação para aprofundar as vivências, respeito aos colegas, equipe e usuários)	0	0,7	1,0
4. Cumprimento dos prazos de entrega	0	0,7	1,0
TOTAL:			4,0 pontos

Fonte: Universidade Federal de Pernambuco (2018)

Nos módulos iniciais do PIESC, o Diário de Campo deve conter as anotações, as impressões, as reflexões e os sentimentos do estudante ao ver/ vivenciar as aproximações com a população do município de Caruaru nas atividades propostas (Visita ao Alto do Moura, ao Morro Bom Jesus, ao Centro de Formação Paulo Freire (CFPF) /Normandia, na conversa com a Secretária de Saúde do Município e no percurso por unidades de saúde).

De acordo com as orientações expressas no manual do estudante (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2018), esse registro pode ser acrescido por fotos, músicas, poesias e outras expressões que o estudante achar mais significativo para ele. O Diário de Campo deverá ser apresentado ao professor do PIESC na última semana do Módulo (durante o espaço de problematização) juntamente com uma fotografia de livre escolha do aluno e que represente o momento

mais importante ou de maior significado para ele nesses contatos iniciais com a população/curso.

Nos módulos subsequentes o diário de campo é substituído por outras modalidades de registro que sejam em forma de narrativas ou relatório de práticas. Ao elaborar as narrativas, os estudantes devem descrever os casos clínicos observados e/ou acompanhados, com o foco, ou prioridade, para os casos que estejam em sintonia com os módulos tutoriais. Esses casos devem também explorar os espaços onde ocorreram, ou seja, consultas na USF, acolhimento, grupo, visita domiciliar, consulta de intercorrências, consulta de urgências (UPA), consulta de classificação de risco (UPA), tenda invertida.

O relatório de práticas deve ser formulado contendo um relato de caso em moldes científico bem estruturado e obedecendo às regras de algum periódico científico nacional ou internacional escolhido pelo estudante para publicação. Ao final do relatório o estudante deverá ser capaz de elaborar uma crítica propositiva sobre aspectos positivos e negativos no decorrer do módulo e contributivos para a sua formação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2018).

Com base em tais aspectos, analisaram-se quatro diários de campo dos estudantes que participaram da etapa das entrevistas. A análise dos diários de campo permitiu a identificação de duas categorias essenciais: formação e desenvolvimento de vínculo e correlação teórico-prática do módulo PIEESC.

7.3.1 Formação e desenvolvimento de vínculo

Em literatura específica sobre ensino médico, os estudos mais recentes reforçam a tese de inserção precoce dos alunos na rede de serviços de saúde e, sobretudo, defendem uma inserção significativa no universo do trabalho das equipes de saúde e no cotidiano das comunidades. A aproximação dos estudantes, desde o início do curso, com a realidade diária dos usuários e o desenvolvimento da capacidade de produção de vínculo devem ser explorados como mote da formação para a integralidade (TEÓFILO; DOS SANTOS; BADUY, 2017).

No curso de medicina do NCV, constata-se, como uma das competências gerais a serem desenvolvidas pelos estudantes, a construção de vínculos com as pessoas, as famílias e as comunidades. Pretende-se, assim, desenvolver a capacidade discente de lidar com diferentes aspectos da vida, seus ciclos em sua

complexidade clínica e cultural, de maneira que sua atuação, tanto em relação ao indivíduo quanto em relação à coletividade, aconteça de forma contextualizada.

Durante as visitas domiciliares pôde-se perceber pontos significativos para o estudante em relação à construção de vínculo com a comunidade, conforme restou constatado no excerto a seguir, extraído do diário de campo:

Esse dia foi bastante interessante devido a concretização do vínculo, tão abordado do PIESC 1. Começamos a acompanhar realmente a nossa gestante que já estava próxima de parir [...] Na última consulta de pré-natal ela já estava com 39 semanas de gestação, então fomos buscá-la em casa e fortalecemos nosso vínculo. [...] foi um momento muito emocionante quando mostramos as gravações dos batimentos cardíacos fetais à gestante, que ficou bastante emocionada [...] A gestante pariu em sua cidade natal e quando soubemos que ela retornou a Caruaru fomos visitá-la novamente. Finalmente conhecemos o bebê e foi bastante importante para mim essa formação de vínculo com a família (Estudante 3).

Para que haja o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde, estudantes e comunidade, é necessária abertura e predisposição para investir nesse propósito. É despojar-se de algumas representações sociais historicamente existentes na produção de cuidado que possam reproduzir o modelo hegemônico da atenção centrada na doença (OLIVEIRA, 2016).

Outra questão relevante que pode contribuir para a criação do vínculo entre profissionais, docentes, alunos e comunidade é a manutenção dos cenários de práticas. Essa constância potencializa a aproximação dos atores envolvidos e favorece a produção e intercâmbio contínuo de conhecimentos como alicerce para o desenvolvimento e para a sustentação desse ambiente de aprendizagem (MENDES *et al*, 2000).

Contudo, a permanência dos alunos de medicina nas unidades de saúde teve pontos de ruptura provocados por alterações na disponibilidade de locais de estágio e pelo desligamento de alguns profissionais médicos das unidades básicas de saúde do município.

Há dois anos, com a mudança de gestão municipal, o curso enfrentou uma restrição importante na oferta do número de vagas de estágio na rede de saúde em decorrência da superlotação de estudantes nas unidades. Esse fato, segundo os gestores entrevistados, exigiu a redistribuição de estudantes de medicina e também de alunos provenientes de outras instituições de ensino instaladas no município de Caruaru.

Portanto, essa alteração acabou por inviabilizar a permanência dos estudantes naquelas unidades e, conseqüentemente, a manutenção do vínculo com a comunidade inicialmente estabelecido. É o que se observa no seguinte fragmento:

[...] eu fui fazer uma pesquisa lá no bairro onde eu comecei a estagiar no primeiro ano e fui muito bem recebido. Mas assim, tinha alguns problemas, por exemplo eu lembro que no terceiro ano nós atrasamos, se não me engano, três ou quatro semanas de estágio na unidade básica de saúde. E isso se deveu porque a prefeitura disse que não havia vagas suficientes para que entrasse estudantes de medicina nessas UBS [...] então, por exemplo, se antes eu estava no Caiucá depois eu fui para o salgado 3. Depois do Salgado 3 houve uma descontinuidade e hoje eu estou no Maria Auxiliadora que é uma outra UBS. Então meio que se perdeu [...] após a redistribuição a vinculação em relação aos atendimentos da comunidade não mais (Estudante 1).

Percebeu-se nesta pesquisa que as visitas domiciliares realizadas pelos estudantes junto aos agentes comunitários de saúde foram o elemento disparador para a formação do vínculo. Através do diálogo e de uma postura atenciosa e acolhedora, os estudantes puderam identificar algumas demandas da comunidade e investiram nessa tecnologia relacional como dispositivo propulsor da atenção integral e de uma formação humanizada.

7.3.2 Correlação teórico-prática do módulo PIESC

A proposta metodológica adotada pelo curso de medicina do NCV admite uma organização curricular baseada na integração de conteúdos e na interdisciplinaridade, além da aquisição de competências. Para o desenvolvimento destas, a contextualização e a diversificação dos cenários de aprendizagem são imprescindíveis. Utilizar o meio diversificado como recurso de aprendizagem favorece a conexão entre o conteúdo teórico acadêmico e as ações práticas (ALONSO, 2001), potencializando assim, a consolidação dos conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos ao longo da vida acadêmica.

O PIESC é o cenário de prática de ensino para o primeiro ciclo do curso de medicina e objetiva proporcionar aos discentes, por meio de situações reais, o contato com situações-problema de saúde-doença a fim de garantir o desenvolvimento da aprendizagem significativa (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2014).

Nessa perspectiva, o objetivo de aprendizagem somente fará sentido ao estudante se houver uma prática capaz de promover contato com a realidade do SUS,

da comunidade, do território e do cotidiano das unidades de saúde nos quais irá atuar (BARBOZA; FELÍCIO, 2018).

Ao analisar os diários de campo mereceu destaque a correlação entre o ensino e as práticas do módulo PIESC como demonstrado nos excertos a seguir:

O módulo representou para mim uma oportunidade de voltar em vários conteúdos já aprendidos, a fim de aprimorar o conhecimento [...] A respeito dos estágios na policlínica do idoso, eles iniciaram, para o meu grupo, na segunda semana do módulo. Achei isto positivo, pois a prática e a teoria cursaram paralelamente [...] Sem falar que as discussões sobre esses casos reforçavam o aprendizado proveniente do meio acadêmico (Estudante 4).

[...] mas foi um dia bem mais surpreendentemente interessante do que imaginei, uma vez que pude ver uma forte correlação entre teoria do ensino na UFPE e a prática realizada na UBS [...] a comunidade passou 5 anos sem abastecimento de água, e houve um crescimento no número de doenças como diarreia e arboviroses, como Dengue e Chikungunya, nesse período. Foi aí que notei a primeira correlação com os aprendizados que tive durante a tutoria de epidemiologia (Estudante 2).

A percepção dos determinantes dos processos mórbidos, individuais e coletivos, demanda uma articulação que supera a simples utilização da rede de serviços como campo de ensino. Propõe uma reelaboração da interação teoria-prática, ensino-aprendizagem-trabalho e do propósito social da própria universidade (UNIFESP, 2006).

Esses achados reforçam o entendimento de que a inserção do estudante no mundo do trabalho em contextos reais propicia a aprendizagem fundamentada na reflexão e teorização a partir da prática profissional. Além do mais, estimula a construção de vínculo e o senso de corresponsabilização do discente com a comunidade atendida, com as equipes de saúde e com os serviços.

7.4 A percepção dos atores envolvidos sobre as características da Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) a partir do PIESC

Nessa etapa, para conhecer a visão dos atores participantes desta pesquisa, recorreu-se exclusivamente às entrevistas. Delas participaram 10 atores-chave conforme ilustrado no quadro 2 da metodologia.

Cumprе salientar que esse objetivo permitiu também retomar aspectos dos objetivos "b" e "c" dessa dissertação, quais sejam: 1) o alinhamento existente entre os

manuais do PIESC, o PPC de medicina e as DCNs de 2014 e 2) as vivências dos estudantes do curso de graduação em medicina, uma vez que ambos não foram suficientemente esclarecidos com o aporte da pesquisa documental.

No que concerne à Integração pedagógica, encontrou-se alinhamento dos manuais do PIESC às recomendações insculpidas nas DCNs de 2014 e ao disposto no PPC de medicina, os quais se propõem a orientar o processo de ensino-aprendizagem de acordo com uma formação curricular integrada e interdisciplinar. Essa integração foi indicada pelos entrevistados e tem como ponto de partida a articulação existente entre os vários espaços pedagógicos do curso e a organização dos módulos, de forma a permitir a aprendizagem significativa e o desenvolvimento da autonomia do estudante na construção do próprio conhecimento. Pode-se observar tal relação a partir das falas a seguir:

À medida que existe um horário destinado a permanência do estudante na unidade de saúde, então procura-se aproximar, trazer aquele conhecimento para o espaço do piesc. Se ele aprendeu a fazer uma aferição da pressão arterial ele vai tá fazendo esse procedimento sempre sob supervisão na unidade de saúde. Porque isso é um crescendo de habilidades que vão sendo desenvolvidas e aí a proposta do curso é que realmente haja esse diálogo entre o espaço pedagógico da tutoria, o laboratório de habilidades, onde ele vai desenvolver, aprender essas habilidades, e o espaço do piesc onde ele vai ter oportunidade de praticar esse aprendizado (Professor 2).

[...] a gente está na tutoria que são espaços de aprendizagem, as aulas expositivas e as problematizações dos casos clínicos que a gente vê toda semana [...] Eu acho que sempre há essa integração pedagógica entre os espaços de aprendizagem (Estudante 1).

[...] muitos espaços tipo tanto na questão do laboratório de sensibilidades, quando a gente trabalhou nesse semestre a questão das medidas antropométricas e que a gente viu a questão do perímetro cefálico, do perímetro torácico, altura, peso, IMC, como na semana do piesc quando eu fui acompanhar a enfermeira, vi vários atendimentos disso que ela trabalha com a puericultura que é o atendimento das crianças, e ela fazia todas essas questões de medição e a gente pôde, no intervalo de poucos dias, fazer essa correlação (Estudante 2).

Em relação às vivências dos estudantes no módulo PIESC destacaram-se as visitas domiciliares como as mais relevantes para disparar a construção de vínculo do estudante com a comunidade.

[...] E à medida que quanto mais tempo a gente vai passando mais a gente vai atendendo as mesmas pessoas. Aí sim, por exemplo, você atende duas pessoas da mesma família você já tem esse vínculo a pessoa lembra de você e a gente também faz muita visita domiciliar (Estudante 3).

[...] Então eu inclusive criei um vínculo uma vez com uma gestante que foi muito forte. Esse vínculo só foi quebrado porque ela mudou de cidade, mas foi uma confiança tão grande que ela falou assim: eu preciso que você esteja comigo no dia do meu parto porque você se tornou minha amiga [...]eu acabei criando essa relação com ela e eu achei que foi uma relação muito boa porque aí tira aquela ideia de que existe um muro entre o médico o estudante ou estagiário e o paciente (Estudante 4).

Além das visitas domiciliares, as atividades desenvolvidas ao longo dos módulos PIESC compreendem: a territorialização e construção do mapa falante, a elaboração do projeto de intervenção, atividades de promoção e educação em saúde, acompanhamento de consultas nas UBS e de atendimento nas UPAS, estágios em ambulatórios especializados e hospitais municipais e estaduais, com atividades centradas na semiologia e no aprofundamento das questões clínicas, etc. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2018).

Por outro lado, alguns estudos relatam a dificuldade do estabelecimento de vínculo em determinados tipos de serviços de saúde em função da lógica e dos protocolos de atendimentos, centrados em técnicas e procedimentos; da rotatividade da clientela; e de tempo suficiente para o surgimento dessa relação (DESLANDES, 2004; BITTENCOURT; HORTALE, 2007; LAMEGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005).

Entre os docentes entrevistados, ambos desempenham a função de coordenação do módulo e um deles responde pela Coordenação de Integração Ensino-serviço do curso de medicina do NCV. Dentre os alunos participantes, cada um deles cursam anos diferentes da graduação. O propósito foi compreender, em etapas de maturação acadêmica diferentes, o entendimento dos graduandos acerca da IESC.

Para o segmento dos usuários, tomamos um representante e membro do Conselho Municipal de Saúde, que se já encontra no segundo mandato. O preceptor convidado atua há mais de cinco anos na função de preceptoria dos alunos de medicina. E dos gestores entrevistados, um deles da gestão da educação em saúde e o outro da gestão do trabalho em saúde apresentam, respectivamente, quatro e mais de dez anos de experiência com integração ensino-serviço.

Os resultados e sua interpretação foram organizados em duas categorias: relação interinstitucional entre a academia e a gestão municipal, compreensão e expectativas da IESC.

7.4.1 Relação interinstitucional entre a academia e a gestão municipal

As relações interinstitucionais entre a universidade e a secretaria municipal de saúde de Caruaru, na visão dos gestores, tem proporcionado a integração ensino-serviço à medida que os atores envolvidos se engajam de forma participativa e colaborativa nas atividades de planejamento e de apoio técnico para elaboração de protocolos clínicos, linhas de cuidado e contratos, reuniões de educação permanente para médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, entre outras.

[...] a gente tem vários exemplos assim da federal trabalhando junto conosco com a gestão. A gente para elaborar oficinas e até o nosso contrato organizativo de saúde, o COAPES, foi com a participação da UFPE e é sempre muito participativa em tudo que a gente faz, o que a secretaria propõe, o que a gestão propõe, para o serviço ela está sempre junto (Gestor 1).

No ponto de vista do preceptor, a relação entre a universidade e a equipe da unidade de saúde tem sido satisfatória e mediada pelo espírito de cooperação entre todos os envolvidos com a produção de saúde.

Eu considero assim como bem satisfatória [...] em alguns dias da semana tem a presença das professoras do curso lá e isso faz uma diferença danada para gente enquanto preceptor porque querendo ou não a presença do estudante é uma atividade a mais para a gente fazer na dinâmica do serviço[...] as professoras ajudam principalmente as do segundo ano que participam do acolhimento junto com os estudantes e isso já diminui a demanda da unidade (Preceptor).

Como bem afirma Carvalho, Garcia e Rocha (2006) é oportuno que os profissionais que atuam na rede e prestam apoio às atividades docentes mantenham uma relação próxima com seus pares da universidade visando à produção de novos saberes que consigam responder aos desafios postos pela realidade dinâmica e complexa do ensino em serviço.

Outro aspecto apontado pela gestão que favorece a integração ensino-serviço é a proposta metodológica adotada pelo curso de medicina. A constituição da matriz curricular possibilita o desenvolvimento de competências para a formação e atuação profissional orientadas pelas demandas do sistema de saúde vigente.

Hoje a gente conta com esse estudante que quando ele chega dentro da nossa rede ele tanto respeita aquilo que a rede está propondo - o que é que a rede pode ofertar para ele, o que é que a rede quer dele- como ele sabe também aquilo que ele pode vir a colaborar e a construir dentro do processo de trabalho das nossas unidades (Gestor 2).

No entanto, as relações com as instituições de ensino superior requerem dos gestores da saúde preparo e desprendimento para superar alguns desafios. Segundo os entrevistados, no município de Caruaru tem ocorrido alguma rotatividade de gestores provocada pela sucessão de governo municipal ou pelo desligamento de profissionais, muitas vezes com experiência e expertise reconhecidas. E mesmo que a secretaria apresente coordenações especializadas para lidar com o universo de estágios, serviços e parcerias, percebe-se a importância de um perfil gestor que permeabilize o trânsito de informações e propicia o entrosamento com a universidade na consecução de uma integração ensino-serviço-comunidade profícua.

Embora as secretarias de saúde acumulem experiências e saibam do seu papel na formação de recursos humanos para a saúde, essa relação interinstitucional com a academia, na perspectiva docente, precisa ser fortalecida. Essa constatação se ancora na necessidade de se desenvolver o amadurecimento de uma relação institucionalizada, no seguinte destaque:

Vejo que essa relação ela é uma relação que precisa ainda ser muito fortalecida, muito amadurecida para que ela seja realmente uma relação interinstitucional [...] não temos ainda instituições maduras a ponto de não sofrerem reveses quando há a mudança dos gestores [...] a gente institucionaliza aquilo que passa a ser a cultura daquela instituição (Professor 2).

Nessa concepção, as gestões assumem as características de quem as estejam conduzindo, com seus campos de disputas e interesses. Por conseguinte, para institucionalizar as relações importa criar canais abertos de diálogo, onde profissionais do serviço e docentes, usuários e o estudante vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008), para que se tenha, de fato, relações de integração ensino-serviço-comunidade.

Essa integração se materializa a partir do reconhecimento da legitimidade do curso de medicina em colocar para a sociedade caruaruense e para o serviço de saúde atores (professores e estudantes) que contribuem com o processo de

transformação desse serviço e dessa realidade, sendo tal atuação percebida e significativa para a equipe de profissionais e para a comunidade.

7.4.2 Compreensão e expectativas da integração ensino-serviço e comunidade

Tanto os gestores da secretaria de saúde quanto os professores da universidade afirmam, em seu entendimento que a IESC é o trabalho integrado e articulado entre a instituição de ensino, a gestão e o serviço junto com a comunidade para atender às demandas de saúde e às necessidades de formação profissional. Neste aspecto, ela se constitui em espaço pedagógico privilegiado para a formação cidadã integrada ao processo de aprendizagem e transformação de práticas.

Percebeu-se na concepção dos estudantes que essa integração resulta de um movimento de aproximação entre o ensino, os serviços e a comunidade num mecanismo recíproco de contribuição.

[...] a gente como curso de saúde tá aqui para fazer um serviço para uma comunidade e que tem como retribuir para comunidade o que é aprendido aqui dentro [...], então acho que serve e beneficia os dois lados: tanto a comunidade que vai ter um acesso a um conhecimento tanto para gente que vai ter essa prática profissional (Estudante 3).

Uma ação de benefício mútuo né que tanto o ensino quanto o serviço e a comunidade vão estar se beneficiando [...]. Afinal nós estamos estudando em uma universidade pública, então essa seria a forma da gente está retribuindo e contribuindo com a comunidade (Estudante 4).

Contudo, não basta apenas a aproximação e inserção do aluno na rede de serviços, favorecida por uma dinâmica curricular, para que essa integração aconteça de fato. Embora o currículo potencialize a transformação e superação dos limites apresentados em currículos mais normativos e promova a quebra de verticalidade, ele não garante a inovação e a transformação das práticas e dos fundamentos do processo ensino-aprendizagem (OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004). Tão pouco garante a superação do paradigma biomédico, ainda que favoreça a integração com a realidade social (PARAGUAY, 2011).

A visão do preceptor aponta para uma IESC que se expressa na forma de organizar a entrada dos estudantes nos cenários de práticas. Ela deve considerar as necessidades formativas desses estudantes, mas também as necessidades dos

trabalhadores que atuam como preceptores e dos usuários, que por sua vez, são atendidos hoje por aqueles estudantes, futuros profissionais.

Já na percepção do usuário é como se a integração se estabelece na perspectiva do funcionamento integrado dos serviços para atender aos estudantes e comunidades. Ressalta, como importantes entraves, a falta de ambiência adequada de algumas unidades e de uma preceptoria mais qualificada e estimulada a receber estudantes.

Nesse aspecto é importante também entender que o processo de integração Ensino-Serviço-Comunidade envolve uma arena de disputas e interesses, mas gera também incômodos positivos. A presença do ensino nos serviços tenciona os trabalhadores a sair da zona de conforto e buscar mais conhecimentos e aperfeiçoamento profissional. Esse movimento pode em alguma medida despertar a autovalorização da equipe em poder superar certo “amadorismo” em sua relação com a universidade (GARCIA, 2009).

Quanto às expectativas em relação à integração Ensino-Serviço-Comunidade, os representantes da gestão anseiam a fixação dos estudantes no município como futuros médicos e comprometidos com o acolhimento às reais necessidades de saúde da população e com a formação de novos profissionais.

Esse desejo vem como desdobramento dos resultados provocados pelas políticas de interiorização do ensino e indutoras de modificação das práticas de saúde e de educação na saúde, para transformação da rede de serviços e de gestão em rede escola (CAMPOS *et al*, 2006).

[...] é uma coisa nova a interiorização dos cursos de medicina. Caruaru durante muito tempo sofreu com a ausência deste profissional aqui na região tendo que trazer profissionais de vários outros estados, às vezes, para vir atuar aqui. E a gente tem uma expectativa grande que esses alunos se formando que eles se fixem dentro deste município dentro desta região (Gestor 2).

As expectativas dos docentes em relação ao serviço giram em torno de articular com a gestão municipal a participação dos estudantes para que eles vivenciem o funcionamento da gestão em saúde nas áreas da vigilância, planejamento, regulação etc., para que o aluno tenha conhecimento dessas realidades e enriqueça sua formação.

Todavia, em estudo de análise sobre como a Saúde Coletiva pode contribuir na aquisição de competências médicas, Bursztyn (2015) afirma que o nível da atenção primária é adequado para o desenvolvimento de parte das competências de saúde coletiva e fundamental para a sensibilização do graduando ante os aspectos dos determinantes sociais no processo de adoecimento. Porém, pontos essenciais do planejamento e gestão só podem ser vivenciados em níveis mais altos do sistema de saúde. Assim, é preciso atentar para a correspondência entre os cenários de prática e as competências que se pretende alcançar.

Os professores entrevistados neste estudo também anseiam por uma maior aproximação da universidade dos profissionais da rede e a participação destes nos processos decisórios e de planejamento da academia. Essa capilaridade se confirma como potencializadora da integração Ensino-Serviço-Comunidade na medida que conclama os profissionais da rede a participarem do planejamento das atividades pedagógicas a serem desenvolvidas no campo de práticas.

Para o representante do segmento dos usuários há a necessidade e expectativa de uma maior participação dos estudantes nas reuniões e nos processos decisórios do conselho municipal de saúde, importante instância de deliberação das políticas públicas de saúde.

Conforme aponta o preceptor participante da entrevista, o que se espera é que a instituições de ensino e a gestão trabalhem os desafios da preceptoria, e pensem em alguma forma de motivar e reconhecer o bom trabalho quando é realizado. Esse processo de reconhecimento se concretiza quando a estes profissionais são ofertados capacitação técnica e pedagógica, política salarial, incentivos financeiros, acesso a programas de pós-graduação, emissão de certificados, entre outros.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014 introduziu mudanças no perfil do egresso e provocou modificação curricular na área da saúde. Essa alteração se respalda na integração de conteúdos e na interdisciplinaridade como aposta para a formação médica humanista, integral, socialmente corresponsabilizada e orientada pela Integração Ensino-Serviço-Comunidade.

Essa proposta tem lastro nas políticas de interiorização do ensino universitário e nas políticas indutoras de reordenação da formação na área da saúde. A confluência de políticas interministeriais oportunizou a abertura do curso de medicina no interior do estado, capitaneada pela renomada Universidade Federal de Pernambuco. Iniciativa esta que viria a contribuir substancialmente para o desenvolvimento médico-científico de toda uma região que há muito necessitava e ansiava por um curso de medicina no agreste pernambucano.

Assim emerge um curso de medicina com propostas metodológicas inovadoras e organização didático-pedagógica modular (não disciplinar) que prima pela diversificação dos espaços de aprendizagem como elemento catalisador de uma formação médica territorialmente contextualizada.

Esta pesquisa buscou debruçar-se sobre um componente curricular que guarda estreita relação com o propósito deste curso o qual demanda uma integração permanente com o território. Na condução desta pesquisa foi dado ênfase ao módulo PIESC. Este é o componente que estreia a aproximação dos graduandos de medicina com os cenários de práticas reais e que traz consigo as dores e os sabores de enfrentamentos e realidades que enriquecem a formação profissional médica.

Diante disso, analisou-se como o módulo de prática interdisciplinar possibilita a Integração Ensino-Serviço-Comunidade para o curso de medicina. E para tanto recorreu-se às entrevistas de atores que compõem a tessitura dessa integração e que estão envolvidos com os trâmites burocráticos, pedagógicos e assistenciais.

Conhecer o que pensam os atores relacionados acerca da integração ensino-serviço desenvolvida pelo curso de medicina do NCV/CAA/UFPE e a SMS de Caruaru traz um *feedback* importante dessa parceria que tem se mostrado profícua e necessária para a formação de profissionais médicos dessa região. Até porque a proposta pedagógica e metodológica desenvolvida no PIESC favorece a aproximação

entre a teoria e a prática realizada nos serviços de saúde e permite a vivência de experiências de atuação interdisciplinar.

A despeito de alguns enfrentamentos e dificuldades já esperadas pelas instabilidades dos consensos e dissensos típicos de uma arena de disputas e interesses, o módulo PIESC tem contribuído sobremaneira para o aperfeiçoamento dos serviços prestados à comunidade e para o compartilhamento de agendas da universidade e da gestão municipal.

Entretanto este estudo identificou que a rede de saúde precisa estar mais bem preparada para receber os estudantes, apesar dos esforços empenhados pela gestão desde a criação do curso em 2014. E essa energia dispensada reflete o envolvimento da gestão e um nível de compromisso muito grande com esse processo de implantação. Naquele momento o PIESC representou uma estratégia pedagógica crucial para disparar os movimentos iniciais de consolidação do curso e demarcação de território, ainda que de forma compartilhada com outros arranjos e instituições de ensino.

E nesse alicerçamento, cabe questionar o verdadeiro papel da universidade pública como partícipe da Integração Ensino-Serviço-Comunidade. É oportuno pensar de que forma essa universidade consegue se firmar como produtora de conhecimento e fazer sentido na vida das pessoas, dos profissionais e de estudantes, numa conjuntura política adversa de restrição de recursos.

É cediço que a temática da Integração Ensino-Serviço-Comunidade, pela dimensão que ocupa, provoca várias inquietações, as quais não foram integralmente exauridas com o objeto deste estudo. Há de se considerar, portanto, que a abordagem sobre o módulo PIESC do curso de medicina do NCV/CAA/UFPE não esgota eventuais análises sobre a IESC, uma vez que esta contém ainda em seu espectro de conteúdo, o internato, os programas de residências médicas e multiprofissionais, o PMM, entre outros.

Finalmente, importa registrar que o módulo PIESC tem possibilitado a construção de agendas promissoras e partilhadas entre a academia e a gestão com vistas à Integração Ensino-Serviço-Comunidade. Esta se materializa no contato dos estudantes com a realidade das pessoas, dos profissionais e dos serviços, seus enfrentamentos, permitindo-lhes vivenciar a beleza das relações estabelecidas e das práticas socialmente transformadoras.

REFERÊNCIAS

- ALBIERO, J. F. G. **Avaliação da integração ensino-serviço na atenção básica do sistema único de saúde**. 2016. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- ALBIERO, J. F. G.; FREITAS, S. F. T. Cenários de prática na atenção básica: tipologia para unidades docente-assistenciais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5836/pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. 356-362, set. 2008. DOI: 10.1590/s0100-55022008000300010.
- ALMEIDA, E. R. de; MACEDO, H. M.; SILVA, J. C. da. Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019. supl. 1, 2019 DOI: 10.1590/interface.180011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832019000600205&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2019.
- ALMEIDA, T. de. **Sobre as faculdades de Direito e Odontologia de Caruaru**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 1982.
- ALONSO, M. L. G. **A abordagem de projecto curricular integrado como uma proposta de inovação das práticas na escola básica**. Braga: Universidade Do Minho, 2001.
- ALONSO, M. L. G. Para uma teoria compreensiva sobre integração curricular: o contributo do Projeto "Procur". **Investigação e Práticas: Revista do Gedei**, Porto, v. 5, p. 62-88, 2002.
- ANDRADE, M. P. de *et al.* **Um plano de ação para o fortalecimento da integração do ensino e serviço em saúde**. 2015. Disponível em: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/5024>. Acesso em: 2 mar. 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA. **VER-SUS Brasil: guia do facilitador** [documento eletrônico]. Adaptado por Alcindo Antônio Ferla... [*et al.*]. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. (Coleção VER-SUS/Brasil).
- AZEVEDO, B. M. de S.; CARVALHO, S. R. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: CARVALHO S. R.; FERIGATO S.; BARROS M. E. **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 204-219.
- AZEVEDO, B. M. de S. **O ensino da gestão no curso de graduação de medicina da FCM/Unicamp: possíveis encontros entre universidade e serviços de saúde**.

2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2012.

AZEVEDO, B. M. de S. *et al.* A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 187-200, mar. 2013. DOI: 10.1590/S1414-32832012005000048. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832013000100015&ln=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2019.

BARBOZA, J. S.; FELÍCIO, H. M. dos S. Integração curricular a partir da análise de uma disciplina de um curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 42, n. 3, p.27-35, set. 2018. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n3rb20170129r1.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 2010. 229 p.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface**, Botucatu, v. 2, n. 2, p.139-154, fev. 1998. DOI: 10.1590/S1414-32831998000100008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 fev. 2019.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 929-934, ago. 2007. DOI:10.1590/s1413-81232007000400014.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

BONIN, J. E. *et al.* Liga acadêmica de medicina de família e comunidade: instrumento de complementação curricular. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 50-57, 2011.

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

BRASIL Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 610 de 26 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as escolas médicas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002, n. 61, 27 abr. 2002: Seção 1, p. 75.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº198/2004, de 13 de fevereiro**. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. [Brasília, DF, [2004]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: para os cursos de graduação em medicina, enfermagem e odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 nov. 2005a: Seção 1, p. 111.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. (Projetos, programas e relatórios, Série C.).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2007a: seção 1, p. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Educação; 2007b. 87 p. (Série C).

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 ago. 2008: seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital nº 18, de 16 de setembro de 2009. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 90, 17 set. 2009: Seção 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Manual de apoio aos gestores do SUS para a implementação do COAPES**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. 27 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **InovaSus 2015**: gestão da educação na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatórios Públicos do Sistema da Atenção Básica**. Brasília: MS, 2017b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Programa Mais Médicos**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2018.

Disponível em: <http://mais-medicos.saude.gov.br/consulta-por-cidade#>. Acesso em: 14 fev. 2019.

BRITO, G. E. G. de. **O processo de trabalho na estratégia saúde da família: um estudo de caso**. 2016. 200 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

BURSZTYN, I. Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva? **Cadernos Abem**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 7-19, out. 2015.

CAETANO, J. Á.; DINIZ, R. de C. M.; SOARES, E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. **Revista Cogitare Enferm**, [Curitiba], v. 14, n. 4, p. 638-644, 2009.

CAMPOS, Francisco Eduardo; PIERANTONI, Célia Regina; HADDAD, Ana Estela; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FARIA, Regina Martha Barbosa. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. [Introdução]. **Cadernos RH Saúde**[S.l: s.n.], 2006.

CARVALHO, S. R.; GARCIA, R. A.; ROCHA, D. C. O ensino da Saúde Coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [Botucatu], v. 10, n. 20, p. 457-472, dez. 2006. DOI: 10.1590/s1414-32832006000200013.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, [Campinas], v. 1, n. 1, p. 1-9, 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. DOI: 10.1590/S0103-73312004000100004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S010373312004000100004&Ing=pt&nrm=isso. Acesso em: 15 mar. 2016.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 975-986, dez. 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000400020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2016.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

COLLISELLI, L. *et al.* Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 932-937, dez. 2009. DOI: 10.1590/S0034-71672009000600023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600023&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jul. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20/06/2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 9, 6 jun. 2014: Seção 1.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

COSTA, J. R. B. *et al.* A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v 38, n. 1, p. 47-58, 2014

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **DeCS** - Descritores em ciências da saúde. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME; OPAS; OMS, 2017. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 22 jun. 2017.

DELORS, J. *et al.* **Educação um tesouro a descobrir**: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez, 1997.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 9, n. 1, p.7-14, 2004. DOI: 10.1590/s1413-81232004000100002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002. Acesso em: 15 mar. 2019.

DIAS, H. S. **A implementação da política de reorientação da formação em odontologia**: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, 2002.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 187-196, mar. 2013. DOI: 10.1590/S0104-12902013000100017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100017 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2017.

FERREIRA, V. S. *et al.* PET-Saúde: uma experiência prática de integração ensino-serviço-comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 147-151, mar. 2012. Supl. 2. DOI: 10.1590/S0100-55022012000300021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jul. 2017.

FEUERWERKER, L. C. M.; ALMEIDA, M. J. de; VIANA, A. L. D. Integração ensino/serviço: a experiência da rede unida. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L.

D. (org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. [Campinas]: Universidade Estadual de Campinas, 2002. p. 161-185.

FRANCA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, jun. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.30272016. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017000601817&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 jul. 2017.

FREITAS, L. S.; RIBEIRO, M. F.; BARATA, J. L. M. The development of competencies in medical education: the challenges of reconciling the National Curricular Guidelines in a changing educational scenario. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, s. l., v. 28, p. 1-8, 2018. DOI: 10.5935/2238-3182.20180039. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2373>. Acesso em: 18 mar. 2019.

GADOTTI, M. Pressupostos do projeto pedagógico. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PARA TODOS, 1., 1994, Brasília, DF. [**Anais...**]. Brasília, DF: Ministério da Educação, 1994.

GARCIA, R. A. **Parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde do Distrito Sudoeste de Campinas um olhar sobre os (des) encontros**. 2009. 352 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas SP, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C. R. R.; LUIZ, I. C.; GIL, M. C. R. **Gestão pública em saúde: contexto de implantação e aspectos organizacionais da gestão do SUS**. São Luís: Ed. UFMA; 2016.

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

IBGE. Caruaru. In: IBGE. **Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <http://www.url:https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/caruaru/panorama>. Acesso em: 5 out. 2017.

IGLÉSIAS, A. G.; BOLLELA, V. R. Integração curricular: um desafio para os cursos de graduação da área da Saúde. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, [Ribeirão Preto], v. 48, n. 3, p. 265-272, 2015. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p265-272>. Acesso em: 8 jun. 2015.

JUNQUEIRA, S. R. **Integração ensino-serviço: proposta de aplicação desta parceria para a educação superior**. 2013. 120 f. Tese (Livre Docência em Odontologia Social) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. E. L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-675, set. 2005. DOI: 10.1590/s1413-81232005000300023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300023&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2019.

LENGRAND, P. **Introdução à educação permanente**. Tradução de Dr. Antônio R. dos Santos. Lisboa: Livros Horizonte, 1970.

LOPES, S. R. S. *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, DF, v. 18, n. 2, p. 147-155, abr./jun. 2007.

MADRUGA, L. M. de S. *et al.* O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface**, Botucatu, v. 19, p. 805-816, supl. 1, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0161. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500805&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2017.

MENDES, I. A. C. *et al.* Contribuição das disciplinas da organização de aprendizagem ao processo de parceria docente-assistencial na enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, p. 47-52, 2000.

MENEGHIM, M. de C. *et al.* Pró-Saúde e os quarenta anos de integração docente-assistencial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 97-104, mar. 2012. Supl. 2. DOI: 10.1590/S0100-55022012000300015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2017.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E. E.; ONOCKO R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MESTRINER JUNIOR, W. *et al.* O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 903-912, 2011. Supl. 1. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jul. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. de F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, jun. 2009. DOI: 10.1590/S0080-62342009000200015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 fev. 2019.

MOURÃO NETTO, J. J.; RODRIGUES, A. R. M.; ARAGÃO, O. C. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, DF, v 42, n. 7, p. 1-7, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.2

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: Inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.143-164.

OLIVEIRA, J. M. de. **Os sentidos de ser preceptor nas experiências de integração ensino-serviço-comunidade de um município do nordeste brasileiro: os desafios a educação na saúde**. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 929-939, jun. 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000300015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123_2008000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jul. 2017.

PARAGUAY, N. L. B. B. **A clínica e o ensino na atenção primária**. 2011. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2011. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309401>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

PIERANTONI, C. R.; GARCIA, A. C. P. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de Saúde. **Divulgação em Saúde para debate**, Londrina, n. 47, p. 45-55, 2012.

PIMENTEL, E. C. *et al.* Ensino e aprendizagem em estágio supervisionado: estágio integrado em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 352-358, set. 2015. DOI: 10.1590/1981-52712015v39n3e01262014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300352&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2019.

PINTO, H. A. *et al.* Atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulgação em Saúde para debate**, Londrina, n. 51, p. 145-160, 2014.

SANTOS, A. M. dos *et al.* Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, jun. 2008. DOI: 10.1590/S0034-89102008005000025. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 fev. 2019.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 607-612, 2012.

TEÓFILO, T. J. S.; DOS SANTOS, N. L. P. dos; BADUY, R. S. Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p.177-188, 27 out. 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0007.

TOBAR, F.; YALOUR, M. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Centro Acadêmico do Agreste. Núcleo de Ciências da Vida. **Módulo de prática interdisciplinar de ensino, serviço e comunidade**: manual do estudante. Caruaru: UFPE, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Centro Acadêmico do Agreste. Núcleo de Ciências da Vida. **Projeto pedagógico do curso de medicina**. Caruaru: UFPE, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Projeto político pedagógico**: a educação interprofissional na formação em saúde. São Paulo: UNIFESP, 2006. Disponível em: <http://www.baixadasantista.unifesp.br/projpedag.php>. Acesso em: 23 mar. 2018.

VASCONCELOS, R. N. de C.; RUIZ, E. M. Formação de médicos para o SUS: a integração ensino e saúde da família: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, out./dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0100-5502201500400630&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jul. 2017.

VEIGA, I. P. A. Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 23, n. 61, p. 267-281, 2003. DOI: 10.1590/S0101-32622003006100002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v23n61/a02v2361.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L. do; KLEBA, M. E. Integração ensino-serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2949-2960, set. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015219.12742015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902949&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2017.

VIEIRA, M.; PANÚNCIO-PINTO, M. A Metodologia da problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 241-248, jun. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104310>. Acesso em: 8 jun. 2019.

WEILER, R. M. E. *et al.* Contribuição do Pró-Saúde para a reorientação da formação em odontologia e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais: estudo de casos. **ABENO Revista**, Taguatinga, v. 17, n. 2, p. 39-50, 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa intitulada: “AS PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE MEDICINA DA UFPE EM CARUARU-PE”. O seu objetivo é analisar a Integração Ensino-Serviço-Comunidade a partir das Práticas Interdisciplinares do curso de Medicina da UFPE, em Caruaru-PE. A integração Ensino-Serviço-Comunidade é a aproximação da universidade (estudantes e professores) com os trabalhadores dos serviços de saúde e gestores, que atuando de forma cooperada, buscam a qualidade da atenção à saúde individual e coletiva da comunidade, da formação profissional e a satisfação dos trabalhadores. Uma das formas de aproximação se dá a partir das práticas interdisciplinares que são os estágios dos estudantes na rede de saúde do município.

A pesquisa está sendo realizada pelo Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE, vinculada ao programa de pós-graduação em Saúde Pública, como parte da dissertação de mestrado de Paula Francineide Pinto da Silva, sob a orientação da profa. Dra. Kátia Rejane de Medeiros.

Farão parte do estudo os professores e estudantes do curso de Medicina, gestores da secretaria municipal de saúde de Caruaru, usuários dos serviços de saúde e profissionais preceptores, que concordarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Você foi selecionado (a) considerando sua participação na comunidade (enquanto usuário da rede de serviços), ou na academia (professores e estudantes) ou na prática profissional (trabalhadores e gestores) e a importância desta para a Integração Ensino-Serviço-Comunidade no município de Caruaru. Sua contribuição nesta pesquisa será por meio de uma entrevista que será realizada em seu próprio ambiente de trabalho/unidade de saúde. A entrevista será gravada em mídia de áudio.

O principal risco relacionado à sua participação é algum possível constrangimento perante pessoas e instituições, caso suas respostas venham a público. Porém os benefícios são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão sobre como se estabelecem as relações de Integração Ensino-Serviço-Comunidade; conhecer a participação da comunidade nas atividades educativas em conjunto com estudantes, professores e profissionais da saúde e o fortalecimento do controle social. As informações obtidas serão confidenciais e será garantido o sigilo de sua participação. Os dados não serão divulgados de forma que permitam a sua identificação e você conhecerá os resultados obtidos após a conclusão da mesma através da divulgação em periódicos, em eventos científicos ou promovidos pela secretaria de saúde.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição de profissional na instituição em que você trabalha ou na condição de usuário, uma vez que não haverá prejuízo para seu atendimento ou tratamento na unidade de saúde. Além disto, você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Caso aceite participar, assinará 02 vias deste termo, sendo que uma via ficará com o(a) Senhor(a) e a outra com a pesquisadora responsável (Paula

Francineide Pinto da Silva), a quem poderá procurar em caso de dúvidas sobre o projeto, pelo telefone (81) 9 9162-0038 e e-mail (scoletivaufpe@gmail.com).

Informamos ainda que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da FIOCRUZ-PE/ IAM – órgão que tem por função avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos, com o objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados.

Caso deseje esclarecimentos quanto às questões éticas, pode entrar em contato com o CEP/IAM, Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz) - Av. Prof. Moraes Rego, S/N, Campus da UFPE- Cidade Universitária Fone: (81) 2101.2516, em seu horário de funcionamento (09:00 às 16:00h), a qualquer momento, para tirar suas dúvidas.

Declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado (a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado (a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Caruaru, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) participante

Paula Francineide Pinto da Silva
(Pesquisadora responsável)

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFESSORES DO MÓDULO DAS PIESC

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Formação: _____
Residência, especializações, etc.: _____
Tempo de formação: _____
Tempo de docência no módulo das PIESC: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- 1 -

O que você entende sobre Integração Ensino-Serviço-Comunidade?
--

- 2 -

Como é a relação interinstitucional entre a universidade e a secretaria municipal de saúde? E entre a universidade e a rede de serviços de saúde?

- 3 -

Você concorda que as práticas desenvolvidas no território têm favorecido, ao longo dos módulos PIESC, a construção e a manutenção do vínculo do estudante com as pessoas, suas famílias e comunidades?
--

- 4 -

Sob o ponto de vista da integração pedagógica, as práticas desenvolvidas no módulo das PIESC dialogam com o conteúdo de outros espaços de aprendizagem do curso?
--

- 5 -

Há participação de preceptores do serviço no planejamento das práticas em conjunto com os coordenadores das PIESC?
--

- 6 - As práticas interdisciplinares desenvolvidas durante os módulos das PIESC têm possibilitado a integração ensino-serviço-comunidade para o curso de Medicina?
- 7 - Quais as potencialidades do módulo das PIESC para a efetivação da integração ensino-serviço-comunidade? E quais seus principais enfrentamentos?
- 8 - Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa a respeito do que conversamos?

APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS GESTORES DA CES/SMS CARUARU

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Formação: _____
Tempo de formação: _____
Cargo: _____
Tempo no cargo: _____
Formação complementar: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- 1 -

O que você entende sobre Integração Ensino-Serviço-Comunidade?
- 2 -

A relação interinstitucional entre a secretaria municipal e a UFPE tem favorecido a integração ensino-serviço-comunidade?
- 3-

Quais são as expectativas institucionais acerca da utilização da rede de serviços de saúde do município como campo de práticas aos estudantes de Medicina do Campus Acadêmico do Agreste?
- 4-

A participação da UFPE na realização de atividades de educação permanente (cursos, seminários, oficinas, eventos científicos, vagas em cursos de pós-graduação etc.) aos gestores, trabalhadores e usuários do sus tem sido satisfatória?
- 5-

A universidade tem contribuído na formação de preceptores e disponibilizado infraestrutura e materiais para qualificar os cenários de práticas de acordo com as necessidades e demandas dos processos de ensino-aprendizagem?

- 6- Para além dos convênios e parcerias existentes, você considera a celebração do COAPES como instrumento que fortalece a integração ensino-serviço-comunidade?
- 7- Quais as potencialidades da gestão municipal em promover a integração ensino-serviço-comunidade junto ao curso de Medicina? E os principais enfrentamentos?
- 8- Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa a respeito do que conversamos?

APÊNDICE D – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA DO CAMPUS ACADÊMICO DO AGRESTE/UFPE

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Período: _____
Cidade de origem _____
Formação complementar: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- 1-

O que você entende sobre Integração Ensino-Serviço-Comunidade?
--

- 2-

Como o módulo PIESC tem contribuído para sua formação considerando que o curso tem um perfil problematizador e demanda uma integração permanente com o território?
--

- 3-

Como é a relação entre os estudantes e a preceptoría?

- 4-

Na unidade de saúde, são desenvolvidas atividades pedagógicas em conjunto com estudantes, professores e preceptores?
--

- 5-

As práticas desenvolvidas no território têm favorecido, ao longo do módulo PIESC, a construção e a manutenção do seu vínculo com as pessoas, suas famílias e comunidades?

- 6- Sob o ponto de vista da integração pedagógica, as práticas desenvolvidas no módulo das PIESC dialogam com o conteúdo de outros espaços de aprendizagem do curso?
- 7- As práticas interdisciplinares desenvolvidas durante os módulos das PIESC têm possibilitado a integração ensino-serviço-comunidade para o curso de Medicina?
- 8- Quais as potencialidades do módulo das PIESC para a efetivação da integração ensino-serviço-comunidade? E quais os principais enfrentamentos?
- 9- Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa a respeito do que conversamos?

APÊNDICE E – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PRECEPTORES DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARUARU

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Formação: _____
Tempo de formação: _____
Formação complementar: _____
Unidade de saúde: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

- 1-

O que você entende sobre Integração Ensino-Serviço-Comunidade?
--

- 2-

Como é a relação entre a universidade e esta unidade de saúde? E entre os estudantes e preceptores?

- 3-

Você recebeu alguma formação para desenvolver a atividade de preceptoria? Há quanto tempo atua como preceptor (a) nesta unidade de saúde?

- 4-

Nesta unidade de saúde, são desenvolvidas atividades pedagógicas em conjunto com estudantes, professores e preceptores?

- 5-

Enquanto preceptor você participa do planejamento, discussão e desenvolvimento dos estágios em conjunto com os coordenadores/professores do módulo de práticas (PIESC)?

6- Você considera importante a função de preceptor, para sua prática profissional? E para a formação em saúde de um modo geral?

7- Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa a respeito do que conversamos?

APÊNDICE F – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM USUÁRIOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARUARU

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Formação: _____
Unidade de saúde de referência: _____
Participação social: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

1-

Durante os atendimentos você percebe a presença dos estudantes de Medicina da UFPE?

2-

Você se sente acolhido pelos profissionais desta unidade e pelos estudantes de Medicina?

3-

Você considera que a estrutura física desta unidade de saúde e a disponibilidade de material favorece a atuação dos profissionais junto aos estudantes durante os atendimentos?

4-

Você enquanto usuário tem participado de atividades educativas em conjunto com alunos, professores e preceptores?

5-

A comunidade é ouvida pelos trabalhadores e estudantes desta unidade de saúde?

6-

Você concorda que as práticas desenvolvidas durante os estágios têm favorecido a construção e a manutenção do vínculo dos estudantes com as equipes de saúde e comunidade?

7-

O trabalho desenvolvido pelos profissionais e estudantes tem atendido as necessidades de saúde desta comunidade?

8-

Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa a respeito do que conversamos?

APÊNDICE G – PROJETO DE INTERVENÇÃO



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



PAULA FRANCINEIDE PINTO DA SILVA

Projeto de Intervenção

MANUAL DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DO CURSO DE MEDICINA NCV/ CAA/ UFPE

CARUARU

Abril/2019

1. INTRODUÇÃO

No município de Caruaru, a UFPE/CAA é a primeira instituição a oferecer o curso de medicina, apesar de a região já ofertar rede privada alguns cursos da área da saúde. A chegada do curso em 2014 vem contribuindo para o aperfeiçoamento de médicos e profissionais de saúde da região através de: ações de educação permanente; oferta de programas de residência médica em áreas prioritárias; desenvolvimento de pesquisa e atividades extensionistas; ampliação da formação médica em unidades de atendimento do SUS e aprimoramento de políticas públicas de saúde do país para uma melhor organização e funcionamento do SUS.

O curso de graduação de medicina da UFPE/CAA prevê a formação dos profissionais de saúde como um projeto educativo que concebe a educação para além do domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social.

O curso de medicina da UFPE/CAA encontra-se fundamentado nos princípios do construtivismo e da aprendizagem significativa, com prioridade às metodologias ativas de ensino e aprendizagem. A metodologia do curso requer uma organização curricular correspondente com a integração de conteúdos e de aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes. Assim destaca-se a interdisciplinaridade da organização curricular como forma de colocar em prática os ideais de ensino-aprendizagem. Portanto, em vez dos componentes curriculares serem chamados disciplinas, os componentes são módulos. Estes constituem os componentes curriculares obrigatórios do curso.

O curso tem duração total de seis anos e é dividido em dois ciclos: (1) primeiro ciclo se estende do primeiro ao quarto ano e (2) segundo ciclo compreende o estágio curricular obrigatório (internato).

Dessa forma, a carga horária do curso é composta por: módulos temáticos interdisciplinares, módulos de práticas interdisciplinares de ensino, serviço e comunidade (PIESC); módulos transversais de atualização científica e de iniciação científica e avaliação, módulos de internato, disciplinas eletivas e atividades complementares.

O Núcleo de Ciências da Vida onde funciona o curso de medicina em Caruaru, é um órgão equivalente ao departamento na estrutura organizacional da UFPE cuja gestão é composta por:

Coordenação e Vice-Coordenação;
Coordenação do Ambiente Virtual de Aprendizagem;
Coordenação de Extensão, Cultura e Monitoria;
Coordenação de Pesquisa;
Coordenação de Integração Ensino-Serviço;
Coordenação de Desenvolvimento Docente.

Este projeto de intervenção apresenta, como foco principal de atenção, a Coordenação de Integração Ensino-Serviço do NCV, onde a mestranda exerce suas atribuições de apoio técnico como servidora pública em exercício.

Durante o desempenho das atividades correlatas a essa coordenação percebeu-se a necessidade de elaborar um instrumento organizativo que contivesse informações sistematizadas e relacionadas a seu eixo de atuação, responsabilidades e competências a fim de melhor orientar a comunidade acadêmica sobre fluxos e serviços prestados.

Para tanto realizou-se um levantamento de alguns documentos institucionais como o Projeto Pedagógico do Curso, Plano de Desenvolvimento Institucional e Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, além de consultas à coordenação pedagógica do curso e ao corpo docente para maturação e idealização desse projeto.

Nas instituições de ensino, além dos regimentos e regulamentos que visam ordenar as atividades pedagógicas e administrativas é importante que cada setor tenha o registro sistematizado de fluxos, orientações/recomendações e serviços realizados para melhor organização de suas atividades. Outro aspecto importante consiste em se ter um material de suporte para realização de consultas sobre algum procedimento específico, obtenção de informações ou para realização de pesquisas acadêmicas.

O curso de medicina do NCV encontra-se em vias de avaliação e a elaboração deste manual é oportuna na obtenção de mais um documento de referência para as comissões de monitoramento das escolas médicas, por ocasião das visitas de reconhecimento do curso.

2. OBJETIVOS

A finalidade desta intervenção consiste na elaboração de um manual da Integração Ensino-Serviço-Comunidade do curso de medicina do NCV/CAA/UFPE.

A expectativa é que este manual seja um documento de referência da Coordenação de Integração Ensino-Serviço do curso de medicina do NCV. A pretensão é orientar a comunidade acadêmica e extramuros sobre os trâmites relacionados às práticas desenvolvidas na rede de serviços de saúde municipais e estaduais. Considera-se ainda, que aprimoramentos sejam gradualmente incorporados nesta primeira versão, por meio de contribuições dos diversos atores constituintes desse processo.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Sobre as Práticas Interdisciplinares de Ensino-Serviço-Comunidade no Curso de Medicina

O curso de medicina do CAA fundamenta-se nos preceitos da formação de recursos humanos com qualidade e no avanço da integração entre o ensino e necessidades sociais da comunidade, em seus diferentes níveis de complexidade e atenção. Nesse contexto, o Módulo de Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) é o cenário de prática de ensino para o primeiro módulo do curso e acontece em conformidade com as diretrizes curriculares nacionais, em destaque para o artigo 5º, inciso II: "integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde".

O PIESC acontece em oito módulos que acompanham todo o primeiro ciclo de formação do estudante de medicina do NCV/CAA/UFPE. O conteúdo programático do PIESC se inicia com uma abordagem prática e voltada para a rede de saúde, com vistas a uma compreensão do sistema de saúde e os recursos existentes numa dada comunidade. A comunidade e as Unidades básicas de Saúde. Evolução histórica da saúde, seus conceitos e as atribuições dos profissionais de saúde na rede assistencial

pública e privada. Cuidado em saúde e redes assistenciais. Com o desenvolver dos módulos, o PIEESC se harmoniza com os conteúdos abordados nos módulos interdisciplinares, sendo o cenário de apresentação as situações práticas de caráter epidemiológico, assistencial e gerencial.

A integração com os serviços de saúde é estabelecida desde o primeiro período do curso, através de Módulos de Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade (PIEESC) com 15 semanas cada um deles. No primeiro ano, as atividades nos serviços de Atenção Primária à Saúde têm foco no território, na promoção da saúde e na comunidade. No segundo ano, o foco do aprendizado está nas observações clínicas, coleta de exame citopatológico, pré-natal, consultas na atenção primária, dentre outras atividades práticas. Neste momento, os alunos continuam nas mesmas unidades de saúde da família e mantêm um cuidado longitudinal no território, além de estagiarem na maternidade municipal e acompanharem o atendimento em uma unidade de pronto atendimento. No terceiro e no quarto ano, os discentes continuam nas unidades básicas de saúde, entretanto as atividades práticas estão centradas na semiologia e no aprofundamento das questões clínicas. O campo de estágio se amplia para os serviços de média e alta complexidade, sendo eles ambulatoriais especializados, unidades de pronto atendimento e unidades hospitalares, tanto de gestão municipal quanto de gestão estadual.

3.2 Sobre Internato do Curso de Medicina

O internato é o estágio obrigatório em serviços de saúde destinado a complementar e aprimorar os atos médicos e conhecimentos apreendidos nos períodos anteriores do curso de graduação.

As atividades do internato têm caráter essencialmente prático, sob supervisão docente. Durante o internato, promover-se-á a integração do estudante em equipes multiprofissionais de saúde, além de desenvolver atitudes éticas do exercício profissional e atender às demais necessidades técnicas da formação médica.

O estágio curricular obrigatório em regime de Internato é composto pelos rodízios de clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia/obstetrícia, atenção primária à saúde e saúde mental, sendo parte integrante e obrigatória do Currículo de Graduação e tem por finalidade o treinamento em serviço, para sedimentação das competências adquiridas no decorrer do Curso e aquisição de novas competências de acordo com

o Projeto Político-Pedagógico do curso, sendo conseqüentemente dirigido para as atividades eminentemente práticas. Para isso, as atividades são desenvolvidas na Rede Pública de Saúde em unidades hospitalares, serviços especializados e nas unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

A duração do internato corresponde a 99 semanas, num total de 3.840 horas, assim distribuídas: 14 semanas em Clínica Médica, 14 semanas em Cirurgia Geral, 14 semanas em Pediatria, 14 semanas em Ginecologia e Obstetrícia, 14 semanas em Saúde Mental, 14 semanas em Medicina de Família e Comunidade e 12 semanas de Estágio Opcional.

3.2.1 A Missão do Internato

O principal objetivo será a formação de um profissional ético e competente tecnicamente, sem prejuízo humanístico e apto, para participar efetivamente das transformações sociais desta região.

A Missão da UFPE é formar profissionais médicos qualificados e generalistas, de modo que eles possam atuar no SUS da região do agreste Pernambucano ou qualquer região brasileira, promovendo o desenvolvimento do sistema de saúde onde atuam, de modo que o desenvolvimento socioeconômico sustentável seja alcançado com ótimos indicadores de saúde.

O Curso de Medicina tem como propósito formar profissionais engajados nos problemas sociais da região, com qualificação técnica para atuar de forma ética na construção de práticas de saúde coletiva e individual, tendo como principais desafios para o internato:

- Construir com o estudante competências para atuar na realidade local de forma ética utilizando campos e áreas de conhecimentos interdisciplinares para atender aos preceitos constitucionais e à definição de saúde que está associada às condições de vida;
- Construir uma rede de preceptoría onde a integração ensino serviço seja alavanca para a qualificação dos serviços, por onde o internato tiver inserção.
- Construir com docentes estudantes trabalhadores da rede e população um relação qualificadora para o desenvolvimento da plena cidadania a partir

das ações de gestão da clínica, educação em saúde, controle social e a própria integração ensino serviço.

A orientação pedagógica será baseada na centralização do processo de ensino-aprendizagem no estudante e nas necessidades de saúde da população, com o ensino da clínica centrada na pessoa e baseada em evidências. Para tanto, os recursos didático-pedagógicos a serem utilizados terão como base os métodos de aprendizagem ativa.

O Sistema Único de Saúde da Cidade de Caruaru será o território de inserção do internato do curso médico da UFPE/CAA/NCV por se tratar de um território de necessidades sociais e estruturais onde o internato será mais um componente responsável na rede para o desenvolvimento do sistema integrado de saúde escola SISE Caruaru seguindo a Lei N° 5.622, DE 29 DE JANEIRO DE 2016 que em seu artigo primeiro descreve:

Art. 1º Criar o SISE-SUS - Sistema Integrado Saúde Escola do Sistema Único de Saúde do Município de Caruaru, composto pela gestão Municipal, pelos trabalhadores de saúde, pelas Instituições de Ensino (IE) e pelos usuários do SUS. Este sistema constitui-se numa estratégia de articulação e coordenação da educação-permanente em saúde no âmbito do – município, transformando toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional.

3.3 A Integração Ensino-Serviço

O processo de integração do ensino e serviço em saúde é complexo e envolve múltiplos atores, cada um com suas expectativas, saberes e motivações. É necessário um intenso envolvimento entre as instituições de ensino e os gestores de saúde, com negociação de papéis, responsabilidades, recursos e contrapartidas.

A pactuação dos interesses das instituições e da rede deve levar em conta não apenas oferecer a melhor formação possível aos futuros profissionais, mas também

disponibilizar o ambiente e recursos para que as atividades de ensino sejam desenvolvidas em conjunto com as atividades de assistência, garantindo uma formação voltada para a realidade sem sobrecarregar os formadores e valorizando os profissionais e as atividades de educação em saúde.

Portanto, compete às duas instituições realizar a integração harmônica entre a formação de recursos humanos em saúde e os serviços assistenciais prestados à população. Esse esforço contribui para a reorientação da formação profissional em saúde de acordo com os princípios do SUS. Dessa forma, se por um lado a universidade tem como responsabilidade formar profissionais e para isso necessita do território real de assistência do SUS, por outro lado as secretarias de saúde têm como responsabilidade prestar assistência à população e para isso necessitam de profissionais formados com o perfil para trabalhar nesse cenário do SUS.

Para qualificar a rede de atenção à saúde e o ensino, é necessário uma pactuação política e a construção de termos contratuais que garantam esta relação e que a universidade desenvolva a sua capacidade própria de gestão de serviços como fazem as universidades federais de seu porte no país. Isto implica no compartilhamento de responsabilidades pedagógicas e assistenciais, a pactuação sobre o modelo de atenção em construção no município, no reconhecimento das redes como espaços de aprendizado e seu desenvolvimento para tal e no desenvolvimento da capacidade de governo da UFPE.

Um diferencial do modelo de gestão pactuada entre instituição de ensino e a gestão dos serviços de saúde também imprime a radicalidade de uma gestão democrática e participativa, inovando nos conceitos e práticas do fazer-ensinar-aprender saúde. Ademais, a qualidade da atenção à saúde oferecida nestes novos serviços atrai profissionais mais qualificados que, entre outras coisas, buscam os serviços públicos como acesso a novas tecnologias e a educação permanente. Assim, entende-se que a Integração Ensino-Serviço-Comunidade deve se pautar na gestão e agendas compartilhadas de serviços de saúde como meio de efetivar o desenvolvimento tanto do ensino quanto da atenção à saúde da região.

No primeiro ciclo do curso de medicina em Caruaru as atividades práticas em serviço estão concentradas no módulo longitudinal PIESC, com alguns estágios complementares em cada módulo interdisciplinar temático. No entanto, o internato é maior ação de integração ensino-serviço do curso médico do NCV e conta com a coordenação de integração ensino-serviço e com a coordenação do internato na

gestão do processo de implantação, monitoramento e avaliação institucional do internato, cabendo a esta coordenação dirimir as questões pedagógicas e de avaliação discente.

4. METODOLOGIA

Este projeto de intervenção será concebido como um produto da coordenação de integração ensino-serviço do curso de medicina do NCV, a partir da necessidade verificada de sistematização das informações relacionadas as atividades acadêmicas, desenvolvidas na rede de serviços de saúde do município e região.

A Coordenação de Integração Ensino-Serviço é um setor do NCV que consiste em articular, implementar e acompanhar a Política de Estágios da UFPE, respaldada na Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, na Resolução nº 20, de 09 de novembro de 2015 que disciplina o estágio nos cursos de graduação da universidade e Resolução nº 09, de 08 de julho de 2016, que altera os dispositivos da resolução 20/2015, ambas aprovadas pelo Conselho Coordenador de Ensino, Pesquisa e Extensão (CCEPE) da UFPE.

Apresenta como eixo de atuação o apoio e orientação aos docentes, discentes e concedentes de estágio nos trâmites necessários à consecução da qualidade na formação acadêmica assim como a vinculação do curso de Medicina aos serviços e comunidades.

Compete à Coordenação de Integração Ensino-Serviço do NCV:

- Orientar e apoiar as coordenações do curso e dos módulos quanto à elaboração e acompanhamento do plano de atividades de estágios curriculares obrigatórios e não obrigatórios;
- Formalizar o termo de compromisso de estágio entre o estudante, a unidade concedente e a UFPE, que deverá ser assinado seguindo essa ordem, e zelar pelo cumprimento do mesmo;
- Observar os critérios e requisitos indispensáveis para o cumprimento dos estágios, em conformidade com a lei nº 11.788 e com o projeto pedagógico do curso, de modo a assegurar a qualidade da formação acadêmica;
- Incentivar a articulação da universidade com a rede de atenção à saúde;
- Elaborar instrumentos de avaliação dos estágios dos estudantes, no tocante à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidos em conformidade

com o projeto pedagógico do curso;

- Elaborar periodicamente relatórios de gestão atualizados para o planejamento da coordenação do curso;

- Apoiar a coordenação do curso na discussão, proposição, elaboração de indicadores, planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades a serem assumidas no Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES);

- Realizar junto ao Comitê Gestor Local do COAPES o acompanhamento e avaliação das ações pactuadas em contrato;

- Promover a articulação com instituições de ensino e pesquisa visando a produção de conhecimentos científicos e análise da situação de saúde do território de inserção dos estudantes do NCV no âmbito da IV região de saúde.

Os atores integrantes da coordenação de Integração Ensino-Serviço do curso de medicina são:

Fernando Castim Pimentel (Coordenador da Integração Ensino-Serviço)

Érika Siqueira (Vice-Coordenadora da Integração Ensino-Serviço)

Paula Francineide (Sanitarista/Técnica da Integração Ensino-Serviço)

Para a elaboração do manual, serão desenvolvidos levantamentos e estudos dos principais registros institucionais, construção de mapas da integração, elaboração de fluxograma dos documentos para o início dos estágios, fluxograma para os casos de acidentes com os estudantes, listagem das principais vacinas obrigatórias com orientações ao discente sobre a importância da atualização vacinal.

Pretende-se mobilizar a colaboração dos docentes e técnicos administrativos para obtenção de informações que não possam deixar de ser contempladas no manual, tais como: as atividades de educação permanente ofertadas aos profissionais da rede de saúde, os principais eventos científicos promovidos pelo NCV em conjunto com outras entidades e organizações, os convênios/termos de cooperação técnica e parcerias firmados com instituições e municípios da região, entre outros. Propõe-se ainda mobilizar recursos financeiros e/ou materiais para esboço, diagramação e confecção dos mapas ilustrativos da integração Ensino-Serviço-Comunidade como demonstrado a seguir:

Figura. Mapa de Pernambuco com destaque (em amarelo) para o município de Caruaru.



Figura. Município de Caruaru – áreas rural e urbana

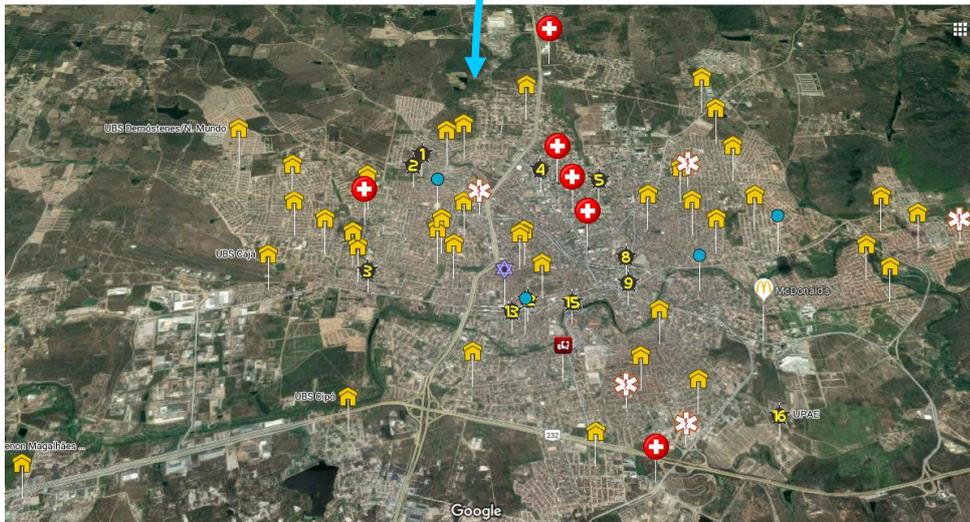


Legenda

Área rural

Área urbana

Figura. Área urbana do município de Caruaru onde concentram-se 90% dos serviços de saúde.



5. RESULTADOS

Espera-se que o manual proposto seja um dispositivo que respalde as ações da coordenação de integração ensino-serviço do NCV e sobretudo oriente a comunidade acadêmica e público externo acerca dos trâmites relacionados aos estágios dos estudantes na rede de serviços de saúde de Caruaru e região.

Pretende-se que a este dispositivo sejam incorporadas atualizações decorrentes de estudos, análises, monitoramentos e avaliações das práticas de integração Ensino-Serviço-Comunidade realizadas no território. A expectativa é promover um instrumento que seja referência para gestão do NCV - em subsidiar a tomada de decisões – e para os demais integrantes da academia – em qualificar as informações para o desenvolvimento de pesquisas.

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA UFPE PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

Campus
AGRESTE

Universidade Federal de Pernambuco
Centro Acadêmico do Agreste
Núcleo de Ciências da Vida
Curso de Medicina

Caruaru, 05 de junho de 2018.

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Coordenação do Núcleo de Ciências da Vida está de acordo com a execução do projeto **“AS PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE MEDICINA DA UFPE EM CARUARU-PE”**, a ser desenvolvida pela pesquisadora Paula Francineide Pinto da Silva, do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz PE, sob orientação da professora Dra. Kátia Medeiros, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada em nossa instituição.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções 466/2012 e 510/2016 que tratam, respectivamente, de pesquisa em seres humanos e das normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Informamos que para ter acesso aos documentos pedagógicos institucionais necessários para a condução desta pesquisa, fica condicionada a apresentação a esta coordenação, a certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me

Atenciosamente,

Prof. Dr. Saulo Feitosa
Coordenador do NCV

Prof. Saulo Ferreira Feitosa
Coordenador do NCV
SIAPE 1152014 UFPE/CAA