

Estudantes de enfermagem e medicina inseridos na prática profissional: percepção de equipes

Nursing and medicine students inserted in the professional practice: perception of teams

Bruna Antoniassi Silva¹, Cássia Regina Fernandes Biffe Peres², Danielle Abdel Massih Pio³, Maria José Sanches Marin⁴, Márcia Aparecida Padovan Otani⁵

¹Hospital do Coração Bela Suíça. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0002-0404-8525. bruna_antoniassi@hotmail.com

²Autora para correspondência. Faculdade de Medicina de Marília. Marília, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0002-8430-0400. c.r.biffe@gmail.com

³Faculdade de Medicina de Marília. Marília, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0003-0738-4601. danimassihpio@hotmail.com

⁴Faculdade de Medicina de Marília. Marília, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0001-6210-6941. marnadia@terra.com.br

⁵Faculdade de Medicina de Marília. Marília, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0001-9540-4996. mpadovanotani@gmail.com

RESUMO | A Estratégia Saúde da Família constitui-se como uma reorganização do modelo de atenção em saúde e as mudanças na formação profissional são essenciais para a transformação da prática. O objetivo desse estudo foi analisar a percepção de profissionais de saúde de equipes de Estratégia Saúde da Família sobre as atividades e a inserção dos estudantes de 1º e 2º anos dos cursos de Enfermagem e Medicina de uma faculdade pública. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e analisados com base na análise de conteúdo, modalidade temática. Os temas emergentes foram: O processo de inserção dos estudantes na equipe da ESF; O vínculo entre estudantes, famílias e equipe da ESF favorecendo a aprendizagem significativa e Desafios inerentes à formação profissional por métodos ativos de ensino-aprendizagem. Os profissionais acolhem as necessidades de aprendizagem dos estudantes e reconhecem que há troca de saberes. A inserção ocorre por meio da comunicação efetiva com a equipe. A presença do estudante na ESF é considerada como fator importante na construção do vínculo e facilitação do acesso ao serviço de saúde, entendidas como ferramentas prioritárias para o bom desenvolvimento do modelo de vigilância em saúde. As dificuldades de inserção no cenário foram atribuídas ao desenvolvimento inerente à aprendizagem ativa. Inserir, portanto, o estudante na ESF fortalece o que é preconizado para a formação atual das profissões da saúde, oportunizando a valorização da qualidade da assistência, a relevância do trabalho e, principalmente, o cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da família. Currículo. Educação. Aprendizagem baseada em problemas.

ABSTRACT | The Family Health Strategy constitutes a reorganization of the health care model and changes in professional training are essential for the transformation of the practice. The objective of this study was to analyze the perception of health professionals of the Family Health Strategy teams about the activities and the insertion of 1st and 2nd grade students of the Nursing and Medicine courses of a public college. The data were collected by semi-structured interview and analyzed based on content analysis, thematic modality. The emerging themes were: The process of insertion of the students in the ESF team; The link between students, families and ESF staff favoring meaningful learning and Challenges inherent to professional training through active teaching-learning methods. The professionals welcome students' learning needs and recognize that there is an exchange of knowledge. The insertion occurs through effective communication with the team. The presence of the student in the ESF is considered as an important factor in the construction of the link and facilitation of access to the health service, understood as priority tools for the proper development of the health surveillance model. The difficulties of insertion in the scenario were attributed to the inherent development of active learning. To insert, therefore, the student in the ESF strengthens what is recommended for the current formation of the health professions, allowing the valorization of the quality of the assistance, the relevance of the work and, mainly, health care.

KEYWORDS: Family health. Curriculum. Education. Problem-based learning.

Introdução

O modelo de atenção relacionado à Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo implantado no território nacional desde 1994. A ESF foi considerada como a principal aposta para implementação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), criado por meio das definições da Constituição Federal de 1988. Ela organiza seu trabalho em equipe, com base em um território adscrito e visa atender indivíduos e famílias integralmente, com enfoque nas ações de prevenção, promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, contribuindo assim para a reorganização do modelo assistencial (Brasil, 1997).

Fundamentada e orientada pelos conceitos de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, pode ser considerada como uma inovação tecnológica em saúde, consistindo em um importante caminho para a superação dos limites impostos pelo modelo tradicional de pensar e agir em saúde (Soratto, Pires, Dornelles, & Lorenzetti, 2015).

Frente aos princípios e diretrizes do SUS que direcionam para mudanças nos modelos de atenção à saúde, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (ME) têm articulado esforços no que diz respeito às políticas públicas de formação dos profissionais no Brasil.

Nesta perspectiva, em 2001 foram definidas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos na área da saúde, que se destinam a orientar a elaboração de currículos do ensino superior, com objetivos de levar o aluno a aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo uma formação com autonomia e discernimento para assegurar um cuidado de qualidade, de acordo com as necessidades das pessoas (Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014, 2014).

Para tanto, a adoção de métodos de aprendizagem ativa na formação desses profissionais torna-se uma necessidade, sendo que diferentes abordagens são reconhecidas na literatura, destacando-se a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP); Aprendizagem Baseada em equipes ("Team-Based Learning" – TBL), a Simulação, a Problematização e, recentemente, a Espiral Construtivista (EC) (Ribeiro, Lima, & Padilha, 2018).

Os métodos ativos, mais especificamente a problematização, ganha reforço com os princípios apresentados por Paulo Freire que propõe a pedagogia do diálogo, resgatando essencialmente seu caráter político e orientando para consciência crítica da realidade (Freire, 2013).

Acompanhando o movimento nacional da reforma universitária, a Faculdade de Medicina de Marília, inicia mudanças em sua estrutura curricular em 1995 até a implementação completa do novo currículo que, atualmente, adota a matriz curricular de organização integrada e orientada por competência. Desta forma, a seleção de conteúdos, atividades de ensino-aprendizagem, cenários de prática e de desenvolvimento de atributos mostram-se articulados e integrados, no sentido da construção do conhecimento e outras capacidades, respeitando as especificidades de cada carreira (Faculdade de Medicina de Marília, 2014).

Desde 2003, os currículos dos cursos de Medicina e Enfermagem, inserem os estudantes no cenário real da prática profissional desde o primeiro ano, com integração dos cursos de medicina e enfermagem, tendo cenário de prática a ESF, sendo a Secretaria Municipal de Saúde do município um importante parceiro para seu desenvolvimento (Faculdade de Medicina de Marília, 2014).

Assim, a partir do trabalho real com as pessoas, as famílias e a comunidade da área de abrangência da ESF - os estudantes desenvolvem a prática do cuidado em saúde, de acordo com o grau de autonomia, em cada ano de formação. Esta estratégia proporciona ao estudante a criação de vínculos e a corresponsabilização com todos os envolvidos: usuários, familiares, profissionais da equipe de saúde, colegas e professores (Faculdade de Medicina de Marília, 2014).

Entretanto, no cotidiano das relações entre estudantes e profissionais, tem se observado que nem sempre a presença dos estudantes na ESF é algo totalmente aceito e incorporado ao cotidiano da equipe, o que se evidencia ora com a disponibilidade em ajudar, ora na sensação de desconforto dos profissionais com a presença dos estudantes.

Frente ao exposto e considerando que as atividades desenvolvidas por todos os atores no cuidado em saúde devem ser significativas, incluindo a aprendizagem do estudante, surge a seguinte questão de investigação: qual a percepção dos profissionais da

ESF sobre a inserção de estudantes de 1º e 2º anos de medicina e enfermagem em seu local de trabalho?

Portanto, essa pesquisa teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais de saúde que atuam na ESF, sobre as atividades e a inserção local de estudantes de 1º e 2º anos dos cursos de Enfermagem e Medicina de uma faculdade pública.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, o qual volta-se à compreensão dos fenômenos e experiências humanas, partindo de uma relação de intersubjetividade, de interação, dentro de um processo mais amplo de construção de conhecimentos (Minayo, 2013).

O campo de investigação constituiu-se por sete ESF de um município de médio porte do centro-oeste do Estado de São Paulo - Brasil, que são cenários de ensino-aprendizagem para estudantes de 1ª e 2ª anos dos cursos de Enfermagem e Medicina de uma faculdade pública.

As equipes das ESF são compostas por enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), médico, escriturário, auxiliar de serviços gerais e Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo todos incluídos na pesquisa. Os participantes foram selecionados aleatoriamente por sorteio, sendo dois de cada unidade, totalizando 12 profissionais. Houve recusa por parte da equipe de uma das sete ESF para participar do estudo. Para garantir a representatividade de todas as classes profissionais, no primeiro sorteio foram incluídos todos os profissionais das seis ESF participantes e, nos subsequentes, foram excluídas da amostra as categorias profissionais sorteadas anteriormente.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada contendo questões norteadoras relacionadas ao: desenvolvimento das atividades com os estudantes; como o profissional da equipe percebe a atividade com o estudante e quais as dificuldades, facilidades e contribuições ou benefícios da inserção do estudante dos anos iniciais na ESF. As entrevistas foram agendadas previamente por meio de contato telefônico com os participantes e realizadas pela pesquisadora principal no local de trabalho dos mesmos, após esclarecimentos sobre o objetivo da

pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra e, para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram codificadas com a letra P e numeradas de um a 12.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) da Secretaria Municipal de Saúde de Marília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sob parecer de n. 133623 (09161812.8.0000.5413).

A análise dos dados obtidos foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, proposta por Minayo (2013). Segundo a autora, a análise do conteúdo é uma técnica de investigação, que por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a sua interpretação.

Na análise de conteúdo foram seguidos os passos: 1) ordenação dos dados; 2) classificação dos dados; 3) análise final. Na fase de ordenação dos dados, buscou-se a organização do material e reconhecimento das ideias iniciais do texto, foi realizada leitura de cada uma das entrevistas, com o objetivo de reconhecer o texto e nos aproximarmos das impressões e orientação, para iniciar a análise dos dados propriamente dita. Na fase de classificação dos dados, o material foi submetido à um estudo aprofundado, orientado pelos objetivos e referenciais teóricos, desmembrando-se as unidades de registro, ou seja, realizada uma codificação que corresponde à transformação dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte do texto, classificação e agregação, possibilita atingir uma representação do conteúdo para categorização. A codificação foi realizada por frases, em cada uma das entrevistas. Cada frase representou uma unidade de registro, ou seja, uma unidade de sentido a exprimir um pensamento. Assim surgiram indicadores que possibilitaram uma classificação por categorias empíricas, ou seja, aquelas construídas no decorrer da análise.

No momento de análise final procurou-se estabelecer articulação entre os dados obtidos e os referenciais teóricos, respondendo às questões e objetivos da pesquisa, procurando relações entre o concreto e abstrato, o geral e o particular e entre a teoria e a prática. Assim, procurou-se responder as inquietações do estudo, contemplando-se as finalidades que Minayo (2013) coloca: compreensão dos dados coletados,

resposta à questão que originou a pesquisa, com ampliação do conhecimento sobre o tema. Em especial, buscou-se articular ao cenário do qual faz parte.

Resultados e Discussão

Dentre os 12 participantes da pesquisa, têm-se os seguintes profissionais: três ACS, dois auxiliares de serviços gerais, dois auxiliares de enfermagem, um ASB, um enfermeiro, um médico, um dentista e um escrivão. A faixa etária compreendia idades entre 25 e 47 anos. Quanto ao tempo de atuação na ESF, este variou de 11 meses a 14 anos.

A partir da análise das entrevistas, emergiram as seguintes categorias temáticas: O processo de inserção dos estudantes na equipe da ESF; O vínculo entre estudantes, famílias e equipe da ESF favorecendo a aprendizagem significativa e, Desafios inerentes à formação profissional por métodos ativos de ensino-aprendizagem.

Tema 1: O processo de inserção dos estudantes na equipe da ESF

Este tema expressa o processo de inserção dos estudantes na ESF e junto das equipes, em que os participantes relatam desde a sua apresentação inicial realizada pelo enfermeiro ou preceptor da Unidade, permeando o processo de comunicação estabelecido e a vinculação com as famílias e com as equipes iniciada e realizada ao longo dos anos. Silva, Peres, Pio, Marin e Otani (2018) descreveram esse processo de inserção e o olhar da equipe em estudo anterior.

Inicialmente, os participantes relataram sobre como são comunicados em relação a chegada e atuação dos estudantes na Unidade de Saúde. Essa é realizada pelo enfermeiro, que explica sobre a parceria ensino-serviço e a atuação dos mesmos como colaboradores do processo de ensino-aprendizagem. Os depoimentos abaixo ressaltam o modo como os estudantes foram apresentados aos profissionais da unidade em reunião de equipe.

“Foi através do enfermeiro, que geralmente chega para a gente na reunião de equipe e explica que vai estar vindo alunos, quando vão estar chegando, para estar se apresentando à equipe [...] qual período eles vão ficar, quem vai ser o facilitador/professor”. (P3)

“[...] a gente foi avisado por uma reunião, onde foram chamados os facilitadores da UPP, e foi explicado quando iniciava, como seria a inserção desses alunos”. (P6)

As falas dos participantes demonstram a importância da comunicação estabelecida desde o princípio da integração ensino-serviço, mediada por um profissional que integra a equipe e participa tanto da gestão da unidade, quanto das atividades de ensino-aprendizagem junto aos estudantes.

Os profissionais do serviço são inseridos na construção e no seguimento dos estudantes em seus locais de trabalho na qualidade de professores colaboradores, visando o desenvolvimento dos currículos de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília. Estudantes e docentes (professores facilitadores) participam do processo de trabalho das unidades de saúde, com o intuito de discutir e favorecer reflexões para a construção de um novo modelo de atenção (Marin et al., 2014).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina e Enfermagem (Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014, 2014; Resolução CNE/CES n. 3 de 7 de novembro de 2001, 2001) indicam a necessidade de aproximação da teoria com a prática, por meio de vivências em cenários que possam proporcionar aos estudantes as situações do mundo do trabalho desde o início do curso, com o desenvolvimento de métodos de ensino e aprendizagem que tornem o estudante ativo no processo.

Neste contexto, os docentes devem ser mediadores fundamentais nesta relação, orientando e facilitando o processo de ensino-aprendizagem. Dessa maneira, a participação dos profissionais dos serviços de saúde contribui para a definição e organização dos estudantes para o desenvolvimento conjunto de suas atividades. É função do docente dar sustentação às atividades educativas que se iniciam com a familiarização do estudante com o novo processo pedagógico que passa a vivenciar (Ferreira, Fiorini, & Crivelaro, 2010).

Assim, a iniciativa de apresentação dos estudantes no início das suas atividades nas unidades, ressalta a importância da comunicação nos processos de trabalho e no planejamento das ações que são pretendidas. Pela comunicação é possível obter integração de possibilidades, em um processo no qual os participantes comunicam-se, a fim de atingir objetivos previamente

determinados (Coriolano-Marinus, Queiroga, Ruiz-Moreno, & Lima, 2014).

Comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo (Stefanelli, Carvalho, & Arantes, 2005).

Os participantes mostraram também de forma significativa a relação de troca e vínculo, com ênfase na expectativa do início das atividades, como demonstra os seguintes fragmentos das entrevistas:

“Bom ajudou muito [...] Foi uma troca mesmo dos dois. A gente mostrando para eles, eles falavam o que seria feito pelo trabalho deles nos dois anos que eles ficariam com a gente né”. (P1)

“[...] desde o início há uma apresentação dos alunos, assim a gente da equipe passa a conhecer eles também, acaba se tornando uma família por que eles vêm de um lado e passam a conhecer outro lado que a gente vive no dia-a-dia. A gente procura passar para eles a confiança, a questão da família, famílias que tem dificuldades, família que não. Alguns vêm com algumas expectativas, algumas frustrações e a gente sabe que é normal, porque todo início de trabalho, até para a gente mesmo, acontece isso, mas com o passar do tempo eles criam vínculo, o medo vai acabando, e quando eles vão embora eles nos deixam algo”. (P5)

Os dados confirmam os pressupostos curriculares da Faculdade de Medicina de Marília (2014), fundamentados na busca da transformação da prática profissional, da formação de profissionais de saúde e dos processos de trabalho, a partir da prática e reflexão sobre ela.

Neste sentido, esse cenário em que os estudantes são inseridos, pode ser visto como oportunidade para o trabalho interdisciplinar, vivenciado a medida que trabalham juntos com a equipe da ESF, elaborando planos de ações articulados com os diferentes saberes (Ferreira et al., 2010).

Marin et al. (2014) apontam a potencialidade da ESF no estabelecimento de vínculo e responsabilização com os indivíduos, famílias e população da área de abrangência. Consideram o quanto o trabalho em territórios adstritos leva à esta potencialidade, “uma

vez que cada sujeito adentra à unidade contando com uma equipe que conhece seu contexto de vida e suas necessidades, o que facilita o processo de intervenção de forma integral e humanizada” (Marin et al., 2014, p. 970).

Tema 2: O vínculo entre estudantes, famílias e equipe da ESF favorecendo a aprendizagem significativa

Os participantes do estudo percebem que os estudantes têm o desejo de aprender/conhecer, demonstrados pela iniciativa nas atividades a serem desenvolvidas e o vínculo que estabelecem com as famílias.

“... eles vieram bem...com vontade mesmo, o que era proposto para eles, que era trabalhar com a família, eles trabalharam[...]”. (P1)

“Eu acredito que eles vieram porque queriam aprender, iam nas casas fazer visita, traziam o problema para a gente, a gente discutia em equipe”. (P9)

“[...] sempre correram atrás, estavam sempre perguntando para a gente das famílias”. (P11)

No ensino tradicional, o que se vê é segregar teoria e prática, fragmentação do aprendizado e crescentes especializações existentes. Neste sentido, nas universidades apresentam-se conteúdos com hierarquização e falta de integração com a prática e com o conhecimento. Além disso, trabalhar em outros cenários que não o hospitalar representa um grande desafio (Ferreira et al., 2010).

A necessidade de mudança nos currículos dos cursos da área de saúde faz com que conceitos e práticas, associando tecnologias e metodologias de ensino-aprendizagem, cheguem às realidades da comunidade, modificando os currículos e a formação. A inserção do estudante desde o início do curso, possibilita ao mesmo vivenciar a realidade da população brasileira, abrindo-lhe chances de exercer a clínica ampliada e as ações em saúde coletiva, estando diante da vulnerabilidade das pessoas e comunidades (Ferreira et al., 2010).

O desenvolvimento do recurso afetivo nas relações interpessoais é esperado nas mudanças curriculares em busca da formação do cuidado integral e das relações de trabalho esperadas.

Neste sentido, a interação do aluno com a cultura da população lhe traz a possibilidade da aprendizagem significativa, sendo o principal ator do processo de construção do conhecimento. Permite uma visão humanística do novo profissional de saúde, que desfaz o foco biológico de seu paciente, perante a realidade em que se insere durante a sua formação (Ferreira et al., 2010).

Os participantes apontam ainda, a importância da Visita Domiciliar (VD), como o momento em que ocorre o estabelecimento de vínculo com as pessoas. Percebem que os relacionamentos com os usuários se estreitam ao longo do tempo, permitindo que os laços sejam estabelecidos e necessidades afetivas sejam criadas em função desta relação.

“[...] se tornaram até bem íntimos das famílias[...] eles iam na casa do pessoal... quando eles foram embora sentiram saudades. Eles ficaram bem próximos da área mesmo, dos moradores” (P1).

“[...] eles têm bom relacionamento com os usuários, a ponto de muitas vezes os usuários virem perguntar sobre os alunos, se eles estão por aqui, porque eles estão precisando de algo sobre alguma necessidade de saúde que eles têm, e os alunos contribuíram nisso [...]” (P6).

A VD é preconizada na ESF como uma das ferramentas no processo de trabalho das equipes. Tem potencialidade de apreensão da realidade, permitindo a identificação das condições de vida das famílias, subsidiar o planejamento das ações para o atendimento das necessidades de saúde da população, considerando sua singularidade (Cunha & Sá, 2013).

Nesta perspectiva, para que ações de educação em saúde e construção da autonomia sejam desenvolvidas em relação ao processo saúde-doença é fundamental a construção de vínculo. Assim, o modelo de atenção da ESF requer como um dos eixos centrais, o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. De acordo com as falas dos participantes há o reconhecimento da inserção e do vínculo do estudante de anos iniciais nos cenários de prática da ESF, principalmente nas visitas aos domicílios e responsabilidades com as famílias.

Estudos realizados com famílias trazem o quanto as mesmas apontam aspectos positivos decorrentes das visitas domiciliares, entre eles, a possibilidade de

aprender e ensinar, de receber atenção, de construir diálogo e uma relação de afeto com os estudantes, com a avaliação de que os estudantes respondem às suas demandas e se preocupam com sua saúde (Marin et al., 2011).

A organização de um currículo orientado por competência, segundo um referencial holístico e de abordagem dialógica, deve propiciar experiências de aprendizagem em vivências diversas e reflexivas, com a intencionalidade de promover o desenvolvimento articulado de ações, com graus crescentes de autonomia na prática (Ribeiro, Lima, & Padilha, 2018).

Uma aproximação da proposta pedagógica e sinalização de que os princípios curriculares estão sendo trabalhados, se apresentam ao se identificar que os estudantes valorizam a possibilidade de escuta, de resolução de problemas, de ensinar e aprender e quando valorizam o desenvolvimento de relações afetivas no atendimento às necessidades de saúde (Marin et al., 2011).

Além disso, apresentam satisfação e relevância em receber as visitas domiciliares, percepção de mudança positiva na saúde da própria família, com melhora de aspectos biopsicossociais; segurança para o seguimento das orientações médicas; aproximação com a USF; aproximação com os alunos, com atendimento satisfatório dos mesmos (Asso et al., 2013).

Observa-se nos depoimentos que os participantes concebem as ações dos estudantes permeadas por afeto, respeito e disponibilidade para ajudar, fatores que contribuem para a efetiva criação de vínculo. A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017, 2017) reforça esta evidência ao explicitar que o vínculo é um dos princípios desse nível de atenção e o define como o estabelecimento de relações de confiança e afetividade entre o usuário e o profissional, garantindo a corresponsabilização pela saúde, construída ao longo do tempo, com potencial terapêutico.

Assim, o acompanhamento longitudinal oferece atenção ao usuário com um cuidado mais adequado e um maior reconhecimento dos seus problemas, proporcionando até a menor utilização dos serviços de saúde, uma vez que há um acompanhamento regular (Moraes, Campos, & Brandão, 2014).

Neste sentido, os profissionais da ESF reconhecem que a inserção dos estudantes nesses cenários traz benefícios, à medida que amplia o acesso e o vínculo entre estudante, família e equipe.

“Deixa a gente mais próximo do morador. Às vezes o que os moradores não falavam para a gente, falava para eles, [...] Eles vinham, faziam as visitas deles, chegava, pra gente e falava, aconteceu isso e isso com fulano aí a gente já ficava sabendo e ia na casa pra saber o que tinha acontecido[...]eles facilitaram o nosso vínculo com o pessoal, então, com a unidade de saúde.

Acho que ligaram bem, os médicos e enfermeiros passavam VD só nos lugares que precisam [...] eles tornaram a unidade mais próxima também desses pacientes” (P1)

“Às vezes pessoas que tinham dificuldade em passar por consulta, eles viam para agendar ou até mesmo nas visitas com as ACS foi ficando bem mais fácil” (P2)

“O acesso do paciente com o posto, cria mais vínculo, une mais o paciente com o posto, é como se fosse uma ponte. Com mais gente dá para abranger mais paciente. Como o nosso quadro de funcionários é pequeno, quando tem mais gente ajuda”. (P4)

“Eles ajudam bastante, eles conseguiram trazer algumas coisas, porque por mais que a gente faça visitas, converse, às vezes por eles por estarem indo, chegam tem uma facilidade maior eles conseguem captar algumas coisas a mais e acaba trazendo para a gente”. (P11)

O aprendizado no cenário da atenção básica desde o início do curso parece se diferenciar pelos vínculos que os alunos estabelecem ao aprender a aprender na realidade inserida, contribuindo com a formação e o processo de trabalho das equipes.

As visitas domiciliares realizadas pelos estudantes em seu processo de aprendizagem nas unidades de saúde proporcionam também o papel de mediação, favorecendo o processo de trabalho da equipe. Para o estudante, a visita domiciliar é um dispositivo que possibilita ampliar o olhar sobre as necessidades dos sujeitos e coletividades (Cunha & Sá, 2013), beneficiando o usuário por permitir o acesso e o cuidado da equipe.

Neste sentido, um dos maiores desafios da educação em saúde está em ampliar a oferta pontual dos serviços para as práticas entrelaçadas, construindo assim, a participação popular no cotidiano das unidades de saúde (Maciazeki-Gomes, Souza, Baggio, & Wachs, 2016).

A aprendizagem e o cuidado integral da pessoa são produtos do processo relacionado às atividades nos cenários reais. A direcionalidade dos currículos dos cursos de medicina e enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília são descritos nos seus cadernos de série ao privilegiar o atendimento às necessidades de saúde (Marin et al., 2011; Faculdade de Medicina de Marília, 2015).

Os cadernos de série deixam claro que a relação do estudante com os cenários de prática e com os usuários não são exclusivos de aprendizagem, apenas para o desenvolvimento de capacidades. Articula-se cuidado e aprendizagem, vínculo e responsabilização, para com os usuários e equipe de saúde, vivenciando realmente a realidade (Faculdade de Medicina de Marília, 2015).

O conhecimento e a problematização da realidade, portanto, são desencadeados pelo processo de reflexão sobre o mundo e sobre as práticas, desenvolvendo modos de nela intervir. Neste sentido, o processo pedagógico estimula e provoca o deslocamento de cada estudante, em contato com seu processo de reflexão sobre o mundo, sobre suas práticas, a partir da realidade (Ribeiro, Lima & Padilha, 2018).

Tema 3: Desafios inerentes à formação profissional por métodos ativos de ensino- aprendizagem

No presente estudo os sentimentos relacionados às dificuldades na inserção dos estudantes, são traduzidos no sentido da adaptação, comunicação e compromisso:

“[...] no começo, entrosamento, em conhecer, saber o que pode ser feito, o que não pode ser feito, em que momento deve ser feito ou não... então eu acho que no começo é se adaptar com a equipe, o que dificulta um pouco é o conhecimento, mas depois que conhece o trabalho gera legal”. (P3)

“[...] às vezes a gente tinha dificuldade de comunicação, não eram todos, mas sempre tem aquele que é mais na dele”. (P9)

“Na verdade, só algumas vezes que observei que eles foram um pouco desorganizados em relação à pasta do paciente que eles pegavam e não guardavam no local certo [...] a gente mostra certinho o local, mas só isso”. (P12)

Estas falas remetem às demandas de aprendizagem diante de um processo de descoberta. Segundo Claxton (2005, p. 21), “o engajamento em algo desconhecido envolve sempre um risco às vezes leve, às vezes pesado”. Segundo o autor, aprender é uma estratégia de sobrevivência que envolve riscos e promete retornos. Exige a capacidade de tolerar a frustração e a confusão, de agir sem saber o que vai acontecer, de enfrentar a incerteza sem ficar inseguro. A imersão direta na experiência seria um dos compartimentos na caixa de ferramentas da aprendizagem, potencializando o desenvolvimento do aprender a aprender (Claxton, 2005).

Ainda é prevalente o descompasso entre os modelos educacionais tradicionais e as demandas para a formação de profissionais abertos para mudança e inovação. Discute-se se os alunos se sentem confortáveis desde o início da formação para reconhecer e trabalhar com e a partir da incerteza. A lógica do modelo tradicional de formação é assentada em um modelo de compreensão cumulativa e linear da construção do conhecimento postergando-se a entrada em cenários autênticos para as etapas finais de formação. O que se tensiona nas metodologias ativas e que a embasa é a importância crescente de inserção do estudante desde o início da formação em cenários reais, diante de situações não estruturadas, lhes permitindo o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a ação (Coelho, Padilha, & Ribeiro, 2018).

Seguindo a mesma lógica da inovação da aprendizagem, foi identificada a dificuldade de alguns profissionais em compreender o método de ensino:

“[...] alguns profissionais que eu percebia, principalmente o profissional médico, às vezes tem uma dificuldade em entender, principalmente os que não foram formados pela metodologia da problematização, [...] o que eu sentia e o que eles falavam para a gente é que tem o medo dos alunos estarem avaliando ele, ou deles darem aula, que é contra a proposta. E uma dificuldade também desses profissionais é de dividir a sala, ir fazer visita juntos [...]”. (P6)

Um dos desafios neste processo é a própria formação dos profissionais, que participarão do processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, muitas vezes com olhar, biomédico, medicalizado e hospitalocêntrico.

Campos, Cunha e Figueiredo (2013) referem que uma formação em saúde ainda pautada em um modelo hegemônico compromete a abordagem biopsicossocial em sua complexidade. Permanece o desafio da formação dos profissionais com a dificuldade em aprofundar as interfaces da clínica, da saúde coletiva e da gestão. Consideram a promoção de espaços de formação que operem tanto na dimensão técnica como na dimensão da experiência relacional “para estar com o outro e seu sofrimento, assim como para trabalhar em conjunto e analisar-se permanentemente nesta relação” (Campos, Cunha, & Figueiredo, 2013, p. 125).

Há uma interpenetração de elementos que atuam nas relações entre saúde-gestão-educação e há uma necessidade de se enfrentar estes desafios por meio de mudanças mais estruturantes que articulem e atuem nestas relações para transformação das práticas hegemônicas (Coelho, Padilha, & Ribeiro, 2018).

Segundo as DCN, objetiva-se levar o aluno a aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo as capacitações com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado (Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014, 2014; Resolução CNE/CES n. 3 de 7 de novembro de 2001, 2001). Entre outras capacidades, esse profissional deverá estar apto, portanto, à resolução de problemas de saúde, tanto em nível individual como coletivo; a tomar decisões apropriadas; ao exercício da liderança, da administração e do gerenciamento (Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014, 2014; Resolução CNE/CES n. 3 de 7 de novembro de 2001, 2001).

Freire (2013) apresenta sua defesa para as metodologias ativas, com a afirmação de que na educação de adultos, o que impulsiona a aprendizagem é a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção do conhecimento novo a partir de conhecimentos e experiências prévias dos indivíduos.

As políticas para superação da fragmentação curricular e a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, aliadas às DCN que permitem delinear os perfis de competência, tem encontrado resistência não somente pela cristalização das práticas pedagógicas, mas pelo desejo de manutenção de alguns papéis, tanto da escola como de docentes (Coelho, Padilha, & Ribeiro, 2018).

A ênfase em um processo de trabalho focado na demanda do profissional e não nas necessidades de saúde das pessoas e grupos sociais, acentua a fragmentação do cuidado, a fragilidade na gestão de riscos e na singularização do cuidado. Isso reforça um modelo de formação que resulta em baixa responsabilização pela atenção em saúde e redução da resolutividade (Coelho, Padilha, & Ribeiro, 2018).

Assim, de acordo com Chirelli, Soares e Pio (2016) em um currículo integrado e orientado por competência, há a necessidade da formação de professores e estudantes para o uso de metodologias ativas, de forma significativa e qualificada, com articulação, compromisso e resolutividade nas situações de cuidado em saúde.

Considerações finais

Este estudo permitiu constatar que a experiência nos cenários de prática, no espaço da ESF, corrobora com o propósito das DCN para formação dos profissionais de saúde, indo ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS.

Os profissionais da atenção básica ressaltam que a inserção dos estudantes dos anos iniciais na atenção primária ocorre por meio da comunicação efetiva com a equipe. A presença do estudante na ESF é considerada como fator importante na construção do vínculo e facilitação do acesso ao serviço de saúde, entendidas como ferramentas prioritárias para o bom desenvolvimento do modelo de vigilância em saúde.

As dificuldades de inserção no cenário foram atribuídas ao próprio processo de aprendizagem, principalmente ao considerar a forma inovadora e problematizadora para a qual nem todos os docentes estão preparados para lidar. Neste sentido, há as figuras mediadoras deste processo, por um lado representadas pela equipe de trabalho e, por outro, pelos docentes facilitadores, que devem ser instrumentalizados para essa nova metodologia de formação.

Portanto, conclui-se que a inserção dos estudantes de séries iniciais na ESF fortalece o que é preconizado para a formação atual das profissões da saúde, oportunizando conhecimentos sobre o contexto de vida de uma dada população, a realidade dos serviços de saúde, a relevância do trabalho em equipe e, principalmente, a valorização do cuidado em saúde.

Destaca-se a relevância de se construir de forma permanente os espaços dialógicos que envolvam docentes, professores, profissionais dos serviços e gestores da educação e dos serviços de saúde. Há necessidade de se legitimar constantemente os espaços de prática como espaços de aprendizagem, potencializando-os para construção do conhecimento e do cuidado. Propostas de reflexão da prática, de Educação Permanente, devem ser sempre consideradas para a formação em saúde, envolvendo todos os atores: docentes, discentes, profissionais e gestores.

Por fim, aponta-se como limitação do estudo, o fato de ele ter sido desenvolvido em uma instituição de ensino superior do interior de São Paulo, o que restringe a representação de outras realidades no país. No entanto, as reflexões aqui contidas acerca da inserção de estudantes dos cursos de Enfermagem e Medicina de séries iniciais nos cenários de prática, conforme apontado pelas DCN, podem contribuir para a compreensão e superação dos desafios inerentes não apenas à presença desses dois cursos na prática como ser ampliado para outros da área da saúde.

Agradecimentos

Este artigo é resultado de pesquisa aprovada para apresentação no 7º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa – CIAIQ, realizado de 10 a 13 de julho de 2018 em Fortaleza, Ceará, Brasil.

Contribuições dos autores

Silva, B. A. participou da concepção, delineamento, coleta de dados, análise dos dados, interpretação dos resultados e redação do artigo científico. Peres, C. R. F. B., Pio, D. A. M., Marin, M. J. S. e Otani, M. A. P. participaram da concepção, delineamento, análise dos dados, interpretação dos resultados e redação do artigo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

- Aso, R. N., Affonso, V. R., Santos, S. C., Castanheira, B. E., Zaha, M. S., Losada, D. M., & Santos, J. (2013). Avaliação das visitas domiciliares por estudantes e pelas famílias: uma visão de quem as realiza e de quem as recebe. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(3), 326-332. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n3/04.pdf>. doi: [10.1590/S0100-55022013000300004](https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300004)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (1997). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. S., Cunha, G. T., & Figueiredo, M. D. (2013). *Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Chirelli, M. Q., Pio, D. A. M., & Soares, M. O. M. (2016). Competência dialógica: avaliação do desempenho no currículo integrado. *Atas CIAIQ 2016 - Investigação Qualitativa em Educação*, Porto, Portugal. Recuperado de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1074/1047>
- Claxton, G. (2005). *O desafio de aprender ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Coelho, I. B., Padilha, R. Q., & Ribeiro, E. C. O. (2018). Desafios na educação de profissionais de saúde no século XXI. In V. V. Lima, & R. Q. Padilha (Orgs.). *Reflexões e Inovações na Educação de Profissionais de Saúde* (pp. 1-13). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Coriolano-Marinus, M. W. L., Queiroga, B. A. M., Ruiz-Moreno, L., & Lima, L. S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1356-1369. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1356.pdf>. doi: [10.1590/S0104-12902014000400019](https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019)
- Cunha, M. S., & Sá, M. C. (2013). A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 61-73. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a06v17n44.pdf>. doi: [10.1590/S1414-32832013000100006](https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006)
- Faculdade de Medicina de Marília (2014). *Projeto Pedagógico do Curso de Medicina*. Marília: Faculdade de Medicina de Marília.
- Faculdade de Medicina de Marília (2015). *Necessidades de Saúde 2 e Prática Profissional 2: 2ª série dos Cursos de Medicina e Enfermagem*. Faculdade de Medicina de Marília (SP): Marília.
- Ferreira, R. C., Fiorini, V. M. L., & Crivelaro, E. (2010). Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(2), 207-215. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a04v34n2.pdf>. doi: [10.1590/S0100-55022010000200004](https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000200004)
- Freire, P. (2013). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática docente* (47a ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Maciazeki-Gomes, R. C., Souza, C. D., Baggio, L., & Wachs, F. (2016). O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1637-1646. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1637.pdf>. doi: [10.1590/1413-81232015215.17112015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015)
- Marin, M. J. S., Gomes, R., Siqueira Junior, A. C., Nunes, C. R. R., Cardoso, C. P., Otani, M. P., & Moravcik, M. Y. (2011). O sentido da visita domiciliar realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4357-4365. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a08v16n11.pdf>. doi: [10.1590/S1413-81232011001200008](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200008)
- Marin, M. J. S., Oliveira, M. A. C., Otani, M. A. P., Cardoso, C. P., Moravcik, M. Y. A. D., Conterno, L. O., ... Siqueira Júnior, A. C. (2014). A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 967-974. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00967.pdf>. doi: [10.1590/1413-81232014193.09862012](https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.09862012)
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Moraes, V. D., Campos, C. E. A., & Brandão, A. L. (2014). Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 127-146. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00127.pdf>. doi: [10.1590/S0103-73312014000100008](https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100008)
- Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Recuperado de <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1609>

Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

Resolução CNE/CES n. 4, de 7 novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

Ribeiro, E. C. O, Lima, V. V. & Padilha, R. Q. (2018). Formação orientada por competência. In V. V. Lima, & R. Q. Padilha (Orgs.). *Reflexões e Inovações na Educação de Profissionais de Saúde* (pp. 25-33). Rio de Janeiro, Brasil: Atheneu.

Silva, B. A., Peres, C. R. F. B., Pio, D. A. M., Marin, M. J. S., & Otani, M. A. P. (2018). Inserção de estudantes de enfermagem e medicina de anos iniciais no cenário de prática: o olhar da equipe de saúde. *Atas CIAIQ2018 - Investigação Qualitativa em Saúde*, Fortaleza, CE, Brasil. Recuperado de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1882>

Soratto, J., Pires, D. E. P., Dornelles, S., & Lorenzetti, J. (2015). Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(2), 584-592. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf. doi: [10.1590/0104-07072015001572014](https://doi.org/10.1590/0104-07072015001572014)

Stefanelli, M. C., Carvalho, E. C., & Arantes, E. C. (2005). Comunicação e enfermagem. In M. C. Stefanelli, & E. C. Carvalho (Orgs.). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 1-9). Barueri: Manole.