



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

LUCIANA OSORIO CAVALLI

**A INFLUÊNCIA DAS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES  
PARA A FORMAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM  
CURSOS DE MEDICINA DO PARANA**

---

Londrina  
2021

LUCIANA OSORIO CAVALLI

**A INFLUÊNCIA DAS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES  
PARA A FORMAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM  
CURSOS DE MEDICINA DO PARANA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em saúde coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho

Londrina  
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL.

Osorio Cavalli, Luciana.

A Influência das Novas Diretrizes Curriculares para a Formação em Atenção Primária em Cursos de Medicina do Paraná / Luciana Osorio Cavalli. - Londrina, 2021.  
152 f. : il.

Orientador: Brigida Gimenez Carvalho.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

Inclui bibliografia.

1. Atenção Primária à Saúde - Tese. 2. Currículo - Tese. 3. Medicina - Tese. 4. Educação de Graduação em Medicina - Tese. I. Gimenez Carvalho, Brigida. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

LUCIANA OSORIO CAVALLI

**A INFLUÊNCIA DAS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES PARA A  
FORMAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CURSOS DE MEDICINA  
DO PARANA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de doutora em saúde coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Brígida Gimenez de Carvalho  
Universidade Estadual de Londrina - UEL  
Orientadora

---

Prof. Dr. Francisco Eugênio Alves Souza  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. João Jose Batista de Campos  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof. Dr. Márcio José de Almeida  
Faculdades Pequeno Príncipe – FPP

---

Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná –  
UNIOESTE

---

Suplente  
Prof. Dr. Rubens Griep  
Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz –  
FAG

Londrina, 21 de julho de 2021.

*À minha família pelo amor, pela paciência,  
pela compreensão e pelo exemplo de  
sempre*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Brígida Gimenez de Carvalho, pela paciência, dedicação e sabedoria ao longo de toda a minha tese.

Ao meu esposo, Leovanir, que me apoiou em toda essa trajetória e me deu forças em momentos de dificuldades e sempre me incentivou a seguir e não desistir.

Aos meus pais, Namir e Helenara, que a partir de seus exemplos de estudo e dedicação, me incentivaram a sempre continuar me aperfeiçoando, e ainda, me auxiliaram nos cuidados com a minha filha Julia para que eu pudesse me dedicar ao doutorado.

À minha filha Julia, que desde que nasceu viveu meu doutorado e precisou compreender as minhas ausências.

Aos meus amigos de trabalho, em especial a Rubens Griep, pelo apoio e incentivo a viver novos desafios.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva por todos os momentos de aprendizado.

À minha banca de qualificação e defesa por tão valiosas contribuições para melhorar ainda mais o meu trabalho.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.*

(Madre Teresa de Calcutá)

## A AUTORA

Eu, Luciana Osorio Cavalli, sou médica formada pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) em 2009 e especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, em 2011. Minha jornada docente iniciou no meu retorno ao município de Cascavel, em 2013, quando comecei as atividades como professora na Faculdade Assis Gurgacz, hoje, Centro Universitário FAG e é neste momento que minha inquietude em relação ao tema desta tese também se iniciou.

O Programa de Aprendizagem Saúde e Sociedade é a disciplina na qual desenvolvo minhas atividades docentes até hoje. Esta, desenvolve-se ao longo dos quatro anos do curso de Medicina e tem por objetivo a inserção precoce dos estudantes de medicina na Atenção Primária à Saúde (APS) e no Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante o primeiro ano de minhas atividades, percebi que apesar de a proposta da disciplina ser interessante, aparentemente, os conteúdos e as atividades não possuíam objetivos claros, então comecei, junto a um outro professor, reestruturar alguns semestres. Naquele momento, iniciei a leitura sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Medicina, o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina e a Matriz Curricular do Curso da FAG. É também neste processo que percebi a necessidade de me qualificar enquanto docente e me inscrevi para o mestrado.

O objetivo do meu mestrado foi compreender o perfil do Médico que atuava na APS no Paraná, e um dos questionamentos que apareceu foi sobre a formação para atuar neste nível de atenção, apresentada pelos respondentes como insuficiente em vários aspectos, mas por não ser o foco da pesquisa, esta pergunta ficou em aberto, e, portanto, motivou meu direcionamento para esta pesquisa quando participei da seleção para o doutorado.

Ao longo desse período muitas situações proporcionaram meu envolvimento com o tema. Em 2014, iniciei minhas atividades como Supervisora do Programa Mais Médicos (PMM), momento este em que as últimas DCNs para os cursos de Medicina foram publicadas, em meio a uma enorme rejeição pelas entidades médicas de todo o programa.

Além disso, no Centro Universitário FAG, atuando como coordenadora da disciplina, realizávamos a reforma de toda a estrutura da mesma e, passei também a fazer parte do Corpo Docente Estruturante do Curso.

Portanto, minha vida docente voltada para formação na APS e na transformação do perfil do egresso do curso de medicina motivou o direcionamento de minha pesquisa de doutorado e me fez mergulhar no tema descrito nesta tese.

## RESUMO

CAVALLI, Luciana Osorio. **A influência das Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação em Atenção Primária à Saúde em cursos de Medicina do Paraná.** 2021. 152f. Tese (Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

**Introdução:** Mudanças na formação profissional médica vêm sendo discutidas nas últimas décadas, entre elas, a superação do modelo de formação biomédico, fragmentado, com enfoque na especialização e hospitalocêntrico, que motivou várias entidades e instituições nacionais e internacionais a proporem recomendações para um novo modelo de formação, voltado para inserção na Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2001 e 2014, principalmente, propõem a inserção nos primeiros anos e longitudinal na APS para desenvolver as habilidades e competências dos egressos dos cursos de Medicina.

**Objetivo:** Analisar a formação para a APS, dos cursos de Medicina, no estado do Paraná, relacionado às últimas DCNs. **Metodologia:** A metodologia utilizada foi um estudo desenvolvido em três fases: 1) *Scoping Review* para verificar o que já havia sido descrito pela literatura sobre o assunto; 2) Exploratório e descritivo – levantamento das escolas e das grades curriculares, avaliando-as de acordo com a diretriz curricular; 3) Qualitativo – Entrevista com coordenadores de cursos para compreender como foi construído e está sendo implementado o projeto político-pedagógico (PPP). Os dados foram analisados subsidiados pelo referencial teórico de Bourdieu. **Resultados:** Os resultados foram apresentados em formato de três artigos científicos: 1) A Formação Médica na APS: Uma Revisão de Literatura 2) A Formação Médica na APS no Paraná; 3) A Formação Médica para a APS em quatro escolas do Paraná: a percepção dos coordenadores de curso. O primeiro artigo tratou de uma *scoping review* e identificou uma maioria de artigos publicados a partir de 2015, sendo que, as DCNs aparecem como principal motivador para mudança curricular, com 100% das escolas apresentando inserção precoce, 76,5% no primeiro semestre, 47,1% ao longo de oito semestres e com objetivo de aprendizado que vai ao encontro das diretrizes. Porém, a falta de estrutura das unidades, da formação dos preceptores e convênios precários apareceram como aspectos negativos. O segundo artigo retrata a análise dos PPPs de dez cursos de Medicina do Paraná, apresenta que 100% dos currículos analisados referem inserção na APS, sendo 80% por oito semestres, 100% inserem durante o internato, porém em 30% não acontece pelo período preconizado pelas DCNs; os objetivos da inserção, no entanto, obedecem às DCNs. O terceiro artigo apresenta que em 100% dos PPPs analisados também há a inserção na APS ainda no primeiro ano, sendo que em 75% deles por oito semestres, porém verifica-se na entrevista que em 50% destas o tempo de inserção prática é inferior ao descrito no PPP. **Conclusão:** Percebe-se, nos artigos brasileiros estudados e nos PPPs avaliados, que a formação médica na graduação atende ao preconizado pelas DCNs de 2014, pelos autores e pelas experiências internacionais. Verificam-se avanços importantes em relação ao ensino para a APS nos cursos estudados em relação à adequação ao preconizado nas diretrizes, mas há algumas divergências entre o que aparece no PPPs dos cursos e a inserção dos estudantes em estágios práticos. Reforça-se a importância da valorização desses espaços para os docentes e discentes e as fragilidades da relação ensino-serviço apesar da contratualização.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Currículo; Medicina; Educação de Graduação em Medicina.

## ABSTRACT

CAVALLI, Luciana Osorio. **The influence of the New National Curriculum Guidelines for training in Primary Health Care in Medicine courses in Paraná.** 2021. 152p. Dissertation (PhD Dissertation) – State University of Londrina, Londrina, 2021.

**Introduction:** Changes in professional medical training have been discussed in recent decades and overcoming the fragmented biomedical training model, with a focus on specialization and hospital-centeredness, motivated several national and international entities and institutions to propose recommendations for a new training model, aimed at insertion in the Primary Health Care. In Brazil, the National Curriculum Guidelines of 2001 and 2014, mainly propose the insertion in the first years and longitudinal in Primary Health Care to develop the skills and competences of medical graduates. **Objective:** To analyze the training for primary care in medical courses in the state of Paraná, related to the latest national curriculum guidelines. **Methodology:** The methodology used was a study developed in three phases: 1) Scoping Review to verify what had already been described in the literature on the subject; 2) Exploratory and descriptive – survey of schools and curricula, evaluating them according to the curriculum guideline; 3) Qualitative – Interview with course coordinators to understand how the pedagogical project was built and is being implemented. Data were analyzed based on the theoretical framework of Bourdieu. **Results:** The results were presented in the format of three scientific articles: 1) Medical Training in Primary Health Care: A Literature Review 2) Medical Training in Primary Health Care in Paraná; 3) Medical Education for Primary Health Care in four schools in Paraná: the perception of course coordinators. The first article dealt with a scoping review and identified most articles published from 2015, with the National Curriculum Guidelines appearing as the main motivator for curriculum change, with 100% of schools showing early insertion, 76.5% in the first semester, 47.1% over eight semesters and with a learning objective that meets the guidelines. However, the lack of structure in the units, the training of preceptors and precarious agreements appeared as negative aspects. The second article portrays the analysis of the Pedagogical Projects of ten Medicine courses in Paraná, shows that 100% of the curricula analyzed refer to insertion in Primary Health Care, 80% for eight semesters, 100% inserted during the internship, but in 30% not for the recommended period and the insertion goals also follow the guidelines. The third article shows that in 100% of the PPP analyzed there is also insertion in Primary Health Care in the first year, and in 75% of them for eight semesters, it is verified in the interview that in 50% of these the practical insertion time is lower than that described in the Pedagogical Project. **Conclusion:** It can be seen, in the Brazilian articles studied and in the pedagogical projects evaluated, that medical training in undergraduate courses meets the requirements of the 2014 National Curriculum Guidelines and also of international authors and experiences. There are important advances in terms of teaching for PHC in the courses studied in relation to the adequacy of what is recommended in the guidelines, but there are some differences between what appears in the Pedagogical Projects of the courses and the inclusion of students in practical internships. It reinforces the importance of valuing these spaces for teachers and students and the weaknesses of the teaching-service relationship despite the contractualization.

**Keywords:** Primary Health Care; Curriculum; Medical; Medical, Education, Undergraduate.

## RESUMEN

CAVALLI, Luciana Osorio. **Influencia de los Nuevos Lineamientos Curriculares Nacionales para la formación en los cursos de Atención Primaria de Salud en Medicina en Paraná.** 2021. 152p. Tesis (Doctorado en Salud Colectiva) – Universidad Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

**Introducción:** Los cambios en la formación médica profesional han sido discutidos en las últimas décadas y la superación del modelo de formación biomédica fragmentado, con enfoque de especialización y centrado hospitalario, motivó a varias entidades e instituciones nacionales e internacionales a proponer recomendaciones para un nuevo modelo de formación, dirigido a inserción en Atención Primaria de Salud En Brasil, las Directrices Curriculares Nacionales de 2001 y 2014, proponen principalmente la inserción en los primeros años y longitudinal en Atención Primaria de Salud para desarrollar las habilidades y competencias de los egresados de los cursos de Medicina. **Objetivo:** Analizar la formación para la atención primaria en cursos de medicina en el estado de Paraná, relacionada con los últimos lineamientos curriculares nacionales. **Metodología:** La metodología utilizada fue un estudio desarrollado en tres fases: 1) Revisión de Alcance para verificar lo ya descrito en la literatura sobre el tema; 2) Exploratoria y descriptiva - relevamiento de escuelas y currículos, evaluándolos de acuerdo con la directriz curricular; 3) Cualitativo - Entrevista con los coordinadores del curso para comprender cómo se construyó y se está implementando el proyecto pedagógico. Los datos se analizaron con base en el marco teórico de Bourdieu. **Resultados:** Los resultados se presentaron en formato de tres artículos científicos: 1) Formación médica en Atención Primaria de Salud: Revisión de la Literatura 2) Formación Médica en Atención Primaria de Salud en Paraná; 3) Educación médica para la atención primaria de salud en cuatro escuelas de Paraná: la percepción de los coordinadores de cursos. El primer artículo trató de una "revisión del alcance" e identificó la mayoría de los artículos publicados a partir de 2015, siendo las Directrices Nacionales del Currículo el principal motivador para el cambio curricular, con el 100% de las escuelas mostrando una inserción temprana, el 76,5% en el primer semestre 47,1% en ocho semestres y con un objetivo de aprendizaje que cumpla con las pautas. Sin embargo, la falta de estructura en las unidades, la formación de preceptores y los acuerdos precarios aparecieron como aspectos negativos. El segundo artículo retrata el análisis de los Proyectos Pedagógicos de diez cursos de Medicina en Paraná, muestra que el 100% de los currículos analizados se refieren a la inserción en Atención Primaria a Salud, el 80% por ocho semestres, el 100% insertado durante el internado, pero en el 30% no durante el período recomendado y los objetivos de inserción también siguen las pautas. El tercer artículo muestra que en el 100% de las PPP analizadas también existe la inserción en Atención Primaria de Salud en el primer año, y en el 75% de ellas durante ocho semestres, se comprueba en la entrevista que en el 50% de estas la práctica el tiempo de inserción es menor al descrito en el Proyecto Pedagógico. **Conclusión:** Se puede ver, en los artículos brasileños estudiados y también en los proyectos pedagógicos evaluados, que la formación médica en cursos de pregrado cumple con los requisitos de las Directrices Curriculares Nacionales 2014 y también de autores y experiencias internacionales. Existen avances importantes en cuanto a la docencia para la APS en los cursos cursados con relación a la adecuación de lo recomendado en las directrices, pero existen algunas diferencias entre lo que aparece en los Proyectos Pedagógicos de los

cursos y la inclusión de estudiantes en prácticas. Refuerza la importancia de valorar estos espacios para docentes y alumnos y las debilidades de la relación enseñanza-servicio a pesar de la contractualización.

**PALABRAS CLAVE:** Atención Primaria de Salud; Currículo; Medicina; Educación de Pregrado en Medicina

## LISTA DE FIGURAS

### TESE

Figura 1 - Distribuição das Escolas de Medicina no estado do Paraná em 2017.....	50
Figura 2 - Evolução do número de cursos de medicina no Brasil, MEC 2020.....	55
Figura 3 - Distribuição dos Cursos de Medicina no Estado do Paraná – MEC - 2020 .....	58
Figura 4 - Gráfico Evolução de Novos Cursos e Total no Estado do Paraná – MEC - 2020 .....	59

### ARTIGO 1

Figura 1 - Percurso metodológico para seleção dos artigos integrantes da <i>scoping review</i> .....	67
Figura 2 - Tempo de duração da inserção dos acadêmicos no estágio em APS.....	72

### ARTIGO 2

Figura 1 - Evolução do número de escolas de Medicina no Paraná até 2017.....	92
Figura 2 - Distribuição das Escolas de Medicina no Estado do Paraná em 2017.....	92

## LISTA DE TABELAS

### TESE

Tabela 1 - Cursos de Medicina existentes no Paraná, conforme MEC, 2017 .....	49
Tabela 2 - Distribuição dos Cursos por Natureza administrativa e conforme atividade e período de funcionamento, MEC, 2020 .....	55
Tabela 3 - Distribuição dos Cursos por Estado e Região com número de vagas e relação habitantes/vaga, MEC – 2020. ....	56
Tabela 4 - Distribuição dos Cursos por Município e número de Vagas no Estado do Paraná.....	57
Tabela 5 - Distribuição dos Cursos de Medicina do Paraná por Categoria Administrativa.....	58
Tabela 6 - Número de cursos em funcionamento e novos cursos no Estado do Paraná por Período – MEC – 2020 .....	59

### ARTIGO 1

Quadro 1 - Descrição dos estudos utilizados na <i>scoping review</i> .....	68
Quadro 2 - Objetivos de aprendizagem discente com a inserção na APS nos artigos selecionados.....	72
Tabela 1 - Semestres em que os estudantes são inseridos em estágios na APS.....	71

### ARTIGO 2

Quadro 1 - Cursos de Medicina existentes no Paraná, 2017.....	88
Quadro 2 - Categorias utilizadas para a análise do conteúdo dos PPPs das Instituições de Medicina do Paraná, 2017.....	89
Tabela 1 - Distribuição das escolas e número de vagas no Estado do Paraná.....	93
Tabela 2 - Características da inserção na Atenção Primária à Saúde nos Cursos de Graduação do Paraná.....	98

### ARTIGO 3

Quadro 1 - Categorias utilizadas para a análise do conteúdo dos PPPs das Instituições de Medicina do Paraná, 2017.....	113
Tabela 1 - Características principais das IES selecionadas para entrevista.....	113
Tabela 2 - Características da inserção na Atenção Primária à Saúde nos Cursos de Graduação do Paraná.....	119

## LISTA DE ABREVIATURAS

ÃAppO - *Ärztliche Approbationsordnung*

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

APS - Atenção Primária à Saúde

CAEM - Coordenado pela Comissão de Avaliação das Escolas Médicas

CES - Compañeros en Salud

CEP/UEL - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina

CNE - Conselho Nacional de Educação

CNEMFC - Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais

DENEM - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

ESF - Estratégia Saúde da Família

EURACT - *European Academy of Teachers in General Practice*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDA - Programa de Integração Docente Assistencial

IES - Instituições de Ensino Superior

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MFC - Medicina de Família e Comunidade

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PMM - Programa Mais Médicos

PPP – Projeto Político-Pedagógico

PPPs – Projetos Político-Pedagógicos

Primafamed - Primary Care and Family Medicine Network for sub-Saharan Africa

Promed - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

SEMERGEN - Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

SemFYC - Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SEMG – Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SINAES - Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VER-SUS - Projeto Vivências e Estágios na realidade do SUS

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO .....	21
1.1.1	<b>A História da Formação Médica</b> .....	<b>21</b>
1.1.2	<b>A Formação Médica para a Atenção Primária</b> .....	<b>25</b>
1.1.3	<b>A História da Formação Médica no Brasil</b> .....	<b>32</b>
1.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – CONCEITO PARA O ESTUDO .....	39
1.3	COMPETÊNCIAS – CONCEITO PARA O ESTUDO.....	39
1.4	PIERRE BOURDIEU – CONCEITOS DE REFERÊNCIA PARA O ESTUDO.	40
1.4.1	<b>Habitus</b> .....	<b>41</b>
1.4.2	<b>Campo</b> .....	<b>43</b>
1.4.3	<b>Capital</b> .....	<b>44</b>
1.4.4	<b>O Poder Simbólico</b> .....	<b>46</b>
1.4.5	<b>Análise do Currículo Médico a partir da Visão de Bourdieu</b> .....	<b>47</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>48</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	48
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	48
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>49</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	49
3.2	CONTEXTO E PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	49
3.3	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	50
3.3.1	<b>Pesquisa Documental</b> .....	<b>50</b>
3.3.2	<b>Entrevista Semiestruturada com Informantes-Chave</b> .....	<b>51</b>
3.4	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	52
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	523
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>54</b>
4.1	OS CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL E NO PARANÁ .....	54
4.2	ARTIGO 1 – A FORMAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	60

4.3	ARTIGO 2 - A FORMAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PARANÁ.....	83
4.4	ARTIGO 3 - A FORMAÇÃO MÉDICA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM QUATRO ESCOLAS DO PARANÁ: A PERCEPÇÃO DOS COORDENADORES DE CURSO.....	108
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>134</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>137</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>146</b>
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados pesquisa documental .....	147
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com coordenador/equipe gestora da instituição de Ensino Superior.....	148
	APÊNDICE C - Termo de autorização institucional .....	149
	APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	150
	APÊNDICE E – Declaração de coleta de dados .....	152

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

#### 1.1.1 A História da Formação Médica

No mundo, três principais gerações de reformas educativas para a formação médica caracterizaram o século passado: 1) Primeira geração, que implantou um currículo baseado na ciência; 2) Segunda geração, que introduziu inovações instrutivas com um currículo baseado em problemas; e 3) Terceira geração, com um currículo para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, a partir da adaptação das competências profissionais essenciais a contextos específicos (FRENK *et al.*, 2010).

A primeira geração de reformas, estimulada pelo Relatório Flexner de 1910, integrou a ciência moderna aos currículos das escolas transformadas em Centros Universitários, permitindo, com esse conhecimento, contribuir para duplicar a expectativa de vida (FRENK *et al.*, 2010).

Em 1908, Abraham Flexner recebe o convite de Henry S. Pritchett, da Carnegie Foundation, para realizar uma avaliação da educação superior dos Estados Unidos, a começar pelo ensino médico, cujo resultado é conhecido como Relatório Flexner (ALMEIDA FILHO, 2010).

Flexner, durante sua avaliação, visitou 155 escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá. Dentre outros tópicos, Ludmerer (2010) destaca algumas discussões teóricas escritas e avaliadas pelo estudioso: 1) Formação médica positivista; 2) Critérios de entrada rigorosos: mínimo de dois anos de preparação com biologia, química e física; 3) Método científico: pensamento científico aliado à prática médica; 4) Aprender fazendo: maior tempo deve ser gasto no laboratório e na clínica; 5) Pesquisa deve ser atividade central e a escola de Medicina deveria fazer parte de uma universidade com uma grande quantidade de professores, em tempo integral.

Desde as recomendações propostas por Flexner, a educação médica pouco se alterou, mantendo um currículo dividido em ciências básicas, de dois anos, que

são o fundamento para a educação clínica posterior, hospital universitário e as ciências experimentais como a base do ensino (PEIXINHO, 2001).

O modelo Biomédico torna-se, então, dominante, fixou-se como um imperativo cultural, com status de “dogma”. Esse modelo assume que a doença pode ser totalmente explicada por desvios da norma biológica. As crenças e atitudes dos médicos são moldadas por esse modelo muito antes de sua formação profissional, reforçando-o (ENGEL, 1977).

Porém, esse modelo não permite compreender o porquê de alguns indivíduos, que possuem a mesma doença, reagirem de formas distintas a ela. Para compreender os determinantes das doenças e chegar a tratamentos racionais e padrões de cuidado em saúde, o médico deve considerar o paciente, seu contexto social e o sistema social, isso requer um modelo biopsicossocial. O médico deve pesar as contribuições relativas ao social e ao psicológico, bem como o biológico, que pode estar implicado no adoecimento do paciente (ENGEL, 1977).

Em 1981, a Associação das Faculdades Médicas Americanas criou o Painel para a Formação Profissional Geral do Médico e Preparação para a Faculdade de Medicina. As conclusões desse painel foram divididas em cinco grandes grupos, dentre as quais, podemos destacar a que possibilita alguns novos objetivos da Educação Profissional geral: as faculdades de Medicina devem preparar os estudantes para as mudanças demográficas e das necessidades dos cuidados em saúde, enfatizando as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES, 1984).

A Federação Mundial para a Educação Médica (1988) elaborou a Declaração de Edimburgo, mais sensíveis à formação para a atenção primária, de forma que orientou a formação de médicos que estivessem envolvidos na promoção da saúde da população. Teve a intenção de integrar saúde e promoção, bem como os problemas comunitários e a compreensão da pessoa como um todo, a respeito dos valores sociais e comunicação (WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION, 1988).

O documento elaborado pela Fundação Robert-Wook Johnson concluiu que o novo paradigma para a biologia, criado pela medicina molecular, produz uma nova unidade de ensino e aprendizagem das ciências, o que garantirá uma vitalidade futura para a prática médica. As mudanças nos modelos de doença e a

transformação da prática médica, com ênfase na prevenção, requerem dos estudantes novos conhecimentos sociais, comportamentais, de epidemiologia clínica e das ciências da informação. Haveria, portanto, a necessidade de formação para além dos hospitais de atenção terciária (KUHN, 1970).

Byrne e Rozental (1994) indicaram alguns pontos considerados tendências para a educação médica, os quais são: aprendizado baseado na solução de problemas e um currículo voltado para a comunidade.

Rodas e Saldarriaga (2004) apresentaram uma revisão das mudanças mais importantes na prática médica no mundo: 1) Globalização: possibilidade de estágios em outros países; 2) Interdisciplinaridade: o trabalho em equipe deve ser fortalecido desde a graduação médica; 3) Fortalecimento da pesquisa; 4) Fortalecimento das ciências básicas biomédicas: devido aos avanços da biologia molecular, genética e fisiopatologia, o que gera a integração das ciências básicas com as clínicas; 5) Fortalecimento da saúde pública: a incorporação dos conceitos de saúde pública para garantir o desenvolvimento do graduando no plano social, político e econômico, a fim de desenvolver a liderança comunitária; 6) Formação sócio-humanista: os estudantes devem aprender os princípios, valores e a filosofia que impregnam o modo particular do exercício de sua profissão em uma determinada época e sociedade; e 7) Flexibilidade curricular: estruturas curriculares capazes de garantir que os estudantes desenvolvam habilidade de autoaprendizagem com acesso a recursos, tais como as bases eletrônicas de dados, espaços de simulação, informática, aprendizagem baseada em problemas e medicina baseada em evidências.

Em 2010, uma comissão independente, composta por 20 pesquisadores de diversos continentes, fez uma análise crítica sobre a formação em saúde, posterior ao Relatório Flexner, e orienta que a falta de sintonia da formação com as mudanças dos sistemas de saúde, com currículos médicos fragmentados, desatualizados e estáticos não é capaz de enfrentar as iniquidades em saúde e sugere reformas educacionais, que permitam sinergia das instituições de ensino com os sistemas de saúde. Para modificar essa realidade, faz-se necessária uma série de mudanças na formação médica, a saber: currículo baseado em competências; educação inter e transprofissional; empoderada pelas tecnologias; mas com manejo local dos recursos e conhecimentos; fortalecimentos dos recursos educativos; promoção de

um novo profissionalismo, que utilize como critério as competências para a classificação dos profissionais de saúde; mecanismos institucionais de planejamento conjunto em cada país para ampliar o comprometimento; sistemas acadêmicos, que estendam a prática da tradicional escola e hospital para a formação na atenção primária e na comunidade; redes globais entre as instituições de ensino e promoção de uma cultura investigativa crítica (FRENK *et al.*, 2010).

As considerações elencadas nos artigos apresentados acima sobre a educação médica apontam que currículos fragmentados, desatualizados e estáticos não serão capazes de formar uma força de trabalho de saúde equipada para atender às necessidades de saúde das pessoas, capacitar comunidades ou melhorar o bem-estar humano.

Uma das iniciativas para qualificar a formação em saúde são os estágios longitudinais integrados, que foram implementados em quase todo o mundo e que significam estágios ao longo do curso de Medicina, aplicados durante longos períodos, geralmente um ano, de forma integrada, envolvendo hospitais e clínicas comunitárias enquanto espaço de formação (HUDSON *et al.*, 2016).

Existem dois principais tipos de estágios longitudinais integrados: 1) Modelo Generalista: baseado na comunidade, em que o aluno se fundamenta na prática geral e aprende em uma variedade de ambientes comunitários; 2) Modelo de Transmissão paralelo: baseado no cuidado, em que a base do aluno está em uma clínica especializada de atendimento ambulatorial, com experiência clínica e hospitalar (HUDSON *et al.*, 2016).

Na literatura, há uma grande variedade de nomes para descrever a exposição clínica precoce: experiência precoce do paciente, contato precoce com paciente, contato precoce integrado com paciente, exposição clínica precoce, experiência clínica precoce, experiência prática precoce, contato clínico precoce, aprendizagem baseada na experiência precoce, contato estudante-paciente precoce e encontro precoce do paciente (BASAK *et al.*, 2009).

Apesar de não haver consenso sobre o conceito da exposição clínica precoce, isso pode ser definido por um contato humano autêntico, em um contexto clínico ou social, que permite o aprendizado em saúde, doença e experiência da doença, bem como as regras do cuidado profissional; que ocorre durante os anos pré-clínicos da graduação (LITTLEWOOD *et al.*, 2005).

Dornan *et al.* (2006) publicaram uma revisão sistemática sobre os efeitos da experiência precoce no ensino médico e identificam variação entre momento, duração, métodos de ensino e conteúdo desses programas. Porém, geralmente, é compulsória e ocorre nos primeiros dois anos do currículo, frequentemente, supervisionada e, às vezes, com exposição direta ao paciente, sua família e comunidade. Esses autores identificaram que tal exposição melhora as atitudes dos estudantes sobre as ciências básicas e promove inserção em relação aos aspectos do cuidado médico baseado no modelo biopsicossocial.

### **1.1.2 A Formação Médica para a Atenção Primária**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou a Atenção Primária à Saúde (APS) como ferramenta central para atingir o objetivo de “Saúde para Todos” e encorajou todos os países a orientar seus sistemas de saúde para o fortalecimento da APS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Starfield (2012) afirma que há evidências significativas de que um sistema de saúde, fortemente pautado na APS, provê uma melhor saúde para a população, maior equidade à produção do cuidado e melhor uso dos recursos econômicos. Portanto, para desenvolver e manter um sistema de cuidado baseado na APS é necessário que parte substancial da graduação médica seja efetivada nesse nível de atenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

“*Tomorrow’s doctors*”, o guia do Conselho de Médicos Gerais para as Escolas Médicas do Reino Unido, publicado pela primeira vez em 1991, enfatiza uma educação médica com aproximação holística, em que o graduando entenda o envolvimento social e cultural no qual a medicina é praticada e experiencie uma variedade de cenários para a prática. Esse documento teve um poderoso papel que moveu a educação médica do hospital para a comunidade (GENERAL MEDICAL COUNCIL, 2003).

Pearson e Mckinley (2010) apresentam algumas ponderações em relação às considerações expostas pelo guia acima: os médicos devem ser treinados onde as pessoas moram, trabalham, ficam saudáveis e doentes. É essencial aprender as condições mais prevalentes dos pacientes e manejar suas experiências com a doença. E ainda, considerando que 50% dos médicos do Reino Unido atuarão como

médicos gerais, é necessário treiná-los nesse cenário e que aprendam a trabalhar em equipes multiprofissionais de saúde.

Basak *et al.* (2009) aplicaram um questionário em 40 escolas de Medicina da Europa e identificaram que 80% dessas implantaram a exposição clínica precoce, começando já no primeiro ano, embora a maioria tenha acontecido no final do primeiro semestre. A duração foi bastante variável, desde duas semanas a dois anos, com sessões que abrangiam de duas horas ao dia inteiro. A maioria dos programas ocorriam na APS, com clínicos gerais ou nos ambulatórios do departamento de medicina da família. Diferentes objetivos para a inserção foram identificados, aparecendo as orientações sobre diversos aspectos da prática médica e a introdução às habilidades clínicas, sendo anamnese e exame físico os mais prevalentes.

Brekke *et al.* (2013) utilizaram o grupo *European Academy of Teachers in General Practice* (EURACT) para pesquisar sobre a presença de estágios em prática geral ou medicina de família nas faculdades de Medicina da Europa, e identificaram que, das 259 respondentes, apenas 35 (distribuídas em 11 países da Europa) não possuíam estágio em APS no currículo; 15 possuíam estágio, porém, sem prática clínica ou muito breve. Portanto, 19% das universidades não possuíam ou possuíam com curta duração estágio de prática geral ou medicina de família.

Em outro estudo, 28 escolas de medicina do Reino Unido enviaram seus documentos sobre os estágios curriculares de APS. Dentre as questões identificadas, uma estava relacionada aos conteúdos ensinados nos estágios de APS e sobre o objetivo deste, cujas respostas obtidas foram: habilidades de consulta e comunicação, trabalho em equipe e desenvolvimento individual e de outros, diagnóstico, tratamento, promoção e prevenção. Quanto ao período de inserção da APS nos currículos, quase metade das instituições oferta os estágios em todos os cinco anos do curso, e 25% em apenas dois ou três anos. Outros pontos identificados: 56% das escolas possuíam lista de problemas sobre o que os estudantes precisariam aprender durante o estágio, e 35% demonstravam que o ensino da APS está integrado em todo o currículo médico (BOON; RIDD; BLYTHE, 2017).

Um estudo realizado com nove estudantes dos cinco anos de graduação de uma faculdade de Medicina no Reino Unido destacou os seguintes benefícios da

prática clínica precoce: integração da teoria com a prática, motivação dos estudantes de estudar para objetivos da carreira, prática de habilidades e avaliação clínica, desenvolvimento da comunicação e habilidade de consulta, trabalhar independentemente com pacientes, entender o sistema nacional de saúde, observar e aprender com outros profissionais de saúde, desenvolver o relacionamento estudante/tutor, desenvolver o profissionalismo e a aprendizagem oportuna do plano de carreira (VAN OPPEN *et al.*, 2018). Apesar de uma amostra pequena, tais relatos vão ao encontro do que se verificou em outros estudos em relação aos motivos de ensinar a APS. Newbronner *et al.* (2017), também, encontraram resultados semelhantes, pesquisando estudantes nos três diferentes estágios da carreira no Reino Unido.

A Irlanda realizou a inserção de mudanças no seu currículo médico e recentemente, a política educacional tem recomendado maior orientação comunitária. Nessa perspectiva, a Universidade de Dublin desenvolveu um módulo de duração de 6 semanas, quatro vezes ao ano, nos estágios finais do programa de formação, dentro das disciplinas de Prática Geral e Medicina para os idosos, com o intuito de mostrar como a medicina é praticada e como o cuidado à saúde é entregue na comunidade. Foi realizada uma avaliação com os estudantes e 69,3% deles se mostraram satisfeitos com o curso e mais de 75% concordaram ter atingido 12 dos 13 objetivos estabelecidos previamente ao curso (NÍ CHRÓINÍN, 2012).

Em pesquisa realizada nas faculdades de medicina espanholas com estudantes do primeiro, terceiro e quinto anos, nos períodos de 2009-2010 e 2011-2012, identificou-se que 89,8% dos estudantes da primeira fase e 92,9% da segunda fase consideravam que a Medicina de Família e Comunidade (MFC) desenvolve uma função social imprescindível, porém menos de 20% afirmaram possuir prestígio semelhante às outras especialidades. Aproximadamente 87% dos estudantes de ambas as fases afirmaram haver justificativas suficientes para a aprendizagem teórico-prática de MFC e houve, também, opiniões distintas em relação ao momento exato do curso em que isso deve ocorrer, porém a maioria concorda que deve acontecer de forma precoce (ZURRO *et al.*, 2013).

As sociedades científicas espanholas (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria - semFYC, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria – SEMERGEN, *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia* -

SEMG y la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria) recomendam a incorporaco imediata da MFC, como área de conhecimento da universidade espanhola; criao de departamentos ou unidades específicas de MFC, dentro das universidades; consolidao de um corpo docente de MFC em todas as universidades; criao de uma rede de centros de saúde universitários; presença da MFC em todas as faculdades de Medicina, como disciplina obrigatória, longitudinal e transversal; ademais, a prática na APS deve ter um peso considerável (VICENTE *et al.*, 2012).

Na Sua, apenas um terço dos médicos praticantes são médicos de APS, o que faz com que o país enfrente uma crise de mão de obra para o trabalho, principalmente, ao considerar o grande volume de médicos de APS que devem se aposentar. Um estudo realizado com os alunos do quinto ano da Faculdade de Genebra e Lausanne, mostrou que a aprendizagem na APS tem uma influência positiva  imagem dos estudantes, melhor ainda em Lausanne, onde os componentes do currículo de APS foram mais bem avaliados que em Genebra (CHUNG *et al.*, 2016).

Reforçando o descrito acima, estudo realizado na Sua em 2010 com estudantes de Medicina, que estavam prestes a se registrar e repetido em 2013, quando finalizavam o terceiro ano, observou-se que houve uma deteriorao significativa da imagem da APS. Essa degradao pode ser explicada pela baixa exposio a esse nível de cuidado, durante a formao pr-clínica, além de fatores extrínsecos como prestígio, oportunidades de carreira e risco financeiro (CERUTTI *et al.*, 2015).

Na alterao de 2002 dos regulamentos alemães para licenciamento médico, o *rztliche Approbationsordnung (AppO)*, também atribuiu-se mais peso  clínica geral e ao conteúdo prático do curso de medicina, com enfoque em experiências de estágios eletivos obrigatórios, como o Projeto de Classe de Prática Geral, da Universidade *Martin-Luher Halle-Wittenberberg*; o *Famulatur*, da Faculdade de Medicina de *Tübingen*; e a experiência do eletivo em Cuidado Primário Orientado  Comunidade, de *Charite – Universittsmedizin Berlin* (LANGOSCH *et al.*, 2012, GOTTLOB; JOSS; HAUMANN, 2019, HERRMANN; GEHRKE-BECK; HEINTZE, 2019).

No Sistema Nacional de Saúde grego, os médicos gerais ou médicos de família são totalmente responsáveis por desenvolver a APS, entretanto, o foco político de melhorar o treinamento dos médicos gerais e providenciar incentivos para fazer a especialidade atrativa não se estendeu à criação de Departamentos de Atenção Primária à Saúde, nas faculdades de medicina grega; somente a Faculdade de Medicina de Creta, das sete faculdades do país, possui um corpo docente na disciplina de Medicina de Família, desde 1984 (MARIOLIS; ALEVIZOS; MIHAS, 2008). Apesar dessa situação, o departamento de Fisiologia da Faculdade de Atenas, em conjunto com a única clínica de APS da cidade, efetivou um estágio optativo e, dos 513 estudantes que responderam aos questionários foi possível perceber uma significativa melhora nas habilidades clínicas e de exame físico, bem como no interesse de se especializar em medicina geral (MARIOLIS *et al.*, 2008).

Considerando a realidade em saúde da África Subsaariana, a formação dos profissionais médicos dessa região deve contemplar as seguintes características: compreender a importância da determinação social do processo saúde-doença, do modelo biopsicossocial e do sistema de saúde; possuir competência clínica, como observação, investigação, diagnóstico e tratamento baseado na ciência biomédica, com empatia, ter habilidades práticas de comunicação, além de colaboração interpessoal (AHMED; VELLANI; AWITI, 2011) e para compreender como está ocorrendo a formação médica, as instituições participantes do oitavo *Primary Care and Family Medicine Network for sub-Saharan Africa* (PRIMAFAMED) prepararam pôsteres para falar sobre a presença ou ausência da formação em APS e MFC; o resultado encontrado foi que tal experiência acontece na maioria dessas faculdades (BESIGYE *et al.*, 2017).

A Índia possui, ainda, um currículo com pouca formação para a APS, pois 91,5% do tempo da formação é gasto com atenção terciária, enquanto apenas 8,5% com a APS. O Conselho Médico da Índia tem recomendado que o treinamento na APS e secundária inclua, compulsoriamente, treinamento em Medicina de Família (MOHANNA; BATRA, 2016).

A Fundação Carnegie identificou vários reflexos do Relatório Flexner nas escolas médicas e fragilidades no modelo de ensino atual. A partir disso, em 2010, a fim de elaborar uma recomendação de mudanças, realizou um estudo em 11 escolas médicas dos Estados Unidos para identificar as principais inovações que

ocorreram no ensino médico dessas escolas, a citar: ensino médico padronizado com avanços por competências; processo de aprendizado individualizado; programas efetivos para o desenvolvimento de habilidades para anamnese; conexão do conhecimento formal com experiência clínica, incluindo uma inclusão precoce; integração do ensino básico e clínico; engajamento dos estudantes em níveis maiores de compreensão sobre a doença e o cuidado, com integrações mais longitudinais com os pacientes; fornecimento de oportunidades para os estudantes experimentarem vivência com maior número de profissionais; educação interprofissional em equipe; aptidão dos alunos para adquirir experiências formais e adaptadas; engajamento dos estudantes em problemas desafiadores e participação real dos processos de anamnese e cuidado; iniciativas focadas na saúde da população; educação em clínicas locais, onde o cuidado de qualidade é ofertado ao paciente; provimento de ensinamentos formais de ética; abordagem das mensagens do currículo oculto; promoção de feedback contínuo; promoção de relacionamentos de suporte e criação de um ambiente de aprendizagem colaborativa (IRBY; COOKE; O'BRIEN, 2010).

Um grupo de 15 educadores experientes da Escola de Medicina de Harvard elaborou um conteúdo curricular para a formação em APS, tendo como características: longitudinalidade do cuidado; formação generalista; coordenação central do cuidado; habilidade de comunicação para construção de uma aliança terapêutica; conhecimento sobre as condições agudas e crônicas; cuidado nas diferentes fases da vida, incluindo ações de promoção e prevenção; abordagem dos transtornos mentais mais prevalentes e de mudanças de hábitos de vida; cenários de práticas em ambulatórios do sistema de saúde; trabalho interprofissional; saúde da população e seus determinantes culturais (FAZIO *et al.*, 2016).

A Escola de Medicina da Universidade de Northwestern de Chicago iniciou um estágio de imersão longitudinal em APS e realizou um estudo comparando com estudantes do modelo tradicional. Após essa implantação, demonstrou-se que os estudantes, inseridos nesse novo modelo, tiveram um desenvolvimento maior em relação à criação de relacionamentos terapêuticos com pacientes, pois apresentaram maior número de contatos de acompanhamento e uma satisfação maior em relação ao seu estágio de formação em APS (HENSCHEN *et al.*, 2015).

O Curso de Medicina da Faculdade do Texas também ofertou um projeto piloto, chamado SCOPE, para a inserção precoce dos estudantes na APS. Os resultados apontaram que o Projeto foi um espaço de múltiplas oportunidades para reforçar a aprendizagem, permitir feedbacks formativos, criar um relacionamento melhor entre estudante e faculdade, além do maior interesse dos estudantes pela formação em APS (FORD *et al.*, 2018).

Em 1936, o Presidente do México e o Reitor da Universidade Nacional Autônoma do México estabeleceram um acordo em que todos os estudantes de Medicina deveriam completar um ano de serviço social, na APS, chamado de “*pasantía*”, antes de obter a licença médica (RAMÍREZ, 2012). Apesar de o objetivo ser a sua inserção no Sistema de Saúde, os estágios acabaram por não ser adequadamente supervisionados (VAN WIEREN *et al.*, 2014).

Na tentativa de ofertar um novo modelo de serviço social em APS no país, os *Compañeros en Salud* (CES), uma organização não-governamental, em parceria com o Ministério da Saúde (MOH), elaboraram, em conjunto com outros médicos, uma “*pasantía*” supervisionada, em algumas comunidades da Região de Serra Madre de Chiapas. Essa experiência demonstrou, a partir de pesquisa realizada entre 2012 e 2013, ser transformadora para os participantes, fazendo com que tivessem uma outra vivência e maior comprometimento com o trabalho; assim, desenvolveram uma habilidade de liderança clínica maior e um melhor entendimento do Sistema de Saúde Pública do México (VAN WIEREN *et al.*, 2014).

O Chile possui um sistema de Saúde pós-reforma sanitária também pautado na APS. Um estudo, para analisar a situação da Educação Médica para atuar nesse cenário, foi realizado com informantes-chave e por grupos focais entre 2013 e 2014, composto por estudantes de medicina do primeiro, quarto e sétimo anos e demonstrou que, apesar de se demandar um perfil de egresso generalista na formação, isso não ocorre. Na opinião dos discentes a cultura médica transmitida pelos docentes é de que “é melhor ser especialista”. Dessa maneira, os estudantes entendem que há uma formação generalista que permite sua posterior especialização. Além disso, ambos os grupos identificaram que a formação ocorre, prioritariamente, em hospitais, mas os estudantes sentem falta da formação em APS, por conta da sua atuação profissional nos primeiros anos após formatura. As faculdades estudadas possuem estágios em APS esporádicos e voluntários com

inserção tardia. Portanto, verificou-se que não há formação para a atuação em APS nas escolas chilenas estudadas, a despeito das orientações da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e das necessidades do país (PARADA-LEZCANO; ROMERO; MORAGA CORTÉS, 2016).

### **1.1.3 A História da Formação Médica no Brasil**

As duas primeiras escolas médicas no Brasil foram criadas no século XIX após a vinda da família real ao Brasil. Localizavam-se em Salvador e no Rio de Janeiro e marcaram o início da era da medicina pré-científica no Brasil. A formação possuía influência francesa e os conhecimentos eram oriundos de outros países, pois apenas por volta de 1866 é que o país iniciou seus próprios estudos e pesquisas, passando, então, para a era científica.

Em 1897 ocorreu a primeira ampliação do número de escolas médicas com a criação da Escola de Medicina de Porto Alegre, e em 1960, um pouco mais de sessenta anos após, havia, no Brasil, 24 escolas médicas. Entre 1960 e 1990, foram criadas mais 65 escolas (LAMPERT, 2002; LAMPERT, 2008).

Algumas mudanças na estrutura curricular dos cursos de Medicina ocorreram ao longo desse período sendo algumas delas: em 1912, o aumento do curso de quatro para cinco anos; em 1884, a unificação dos cursos médico e cirúrgico e; em 1932, as escolas médicas passam a ser denominadas de Faculdades e o curso teve sua duração ampliada para seis anos (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2008).

O Conselho Federal de Educação, vinculado ao MEC, em 1969, publicou a Lei da Reforma Universitária (Lei nº 5.540/68) e a resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969 que trouxeram uma revisão curricular e estabeleciam as diretrizes para o currículo mínimo dos cursos de Medicina no Brasil. Muito do que foi proposto por tais legislações persistem até hoje tais como: estruturação do curso em departamentos com disciplinas; duração de cinco a nove anos, sendo dois de ciclo básico; determinação das matérias consideradas indispensáveis; e o chamado ciclo profissional, organizado com atividades práticas em enfermarias, ambulatórios, internato médico e estágios extracurriculares (LAMPERT, 2002; NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2008).

A reforma de 1969 trouxe um modelo com uma visão biológica do processo de adoecimento, fragmentou o ensino em disciplinas e especialidades e criou o hospital universitário como espaço para o ensino-pesquisa. Essas mudanças culminaram no reforço da especialização precoce, e na influência do complexo médico-industrial-farmacêutico, que interfere, de diferentes maneiras, no processo formativo do médico (AZEVEDO *et al.*, 2013).

O modelo acima descrito, também denominado flexneriano ou biologicista foi iniciado a partir do século XX, quando, em 1910, Abraham Flexner, a pedido da fundação Carnegie realizou a avaliação do ensino superior nos Estados Unidos, começando pelas escolas médicas. Durante 6 meses, ele visitou 155 escolas e publicou um relatório cujo impacto foi o fechamento de várias dessas escolas, restando, ao final de 10 anos, apenas 31 escolas médicas (ALMEIDA FILHO, 2010).

A “crise da medicina” marca o momento em que, na década de 1960, inicia-se no mundo críticas ao setor da saúde, principalmente relacionado ao distanciamento em que esta demonstrava com as necessidades de cuidado da população. Nesse contexto, organizações como a OMS, OPAS, governos, universidades, sociedade organizada e instituições de classe iniciaram um conjunto de movimentações e reformas no setor de saúde para tentar responder à crise (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

O Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), lançado, em 1981, pelo Ministério da Educação em parceria com a fundação Kellog, incentivava projetos de formação profissional a partir da inserção precoce dos acadêmicos em unidade de APS, na tentativa de ampliar a articulação entre universidade e serviços de saúde. Apesar de apresentar alguns avanços, houve baixa participação dos docentes e ações fragmentadas, não possibilitando mudanças curriculares significativas (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Em 1986, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com lema “Saúde como direito de todos e dever do Estado” iniciou-se a construção de um Sistema Nacional de Saúde, público e Universal. Com a promulgação da nova Constituição Brasileira, em 1988 e com as Leis Orgânicas de 1990 foi criado o SUS, que tem como base os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, além das diretrizes da regionalização, da descentralização, da hierarquização e da participação da comunidade (NOGUEIRA, 2009). A Constituição Federal de 1988

em seu artigo 200, inciso III estabelece que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

Reconhecer o SUS como ordenador exige reestruturação dos currículos de medicina, orientado pelo princípio da integralidade, revisão do processo de trabalho e da gestão em saúde (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).

O projeto UNI (Uma Nova Iniciativa para a educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade), em 1990, também com financiamento da Fundação Kellogg, objetivava uma formação com base no trabalho multiprofissional e fortalecimento de componentes curriculares, como estágios obrigatórios na comunidade, além de disciplinas com base em epidemiologia, inseridos nos Sistemas Locais de Saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Após as experiências com os dois projetos acima descritos, IDA e UNI, a partir de 2001, o Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) e, após 2002, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) vêm propondo medidas na tentativa de mudar a formação na área da saúde no país. Pode-se citar as seguintes: 1) As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos da Área da Saúde (2001); 2) O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) (2002); 3) O Projeto Vivências e Estágios na realidade do SUS (VER-SUS), de 2003); 4) APRENDER-SUS (2004); 5) Polos de Educação Permanente; 6) O Programa - Pró-Saúde I (2005) e Pró-Saúde II (2007) e 7) Pet-Saúde (2007).

As propostas acima sinalizaram possibilidades de mudanças para a formação pautada na reestruturação dos currículos de medicina e da inclusão de debates sobre essa necessidade, com objetivo de cumprir a reforma curricular. Redesenhar os currículos para incluir novos cenários e práticas e outras estratégias de ensino-aprendizagem surge como necessidade e parece possibilitar uma mudança no perfil dos médicos egressos (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Com o objetivo de avaliar os cursos superiores e a implantação das DCNs, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) foi criado em 2004, instaurando uma cultura avaliativa. Coordenado pela Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM) da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) iniciou-se, em 2006, um projeto de avaliação das escolas médicas (LAMPERT, 2008). Essa comissão além de realizar o diagnóstico da existência da transformação

curricular nas escolas, objetivava acompanhar a evolução dessas mudanças, de forma participativa e construtiva (ABDALLA *et al.*, 2009).

Considera-se como fundamental para a mudança da formação médica a inserção em diferentes cenários, incluindo a APS, a atenção secundária e atenção terciária. A inserção precoce, desde os primeiros períodos em unidades de saúde pode propiciar a formação profissional que se espera, porém deve-se considerar que outros problemas carecem de atenção na formação, tais como: a dissociação entre teoria e prática, fragmentação entre ciclo básico e clínico, especialistas e generalistas, a falta de capacitação docente, a desumanização, entre outros (GOMES *et al.*, 2012).

Uma pesquisa analisou o currículo de cinco Instituições de Ensino Superior (IES) do Paraná, verificou-se que foram idealizados com base em vários princípios das DCNs, porém, ainda demandam uma série de avanços, pois somente dois dos cinco cursos analisados respondem a tais normas de forma plena. No que se relaciona à inclusão da APS no currículo, somente uma instituição não inclui a participação na Estratégia Saúde da Família (ESF); as outras quatro o fazem de diferentes formas, mas a inserção acontece (ALMEIDA *et al.*, 2007).

Ronzani (2007) considera que apesar das discussões para fortalecer a reforma e as transformações nos cursos de graduação existe uma dificuldade de modificar as crenças dos profissionais de saúde em relação ao antigo modelo. Essas dificuldades estão relacionadas ao contexto (economia, mercado de trabalho, demandas da sociedade e instituições de saúde), à maior identificação com a especialização, à estrutura curricular fragmentadas e com divisões em disciplinas, à dependência tecnológica, e a uma política de saúde que reforça o financiamento e a infraestrutura especializada.

Outro fator dificultador é a qualidade e o perfil do docente de medicina. Costa (2007), ao analisar a reforma curricular e a inserção de currículos com metodologias ativas dentro do curso de medicina, identifica no perfil do docente os dificultadores:

- 1) Desvalorização das atividades de ensino: a docência é uma atividade secundária e o critério de contratação está relacionado ao desempenho técnico e publicações;
- 2) Ausência de exigência de habilidades para a docência;
- 3) Despreparo da maioria dos docentes, pois suas atuações baseiam-se em repetição de modelos vivenciados;
- 4) Resistência dos profissionais em relação à introdução de novas

metodologias; 5) Currículos fragmentados em disciplinas onde cada professor centraliza seu ensino em um objetivo. O autor afirma que para mudanças na formação médica deve-se considerar mudanças na prática docente.

O Ministério da Saúde, em 2011, lançou o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) que tem por objetivo estimular os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas para que atuem em equipes multiprofissionais da ESF. Esse programa tinha também por objetivo superar a dificuldade de fixação profissional, principalmente do médico, o que não se verificou na prática, pois como o programa pontuava 10% nas provas de residência, incentivou a procura em caráter temporário (WEILLER; SCHIMITH, 2014).

Em 2013, ocorreu a implantação do Programa Mais Médicos que propunha as seguintes ações: 1) aumento da oferta de cursos de medicina e vagas de residência médica, priorizando as regiões com menor relação vagas e médicos por habitante; 2) e aperfeiçoamento de médicos na APS por meio da integração ensino-serviço, inclusive, por meio de intercâmbio internacional e 3) estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país (BRASIL, 2013).

A partir da primeira ação, o funcionamento de novas escolas de medicina foi autorizado, e a residência médica foi reorganizada. Antes, era possível ter acesso direto às especialidades como clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria, bem como medicina preventiva e social; depois da reorganização, tornou-se necessário cursar ainda no primeiro ano a residência de Medicina Geral de Família e Comunidade.

A segunda ação foi a vinda de médicos brasileiros formados no exterior ou de médicos estrangeiros para atuar, obrigatoriamente, na APS de um município previamente estabelecido por um prazo de três anos, passível de prorrogação. Arelado a isso, teriam que realizar curso de especialização em Saúde da Família sob a supervisão profissional de um médico brasileiro (BRASIL, 2013).

A terceira ação foi para o fortalecimento da reforma curricular dos cursos de medicina, com a publicação, em 2014, das Novas Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina, sob regulamentação da resolução nº 3, de 20 de julho de 2014. Com base nessa resolução, o perfil do graduado de medicina:

Terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com

ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo saúde e doença (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014, p.1)

A Diretriz descreve que a formação do egresso deverá também contemplar as seguintes áreas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde e que os conteúdos fundamentais para o curso devem estar relacionados com o processo saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade, pautados na realidade epidemiológica e profissional, além de focar nas ações do cuidado em saúde por meio da integralidade (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014).

O Artigo 29, inciso VI, afirma que o curso deve inserir os alunos desde as séries iniciais e, ao longo de todo o processo de formação, nas redes de serviços de saúde, a partir de um conceito ampliado de saúde. No inciso VII, afirma que se deve utilizar, como espaços de prática, diferentes cenários, incluindo unidade de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS. Ainda descreve que, no mínimo 30% da carga horária deverá ser destinada à APS nos serviços de Urgência e Emergência do SUS e realizadas na área de Medicina Geral de Família e Comunidade (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014).

A fim de operacionalizar a inserção preconizada, Gomes *et al.* (2012), afirma que as escolas deverão ter claros: 1) o objetivo da inserção: propiciar vínculos com as pessoas e ações voltadas às necessidades daquela comunidade em conjunto com a equipe local; 2) o papel da preceptoria: ter um papel de facilitador, acompanhar o desenvolvimento das atividades e auxiliar a compreensão por meio de explicações, de demonstrações, a partir de metodologias ativas; 3) o desenvolvimento do projeto: elaboração de um projeto de intervenção, por meio do qual o acadêmico será capaz de identificar os problemas da comunidade e intervir de modo a propiciar a mudança daquela realidade.

Demarzo *et al.* (2011) afirmam que o ensino da atenção primária deve estar presente ao longo de todo o curso com inserções significativas e que faça parte do núcleo de ensino da semiologia e da prática clínica do médico. O aprendizado em APS deve acontecer em unidades de saúde da família, articuladas com a rede de atenção. Ainda, precisa desenvolver abordagem individual e coletiva, com foco na integralidade, sendo que essa atividade deve ocorrer em um modelo “espiral

crecente de complexidade”, em todos os períodos do curso e com metodologias ativas de ensino-aprendizagem, ofertadas por preceptores com formação em Medicina de Família e Comunidade, bem como por outros profissionais com competência em APS.

Considerando que a reforma da formação médica vem sendo discutida há vários anos e que ocorreu uma série de transformações, desde a implantação da diretriz curricular de 2001, até a mais recente, em 2014, bem como com a lei do Mais Médicos, questiona-se: qual é o perfil do médico que está sendo formado nas escolas médicas do Paraná?

O problema de pesquisa apresentado – currículos médicos para formação em Atenção Primária – precisa ser analisado para além da mera existência de diretrizes curriculares que o orientam; deve-se compreender os fenômenos envolvidos nesse processo: por que algumas escolas conseguiram incorporar as necessárias mudanças enquanto outras enfrentam dificuldades? O que pode influenciar para que as mudanças necessárias à confirmação dos cursos sejam ignoradas ou implementadas de forma equivocada?

No entanto, ao analisar que muitas faculdades de medicina conseguiram adequar seus Projetos Político-Pedagógicos (PPPs) para esse novo modelo, faz-se necessário identificar os fatores não percebidos que podem influenciar o porquê de outras terem avançado tão pouco nessa transformação. Nesse sentido, a teoria formulada pelo sociólogo francês, Pierre Bourdieu, apresenta-se como um referencial teórico capaz de auxiliar a compreensão dessas dificuldades.

Para tal, primeiramente, faz-se necessário compreender o que Pierre Bourdieu discute em relação à sociedade. O autor desvincula-se da visão materialista, ou seja, de que apenas a questão econômica determina a sociedade e, portanto, as faculdades, de forma a apresentar uma série de conceitos que ampliam a visão e a compreensão da lógica de organização da sociedade, com regras de poder e classes. Essa teoria pode auxiliar a compreensão das dificuldades de se modificar os cenários de prática em medicina, bem como da implantação de uma formação baseada na Atenção Primária.

## 1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – CONCEITO PARA O ESTUDO

A Conferência de Alma Ata (1987) estabeleceu o conceito de cuidados primários como sendo “cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979, p. 14).

Os cuidados primários representam o nível inicial de contato dos indivíduos da APS, família e comunidade com o Sistema de Saúde, aproximando os serviços dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo-se no primeiro elemento do atendimento em saúde.

A OMS trouxe três componentes para definir a APS: 1) Garantir o acesso aos serviços de promoção, proteção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando os indivíduos, famílias e população geral como elementos centrais da prestação de serviços nos diferentes níveis de atenção; 2) Agir sobre os determinantes mais amplos de saúde; 3) Empoderar os indivíduos, as famílias e as comunidades para melhorarem sua saúde e serem defensores de políticas de saúde e bem-estar, como cuidadores de saúde de si e de outros (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2019).

As DCNs de 2014 descrevem que o formando deverá ser capaz de atuar nos diferentes níveis de atenção, incorporando desde ações de promoção até reabilitação, tanto individuais quanto coletivas. Ainda, em seu artigo 15, inciso II, afirmam que durante a graduação deverá haver “estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica” (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014 p. 9).

## 1.3 COMPETÊNCIAS – CONCEITO PARA O ESTUDO

As DCNs de 2014 estabelecem em seu artigo 27, parágrafo único:

O Currículo do Curso de Graduação em Medicina incluirá aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdo, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014, p.12).

Além disso, todas as distintas áreas de conhecimento são descritas como competência, tais como: competência de atenção à saúde, competência de gestão em saúde e competência de atenção à saúde (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014). Ou seja, as DCNs estabelecem que os profissionais de saúde devem possuir competências para apresentar respostas às necessidades e demandas de saúde da população em determinadas situações (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O conceito de competência sofreu mudanças ao longo dos anos e passou de uma linha comportamentalista/behaviorista para uma abordagem dialógica (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Para a educação, trabalha-se com três principais concepções de competência: 1) atributos pessoais mobilizados em determinado contexto para atingir resultados; 2) conjunto de atributos e capacidades pessoais e 3) resultados esperados (LIMA, 2004). As competências sugerem encontrar, identificar e mobilizar conhecimentos que serão subsídios para a resolução de problemas (OLIVEIRA, 2004).

A competência não é observada diretamente, mas inferida pelo desempenho. Na perspectiva construtivista não se restringe à execução de tarefas, mas enfatiza a historicidade dos sujeitos e seu papel nas mudanças, ou seja, o sujeito, ao se apropriar de sua profissão contribui para reproduzi-la ou transformá-la. Portanto, currículos baseados em competências requerem um entendimento desta como resultante da relação entre o mundo da aprendizagem e do trabalho (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

#### 1.4 PIERRE BOURDIEU – CONCEITOS DE REFERÊNCIA PARA O ESTUDO

Pierre Bourdieu nasceu em agosto de 1930, em Béarn, em uma pequena vila, na área rural, localizada no sudoeste da França. Iniciou seus estudos cercado por filhos de camponeses, operários e pequenos comerciantes, em outra vila remota. Bourdieu destacou-se no ensino médio por sua fama de jogador de rúgbi e pelota basca, de maneira que ganhou bolsa de estudo e foi orientado por um professor a inscrever-se no melhor curso preparatório, para que pudesse se preparar para ser

aluno da *École Normale Supérieure*. Bourdieu ingressou na escola, em que assumiu a Filosofia (WACQUANT, 2002).

Após finalizar sua formação, foi ensinar Filosofia no Liceu de Moulins, pequena cidade na região central da França. Foi chamado pela bandeira francesa a Versalhes, mas, por seu perfil rebelde à autoridade militar, foi enviado à Argélia para servir na missão de “pacificação” da colônia norte-africana. Foi essa vivência que mudou o destino intelectual de Bourdieu, o qual se converteu da Filosofia para a Ciência Social (WACQUANT, 2002).

Bourdieu ocupou vários cargos importantes e de destaque em sua trajetória profissional, essa vivência tornou-se o ponto de partida de Bourdieu para a elaboração de seus estudos posteriores. Bourdieu faleceu em 23 de janeiro de 2002.

Neste estudo serão utilizados alguns conceitos elaborados por Bourdieu, dentre eles: poder simbólico, campo, *habitus* e capital, descritos a seguir.

#### 1.4.1 Habitus

As origens do conceito de *Habitus* remontam à noção aristotélica de *héxis*, presente em suas discussões sobre ética. Isso se refere a um estado apreendido e que estabelece orientação à moral e ao comportamento do sujeito. O conceito de *habitus* de Bourdieu parte da influência de Merleau Ponty. Para ambos, o corpo serve como um receptáculo social e cultural para o sujeito, que incorpora a visão de mundo, no qual está inserido (FAGUNDES, 2017).

Bourdieu descreve o *habitus* como um “sistema de disposições duradouras, estruturas organizadas e predispostas a funcionarem como tal” (BOURDIEU, 2002 p. 163). Exprime então:

o resultado de uma ação organizadora apresentando um sentido muito próximo de termos como estrutura; designa, por outro lado, uma maneira de ser, um estado habitual (em especial do corpo) e, em particular, uma predisposição, uma tendência, uma propensão ou uma inclinação (BOURDIEU, 2002 p. 163).

O *habitus* representa nossa maneira de perceber e julgar o mundo, além de definir nossa forma de agir. Ele é um sistema que possui disposições duráveis e transferíveis, geralmente, composto de disposições adquiridas e aceitas de comportamentos que são de um indivíduo, porém, aprendidos e compartilhados com

os demais membros do mesmo coletivo (THIRY-CHERQUES, 2006; FAGUNDES, 2017).

O *habitus* produz princípios geradores de estratégias para enfrentamento de situações imprevistas, determinadas pela antecipação das suas consequências, são, portanto, o produto de uma intenção estratégica (BOURDIEU, 2002). *Habitus* é um sistema de disposições, que ocasionam a ação de uma determinada forma, em uma situação específica (THIRY-CHERQUES, 2006). Ainda segundo Bourdieu, (2001 p. 175), “o *habitus* constrói o mundo por uma certa maneira de se orientar nele”.

Ele funciona como uma segunda natureza, aprendida de forma explícita ou implícita; funciona como um esquema de ação, percepção e reflexão. É produto da experiência individual, coletiva e da interação entre elas (THIRY-CHERQUES, 2006).

Os agentes sociais, indivíduos ou grupos incorporam o *habitus* gerador, que varia conforme tempo e local, pois, desde que nascemos até morrer, revisamos nosso *habitus*, conforme a lógica do campo e da situação que nele ocupamos (THIRY-CHERQUES, 2006).

O *habitus* é composto por uma dinâmica simbólica e específica, na qual está inserido; as práticas sociais, orientadas por ele, apresentam propriedades simbólicas da posição de quem as define. Portanto, possui função de orientar as ações dos sujeitos dentro das estruturas sociais (FAGUNDES, 2017).

O *habitus* de um indivíduo é capaz de impor seletividade às informações apresentadas pelas instituições, incluindo a escola. Segundo Bourdieu, cristaliza e potencializa as diferenças culturais, evidenciadas pelos estudantes, o que reforça as diferenças culturais dispostas em um sistema. Podemos dividi-lo em público, por meio da exposição ao ambiente escolar e privado, relacionado à socialização (BOURDIEU, 2013). Entretanto, observam-se diversos *habitus*, resultantes das disposições adquiridas na escola, sendo, portanto, a escola criadora de *habitus*.

O *habitus* é formado durante a socialização do indivíduo, o que inclui desde o relacionamento familiar, primeira educação, escola, trabalho, bem como contribui para a formação no contexto social (ALMEIDA, 2005).

Uma característica importante, relacionada ao *habitus*, é a tendência de criação de estilos de vida homogêneos, fenômeno associado à capacidade de transpor as disposições de um contexto ao outro, por exemplo, da escola para o trabalho.

Bourdieu utiliza, portanto, o *habitus* como conceito para explicar a lógica da prática social.

### 1.4.2 Campo

O campo é definido por Bourdieu como um espaço estruturado de posições, cujas características dependem da posição nesses espaços, mas que podem ser analisados independente das características dos ocupantes. Há leis nos campos que variam conforme os diferentes campos (BOURDIEU, 2003)

A estrutura do campo é o resultado da relação de força entre os agentes ou instituições envolvidas na luta, ou do capital acumulado nas lutas anteriores (BOURDIEU, 2003).

O campo é, ao mesmo tempo, um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes nele envolvidos, e um campo de lutas. Neste, os agentes se enfrentam com meios e fins diferenciados, conforme a posição que ocupam no campo de forças, contribuindo para a conservação ou transformação da estrutura (BOURDIEU, 1996).

Os campos não são fixos, visto que são resultado da história das suas posições, produto de processos de diferenciação social, da forma de ser e do conhecimento do mundo. Os campos são mundos: literário, artístico, político, religioso ou científico. É um espaço de relações objetivas entre indivíduos, coletividades e instituições, que competem pela dominação; um espaço de tensão (THIRY-CHERQUES, 2006).

Os agentes, no campo, estão dotados de capital; a maior ou menor dotação define sua posição. A distribuição desigual de capital é que resulta em dominantes e dominados, determinando a estrutura do campo e o *habitus* predominante. Portanto, um dos princípios do campo é o alcance do poder (FAGUNDES, 2017).

O campo, então, é marcado por agentes que possuem um mesmo *habitus*, os quais, como jogadores, movimentam-se e suas posições dependerão do acúmulo de capital de cada um. Os indivíduos utilizam estratégias para o acúmulo de capital e buscam mudança de sua posição no campo (ALMEIDA, 2005).

O campo de poder é o espaço de relações de força entre os diferentes tipos de capital, ou seja, entre os agentes providos de diferentes tipos de capital para

poder dominar o campo e cuja luta ocorre sempre que o valor relativo a um dos capitais é questionado (BOURDIEU, 1996).

As propriedades do campo envolvem uma *doxa*, que é o senso comum, as opiniões consensuais; é aquilo em que todos os agentes estão de acordo. Há, ainda, o *nomos*, que são as leis gerais que os governam, que orientam o funcionamento do campo. Todo campo tem um *doxa* e um *nomos*, que são aceitos e legitimados pelos agentes do campo, geralmente, pautado nos preceitos daqueles que o dominam (THIRY-CHERQUES, 2006).

### 1.4.3 Capital

Bourdieu deriva seu conceito de capital da noção econômica, visto que há acúmulo por meio de investimentos, transmissão de herança e reprodução, conforme a habilidade do seu detentor. Diante do que foi descrito por Thiry-Cherques (2006), para ele, existem as seguintes modalidades de capital, as quais podem ser convertidas umas nas outras:

- 1) Econômico: relacionada aos bens, riqueza e dinheiro.
- 2) Cultural: compreende o conhecimento, habilidade, informações, produzidas e transmitidas pela família e pelas instituições.

Bourdieu divide o capital cultural em três formas: 1) Estado incorporado, disposições duráveis do indivíduo; 2) Estado objetivado que se traduz em bens culturais; 3) Estado institucionalizado, certificado escolar (BOURDIEU, 2007).

O estado incorporado representa o resultado de aquisição de capital do próprio sujeito, e faz com que este se torne parte integrante do agente, um *habitus*. Ele possui características de hereditariedade e dos méritos de aquisição. Sabe-se que a obtenção do estado objetivado depende, sobretudo do capital incorporado (BOURDIEU, 2007).

O capital institucionalizado incorpora a certidão de competência cultural, conferindo ao portador um valor, poder de instituir, de fazer reconhecer (BOURDIEU, 2007)

Nessa perspectiva da institucionalização do capital cultural, Bourdieu também discute a violência simbólica envolvida na ação pedagógica, pela imposição de um

poder arbitrário cultural das classes dominantes, reproduzindo a estrutura das relações de força (BOURDIEU; PASSERON, 1992).

Portanto, o poder simbólico da ação pedagógica está em ser replicadora da cultura das classes dominantes, reforçando as relações de força, e de dominação, bem como o arbitrário cultural exposto por esse grupo. Portanto, tendem sempre a reproduzir a estrutura de distribuição do capital cultural entre esses grupos para a reprodução da estrutura social (BOURDIEU; PASSERON, 1992).

3) Social: identifica-se com o perfil de acesso social, ou seja, os relacionamentos e a rede de contatos.

Bourdieu conceitua o capital social como o “conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados a posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento” (BOURDIEU, 2007 p.67). O volume de capital social depende do tamanho de sua rede de relações que ele pode mobilizar e do volume do capital (econômico, cultural ou simbólico) que possuem esses agentes de sua relação (BOURDIEU, 2007 p.65-70).

4) Simbólico: conjunto de rituais reconhecidos socialmente e que compreende o prestígio e a honra, sendo uma síntese dos demais; é o valor propiciado ao indivíduo ou à instituição. Espécie de prestígio daquele que é avaliado.

O mundo social oferece o reconhecimento, a consideração, a razão de viver. Ele é a repartição do capital mais cruel. Representam todas as manifestações de reconhecimento social, todas as formas de ser percebido, conhecido, célebre ou visível. O capital social negativo traz um peso de “maldição”. Ser reconhecido traz junto o poder de reconhecer e, portanto, um maior poder no campo (BOURDIEU, 2001).

O capital simbólico é comum a todos os membros de um grupo, família, clãs, tribos, e é ao mesmo tempo, instrumento de estratégias coletivas ou individuais que visam a adquiri-lo ou a conservá-lo, seja através de uniões ou separações de grupos com diferentes volumes deste capital, portanto, representa o grupo com todos os seus membros de forma positiva ou negativa (BOURDIEU, 1996)

As diferentes formas de capital podem ser convertidas umas nas outras. A posição que um indivíduo ocupa na estrutura efetiva-se pelo volume e qualidade do capital que o agente detém.

#### 1.4.4 O Poder Simbólico

Para construir sua teoria de ação social, Bourdieu reflete sobre a relação entre o indivíduo e a sociedade. A concepção bourdieusiana explora elementos presentes em Max Weber, Émilie Durkheim e Karl Marx.

Bourdieu constrói uma teoria denominada praxeologia (teoria da prática), na qual a ação individual, a estrutura social e o poder estão mesclados.

Os sistemas simbólicos exercem o poder estruturante por serem estruturados, os quais servem como instrumentos de conhecimento e comunicação. Os símbolos servem de instrumentos de conhecimento e comunicação, de forma que tornam possível a criação de “consensus”, acerca do mundo social, o que contribui para a reprodução da ordem social. Conforme escrito por Bourdieu: “a integração lógica é a condição da integração moral” (BOURDIEU, 1989 p. 10).

As ideologias servem os interesses que se apresentam como universais, comuns a todo o grupo, porém, a cultura dominante contribui para o fortalecimento das classes dominantes e desmobiliza as classes dominadas, legitimando, assim, a ordem e a hierarquia previamente estabelecidas. As relações de comunicação são sempre relações do poder, que representam, na forma e no conteúdo, o poder material ou simbólico acumulado pelos envolvidos nessas relações, que podem permitir o acúmulo do poder simbólico (BOURDIEU, 1989).

Conforme descrito por Bourdieu sobre os sistemas simbólicos:

Cumprem a função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre a outra (violência simbólica) dando reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam (BOURDIEU, 1989 p. 11).

Portanto, as diferentes classes disputam uma luta “simbólica” para impor a definição de mundo e as posições ideológicas, mas alinhadas aos seus interesses, a fim de impor ao campo a sua reprodução.

Portanto, para Bourdieu, o poder simbólico ocupa uma função central na sociedade, estabelecendo, a partir de valores dominantes, os “capitais”, a organização hierárquica da sociedade. Aqueles que têm acesso a esse “capital”

possuirão posição privilegiada no campo, de forma que terão um “*habitus*” que melhor se adapta a eles, reforçando as diferentes posições sociais.

#### **1.4.5 Análise do Currículo Médico a partir da Visão de Bourdieu**

Observando todos os conceitos apresentados por Bourdieu, analisar a organização da formação médica desde o passado e os “poderes simbólicos” apresentados pelas distintas organizações de cada época, nos possibilita compreender as dificuldades enfrentadas pela medicina hoje, com vistas a modificar o campo, considerando o capital cultural e simbólico existente na conformação dos cursos. Ainda, observa-se que os agentes que ocupam posições hierárquicas detêm o capital (social, científico, cultural) e, por consequência, o poder simbólico no campo da medicina.

A disputa pelo poder simbólico, existente, hoje, nesse campo, que pretende modificá-lo – conforme a organização hierárquica da instituição -, representará diferentes dificuldades para a implantação de um novo currículo inovador.

Pretende-se, dessa forma, efetivar essa análise também nos PPPs dos Cursos de Medicina do estado do Paraná.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a formação em Atenção Primária à Saúde em cursos de medicina a partir das diretrizes aprovadas em 2014.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as escolas de medicina existentes no estado do Paraná.
- b) Categorizar os projetos político-pedagógicos das escolas de medicina do Estado do Paraná, existentes no ano de 2017, conforme o ano de implantação e a diretriz curricular de referência.
- c) Analisar a estrutura curricular desses cursos, e a formação em Atenção Primária de acordo com o previsto na diretriz curricular de 2014.
- d) Analisar a implantação dos projetos político-pedagógicos, relacionados à formação em Atenção Primária, dos cursos que já têm alunos formados.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

A metodologia utilizada foi um estudo desenvolvido em três fases:

1) Scoping Review para identificar as lacunas do conhecimento sobre formação médica na APS no Brasil foi inicialmente realizada uma *scoping review* ou *scoping study*, modalidade de revisão de literatura proposta pelas pesquisadoras Hilary Arksey e Lisa O'Malley, em 2005.

2) Exploratório e descritivo: levantamento das escolas e das grades curriculares, avaliando-as de acordo com a diretriz curricular;

3) Qualitativo: trata-se de um estudo multicaso desenvolvido por meio de análise documental de 10 cursos de medicina e de entrevistas com coordenadores de quatro cursos de medicina do Paraná.

#### 3.2 CONTEXTO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido nas faculdades, centros universitários e universidades de Medicina existentes no Paraná, com base no site do MEC, em março de 2017 (Tabela 1).

**Tabela 1** - Cursos de Medicina existentes no Paraná, conforme MEC, 2017

Instituições de Ensino Superior	Município	Vagas	Ano Fundação	Tipo Instituição
Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Curitiba	190	09/12/1912	Pública
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)	Curitiba	180	11/03/1957	Privada
Universidade Estadual de Londrina (UEL)	Londrina	80	15/02/1967	Pública
Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (FEMPAR)	Curitiba	120	03/01/1969	Privada
Universidade Estadual de Maringá (UEM)	Maringá	40	15/08/1988	Pública
Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)	Cascavel	40	25/11/1997	Pública
Universidade Positivo (UP)	Curitiba	169	17/02/2003	Privada
Centro Universitário Inga (UNINGÁ)	Maringá	100	01/02/2007	Privada
Centro Universitário Assis Gurgacz (FAG)	Cascavel	162	03/03/2008	Privada
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)	Ponta Grossa	40	19/07/2009	Pública
Universidade Cesumar (UNICESUMAR)	Maringá	298	18/11/2011	Privada
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)	Londrina	90	01/08/2012	Privada

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)	Francisco Beltrão	40	18/02/2013	Pública
Faculdades Pequeno Príncipe (FPP)	Curitiba	100	07/05/2014	Privada
Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)	Foz do Iguaçu	60	Pública	
Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Toledo	60	21/03/2016	Pública

Fonte: MEC, 2017

Havia, portanto, 16 cursos de medicina, distribuídos em oito municípios do Estado do Paraná, sendo oito instituições públicas e oito instituições privadas.

**Figura 1 - Distribuição das Escolas de Medicina no estado do Paraná em 2017**



Fonte: a própria autora

### 3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para alcançar os objetivos propostos, optou-se por realizar a coleta de dados por meio de pesquisa de campo, com abordagem documental e entrevista.

#### 3.3.1 Pesquisa Documental

A pesquisa de campo, com abordagem documental, foi realizada a partir do levantamento de todos os cursos de Medicina, existentes no Paraná, com base no site do MEC, no ano de 2017, que identificou 16 cursos, cujos PPPs disponíveis nas

páginas públicas foram a fonte dos dados documentais. Para aquelas em que o PPP não estava público (site da instituição ou portaria publicada) foi solicitado um termo de autorização para uso de dados, em arquivo e envio da autorização, com o PPP, ou da recusa (Apêndice C).

Foram acessados dez PPPs que foram submetidos a análise documental, seguindo um roteiro, conforme Apêndice A, e ainda, buscou-se categorizar os PPPs de acordo com o ano de implantação e características da formação para a Atenção Primária à Saúde, com base no proposto por Demarzo *et al.* (2016) e pelas DCNs de 2014.

### **3.3.2 Entrevista Semiestruturada com Informantes-Chave**

As entrevistas com os informantes-chave foram realizadas pela própria pesquisadora, a partir de um roteiro semiestruturado (Apêndice B).

Os coordenadores selecionados foram daqueles cursos que já tinham egressos, cuja análise curricular prévia identificou que o currículo estava mais próximo ou mais distante do que está disposto nas DCNs de 2014. Foram selecionadas uma instituição pública e uma instituição privada/filantrópica para cada item; ao final, foram entrevistadas cinco pessoas.

O roteiro semiestruturado continha as seguintes questões: 1) Qual a contribuição da Atenção Primária a Saúde para a formação do profissional médico; 2) O que se espera que o estudante desenvolva de competências ao final do curso com os estágios de Atenção Primária; 3) Quais as competências e habilidades individuais, familiares e comunitárias que se espera que o aluno desenvolva; 4) Como se dá a integração das disciplinas com foco na atenção primária com as demais disciplinas; 5) Como ocorreu o processo de implantação das estratégias (disciplinas e estágios) em Atenção Primária; 6) Como está composto o corpo docente e 7) Existência de convênio oficial com o município.

As entrevistas foram realizadas de forma on-line (via Google Meet), gravadas e, posteriormente, transcritas, realizando-se correção gramatical e exclusão de vícios de linguagem. Todos os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, sendo que, após sua concordância, assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D). As entrevistas tiveram duração mínima de 17 e máxima de 40 minutos.

Para análise do material transcrito utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin, (1977) que se configura como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Minayo (2012) estabelece algumas premissas para a pesquisa qualitativa, sendo a sexta e a sétima premissas relacionadas à análise dos dados.

Segundo a autora, a sexta premissa compreende a ordenação e organização do material secundário, bem como a impregnação das informações e observações do campo, que são fundamentais, pois é preciso investir na compreensão do material trazido do campo.

A ordenação é um trabalho organizativo: textos e referências, que embasaram o projeto e precisam de complementação; do material de observação; dos documentos geográficos, históricos e institucionais, que ajudam a contextualizar o objeto; as entrevistas, resultados de grupos focais ou outras fontes primárias. Este trabalho não contemplou apenas o material de observação; todos os demais foram “saturados”, conforme previsto pela autora.

A sétima premissa, conforme Minayo (2012), tem o papel de construir a tipificação do material do campo e realizar a transição entre empiria e a elaboração teórica. Esse processo de tipificação é muito mais denso e intenso, de maneira que objetiva apropriar-se da riqueza das informações do campo. São passos necessários: 1) organizar relatos e dados de observação; 2) Leituras horizontais de impregnação, cujo objetivo é a primeira classificação do material; 3) Releitura e organização em tópicos para enfatizar as questões de relevância, apontadas no estudo de campo.

A busca pela compreensão foi realizada com a utilização dos pressupostos de Pierre Bourdieu, cujos conceitos de Campo, *Habitus* e Capital simbólico foram incorporados para a compreensão da relação entre os PPPs e o contexto atual.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida em consonância com o disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Este estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), o qual foi aprovado com o Parecer nº 3.247.180 e duas emendas aprovadas, primeira com o Parecer nº 4.193.506, solicitando a pesquisa on-line e a segunda, nº 4.460.631 para inclusão de instituição coparticipante.

Foram solicitadas as autorizações das instituições a serem pesquisadas, cujo PPP não estava disponível de forma pública (Apêndice C - Termo de autorização institucional) e, anteriormente à realização das entrevistas semiestruturadas, os coordenadores dos cursos foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e aos seus direitos, sendo a eles solicitada a assinatura do TCLE (Apêndice D - TCLE).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho, após a caracterização dos cursos de Medicina no Brasil e no Paraná, estão apresentados em formato de artigos científicos com introdução, metodologia, resultados, conclusões e bibliografias próprias, e estão relacionados a seguir:

Artigo 1: A Formação Médica na Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão de Literatura

Artigo 2: A Formação Médica na Atenção Primária à Saúde no Paraná.

Artigo 3: A Formação Médica para a Atenção Primária à Saúde em quatro escolas do Paraná: a percepção dos coordenadores de curso.

### 4.1 OS CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL E NO PARANÁ

No mundo, 2420 escolas de medicina e 467 escolas ou departamentos de saúde pública preparam em torno de um milhão de novos médicos, enfermeiros e profissionais de saúde pública todo ano. China, Índia, Brasil e Estados Unidos contam, cada um, com mais de 150 escolas de medicina, enquanto 36 países não contam com nenhuma. O gasto global total da educação de profissionais de saúde está calculado em torno de 100 mil milhões de dólares ao ano, sendo o custo médio por graduado de medicina de 113 mil dólares (FRENK *et al.*, 2010).

Entre 1940 e 1970, o número de médicos subiu 184,4% no Brasil, passando de 20.745 para 58.995; de 1970 a 2000, o total chegou a 291.926, 394,8%. Esse crescimento ficou ainda maior nos últimos anos, pois de 2000 a 2017, chegou a 665,8% (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Oliveira *et al.* (2019) destacam que o aumento das vagas de medicina iniciou no governo Fernando Henrique Cardoso, priorizando, principalmente, a região Norte e interior dos estados; teve um ápice significativo no governo Lula, com maior interiorização, sobretudo, nos estados do Nordeste, Sudeste e Sul; no governo Dilma-Temer, foram ampliadas novas vagas nas regiões Centro-Oeste e Norte.

Conforme pesquisa realizada no site do MEC, em novembro de 2020, o Brasil possuía 360 cursos de Medicina, distribuídos em todo o território nacional; desses, 357 estão em atividade (e 22 ainda não iniciaram turmas), 2 estão em extinção e 1 extinta. Ao todo, esses cursos disponibilizariam 37.950 vagas ao ano; atualmente,

somente as que já iniciaram turmas disponibilizam 36.400 vagas (Tabela 2). A proporção de vaga/100.000 habitantes, no Brasil, é de 18, enquanto Scheffer (2018) havia identificado um valor de 14,1/100.000, o que demonstra o aumento do número de vagas nos últimos anos.

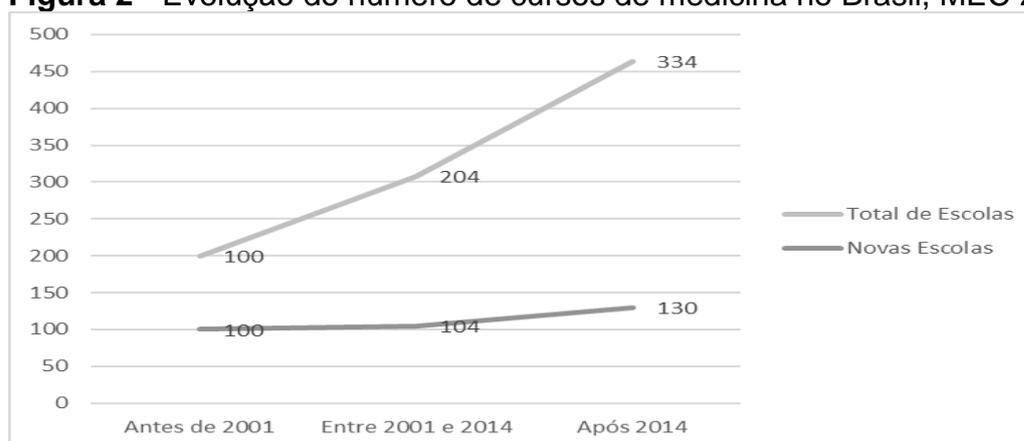
**Tabela 2** - Distribuição dos Cursos por Natureza administrativa e conforme atividade e período de funcionamento, MEC, 2020

Natureza Administrativa	Cursos de Medicina				
	Total em 2020		Data de Funcionamento		
	Em atividade	Não Iniciada	Antes de 2001	Entre 2001 e 2014	Após 2014
Especial	5	0	0	0	5
Privadas com Fins Lucrativos	106	12	9	35	50
Privadas sem Fins Lucrativos	109	0	39	34	36
Pública Municipal	16	3	3	2	8
Pública Estadual	39	5	15	16	3
Pública Federal	81	2	34	17	28
<b>Total</b>	<b>357</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>130</b>

Fonte: a própria autora

Observa-se que houve aumento significativo dos cursos de medicina após 2001 e, principalmente, nos últimos 6 anos, depois da política nacional do Programa Mais Médicos, criada em 2014 (Figura 2).

**Figura 2** - Evolução do número de cursos de medicina no Brasil, MEC 2020



Fonte: a própria autora

A distribuição de cursos de Medicina por região ocorre de forma desigual, sendo a Região Sudeste a que possui o maior número de escolas (147), seguida pela Região Nordeste (86) e Sul (58), respectivamente. Essa mesma sequência foi

identificada por Scheffer (2018), porém quando se avalia a situação a partir da relação vaga/100.000, teremos a Região Centro-Oeste (20) empatada com as Regiões Sudeste (20) e Sul (18), em virtude da densidade demográfica desses locais. Essa distribuição demonstra o maior capital cultural/econômico que a região sudeste apresenta em relação às demais, portanto, maior poder simbólico no país e, por consequência maior influência na decisão da distribuição de novos cursos, reforçando seu poder dentro do campo.

Analisando a distribuição de cursos por Estado (Tabela 3), observa-se que São Paulo (72) possui o maior número, seguido de Minas Gerais (47) e Bahia (26). Em número de vagas/100.000 habitantes, a sequência fica: Tocantins (38), Rondônia (29) e Paraíba (26). Analisando novamente a densidade populacional e a relação vagas por 100.000 habitantes, observamos o aparecimento de Estados com número reduzido de escolas, como o Amapá (uma escola – 7/100.00 hab), Maranhão (8 – 10) e Pará (9 –10).

**Tabela 3** - Distribuição dos Cursos por Estado e Região com número de vagas e relação habitantes/vaga, MEC – 2020.

Estado / Região	Cursos	Vagas	População	Vaga/100.000 habitantes
Acre	2	161	894470	18
Amapá	1	60	861773	7
Amazonas	5	585	4207714	14
Pará	9	910	8690745	10
Rondônia	6	527	1796460	29
Roraima	2	110	631181	17
Tocantins	6	600	1590248	38
<b>Região Norte</b>	<b>31</b>	<b>2953</b>	<b>18672591</b>	<b>16</b>
Maranhão	8	709	7114598	10
Alagoas	5	495	3.351.543	15
Bahia	26	2486	14.930.634	17
Ceará	9	1143	9.187.103	12
Paraíba	9	1067	4039277	26
Pernambuco	12	1540	9.616.621	16
Piauí	7	601	3.281.480	18
Rio Grande do Norte	6	585	3534165	17
Sergipe	4	370	2.318.822	16
<b>Região Nordeste</b>	<b>86</b>	<b>8996</b>	<b>57374243</b>	<b>16</b>
Espírito Santo	6	878	4064052	22
Minas Gerais	47	4842	21292666	23
Rio de Janeiro	22	3045	17366189	18
São Paulo	72	8653	46289333	19

<b>Região Sudeste</b>	<b>147</b>	<b>17418</b>	<b>89012240</b>	<b>20</b>
Paraná	21	2209	11516840	19
Rio Grande do Sul	20	1863	11422973	16
Santa Catarina	17	1260	7252502	17
<b>Região Sul</b>	<b>58</b>	<b>5332</b>	<b>30192315</b>	<b>18</b>
Distrito Federal	6	626	3.055.149	20
Goiás	16	1706	7.113.540	24
Mato Grosso	7	481	3526220	14
Mato Grosso do Sul	6	438	2809394	16
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>35</b>	<b>3251</b>	<b>16504303</b>	<b>20</b>
<b>Total</b>	<b>357</b>	<b>37950</b>	<b>211755692</b>	<b>18</b>

Fonte: a própria autora

Obs. Os dados populacionais foram obtidos do site do IBGE, conforme estimativa para julho de 2020.

Ao analisar especificamente o estado do Paraná, local do desenvolvimento desta pesquisa, existem, atualmente, 21 cursos de Medicina, sendo que um deles (localizado em Guarapuava – 40 vagas) ainda não se encontra em funcionamento. O total de vagas autorizadas é de 2.209 e ofertadas é de 2.169, com uma proporção de 5.214 habitantes por vaga autorizada (Tabela 4). No país, com esse número, o Estado do Paraná coloca-se em 5º lugar no número de cursos e vagas e em 8º lugar com a melhor relação habitante/vaga.

**Tabela 4 - Distribuição dos Cursos por Município e número de Vagas no Estado do Paraná**

<b>Cidade</b>	<b>Cursos</b>	<b>Vagas</b>
Campo Mourão	1	125
Cascavel	2	202
Curitiba	5	759
Foz do Iguaçu	1	60
Francisco Beltrão	1	40
Guarapuava	2	95
Londrina	2	170
Maringá	3	438
Pato Branco	1	110
Ponta Grossa	1	40
Toledo	1	60
Umuarama	1	110
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>2209*</b>

Fonte: MEC, 2020 adaptado pelas autoras

\*Se analisarmos apenas os cursos já com turmas em andamento teremos um total de 2169 vagas atualmente.

**Figura 3 - Distribuição dos Cursos de Medicina no Estado do Paraná – MEC - 2020**

Fonte: a própria autora

Observa-se, conforme mapa acima, uma distribuição desigual das IES com cursos de Medicina. Enquanto a região Norte Pioneiro e a Sudeste não possui nenhum curso de Medicina, a Região Metropolitana, Norte Central e Oeste contam com 13 dos 21 cursos (61,9%). Ainda, as cinco maiores cidades do Estado (Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Cascavel) contam com 12 dos 21 cursos do Estado, ou seja, 57% dos cursos. Se considerarmos a população total desses 5 municípios (Curitiba: 1.948.626, Londrina: 575.377, Maringá: 430.157, Ponta Grossa: 355.336 e Cascavel: 332.333 – Total: 3.633.829) e a população estimada para o Estado, em 2020, 11.516.840 milhões de habitantes, significa que 57% dos cursos atendem a 31% da população do Estado (IBGE, 2020).

Pode-se verificar, na Figura 3 e na Tabela 5, a distribuição dos cursos conforme natureza jurídica em que as instituições privadas reúnem 57,1% do total de cursos e 73,3% do total de vagas.

**Tabela 5 - Distribuição dos Cursos de Medicina do Paraná por Categoria Administrativa**

<b>Categoria Administrativa</b>	<b>Cursos</b>	<b>%</b>	<b>Vagas</b>	<b>%</b>
Privada com fins lucrativos	5*	23,8	757*	34,3
Privada sem fins lucrativos	7	33,3	862	39,0
Pública Estadual	6	28,6	280	12,7
Pública Federal	3	14,3	310	14,0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>2209</b>	<b>100</b>

Fonte: MEC, 2020, adaptado pelas autoras

\*Um dos cursos de uma instituição privada com fins lucrativos não iniciou seu funcionamento ainda, representando uma redução de 40 vagas.

Em relação à evolução da abertura de novos cursos, observa-se que houve tendência de crescimento semelhante ao Brasil, com um maior número de novos cursos de Medicina, após a Lei do Mais Médicos, em 2014 (Figura 3). Até 2001, o Estado possuía seis cursos; entre 2001 e 2014 (13 anos), houve a abertura de sete novos cursos; de 2014 até hoje, mais sete novos cursos (mais um, o oitavo já autorizado, porém, sem funcionamento) (Tabela 6).

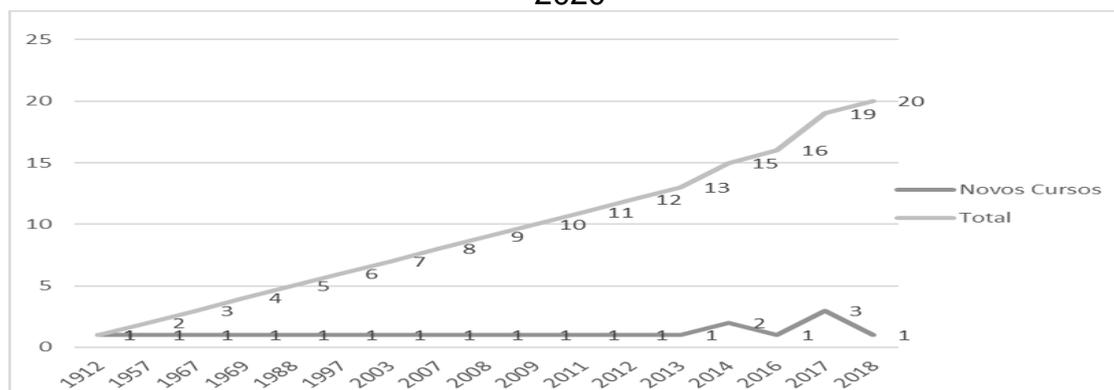
**Tabela 6** - Número de cursos em funcionamento e novos cursos no Estado do Paraná por Período – MEC – 2020

Período	Novos	Total de Cursos
Até 2001	0	6
2001 a 2014	7	13
A partir 2014	7*	20*

Fonte: a própria autora

\*Não foi considerado um curso que ainda não entrou em funcionamento.

**Figura 4** - Gráfico Evolução de Novos Cursos e Total no Estado do Paraná – MEC - 2020



Fonte: a própria autora

\*Não foi considerado um curso que ainda não entrou em funcionamento.

Os dados mostram a expansão dos cursos a partir de 2001 possibilitando destacar que analisando a quantidade absoluta de cursos públicos e privados esta se equivale, contudo, os cursos privados ofertam um número de vagas expressivamente maior em relação aos públicos. Revela, como no cenário nacional, a força do capital econômico e o poder simbólico que sustenta a maior quantidade de cursos e vagas na região metropolitana e nas maiores cidades, mesmo que atendam uma população em menor número.

## 4.2 ARTIGO 1 – A FORMAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

### ***MEDICAL TRAINING IN PRIMARY HEALTH CARE – A SCOPING REVIEW***

Para a realização desta pesquisa não houve qualquer tipo de suporte financeiro, não existindo por parte das pesquisadoras nenhum tipo de conflito de interesse.

#### **RESUMO**

**Introdução:** Inadequações das escolas médicas na formação profissional frente à um atendimento humanizado e voltado às necessidades de saúde da população há muito vem sendo discutidas. Nos últimos anos, diversas críticas ao modelo de formação biomédico, têm sido feitas e motivaram várias entidades e instituições nacionais e internacionais a proporem recomendações para um novo modelo de formação, voltado principalmente para inserção precoce na Atenção Primária à Saúde.

**Objetivo:** Analisar como ocorre a inserção dos acadêmicos de Medicina na Atenção Primária à Saúde durante a graduação.

**Método:** Trata-se de um *scoping review*. Foram utilizados dois conjuntos de descritores agregados da seguinte forma: Atenção Primária à Saúde *and* Educação de Graduação em Medicina e “Atenção Primária à Saúde” *and* Currículo *and* Médico. Inicialmente foram selecionados 2174 artigos que, após leitura de título e resumo, reduziu-se a 42 e posteriormente a leitura na íntegra foram elencados 27 estudos para análise.

**Resultado:** Os estudos foram publicados em sua maioria (70%) após 2015, 52% em um mesmo periódico e relato de experiência. As Diretrizes Curriculares Nacionais apareceram como principal motivador para mudança em 82,3% dos artigos; 100% possuem inserção precoce, sendo que 76,5% já no primeiro semestre; 47,1% têm inserção do estágio ao longo de oito semestres, e 29,4% referem inserção no internato. Em relação aos objetivos do aprendizado, verifica-se que vai ao encontro do perfil de egresso e do recomendado pelas diretrizes. A percepção dos discentes e docentes aponta o papel do Estágio em Atenção Primária à Saúde como espaço de formação importante para o desenvolvimento de competências e habilidades

preconizadas pelas diretrizes. Entre os aspectos negativos aparecem a falta de estrutura das unidades, falta de profissionais com formação e preceptores despreparados para o ensino neste nível de atenção e convênios precários entre instituição e secretarias.

**Conclusão:** Percebe-se, nos artigos estudados, que a formação médica na graduação atende ao preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, em autores e experiências internacionais, porém, é necessário avançar em relação à cultura docente e discente que supervalorizam a especialização, na formação dos professores e na integração ensino-serviço.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Currículo; Medicina; Educação de Graduação em Medicina.

### **Abstract**

**Introduction:** *Introduction: Inadequacies of medical schools in professional training in the face of humanized care and focused on the health needs of the population have long been discussed in recent years, several criticisms of the biomedical training model have been made and have motivated several entities and national institutions and organizations to propose recommendations for a new training model, mainly aimed at early insertion in Primary Health Care.*

**Objective:** *To analyze how medical students are inserted in Primary Health Care during graduation.*

**Method:** *This is a scoping review. Two sets of descriptors were used, aggregated as follows: Primary Health Care and Graduate Education in Medicine and “Primary Health Care” and Curriculum and Physician. Initially, 2174 articles were selected which, after reading the title and summary, was reduced to 42, and later the full reading was listed 27 studies for analysis.*

**Result:** *Most studies were published (70%) after 2015, 52% in the same journal and experience report. The National Curriculum Guidelines appeared as the main motivator for change in 82.3% of the articles; 100% have early insertion, with 76.5% already in the first semester; 47.1% had internship insertion over eight semesters, but only 29.4% referred to internship. Regarding the learning objectives, it appears that it meets the profile of the graduate and the one recommended by the guidelines. The perception of students and teachers points out the role of the Internship in*

*Primary Health Care as an important training space for the development of competences and skills recommended by the guidelines. Among the negative aspects are the lack of structure of the units, lack of trained professionals and unprepared teachers for teaching at this level of care and precarious agreements between the institution and the secretariats.*

**Conclusion:** *It can be seen, in the articles studied, that medical education in undergraduate courses meets what is recommended in the National Curriculum Guidelines of 2014, in authors and international experiences, however, it is necessary to advance in relation to the teaching and student culture that overvalue specialization, in teacher training and teaching-service integration.*

**Keywords:** *Primary Health Care; Curriculum; Medical; Medical, Education, Undergraduate; Curriculum.*

## **Introdução**

Inadequações das escolas médicas na formação profissional frente à um atendimento humanizado e voltado às necessidades de saúde da população há muito vem sendo discutidas<sup>1</sup>. O atual modelo de formação médica do Brasil foi influenciado pelas recomendações propostas por Abraham Flexner em seu relatório conhecido como “Relatório Flexner”, resultante da avaliação das escolas médicas dos Estados Unidos no início do século XX. Nesse relatório propõe-se uma formação médica positivista com as ciências experimentais como a base do ensino, divisão da formação em ciências básicas e ciclo clínico, e maior inserção de prática dentro dos hospitais universitários<sup>2,3</sup>. E, “embora tenha reformulado e modernizado o ensino médico, nele imprimiu características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização”<sup>4</sup>.

Essas recomendações fizeram com que o modelo Biomédico se tornasse dominante, um imperativo cultural com status de “dogma”. Nele o ser humano passa a ser reduzido ao seu organismo biológico e a doença a ser explicada por desvios dessa norma (a biológica). Dessa forma, esse modelo possui fragilidades ao não ser capaz de explicar o porquê de alguns indivíduos reagirem de formas distintas à mesma doença. Passou a se discutir então que, para poder compreender melhor os determinantes do processo saúde-doença, o médico precisaria compreender para além dos aspectos biológicos de adoecimento do paciente, também o seu contexto

social e psicológico. Isso requer uma ampliação do olhar, aspecto contemplado no modelo biopsicossocial<sup>5</sup>.

Na perspectiva de alcance do objetivo “Saúde para Todos no Ano 2000”, a Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia central para a organização dos Sistemas de Saúde, e recomenda que boa parte da graduação médica ocorra inserida no Sistema de Saúde e, portanto, na APS<sup>6</sup>.

Na tentativa de propor mudanças na formação médica vigente, diferentes entidades internacionais elaboraram recomendações, sendo algumas delas: Associação das Faculdades Médicas Americanas (1981) com o Painel para a Formação Geral do Médico e Preparação para a Faculdade de Medicina; Federação Mundial para Educação Médica (1988) com a Declaração de Edimburgo; Fundação Robert-Wook Johnson. Em comum, todos os documentos reforçam a importância da inserção de aspectos de promoção e prevenção, da integração comunitária e da ampliação do ambiente de prática para além do hospital com a inserção dos estudantes nos sistemas de saúde locais<sup>7, 6, 8</sup>.

No Brasil, alguns projetos e programas foram organizados para propor a inserção precoce dos estudantes de Medicina em serviços de Atenção Primária, tais como: 1) Projeto Integração Docente Assistencial (IDA), lançado em 1981 pela Fundação Kellog; 2) Projeto Uma nova iniciativa para a educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade (Projeto UNI), de 1990, também da Fundação Kellog; 3) Em 2002, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED); 4) Em 2003, o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS); 5) Em 2004, Aprender-SUS; 6) Programa Pró-Saúde I, em 2005 e Pró-Saúde II, em 2007; e 7) Pet-Saúde, em 2007. Todas essas estratégias possuíam características particulares, porém o foco sempre foi a reestruturação do currículo de medicina com superação do modelo biomédico e a inserção em novos cenários de práticas<sup>3</sup>.

Surge, então, a necessidade de se redesenhar completamente os currículos, de incluir novos cenários e práticas e outras estratégias de ensino-aprendizagem para gerar de fato mudança no perfil dos médicos egressos<sup>3</sup>. Duas estratégias importantes para modificar a formação médica foram as Diretrizes Curriculares

Nacionais (DCNs) para o Curso de Medicina, a primeira, publicada em 2001 e a segunda em 2014.

Demarzo *et al.*<sup>9</sup> afirmam que o ensino da APS deve estar presente longitudinalmente, ou seja, ao longo de todo o curso com inserções significativas e que faça parte do núcleo de ensino da semiologia e da prática clínica do médico. Nesse trabalho, os autores explicitam que a aprendizagem em APS deve ocorrer em unidades de saúde da família articuladas com a rede de atenção, pois fornece uma clínica integrada e centrada na pessoa e na comunidade. Portanto, deve desenvolver abordagem individual e coletiva com foco na integralidade, sendo que essa atividade deve ocorrer em um modelo “espiral crescente de complexidade”, em todos os períodos do curso e com metodologias ativas de ensino-aprendizagem, ofertadas por preceptores com formação em Medicina de Família e Comunidade e por outros profissionais com competência em APS.

Considerando o exposto, é importante compreender como está a inserção dos estudantes de Medicina na Atenção Primária nos diferentes cursos de Medicina do país e a percepção dos diferentes atores envolvidos neste processo. Logo, este estudo de revisão de literatura foi realizado com o objetivo de analisar como ocorre a inserção dos acadêmicos de Medicina na Atenção Primária à Saúde durante a graduação no Brasil.

## **Métodos**

Para o levantamento de dados utilizou-se como ferramenta a *scoping review* ou *scoping study*, abordagem cada vez mais utilizada para analisar evidências de pesquisa em saúde. Essa modalidade de revisão de literatura foi proposta pelas pesquisadoras Hilary Arksey e Lisa O'Malley, em 2005, e permite examinar a extensão, o alcance e a natureza da atividade de pesquisa, resumir e divulgar resultados de estudos, e identificar as lacunas de pesquisa na literatura existente<sup>10</sup>. Este estudo seguiu as seguintes etapas: (1) identificação da questão da pesquisa; (2) identificação dos estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) mapeamento dos dados; (5) confrontação, resumo e relato dos resultados.

O problema que norteou o desenvolvimento desta pesquisa foi a necessidade de compreender o que há na literatura sobre a formação médica no que se relaciona a inserção de estudantes na APS, o que motivou a implantação do cenário de

prática da APS, as percepções docentes e discentes e os desafios para a mudança na estrutura curricular. Dessa forma, definiu-se a seguinte pergunta de pesquisa: Como está ocorrendo a inserção da Atenção Primária como campo de prática nos diferentes cursos de graduação em Medicina no Brasil?

Para o estudo, foram utilizados como critérios de inclusão artigos originais que apresentavam resumos de livre acesso; nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; publicados no período de 2001 a 2020, tendo em vista que a primeira Diretriz Curricular para o Curso de Medicina foi publicada em 2001. Foram excluídos da pesquisa livros ou capítulos, monografias, teses, dissertações, documentos oficiais e estudos tipo revisão além de artigos que não retratassem a formação em universidades brasileiras.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* – Medline. Utilizou-se o site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para pesquisa na base de dados LILACS e Medline.

Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Atenção Primária à Saúde; Educação de Graduação em Medicina; Educação Médica; Currículo; *Primary Health Care*; *Medical*; *Education*; *Undergraduate*; *Curriculum*;

Para a busca nas bases de dados os descritores foram agregados utilizando o operador booleano *and* da seguinte forma: “Atenção Primária à Saúde” e “Educação de Graduação em Medicina”; “*Primary Health Care*” and “*Education, Medical, Undergraduate*”, “Atenção Primária à Saúde” e Currículo e Médico e “*Primary Health Care*” and *Medical and Curriculum*. A busca ocorreu durante o mês de novembro de 2020.

A seleção dos estudos foi realizada a partir de uma análise de dois juízes (o examinador padrão é o autor principal do estudo e o examinador I, o segundo autor do estudo), de acordo com a pergunta norteadora e os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Todos os estudos encontrados a partir da pesquisa utilizando os descritores foram, inicialmente, avaliados pelo examinador padrão por meio da análise de títulos e resumos.

Para o primeiro Conjunto de descritores analisados: *Primary Health Care and Education, Medical, Undergraduate*: foram selecionados, inicialmente, com texto

completo disponível, apenas 653, destes Medline: 506 e Lilacs: 147. Excluindo-se os duplicados obteve-se um total de 641 artigos para análise do primeiro juiz.

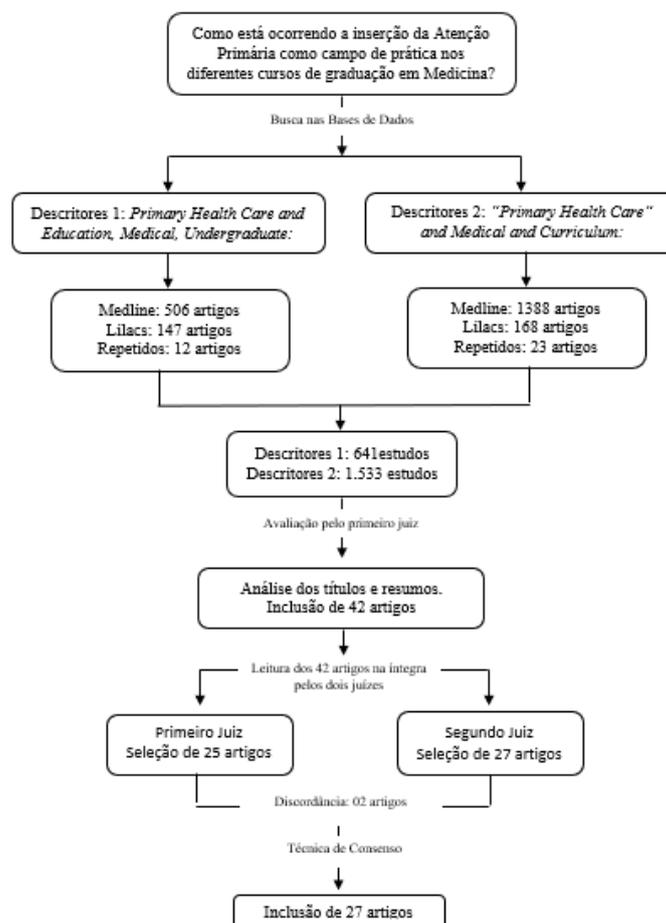
Com o segundo conjunto de descritores: *“Primary Health Care” and Medical and Curriculum*: foram selecionados um total de 1.556 artigos, sendo destes Medline: 1388 e Lilacs: 168. Excluindo-se os duplicados, restaram 1.533 artigos para a análise do primeiro juiz.

Após lidos os resumos e os títulos dos 2.174 artigos o primeiro juiz definiu como: 2.125 “não relacionados à pergunta da pesquisa” e 49 “relacionados à pergunta da pesquisa”. Quando realizado a análise dos artigos selecionados em cada grupo de base de dados verificou-se que alguns artigos estavam repetidos e, portanto, o total de artigos foi de 42.

Os 42 artigos foram lidos na íntegra pelos dois juízes, sendo eleitos pelo primeiro 25, e 27 pelo segundo. Houve discordância em 02 artigos e para estes foi realizada a técnica de consenso, onde, conjuntamente, os dois juízes verificaram se respondia à pergunta de pesquisa e selecionando mais 02 artigos para compor a pesquisa, resultando em 27 estudos.

O percurso metodológico utilizado para a seleção dos artigos integrantes do estudo está expresso na Figura 1.

**Figura 1** - Percurso metodológico para seleção dos artigos integrantes da *scoping review*



**Fonte:** Elaborado pelas autoras, 2020.

O mapeamento de dados dos estudos foi realizado e as informações extraídas abrangeram dois grandes grupos de análise, sendo o primeiro: as referências do artigo, com local e ano de publicação, título do artigo, autores, local de publicação, objetivos e metodologia. Em seguida, foram confrontados e discutidos os resultados e conclusões para uma análise mais aprofundada dos estudos selecionados.

## Resultados

### *Caracterização dos estudos incluídos no Scoping Review*

Nesta seção estão apresentadas algumas características dos estudos analisados, pois conhecer o contexto dos estudos pode auxiliar na compreensão dos resultados encontrados nesta análise. O Quadro 1 apresenta o resumo dos artigos selecionados.

**Quadro 1 - Descrição dos estudos utilizados na *scoping review***

Ano	Periódico	Autores	Título	Local	Metodologia	Objetivo
2009	Mundo saúde	Pereira, Juliana Guisardi; Martines, Wânia Regina Veiga; Campinas, Lúcia de Lourdes Souza Leite; Chueiri, Patricia Sampaio	Integração academia, serviço e comunidade; um relato de experiência do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de São Paulo	São Paulo/SP	Relato de Experiência	Descrever algumas experiências vivenciadas ao longo de três semestres em que o IASC foi implantado e crescentemente aprimorado de forma conjunta pelos atores envolvidos no processo
2010	Rev. bras. educ. méd	Anjos, Rosana Maria Paiva dos; Gianini, Reinaldo José; Minari, Fátima Cristina; Luca, Ana Helena Seabra de; Rodrigues, Mauro Paiva. -	"Vivendo o SUS": uma experiência prática no cenário da atenção básica	Sorocaba/SP	Relato de Experiência	Apresentar o projeto "Vivendo o SUS"
2010	Mundo saúde	Martines, Wânia Regina Veiga; Machado, Ana Lúcia	Instrumentalização do aluno de Medicina para o cuidado de pessoas na Estratégia Saúde da Família: o relacionamento interpessoal profissional	São Paulo/SP	Relato de Experiência	Descrever experiências relacionadas a formação do aluno de graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo, especificamente seu processo de instrumentalização no que se refere ao relacionamento interprofissional
2010	Rev. bras. educ. méd	Ruiz, Danilo Garcia; Farenzena, Gilmor José; Haeffner, Lérís Salet Bonfanti	Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular	Santa Maria/RS	Qualiquantitativa	Obter a percepção dos acadêmicos da primeira turma a estagiar em Internato Regional sobre o impacto desse modelo em sua formação acadêmica e profissional
2012	Rev. bras. educ. méd	Costa, José Roberto Bittencourt; Romano, Valéria Ferreira; Costa, Rosane Rodrigues; Vitorino, Rodrigo Roger; Alves, Luiz Anastácio; Gomes, Andréia Patrícia; Siqueira-Batista, Rodrigo	Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes	Teresópolis/RJ	Qualitativa	Apresentar a percepção dos discentes de medicina nos cenários de ensino-aprendizagem da Atenção Primária à Saúde
2012	Rev. bras. educ. méd	Neumann, Cristina Rolim; Miranda, Camila Zamban de	Ensino de atenção primária à saúde na graduação: fatores que influenciam a satisfação do aluno	Porto Alegre /RS	Qualiquantitativa	Avaliar se as mudanças implementadas no currículo da Medicina relacionadas a disciplina MASC- mudança de semestre e inclusão no PET-Saúde - profuziram diferenças na percepção dos alunos sobre a disciplina.
2014	Rev. bras. educ. méd	Makabe, Maria Luisa Faria; Maia, José Antoni	Reflexão discente sobre a futura prática médica através da integração com a equipe de saúde da família na graduação	São Paulo/SP	Quantitativo	Estudar, sob o ponto de vista dos discentes de Medicina da Universidade da Cidade de São Paulo, a influência do contato com a comunidade numa Unidade Básica de Saúde do Programa Saúde da Família sobre a humanização da futura prática profissional desses alunos
2014	Rev. bras. educ. méd	Souza, Maria Cristina Almeida de; Mendonça, Marcos Antônio; Costa, Elisa Maria Amorim da; Gonçalves, Sebastião Jorge da Cunha; Teixeira, José Carlos Dantas; Almeida Júnior, Eduardo Herrera Rodrigues de; Côrtes Junior, João Carlos de Souza	O Universitário Transformador na comunidade: a experiência da USS	Vassouras /RJ	Relato de Experiência	Revelar a experiência do curso de Medicina da USS com a inserção da atuação precoce dos alunos na comunidade, descrevendo a metodologia adotada e os desdobramentos pedagógicos e sociais proporcionados por esta inovação no processo ensino-aprendizagem no ensino de Medicina
2015	ABCS health sci	Bezerra, Daniela Fontes; Adami, Fernando; Reato, Lúgia de Fátima Nobrega; Akerman, Marco	A dor e a delícia do internato de atenção primária em saúde: desafios e tensões	Santo André/ SP	Quantitativo	Identificar a percepção dos alunos quanto a inserção do CAPS no internato médico.
2015	Saúde Redes	Gomes, Luciano Bezerra; Sampaio, Juliana; Lins, Tiago Salessi	Currículo de medicina na Universidade Federal da Paraíba: reflexões sobre uma experiência modular integrada com ênfase na Atenção Básica	João Pessoa/PB	Relato de Experiência	Descrever a implementação do Módulo Prático - Integrativo do PPC da UFPB
2016	Interface comun. saúde educ	Almeida, Patty Fidelis de; Bastos, Matheus Oliveira; Condé, Michele Agostinho; Macedo, Natália Janoni; Feteira, Julia de Mattos; Botelho, Felipe Pacelli; Silva, Rodolpho Luiz da	Trabalho de Campo Supervisionado II: uma experiência curricular de inserção na Atenção Primária à Saúde	Niterói / RJ	Relato de Experiência	Sistematizar, descrever e analisar as contribuições da inserção sistemática na APS como dispositivo de mudança na formação médica, no contexto de Trabalho de Campo Supervisionado II, na perspectiva de alunos e preceptor, de forma a debater e interrogar as potencialidades da APS como cenário de formação em saúde
2016	Rev. bras. educ. méd	Silvestre, Heloise Fabian; Tesser, Charles Dalcanele; Ros, Marco Aurélio Da	Avaliação Discente de um Internato Médico em Atenção Primária à Saúde	Florianópolis / SC	Qualiquantitativa	Analisar a avaliação dos estudantes de Medicina da USFC sobre os estágios do Internato em Interação Comunitária (Atenção Primária à Saúde) do nono e décimos semestres, a partir da mudança curricular realizada em 2012
2017	Rev. Ciênc. Plur	Melo, Beatriz Tavares de; Jordão, Diandra Alcântara; Beserra, Karla Silva; Andrade, Lílian Siqueira Gonçalves de; Lima Junior, Ricardo César Cardoso de; Batista, Rodrigo Santana de Luna; Cavalcante, Taciane Marques; Bomfim, Ana Martusia Alves	Uma experiência de integração ensino, serviço e comunidade de alunos do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de Maceió-AL, Brasil	Maceió / AL	Relato de Experiência	Apresentar a relevância da referida disciplina na formação médica como elemento obrigatório da estrutura curricular
2017	Interface comun. saúde educ	Oliveira, Ana Luiza de Oliveira e; Melo, Lucas Pereira de; Pinto, Tiago Rocha; Azevedo, George Dantas de; Santos, Marcelo dos; Câmara, Rafael Barros Gomes da; Costa, Pâmera Medeiros da; Mata, Adala Nayana de Sousa	Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica	Natal / RN	Relato de Experiência	Relatar a experiência acerca do módulo VIC, um componente curricular obrigatório desenvolvido na EMCM - UFRN
2017	Rev. bras. educ. méd	Silva, Andréa Tenório Correia da; Medeiros Junior, Martim Elviro de; Fontão, Paulo de Nogueira; Saletti Filho, Harald Cesar; Vital Junior, Pedro Félix; Bourget, Monique Marie Marthe; Rios, Izabel Cristina	Medicina de Família do Primeiro ao Sexto Ano da Graduação Médica: Considerações sobre uma Proposta Educacional de Integração Curricular Escola-Serviço	São Paulo/SP	Relato de Experiência	Descrever e analisar um modelo de inserção da APS e Medicina de Família e Comunidade (MFC) do primeiro ao último semestre no curso médico da Faculdade de Medicina Santa Marcelina (FASM) no município de São Paulo, os desafios da articulação ensino-gestão e as ações que ajudam a enfrentá-los.

2017	Interface comun. saúde educ	Teófilo, Tiago José Silveira; Santos, Nereida Lúcia Palko dos; Baduy, Rossana Staevi	Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina	Sobral / CE	Qualitativa	Conhecer práticas de ensino-aprendizagem, arranjos institucionais e a participação de diferentes atores em curso de graduação em medicina na cidade de Sobral - CE
2018	Rev. bras. educ. méd	Poles, Tatchia Puertas Garcia; Oliveira, Raquel Aparecida; Anjos, Rosana Maria Paiva; Almeida, Fernando Antônio	Percepção dos Internos e Recém-Egressos do Curso de Medicina da PUC-SP sobre Sua Formação para Atuar na Atenção Primária à Saúde	São Paulo/SP	Qualiquantitativa	Avaliar se o aluno de Medicina no final do curso e o recém egresso se julgam preparados para atuar na atenção primária à saúde, identificando os pontos positivos e negativos da sua formação de modo a propor os ajustes necessários no sentido de contribuir para o aprimoramento do curso de Medicina e da formação de egressos da FCMS da PUC/SP
2018	Saúde Debate	Vieira, Swheelen de Paula; Pierantoni, Celia Regina; Magnago, Carinne; Ney, Márcia Silveira; Miranda, Rômulo Gonçalves de	A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde	Brasil	Qualiquantitativa	Identificar elementos da formação médica no Brasil, analisando a proximidade deles com os pressupostos da atuação profissional na Atenção Primária à Saúde e das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014
2019	Rev. bras. educ. méd	Coelho, Bernadete Perez; Miranda, Gabriella Morais Duarte; Coutinho Neto, Oscar Bandeira	A Formação-Intervenção na Atenção Primária: uma Aposta Pedagógica na Educação Médica	Recife / PE	Relato de Experiência	Descrever a experiência de dois módulos de Fundamentos de Atenção Básica I e II (FABS I e II) oferecidos aos estudantes de uma universidade pública do Nordeste brasileiro
2019	Interface comun. saúde educ	Ferreira, Marcelo José Monteiro; Ribeiro, Kelen Gomes; Almeida, Magda Moura de; Sousa, Maria do Socorro de; Ribeiro, Marco Túlio Aguiar Mourão; Machado, Márcia Maria Tavares; Kerr, Ligia Regina Franco Sansigolo	Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação	Fortaleza / CE	Pesquisa-ação	Realizar uma análise crítico-reflexiva da reestruturação da matriz curricular para um curso de Medicina
2019	Rev. bras. educ. méd	Parma, Fabiana Arenas Stringari de; Oliveira, Raquel Aparecida; Almeida, Fernando Antônio	Percepção dos Profissionais de Saúde em relação à Integração do Ensino de Estudantes de Medicina nas Unidades de Saúde da Família	Votuporanga/SP	Qualitativa	Compreender a percepção dos profissionais das Unidade de Saúde da Família (USF) quanto a inserção dos estudantes de Medicina nesses serviços e interpretar os reflexos para o serviço, a comunidade e a formação médica
2019	Rev. bras. educ. méd	Pedroso, Raquel Turci; Nogueira, Camila de Azevedo Guedes; Damasceno, Caroline Neiva; Medeiros, Kellen Karenine Pinho de; Silva, Pablo Henrique da Costa; Veloso, Wanessa Fernandes	A Educação Baseada na Comunidade no Ensino Médico na Uniceplac (2016) e os Desafios para o Futuro	Distrito Federal/DF	Qualitativa	Levantar os sentidos e significados que os professores atribuem a Educação Baseada na Comunidade nas matrizes curriculares em vigência no ensino médico da UNICEPLAC de 2016 e identificar possibilidades de aprimoramento do ensino na instituição em consonância com as diretrizes nacionais em vigência
2019	Interface comun. saúde educ	Peixoto, Marcelo Torres; Jesus, Washington Luiz Abreu de; Carvalho, Rosely Cabral de; Assis, Marluce Maria Araújo	Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade	Feira de Santana/BA	Relato de Experiência	Discutir a formação médica em uma instituição do interior da Bahia tomando como base orientadora a APS e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina
2019	Rev. bras. educ. méd	Rezende, Valter L M; Rocha, Barbara Souza; Naghettini, Alessandra; Fernandes, Marcos Rassi; Pereira, Edna Regina Silva	Percepção discente e docente sobre o desenvolvimento curricular na atenção primária após Diretrizes Curriculares de 2014	Goiânia/GO	Qualitativa	Avaliar as percepções de discentes e docentes sobre o desenvolvimento do novo currículo do curso de medicina de uma Universidade Federal da região centro-oeste do Brasil após as novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 quanto ao ensino na Atenção Primária à Saúde (APS)
2019	Interface comun. saúde educ	Rezende, Valter Luiz Moreira de; Rocha, Bárbara Souza; Naghettini, Alessandra; Vitorino; Pereira, Edna Regina Silva	Análise documental do projeto pedagógico de um curso de Medicina e o ensino na Atenção Primária à Saúde	Goiânia/GO	Estudo de caso	Analisar e comparar o PPC do curso de Medicina da FM da UFG segundo os determinantes das DCNs de 2014 e do documento Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina
2020	Interface comun. saúde educ	Coelho, Márcia Gomes Marinheiro; Machado, Maria de Fátima Antero Sousa; Bessa, Olivia Andrea Alencar Costa; Nuto, Sharmênia de Araújo Soares	Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico	Fortaleza / CE	Qualitativa	Analisar, sob a ótica dos alunos do internato de Medicina, a Atenção Primária à Saúde como ambiente de aprendizagem
2020	Rev. bras. educ. méd	Lima, Ivana Cristina Vieira de; Shibuya, Beatriz Yumi Rodrigues; Peixoto, Maria das Graças Barbosa; Lima, Leilson Lira de; Magalhães, Paulo Sávio Fontenele	Análise do Internato em Medicina da Família e Comunidade de uma Universidade Pública de Fortaleza-CE na Perspectiva do Discente	Fortaleza / CE	Qualiquantitativa	Analisar o internato em Medicina de Família e Comunidade (MFC) de uma universidade pública de Fortaleza- CE na perspectiva do discente

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Foram selecionados artigos a partir do ano de 2001, porém foi constatado que nos primeiros oito anos do período selecionado não há trabalhos sobre a temática de interesse. Foram publicados, um artigo em 2009, dois em 2012, 2014, 2015, 2016, 2018 e 2020, três em 2010, quatro em 2017 e sete em 2019. Ao dividir os períodos, pode-se observar que 70% dos artigos foram publicados entre 2015 e 2020, ou seja, após a segunda diretriz curricular.

Em relação aos periódicos nos quais os artigos foram publicados, observa-se que os 27 foram publicados em oito periódicos distintos, sendo a Revista Brasileira de Educação Médica responsável pela publicação de 14 (52%) deles, seguida pela Interface - Comunicação, Saúde, Educação com sete publicações (26%), mundo saúde por dois (6%) e todas as demais (Revista Ciência Plural, ABCS Health Science, Saúde Redes, Saúde Debate) por um artigo.

Os estudos foram realizados em universidades de várias regiões do país. A região Sudeste teve o maior percentual com 40,8%, a região Nordeste com 33,3% e a região Sul e Centro-Oeste com 11,1%, um artigo pesquisou universidades de vários estados e a região Norte não teve nenhum artigo publicado. Em relação aos estados, São Paulo foi responsável por 29,6% (8), Ceará 14,8% (4), Rio de Janeiro 11,1% (3), Goiás e Rio Grande do Sul 7,4% (2) e Distrito Federal, Bahia, Santa Catarina, Paraíba, Alagoas, Rio Grande do Norte e de todo Brasil por 3,7% (1) cada.

Em relação a natureza das instituições pesquisadas, 48,1% (13) eram públicas, destas 12 federais e uma estadual; 40,7% (11) privadas, 3,8% (1) público-privada e 7,4% (2) analisaram mais de uma instituição no mesmo artigo.

A maioria dos estudos utilizou como metodologia o relato de experiência (40,8%), seguido por qualiquantitativa e qualitativa com (22,2%), seguido de quantitativa (7,4%) e estudo de caso e pesquisa-ação (3,7%).

Em sua maioria, 15 artigos (55,6%) abordaram a percepção/avaliação do discente, docente ou outros atores sobre os estágios em APS e 12 (44,4%) abordaram o processo de implantação de um estágio em Atenção Primária à Saúde no currículo de algum curso de medicina. Dentre os artigos que abordaram a percepção discente, docente ou de profissionais dos serviços, em cinco deles foi possível também obter informações relacionadas à estrutura curricular do curso, fazendo, portanto, parte da análise dos dois grupos de artigos.

### **A formação médica para Atenção Primária**

Para avaliar a formação para Atenção primária foram analisados os 17 artigos que trataram sobre essa temática.

Durante a apresentação do motivo impulsionador para a mudança curricular em 14 publicações (82,3%) apareceram as DCNs, um (5,9%) o Promed, um (5,9%) o Pet-saúde e ainda um (5,9%) as DCNs e Pet-Saúde.

Entre os artigos analisados, 12 (70,6%) deles relatou que os estudantes são inseridos nos estágios de APS já no primeiro semestre do curso, dois (11,7%) no terceiro período, um (5,9%) no segundo período, um outro (5,9%) no primeiro ou terceiro e um aponta apenas inserção nos primeiros semestres sem definir período. Pode-se dizer que em 100% dos artigos analisados houve referência sobre a inserção precoce, sendo que na maioria (76,5%) isso ocorre já no primeiro ano. Esta inserção ocorre em 88,2% (15) na Unidade Básica de Saúde, um (5,9%) em Unidades Básicas de Saúde, da Atenção Secundária e Terciária, e um outro (5,9%) não descreve claramente o local de inserção.

Além da inserção nos primeiros anos, verifica-se que em oito (47,1%) deles essa inserção ocorre do primeiro ao oitavo períodos, dois (11,7%) no primeiro e segundo ou terceiro e quarto períodos, e 5,9% em outros momentos (Tabela 1).

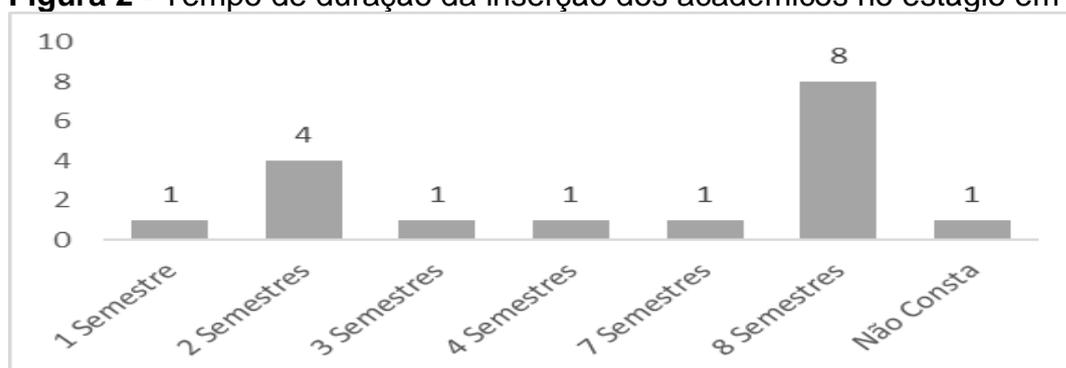
**Tabela 1** - Semestres em que os estudantes são inseridos em estágios na APS

	Semestre	%
Primeiro ao Oitavo Período	8	47,1
Primeiro e Segundo Período	2	11,7
Terceiro e Quarto Períodos	2	11,7
Primeiro ou Terceiro Período	1	5,9
Primeiro ao Terceiro Período	1	5,9
Primeiro e terceiro ano	1	5,9
Segundo ao Oitavo Período	1	5,9
Não Consta	1	5,9

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Ao analisar o tempo de inserção, identificou-se que oito (47%) trabalhos relataram oito semestres de duração, quatro (23,5%) dois semestres e para os demais um (5,9%) semestre (Figura 2).

**Figura 2** - Tempo de duração da inserção dos acadêmicos no estágio em APS



Fonte: a própria autora

Por meio dos relatos nos artigos, constatou-se que em apenas cinco (29,4%) a inserção em APS durante o internato, nos demais 12 (70,6%) não há registro sobre esse período.

Em relação ao porque inserir os alunos em estágios práticos em Atenção Primária, várias justificativas aparecem, (Quadro 2), dentre elas: formação generalista, formação crítica e reflexiva, atenção humanizada, cuidado baseado nas pessoas, famílias e comunidade, trabalho em equipe, assistência integral, compreensão dos determinantes em saúde e da relação entre o modo de vida, o trabalho e o adoecimento, conhecer os modelos de atenção à saúde, integração ensino e serviço, compreender o funcionamento do SUS e da Estratégia Saúde da Família. Também apareceu como local para o aprendizado das habilidades para resolução de problemas reais e das competências necessárias para a atuação médica. Em quatro artigos não foi relatado o que se espera com essa inserção.

**Quadro 2 - Objetivos de aprendizagem discente com a inserção na APS nos artigos selecionados**

<b><i>O que o curso espera quanto ao desenvolvimento discente com a inserção na APS?</i></b>
Entrar em contato com a complexidade da prática centrada no sujeito, com a obrigação de trabalhar em equipe e rede, fazer acompanhamento longitudinal, possibilita que o estudante se aproprie de competências essenciais ao exercício da profissão.
Ao final do curso o aluno seja capaz: realizar diagnóstico comunitário, realizar consulta utilizando o método clínico centrado na pessoa, realizar abordagem familiar, trabalhar em equipe, reconhecer as dificuldades enfrentadas pelos usuários do sistema de saúde e propor ações para mitigá-las, oferecer cuidado integral e humanístico, compreendendo o indivíduo no seu contexto de vida, familiar, social e ambiental.
<b>Desenvolver e qualificar habilidades e atitudes médicas generalistas</b>
Desenvolver o preparo e as habilidades necessárias para a resolução de problemas reais, atuar em equipes multidisciplinares, valorizando cada profissional da ESF, desenvolver capacidade crítica e reflexiva e promover assistência integral à população, com foco não somente na doença, mas na saúde por completo do ser humano.
Formação de um médico generalista, portanto a vivência de todos os estudantes em todos os níveis de atenção do SUS, porém com ênfase em saúde da família.
Formar médico que entenda o conceito ampliado de saúde e saiba acolher e estabelecer vínculos de responsabilização, na coordenação das ações necessárias para melhorar a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade.
Formar médicos com atuação generalista, humanística, crítica e reflexiva, capacitado a atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, guardando coerência com o perfil epidemiológico da população, pautado em princípios éticos, de forma a promover a saúde integral do ser humano.
Formar um médico generalista e mais adequado aos desafios da sociedade moderna.
Fomentar os graduandos a compreensão dos determinantes e das relações das doenças com o modo de vida e trabalho das pessoas. Cuidado baseado na saúde das pessoas, famílias e comunidade. Compreender as dificuldades e possibilidades das práticas conjugadas em saúde, vivenciando o contexto real do SUS.
Identificar e atuar sobre os problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia. Atuação integral e humanizada para a resolução dos problemas de saúde da população.

Interagir e vincular a universidade com os serviços de saúde e a comunidade e o aluno de medicina no cotidiano das USF, criar a oportunidade de conhecer modelos de atenção à saúde de uma população, planejamento em saúde, possibilitar a observação do trabalho de uma equipe de PSF, no domicílio e na comunidade, conhecendo a necessidade de saúde das pessoas, sensibilizar para o desenvolvimento de práticas educacionais e pedagógicas que facilitem o compartilhar de conhecimentos e informações

Possibilitar a compreensão do processo de construção do conhecimento da saúde coletiva correlacionando com a atuação dos profissionais no campo prático; conceituar aspectos importantes do SUS e sua aplicabilidade na prática do estágio.

Possibilitar uma formação crítica humanística e ética. Incorporar conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a construção da atuação médica centrada na pessoa e sensível às realidades do sistema de Saúde

Fonte: a própria autora

## **A Percepção dos diferentes atores envolvidos sobre a inserção nos estágios de APS**

Conforme descrito no Quadro 2, dos 15 artigos que trouxeram discussão sobre a percepção em relação à inserção em estágios em Atenção Primária à Saúde, 12 deles (80%) descreveram a percepção discente, um (6,6%) a percepção docente, um outro (6,6%) as percepções do discente e do docente e um (6,6%) a percepção dos profissionais dos serviços.

Aparecem como aspectos positivos sobre a inserção na Atenção Primária, na visão dos discentes, os seguintes aspectos: inserção precoce trazendo mais segurança por possibilitar a contextualização da teoria com situações reais (aprendizagem teórico-prática), contato precoce com paciente, desenvolvimento de habilidades clínicas, compreender o cuidado do indivíduo no seu contexto familiar e social, longitudinalidade, experiência em educação em saúde, aspectos humanísticos, aprendizado sobre relação médico-paciente, abordagem integral do cuidado, com ações de promoção, proteção e reabilitação, determinação social do processo saúde doença, trabalho em equipe, papel da APS nas redes de atenção à saúde, humanização, desenvolvimento de autoconfiança.

Os aspectos negativos percebidos pelos discentes são: distância e custo para deslocamento até as unidades de saúde, falta de estrutura física das unidades de saúde, falta de tempo para discussão de casos, violência urbana, falta de integração da disciplina com as demais, falta de transversalidade, falta de professores com formação específica ou formação ruim dos preceptores, ausência de preceptores em alguns locais, aulas teóricas em excesso, falha das redes de atenção à saúde.

Já entre os docentes, os aspectos positivos foram a inserção precoce com diversificação dos cenários de práticas, desenvolvimento de habilidades e

competências conforme preconizado pelas DCNs. Entre o que foi avaliado negativamente verifica-se o desconhecimento dos docentes sobre a formação generalista, falta de docentes com formação específica, alguns docentes compreendem a inserção precoce como atendimento clínico e não oportunizam outras abordagens, falta de estrutura física nas unidades, falta de integração da disciplina com outras do currículo, falta de valorização do SUS, estudantes e professores com olhar voltado para a especialidade.

Os preceptores entendem que foi positivo receber acadêmicos, pois a presença destes é impulsionador da capacitação permanente do profissional e da equipe, há melhora do trabalho interprofissional e o fortalecimento dos grupos de educação em saúde. Como negativo foi descrita a falta de respeito de alguns discentes, o constrangimento inicial da população e a rotatividade dos acadêmicos que dificulta o vínculo.

## **Discussões**

Conforme descrito nos resultados, observa-se que um percentual significativo dos artigos selecionados 40,8% são de relatos de experiência, nível de evidência IV, considerados como de menor evidência científica, por se tratar de estudos sem controle científico rigoroso<sup>11</sup>. A Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina (2002) também organizam, para o Projeto Diretrizes uma proposta de classificação de evidências, ficando, novamente, o relato de experiência com o nível C, à frente unicamente da opinião do especialista. Desta forma, faz-se necessário, o desenvolvimento de pesquisas de campo que investiguem como ocorre a formação médica na atenção primária. Tais pesquisa com melhor nível de evidência permitiriam afirmar com mais segurança sobre a mudança do perfil do egresso e das estruturas curriculares<sup>12</sup>.

Estratégias como o Promed e o Pet-Saúde, já descritas anteriormente, foram ferramentas utilizadas para a implementação de mudanças na formação médica com a inserção dos estudantes em cenários de prática em APS, mas foram as DCNs as principais impulsionadoras dessas mudanças<sup>3</sup>.

A OMS estabelece que a APS deve ser ferramenta central na organização dos serviços e, portanto, a inserção neste nível de atenção deve ser parte substancial da graduação médica<sup>6</sup>. O *"Tomorrow's doctor"*, um guia do Conselho de Médicos

Gerais para as escolas Médicas do Reino Unido, publicado em 1991, enfatizava uma educação mais holística em que o graduando fosse inserido em uma variedade de cenários, movendo a educação do hospital para a comunidade<sup>13</sup>. Ambos os documentos corroboram as mudanças ocorridas nos currículos apresentados nos trabalhos avaliados.

Um estudo realizado em 259 escolas de medicina da Europa verificou que 81% destas possuíam estágio em APS. Em outro estudo, um questionário aplicado em 40 escolas de medicina da Europa identificou que 80% dessas escolas implantaram a exposição clínica precoce já no primeiro ano, tal como identificado nesse estudo, porém, na Europa essa inserção ocorreu a partir do final do primeiro semestre e não logo no início do curso como observado. A variação do período de inserção foi de duas semanas a dois anos<sup>14</sup>, tempo inferior ao descrito nos artigos pesquisados. Em outra pesquisa, realizada em vinte oito escolas do Reino Unido, identificou-se que em 50% das escolas havia inserção em todos os cinco anos do curso e 25% em dois ou três anos<sup>15</sup>, mais semelhante ao identificado neste artigo.

As DCNs apontam que se deve

*Art. 28. VI - Inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação em Medicina. VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção. VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início da sua formação<sup>16</sup>.*

Se analisarmos que os artigos acima tratam de currículos cuja influência na estruturação foi prioritariamente as DCNs 2014, pode-se verificar que eles vão ao encontro do que está descrito nestes tópicos.

Demarzo *et al.*<sup>9</sup>, trazem as diretrizes para o ensino da Atenção Primária na Graduação em Medicina, recomendando um estágio que ocorra de forma longitudinal ao longo do curso, com um crescente de complexidade e cujas atividades devem ser incluídas desde o primeiro ano, também corroborando o descrito.

Outra experiência nacional de inserção precoce é a da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal), na qual os acadêmicos são inseridos já no primeiro semestre da graduação e permanecem o ano todo desenvolvendo

atividades teóricas e práticas. O desenvolvimento dessas atividades permite aos alunos a oportunidade de se integrar precocemente ao cotidiano de uma comunidade, em seus diferentes contextos e deparar-se com aspectos teórico-práticos com uma atividade a partir da experiência da integração entre ensino-serviço<sup>17</sup>.

A inserção do estudante de medicina nos cuidados de saúde primários deve ocorrer de forma integrada aos sistemas de saúde. Em uma pesquisa realizada com 108 escolas médicas brasileiras ficou claro que estas também seguiam o preconizado pelas DCNs e estabeleciam a integração ensino-serviço com pactuação junto a gestão local, visando à promoção da integração e interdisciplinaridade no desenvolvimento curricular e buscando mudanças em suas matrizes curriculares e metodologias<sup>18</sup>.

Bazak *et al.*<sup>14</sup> relatam que a inserção na APS teria por objetivos, diversos aspectos relacionados à prática médica além da introdução das habilidades médicas como anamnese e exame físico. Um estudo envolvendo 28 escolas do Reino Unido que avaliou os documentos relacionados aos estágios em APS, trouxe como objetivos da formação as habilidades de consulta e comunicação, trabalhar em equipe e desenvolvimento individual diagnóstico e tratamento, promoção, prevenção<sup>15</sup>. Outro estudo, também realizado no Reino Unido com estudantes de graduação, destacou que a integração entre teoria e prática, motivação dos estudantes de estudar para os objetivos da carreira, prática de habilidades e avaliação clínica, desenvolvimento da comunicação, habilidade de consulta, trabalhar com pacientes, entender o Sistema de Saúde são benefícios da inserção curricular precoce<sup>19</sup>. Esses objetivos são muito semelhantes aos encontrados nos artigos sistematizados no Quadro 2.

Educadores de Harvard elaboraram um conteúdo curricular para a formação em APS com as seguintes características: longitudinalidade, formação generalista, coordenação central do cuidado, habilidades de comunicação para construção de aliança terapêutica, conhecimento sobre condições agudas e crônicas, cuidados nas diferentes fases dos ciclos de vida incluindo ações de promoção e prevenção, abordagem dos transtornos mentais mais prevalentes e de mudanças de hábitos de vida, cenários de práticas em ambulatórios do sistema de saúde, trabalho em equipe

e determinantes em saúde<sup>20</sup>. Dessas, nos estudos selecionados não aparecem apenas as ações relacionadas aos cuidados em saúde mental.

As DCNs de 2014 apresentam todos os objetivos encontrados nesta revisão como objetivos de aprendizagem do estudante de medicina, sendo que alguns dos descritos fazem parte das características do perfil do egresso. Demarzo *et al.*<sup>9</sup> também trazem as habilidades e competências individuais, familiares e comunitárias como justificativa para formação na APS.

Verifica-se que os aspectos positivos que aparecem na avaliação docente são percebidos pelos discentes, apesar de haver muito mais aspectos avaliados pelo segundo como positivos. Já em relação aos aspectos negativos, destaca-se a falta de formação docente e a falta de infraestrutura das unidades em ambas as falas.

Em uma pesquisa realizada nas faculdades de medicina espanholas com estudantes do 1º, 3º e 5º anos verificou-se que 87% dos estudantes entendem haver justificativas suficientes para a aprendizagem teórico-prática de Medicina e Comunidade, que desenvolve uma função social imprescindível. No entanto, menos de 20% consideram que tenha prestígio semelhante a outras especialidades<sup>21</sup>. Outro estudo realizado em Genova e Lausanne mostrou que a aprendizagem na APS tem uma influência positiva na imagem dos estudantes sobre o trabalho médico neste nível<sup>22</sup>. Estudantes de Atenas, que estiveram em estágio em atuação clínica da APS, avaliaram que houve melhora significativa nas habilidades clínicas, no exame físico e no interesse em especializar-se em APS<sup>23</sup>.

As DCNs de 2014 trazem como aspectos importantes da formação médica todos os itens identificados como pontos positivos da formação médica tanto pelos discentes quanto pelos docentes, demonstrando o quanto o cenário da APS tem sido utilizado pelas instituições avaliadas com objetivo de adequar a formação ao perfil esperado pelas DCNs.

Em um artigo que analisa a experiência de uma instituição pública brasileira apresenta que os professores do internato não conhecem a Atenção Básica, acham que os estudantes devem ser “especialistas” corroborando alguns dos resultados negativos encontrados na percepção tanto dos docentes quanto dos discentes dos estudos analisados<sup>24</sup>. Essa percepção aparece como aspecto negativo para os docentes e discentes, demonstrando que a formação dos docentes, sejam eles

preceptores dos serviços ou docentes das instituições de ensino é um dos problemas que precisam ser analisados na formação para APS.

A participação dos estudantes na APS deve objetivar a criação de vínculos com a coletividade e ações a serem desenvolvidas sobre as demandas comunitárias identificadas pelos moradores e profissionais de saúde, como lidar com os usuários. Essa inserção deve promover benefícios à equipe e a comunidade, não prejudicando ou complicando o processo de trabalho já existente<sup>25</sup>. Observa-se que esses aspectos aparecem tanto na análise dos discentes, mas principalmente na avaliação dos preceptores dos serviços, mostrando-se ainda um desafio a ser superado na integração ensino-serviço no Brasil.

## **Conclusões**

Considerando a metodologia de revisão utilizada, sabe-se que o viés de seleção pode ocorrer. Outra limitação do estudo se deve a não terem sido analisados os graus de evidência dos trabalhos selecionados e, considerando que a maioria se tratava de relatos de experiência, isso pode trazer fragilidade aos resultados apresentados. Mais trabalhos com melhores níveis de evidência científica mostraram-se necessários.

Conforme discutido por diferentes grupos de estudiosos, bem como descrito por vários autores, a formação em APS tem um papel importante na transformação da formação médica, principalmente na superação do modelo biomédico para um modelo em que a determinação social do processo saúde doença e o contexto, social, familiar e de trabalho do indivíduo sejam inseridos no processo de cuidado e, conseqüentemente no processo de formação dos graduandos em medicina.

Pensar um médico com formação humanista, crítico e reflexivo, com habilidades e competências que o permitam atuar desde as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, capaz de utilizar ferramentas de abordagem individual, familiar e comunitária, demanda a inserção deste em cenários de práticas em que o contato mais próximo com o indivíduo e seu contexto ocorram. Este cenário é, sem dúvida, a APS.

Analisando os artigos selecionados, observa-se que muito já se encaminhou na perspectiva de adequação curricular às DCNs de 2014 e à formação que contemple as mudanças acima mencionadas, mas há ainda muito que avançar,

considerando que o número de escolas que aparecem no estudo são muito inferiores ao total de escolas médicas brasileiras, fator limitante desta análise.

Ainda, discutindo a percepção dos diferentes atores, observa-se que em sua maioria há um reconhecimento da importância da inserção precoce na APS, deste ser um importante espaço de formação para o médico e de que a integração ensino-serviço com aproximação da teoria com a prática tem, sem dúvida, papel importante na qualidade da formação. Porém, há falta de capacitação docente, falta estrutura física nas Unidades de Saúde, falta integração do básico com o clínico, a não valorização do SUS, além do olhar prioritário do estudante e de muitos docentes para a área especializada ainda promovem uma estrutura curricular que predispõe a formação de especialistas.

Portanto, as DCNs para o curso de medicina representam um marco para a mudança do modelo hospitalocêntrico e biomédico da formação médica; influenciaram significativamente uma série de escolas médicas, mas ainda há muito o que avançar se quisermos realmente formar médicos com o perfil que o Brasil e as lideranças internacionais entendem como necessário.

Pensar estratégias para melhorar a integração ensino-serviço, no que tange a convênios mais bem estabelecidos entre instituições de ensino e secretarias de saúde, bem como ferramentas para qualificar os docentes para ensino na APS parecem passos importantes a serem estabelecidos.

## Referências

1. Itikawa FA, Afonso DH, Rodrigues RD, Guimaraes MAM. Implantação de uma nova disciplina à luz das diretrizes curriculares no curso de graduação em medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(3): 324-332. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a07.pdf>
2. Peixinho, AL. Educação médica: o desafio de sua transformação [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/11847>
3. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32 (4): 492-499. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12>.

4. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2001; 8 (1): 49-69. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>? [Acesso em: 10 out. 2020].
5. Engel, GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; Apr8; 196(4286):129-36.
6. World Health Organization. The World Health Report 2008 – primary health care (now more than ever). Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)>
7. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago press; 1970.
8. Physicians for the twenty-first century. Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine. *J Med Educ*. 1984 Nov;59(11 Pt 2):1-208. PubMed PMID: 6492116.
9. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36 (1): 143-148. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a20v36n1.pdf> [Acesso em: 10 out. 2020].
10. Levac, D, Colquhoun, H, O'Brien, K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*, 5.1 (2010): 69.
11. Atallah, A. Nagib. Medicina Baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. 1998. p. 325-343. Disponível em: [http://www.centrocochranedobrasil.org.br/apl/artigos/artigo\\_516.pdf](http://www.centrocochranedobrasil.org.br/apl/artigos/artigo_516.pdf) [Acesso em: 17 mai. 2021].
12. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. 2002. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/texto\\_introdutorio.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/texto_introdutorio.pdf) [Acesso em: 17 mai. 2021].
13. General Medical Council. Tomorrow's Doctors. London: GMC; 2003.
14. Bazak O, Yaphe J, Spiegel W, Wilm S, Carelli F, Metsemakers JFM. Early clinical exposure in medical curricula across Europe: an overview. *Eur J Gen Pract*. 2009; 15(1): 4-10.
15. Boon V, Ridd M, Blythe A. Medical undergraduate primary care teaching across the UK: what is being taught? *Educ Prim Care*. 2017; 28(1): 23-28.

16. Conselho Nacional de Educação. Resolução CES nº 3 de 20 de junho de 2014: Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina Resolução CNE. CES nº3 de, 20 jun. 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192) [Acesso em: 10 out. 2020].
17. Santos Júnior CJ, Misael JRM, Silva MR, Gomes, VM. Educação médica e formação na perspectiva ampliada e multidimensional: considerações acerca de uma experiência de ensino-aprendizagem. Rev Bras Educ Med. 2019; 43(1):72-79. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n1/1981-5271-rbem-43-1-0072.pdf> [Acesso em: 10 out. 2020].
18. Chini H, Osis, MJD, Amaral E. A aprendizagem baseada em casos da atenção primária à saúde nas escolas médicas brasileiras. Rev. Bras. Educ. Med. 2018; 42(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n2/0100-5502-rbem-42-02-0045.pdf> [Acesso em: 10 out. 2020].
19. Oppen JV, Camm C, Sahota G, Taggar J, Knox R. Medical students' attitudes towards increasing early clinical exposure to primary care. Educ Prim Care. 2018; 29(5).
20. Fazio SB, Demasi M, Farren E, Frankl S, Gottlieb B, Hoy J, *et al.* Blueprint for an undergraduate primary care curriculum. Acad Med. 2016; 91(12): 1628-1637.
21. Zurro AM, Villa JJ, Hajar AM, Tuduri XM, Puime AO, Coello PA. Los estudiantes de medicina españoles y la medicina de familia. Datos de las 2 fases de una encuesta estatal. Aten Primaria. 2013; 45(1):38-45.
22. Chung C, Maisonneuve H, Pfarrwaller E, Audétat MC, Birchmeier A, Herzig L, *et al.* Impact of the primary care curriculum and its teaching formats on medical students' perception of primary care: a cross-sectional study. BMC Fam Pract. 2016; 17(1): 135.
23. Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, Papathanasiou M, Sapsakos TM, Marayiannis K, *et al.* Evaluation of a clinical attachment in Primary Health Care as a component of undergraduate medical education. Med Teach. 2008; 30(7): e202-e207.
24. Carácio FCC, Conterno LO, Oliveira MAC, Oliveira ACH, Marin MJS, Braccialli LAD. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. Cien Saude Colet. 2014; 19: 2133-2142. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02133.pdf>

25. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira TS, Arcuri MB, Batista RS. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. Rev. Bras. Educ. Med. 2012; 36(4): 541-549. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/14.pdf>

#### 4.3 ARTIGO 2 - A FORMAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PARANÁ

##### **MEDICAL TRAINING IN PRIMARY HEALTH CARE IN PARANÁ**

*Luciana Osorio Cavalli<sup>1</sup>*

*Brígida Gimenez Carvalho<sup>2</sup>*

*Para a realização desta pesquisa não houve qualquer tipo de suporte financeiro, não existindo por parte das pesquisadoras nenhum tipo de conflito de interesse.*

##### **Resumo**

**Introdução:** Uma série de estratégias para modificar o perfil de egressos dos cursos de Medicina vêm ocorrendo nas últimas décadas; os projetos iniciados nos anos de 1990, por exemplo, culminaram com a implantação das novas diretrizes curriculares. A Lei do Mais Médicos trouxe algumas mudanças no cenário da formação médica, uma delas, a Diretriz Curricular de 2014 que estabeleceu uma série de recomendações sobre a formação, em que os cursos de Medicina tenham inserção em campos de prática e formação generalista. A segunda, foi o incentivo à abertura de novas escolas de medicina; em 2017, havia 357 escolas em atividade no país, sendo 16 delas no Paraná. **Objetivo:** Analisar como ocorre a inserção dos acadêmicos na Atenção Primária à Saúde, durante a graduação em cursos de medicina do Paraná, conforme descrito em seus Projetos Político-Pedagógicos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório cujos dados foram obtidos a partir da Análise dos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos de Medicina do Paraná. **Resultados:** Foram analisados os Projetos Políticos Pedagógicos de 10 cursos de graduação em Medicina, sendo dois privados e oito públicos. A maioria dessas escolas foram abertas a partir de 2001, posterior à primeira diretriz. Observou-se que 900% dos currículos analisados citam a inserção na Atenção Primária à Saúde,

---

<sup>1</sup> Mestrado em Biociências e Saúde - Centro Universitário FAG, professora do curso de medicina na disciplina Programa de Aprendizagem Saúde e Sociedade -lucianacavalli@yahoo.com.br e ORCID: 0000-0003-3876-2388.

<sup>2</sup> Doutorado em Gerenciamento em Enfermagem - Universidade Estadual de Londrina – UEL, Professor Adjunto B -brigidagimenez@gmail.com e ORCID: 0000-0003-3850-870X.

ainda no primeiro ano, sendo que em 80% deles por oito semestres, tendo a unidade básica de saúde como local para realização destas atividades. Já em relação ao internato, verifica-se que há em 100% deles inserção neste nível de atenção, porém em 30% isto não ocorre pelo tempo preconizado. O porquê da inserção na Atenção Primária à Saúde bem como o desenho das disciplinas vai ao encontro das diretrizes e a descrição de avaliação formativa e somativa também aparecem na maioria dos projetos pedagógicos. **Conclusão:** A maioria dos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina do Paraná encontra-se em consonância com o estabelecido pela diretriz curricular de 2014, porém a análise documental não possibilita a compreensão de como se dão essas inserções nos cenários de práticas, quais as dificuldades encontradas e as potencialidades destes espaços na transformação da formação docente.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Currículo; Medicina; Educação de Graduação em Medicina.

### **Abstract**

**Introduction:** *A series of strategies to modify the profile of graduates of Medicine courses have been taking place in the last decades, since the projects started in the 1990s and culminating in the implementation of the new curricular guidelines. The Mais Médicos Law brings some changes in the core of medical training, one of them, the Curricular Guideline of 2014 establishes a series of recommendations on the formation of medical courses including insertion in fields of practice and general training. The second, the incentive to open new medical schools reaching 357 schools in operation in the country and in 2017, sixteen schools in Paraná.*

**Objective:** *Analyze how the insertion of students in Primary Health Care occurs during graduation in Medicine courses in Paraná, as described in their political pedagogical project.*

**Methodology:** *Exploratory study whose data were obtained from the Analysis of Political Pedagogical Projects of Medical Courses in Paraná.*

**Results:** *The Political Pedagogical Projects of 10 undergraduate medical courses were analyzed, two of which were private and eight public. Most of these schools were opened in 2001, after the first directive. It was observed that 100% of the curricula analyzed refer to insertion in the first year of Primary Health Care, 80% of them for eight semesters, and having the basic health unit as a place to carry out*

*these activities. In relation to the internship, it appears that in 90% of them there is an insertion in this level of care, however in 30% this does not occur for the recommended time. The reason for insertion in Primary Health Care as well as the design of the disciplines also meets the guidelines. The description of formative and summative assessment also appears in most pedagogical projects. **Conclusion:** Most of the pedagogical projects of the medical courses in Paraná are in line with what was established by the 2014 curriculum guideline, but the documentary analysis does not allow the understanding of how these insertions occur in the practice scenarios, what difficulties are encountered and the potential of these spaces in the transformation of teacher training.*

**Keywords:** *Primary Health Care; Curriculum; Medical; Medical, Education, Undergraduate.*

## **Introdução**

Inúmeras críticas têm sido apresentadas ao modelo de formação biologicista e hospitalocêntrico do profissional médico, tanto no Brasil quanto no Exterior, pois esse modelo não atende à necessidade de reestruturação do cuidado e nem ao requerido pelo Sistema Único de Saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde (1990) criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios a universalidade, integralidade, igualdade além da regionalização, descentralização, hierarquização e participação da comunidade (NOGUEIRA, 2009). Uma das funções do SUS é ser o ordenador da formação de recursos humanos e, segundo Ciuffo e Ribeiro (2008), faz-se necessária a reestruturação dos currículos de medicina, orientados pelo princípio da integralidade, para que tal função possa ser reconhecida.

Apesar de não ocorrer de forma linear, diversas iniciativas para modificar o perfil de formação têm ocorrido, sendo algumas destas: Projeto IDA (1981); Projeto UNI (1990); PROMED (2002); VER-SUS (2003); Pró-Saúde I (2005) e Pró-Saúde II (2007) e Pet-Saúde (2007). Esses projetos apresentavam características particulares, porém em comum tinham como objetivo principal a reestruturação curricular da medicina com vistas à superação do modelo biomédico e a inserção em

novos cenários de práticas como a Atenção Primária à Saúde (APS) (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Apesar desses projetos, isoladamente, não terem modificado os currículos médicos, foram experiências que desencadearam e influenciaram a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de Medicina, a primeira, publicada em 2001 e a segunda em 2014.

As DCNs de 2014 estabelecem que o curso de medicina deverá formar egressos com as seguintes características:

formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à Saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo saúde doença (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014, p.1)

Ao longo de todo o documento são apontadas recomendações sobre os conteúdos, cenários de prática dentre outros para garantir que o egresso, ao longo dos seis anos, seja exposto a situações para que conclua a graduação com o perfil acima descrito.

O artigo 29, inciso VI, da Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014 do Conselho Nacional de Educação (CNE), define que o curso deve inserir os alunos, desde as séries iniciais e ao longo de todo o processo de formação, nas redes de serviços de saúde, a partir de um conceito ampliado de saúde. O inciso VII afirma que se deve utilizar, como espaços de prática, diferentes cenários, incluindo unidades de saúde dos três níveis de atenção do SUS (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014).

Demarzo *et al.* (2011) afirmam que o ensino da APS deve estar presente longitudinalmente ao longo de todo curso com inserções significativas e que faça parte do núcleo de ensino da semiologia e da prática clínica do médico.

Outra normatização aprovada nesse período foi a medida provisória nº 621/2013, aprovada em julho e transformada em lei em outubro de 2013 - Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos e se propunha a discutir o provimento de médicos para as regiões carentes, a reforma

dos currículos médicos e a formação de pós-graduação, residência médica, dando ênfase a uma formação voltada para a Atenção Primária e incentivos para inserção do médico neste cenário após a formação (BRASIL, 2013).

Segundo o site do Ministério da Educação, o Brasil possui 360 cursos de medicina, destes 357 em atividade, porém 22 não possuem turmas em funcionamento. Ao todo, esses cursos, com turmas em formação, representam 36.400 vagas por ano. Observa-se distribuição desigual entre as regiões, na qual o Sudeste detém a maioria dos cursos, 147 (41,2%), seguida pelo Nordeste com 86 (24,1%), Sul com 58 (16,2%), Centro-Oeste com 35 (9,8%) e Norte com 31 (8,7%). Analisando a partir da relação vaga/100.000, aparece em primeiro lugar as Regiões Centro-Oeste (20) e Sudeste (20), seguida pela região Sul (18). Análise semelhante realizada por Estados, mostrou que São Paulo, seguido por Minas Gerais e Bahia detém 72, 47 e 26 escolas, respectivamente, diferente de quando se analisa a relação vagas/100.000 cuja sequência fica: Tocantins (38), Rondônia (29) e Paraíba (26) (MEC, 2020). Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa Demografia Médica realizada por Scheffer *et al.* (2018).

A região Sul possui um total de 58 escolas com 5.332 vagas, representando uma relação de 18 vagas / 100.000 habitantes, e o Paraná é o Estado com o maior número de escolas, atualmente 21. As escolas paranaenses dispõem de 2169 vagas, uma relação de 19 vagas/100.000hab (MEC, 2020), apenas uma, não possui turma iniciada. No ano de 2017, estavam em funcionamento 16 destes cursos.

Percebe-se que, nos últimos anos, ampliaram-se os cursos de medicina no país e uma sequência de propostas para mudanças na formação médica, inserindo-a na APS e para os Sistemas de Saúde. Verifica-se então a importância de se compreender como está a inserção da APS nos currículos de medicina do estado do Paraná, como locus para a formação dos estudantes. Sendo assim, o presente artigo tem como objetivo analisar como ocorre a inserção dos acadêmicos na Atenção Primária à Saúde em cursos de Medicina do Paraná.

## **Métodos**

Trata-se de estudo exploratório, de análise documental, cujos dados foram obtidos dos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos de medicina do Paraná.

O estudo foi desenvolvido nas Instituições de Ensino Superior (IES) que possuíam curso de Medicina no Paraná em atividade, com base nas informações obtidas do site do Ministério da Educação e Cultura, em março de 2017 (Quadro 1).

**Quadro 1 - Cursos de Medicina existentes no Paraná, 2017**

	<b>Instituições de Ensino Superior</b>	<b>Município</b>	<b>Vagas</b>	<b>Ano Fundação</b>	<b>Tipo Instituição</b>
1	Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Curitiba	190	09/12/1912	Pública
2	Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)	Curitiba	180	11/03/1957	Privada
3	Universidade Estadual de Londrina (UEL)	Londrina	80	15/02/1967	Pública
4	Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (Fempar)	Curitiba	120	03/01/1969	Privada
5	Universidade Estadual de Maringá (UEM)	Maringá	40	15/08/1988	Pública
6	Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste)	Cascavel	40	25/11/1997	Pública
7	Universidade Positivo (UP)	Curitiba	169	17/02/2003	Privada
8	Centro Universitário Inga (Uingá)	Maringá	100	01/02/2007	Privada
9	Centro Universitário Assis Gurgacz (FAG)	Cascavel	162	03/03/2008	Privada
10	Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)	Ponta Grossa	40	19/07/2009	Pública
11	Universidade Cesumar (Unicesumar)	Maringá	298	18/11/2011	Privada
12	Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)	Londrina	90	01/08/2012	Privada
13	Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste)	Francisco Beltrão	40	18/02/2013	Pública
14	Faculdades Pequeno Príncipe (FPP)	Curitiba	100	07/05/2014	Privada
15	Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila)	Foz do Iguaçu	60	18/08/2014	Pública
16	Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Toledo	60	21/03/2016	Pública

**Fonte:** Ministério da Educação e Cultura (MEC), 2017

A coleta de dados foi realizada a partir da busca dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPPs) dos 16 cursos de Medicina. Para aquelas em que o PPP não estava público (site da instituição ou portaria publicada) foi solicitado termo de autorização para uso de dados em arquivo e envio da autorização com o PPP ou da recusa.

Obteve-se um total de 10 PPPs (62,5%) das IES com cursos de medicina previamente inseridas na pesquisa. Estabelecido contato com as instituições, duas responderam negativamente ao fornecimento do documento e quatro não responderam. Das 10 em que se obteve o PPP, estes estavam disponibilizados no site da própria instituição ou foi obtido por envio do mesmo para a pesquisadora. Os

curso analisados ofertam 49,8% das vagas disponibilizadas pelas 16 instituições. Tal diferença pode ser justificada pelo fato de a maioria das vagas serem ofertadas por instituições privadas, sendo que destas, apenas duas forneceram documentação.

Das IES cujos PPPs foram obtidos, realizou-se a análise documental seguindo o roteiro previamente estabelecido e buscando responder aos seguintes objetivos: categorizar os projetos políticos pedagógicos de acordo com o ano de sua implantação e características da formação para Atenção Primária à Saúde com base no proposto por Demarzo *et al.* (2016) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014.

A análise dos PPPs foi realizada com base nas seguintes categorias:

**Quadro 2 - Categorias utilizadas para a análise do conteúdo dos PPPs das Instituições de Medicina do Paraná, 2017**

<b>Por quê?</b>	Qual a contribuição da Atenção Primária à Saúde para a Graduação em Medicina?
<b>O quê?</b>	O que se espera que o estudante desenvolva de competências ao final do curso com os estágios de Atenção Primária?
	Quais as competências e habilidades individuais, familiares e comunitárias que se espera que o aluno desenvolva?
<b>Quando?</b>	Quanto Semestres?
	Quais Semestres?
	Há inserção de estágio em APS durante o internato?
<b>Como?</b>	Quais as diretrizes metodológicas e estratégias didáticas utilizadas para esta formação?
	Existe atividade multidisciplinar durante o estágio?
	Há integração das disciplinas com foco na atenção primária com as demais disciplinas? De que forma?
	Como ocorre a avaliação dos acadêmicos?
<b>Onde?</b>	Quais os cenários de prática utilizados?
	Há previsão de atividades em espaços da comunidade?
	Existe convênio ou parceria estabelecido com a gestão municipal ou estadual?

Fonte: Demarzo *et al.*, 2016 adaptado pelas autoras

Como referencial teórico para análise dos resultados foi utilizado o pensamento do filósofo francês Pierre Bourdieu, em especial seus conceitos de *habitus*, campo, capital e poder simbólico expostos a seguir.

As estruturas que constituem um determinado meio ambiente e que podem ser empiricamente aprendidas e associadas a um meio socialmente estruturado produzem *habitus* que são “estruturas predispostas a funcionarem como tal” (BOURDIEU, 2002 p. 163). O *habitus* representa nossa maneira de perceber e julgar o mundo, além de definir nossa forma de agir. Ele é um sistema que possui

disposições duráveis e transferíveis, geralmente, adquiridas e aceitas, de comportamentos que são de um indivíduo, porém, aprendidos e compartilhados com os demais membros do mesmo coletivo (THIRY-CHERQUES, 2006; FAGUNDES, 2017). Em síntese, o *habitus* é empregado para explicar a lógica da prática social.

O campo apresenta-se como “espaços estruturados de posições cujas propriedades dependem da sua posição nesses espaços” (BOURDIEU, 2003 p. 61). O campo não é fixo, visto que resulta da história de suas posições, produto de processos de diferenciação social, da forma de ser e do conhecimento do mundo. O campo é formado por indivíduos dotados de um mesmo *habitus*, portanto, o campo estrutura o *habitus*, o qual constitui o campo (THIRY-CHERQUES, 2006).

Quando algum capital alcança reconhecimento explícito, ou o de um *habitus* estruturado, passa a funcionar como um capital simbólico, seja ele inicialmente capital cultural, econômico ou social (BOURDIEU, 2001).

Os agentes, no campo, estão dotados de capital; a maior ou menor dotação define sua posição. A distribuição desigual de capital é que resulta em dominantes e dominados, determinando a estrutura do campo e o *habitus* predominante. Portanto, um dos princípios do campo é o alcance do poder (FAGUNDES, 2017). Bourdieu (1996 p. 52) afirma que “o campo de poder é o espaço de relações de forças entre os diferentes tipos de capital”. Os agentes, com objetivo de dominar o campo, intensificam essas lutas sempre que o valor de um dos capitais é posto em questionamento, ou seja, sempre em que há ameaça às instâncias encarregadas do campo do poder.

Conforme descrito por Bourdieu, os sistemas simbólicos:

Cumprem a função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre a outra (violência simbólica) dando reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam (BOURDIEU, 1989, p. 11).

O poder simbólico é o poder de transformar a visão de mundo e ação sobre o mundo, portanto, permite obter aquilo que seria obtido pela força. O poder simbólico é uma relação entre os que exercem o poder e os que estão a ele sujeitos. É um conjunto de valores, que implica a diferenciação dos indivíduos e organiza a relação de dominação entre os grupos sociais, os quais pertencem ao campo.

Compreender a relação entre as propostas de mudança curricular, o capital cultural, simbólico e econômico do período, bem como os agentes que detêm o poder no campo e o “poder simbólico” que cada mudança representa contribuirá para a um melhor entendimento dos PPPs analisados.

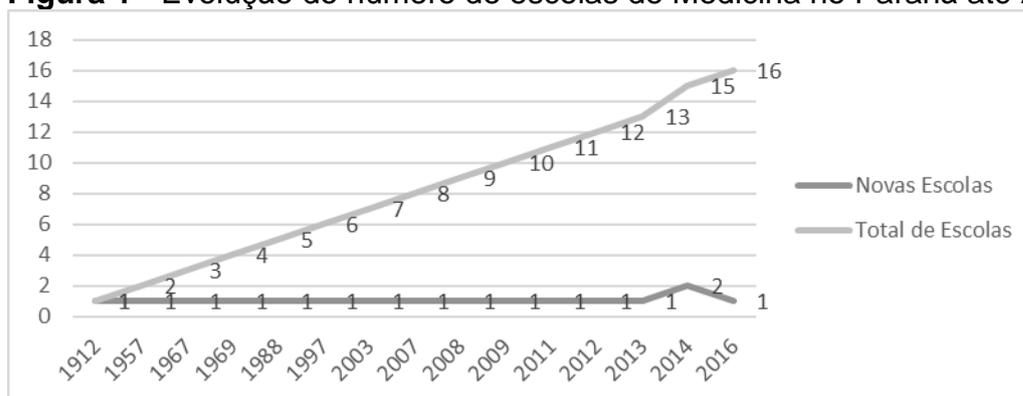
Este projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade na qual os pesquisadores estão vinculados e aprovado com o parecer número 3.247.180.

## **Resultados e discussão**

### *As IES com cursos de Medicina no Paraná em 2017*

O Estado do Paraná possuía em março de 2017, 16 cursos de Medicina em funcionamento, distribuídos em 14 instituições, sendo que algumas destas com mais de um campus no Estado. Desses cursos, metade estavam em instituições públicas e metade na rede privada, sendo seis privadas sem fins lucrativos (37,6%), duas com fins lucrativos (12,5%), cinco públicas estaduais (31,3%) e três públicas federais (18,7%). Entretanto, em relação à distribuição das vagas, observa-se que as instituições privadas representam 68,9% (1.219) do total, enquanto apenas 31,1% (550) são públicas. Scheffer *et al.* (2018) também retratam que as escolas médicas privadas correspondiam à maioria (65%) das vagas anuais de Medicina no Brasil em 2017.

Em relação à data de implantação dos cursos, identifica-se que em seis (37,5%) foram antes de 2001, sete (43,8%) entre 2001 e 2013 e três (18,75%) a partir de 2014. Verifica-se um aumento nas últimas décadas, pois até 2001, quase 89 anos após a abertura do primeiro curso de medicina, chegou-se a um total de seis cursos. Entre 2001 e 2013 (12 anos) foram abertos sete novos cursos e após seis anos mais três, ou seja, 62,5% dos cursos do Estado do Paraná foram criados a partir de 2001. Desta forma, até 2001 tivemos a abertura de um novo curso a cada 14 anos e a partir deste ano um a cada 1,9 anos (Figura 1). Oliveira *et al.* (2018) retratam o aumento das escolas de Medicina durante os governos do FHC, Lula e Dilma-Temer, sendo o governo Lula, de 2003 a 2010, o maior responsável pela ampliação das escolas na região Sul.

**Figura 1 - Evolução do número de escolas de Medicina no Paraná até 2017**

Fonte: a própria autora, adaptado de MEC (2017)

Verifica-se que a distribuição das IES com cursos de Medicina no Estado, em 2017, ocorria de forma desigual. Somente quatro das dez regiões do Estado possuíam cursos de Medicina, sendo que a Região Metropolitana, Norte Central e Oeste possuíam 14 dos 16 cursos (87,5%) (Figura 2).

**Figura 2 - Distribuição das Escolas de Medicina no Estado do Paraná em 2017**

Fonte: a própria autora

Verifica-se ainda que os 16 cursos se distribuem em oito municípios e que as cinco maiores cidades do Estado (Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e

Cascavel), que concentram 31% da população, acumulam 81,25% (13) do total de cursos de Medicina (IBGE, 2020; MEC, 2020).

**Tabela 1 - Distribuição das escolas e número de vagas no Estado do Paraná**

Municípios	Número Escolas	Número de Vagas
Cascavel	2	202
Curitiba	5	759
Foz do Iguaçu	1	60
Francisco Beltrão	1	40
Londrina	2	170
Maringá	3	438
Ponta Grossa	1	40
Toledo	1	60
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>1769</b>

Fonte: a própria autora, adaptado de MEC (2017)

Verifica-se que a distribuição desigual existente no Estado do Paraná (grandes municípios com maior número de escolas) é reflexo da realidade nacional, em que as Regiões e Estados com maior capital econômico detêm o maior número de escolas médicas. Portanto, maior capital econômico corresponde também a um maior poder simbólico e melhores posições de poder no campo.

Ainda, considerando o conceito de capital econômico de Bourdieu, mas transpondo para a distribuição do número de vagas entre escolas públicas e privadas, observamos novamente o capital político e econômico destas no atual modelo neoliberal e uma ascensão dessas instituições na estrutura de poder. Os atuais atores políticos deste campo vêm destituindo de poder as IES públicas, apesar do grande capital cultural que ainda detêm. Este fato permite verificar que, na atualidade, o capital econômico tem predominado sobre o capital cultural adquirindo maior poder simbólico no campo.

#### *Características dos Cursos Analisados*

Em relação à natureza jurídica das instituições, verifica-se que foi possível obter o PPP de 100% das instituições públicas, sejam elas estaduais ou federais, 50% das instituições privadas com fins lucrativos e 17% das instituições privadas sem fins lucrativos.

Em relação ao período de implantação dos cursos analisados, observa-se que quatro foram implantados antes das DCNs de 2001 e seis após. Quanto ao PPP dessas instituições, seis foram implantados entre 2001 e 2013 e quatro a partir de

2014. Vale ressaltar que as DCNs de 2001 e 2014 são os principais documentos que norteiam a formação médica. Portanto, para todas as instituições analisadas, as DCNs influenciaram ou modificaram a estrutura curricular.

#### *A Análise dos PPPs – A formação para a Atenção Primária à Saúde*

Analisando no PPP o porquê da inserção dos estudantes na APS, verificam-se vários objetivos, alguns abaixo descritos:

Instituição 1: “Compreensão dos determinantes da Saúde na sociedade, a epidemiologia, a atenção à saúde coletiva, o sistema hierarquizado de saúde, a referência e contrarreferência”.

Instituição 3: “Mostrar ao aluno a realidade de saúde da nossa região, usando o nível primário de assistência (centrado na prevenção primária e secundária) e fugindo da visão tradicional centrada no Hospital e no tratamento”.

Instituição 9: “Objetivam a aproximação progressiva do discente à prática profissional do médico, centrada na pessoa, comprometida com a integralidade do cuidado, com o trabalho em equipe profissional e pautado por princípios éticos, humanísticos e socialmente comprometidos. Com níveis de complexidade e responsabilidade crescentes, o discente vivenciará, de maneira ativa, atividades voltadas à compreensão dos processos humanos, sociais, políticos e ambientais relacionados ao cuidado com a saúde”.

Instituição 10: “Pretende-se estimular e desenvolver uma interação natural entre cada estudante com os usuários que entrarão em contato, de forma que possam desenvolver a habilidade do diálogo e da observação do contexto geral de vida e saúde do usuário e de sua família, recolhendo suas impressões, valores históricos ou atuais, suas temeridades e o entendimento do ambiente contextual que habita, enfim, respeitando e levando em consideração o contexto de vida que cada indivíduo carrega”.

Os objetivos acima identificados com a inserção na APS vão ao encontro do que é preconizado nas DCNs de 2014 para a formação médica. No entanto, tanto a DCN de 2014, quanto a lei do “Mais Médicos” foram propostas em um contexto marcado por disputas e resistência das entidades médicas. Morais *et al.* (2014) retratam vários posicionamentos encontrados por diferentes entidades, pois essa lei dividiu a opinião pública. A Federação Nacional dos Médicos, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) anunciaram cronograma de greves e atividades de mobilização contrárias ao programa, enquanto entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) se posicionam favoráveis às medidas implementadas.

Portanto, o debate sobre a Política do Mais Médicos, que engloba as diretrizes curriculares, apresenta-se marcado pelo debate político e judicial.

Diversos autores também trazem esses aspectos, a exemplo de Oliveira *et al.*, (2017) ao afirmarem que a inserção em APS possibilita uma formação crítica humanística e ética, incorporando conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a construção da atuação médica centrada na pessoa e sensível às realidades do sistema de Saúde. Cavalcante *et al.* (2017) associam a formação em APS ao desenvolvimento de habilidades para resolução de problemas reais, para atuar em equipes multiprofissionais com valorização da Estratégia Saúde da Família (ESF), com o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva e a promoção da assistência integral à população, com foco não somente na doença, mas na saúde por completo do ser humano.

Ferreira *et al.* (2019) trazem a compreensão dos determinantes e das relações das doenças com o modo de vida e o trabalho, aliando o cuidado das pessoas famílias e comunidades, e do conhecimento da realidade do SUS. Silva *et al.*, (2017) estabelecem que ao final do curso o aluno deve ser capaz de: realizar diagnóstico comunitário; consulta utilizando o método clínico centrado na pessoa; abordagem familiar; trabalhar em equipe; identificar dificuldades dos usuários no sistema e ações para reduzi-las; cuidado integral com a compreensão do indivíduo em seu contexto familiar, social e ambiental.

Sob a ótica de Bourdieu podemos avaliar que, em relação a formação médica, o *habitus* está historicamente vinculado à formação hospitalar e na atualidade, a inserção em estágios na APS tem papel importante de conferir experiência aos estudantes a fim de modificar significativamente o *habitus* e, portanto, o capital cultural médico vigente.

Verifica-se, claramente, que o modelo biomédico de formação, pautado no hospital, focado na especialização médica ocupa a visão de mundo vigente, um “dogma” conforme afirma Engel (1977). Este é o desafio das reformas curriculares: modificar o atual “poder simbólico” vigente, pois caso isso não se efetive, não ocorrerão mudanças significativas na prática médica.

Associado ao porquê, é necessário avaliar o que se espera que os acadêmicos aprendam em seus estágios em APS. Quando verificado o descrito nos PPPs, identificou-se que 100% das instituições descreveram a incorporação de

ferramentas teóricas e práticas para desenvolver competências e habilidades para o cuidado individual e comunitário, porém apenas 30% descreveram a inserção destes aspectos relacionados ao cuidado familiar, conforme os excertos a seguir:

Instituição 3: “Exercitar o bom relacionamento entre médico e paciente, mantendo os princípios da ética e da integralidade da atenção. Desenvolver o conceito de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade da assistência à saúde. Aplicar os recursos semiológicos de anamnese e exame físico completos na formulação de hipóteses diagnósticas e condutas. Reconhecer, diagnosticar e tratar as patologias clínicas mais prevalentes em nossa região. Realizar procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, a nível ambulatorial. Prestar assistência à gestação normal, identificando os diferentes fatores de risco. Desenvolver ações de prevenção e educação visando evitar a doença e suas complicações. Desenvolver a noção de uso racional dos métodos diagnósticos e dos medicamentos disponíveis, visando aperfeiçoar o aproveitamento dos recursos disponíveis. Participar de campanhas de Saúde Pública voltadas à população assistida”.

Instituição 6: “é estruturado em Eixos de atenção à saúde: Individual, Saúde Coletiva, Processo de Trabalho e da Educação em Saúde. O Eixo da Saúde Individual leva em consideração a abordagem clínica e contextualizada nos aspectos biopsicossociais, a relação profissional de saúde/usuário orientada pela escuta qualificada, pelo estabelecimento do vínculo e da responsabilização. O Eixo da Saúde Coletiva considera as necessidades de saúde e as multideterminações na perspectiva do contexto indivíduo/família/comunidade ordenando as práticas profissionais pelas necessidades de saúde de uma determinada população. O Eixo do Processo de Trabalho em Saúde visa desenvolver competências profissionais orientadas por reflexões vivenciadas no cenário do processo de trabalho das equipes de saúde na atenção primária e sua relação com o Sistema de Saúde. O Eixo da Educação em Saúde busca desenvolver práticas educativas visando as necessidades de saúde na perspectiva do autocuidado e da instalação de hábitos saudáveis nos indivíduos/famílias/comunidades”.

Instituição 4 e 8: PMI I - “A Medicina e sua relação com outras áreas da saúde. Importância da Interdisciplinaridade. História da Medicina. Princípios de Bioética. Código de Ética Médica. Conhecimento dos locais de aprendizado dentro e fora da Universidade. Comportamento humano. PMI II - Prática do exame físico. Discussão de casos clínicos reais, através de metodologias ativas. Habilidades de raciocínio. Avaliação comunicação oral e escrita. Habilidades da escrita (relatórios). Habilidades de relacionamentos multiprofissional (trabalho em equipe). Ética profissional. Vínculos com a comunidade. PMI III - Correlação anátomo-clínica e anátomo-cirúrgica.

Interdisciplinaridades. Discussão de casos clínicos. Diagnóstico sindrômico e topográfico. Habilidades de raciocínio de diagnóstico diferencial. PMI IV - Gestão em saúde. Gestão de RH. Trabalho em equipe. Comunicação e liderança. Educação em Saúde”.

As DCNs de 2014 apresentam no artigo 5º sobre a formação em Atenção à Saúde, itens VIII e IX: “promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articuladas às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde” e “cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade...”. Além disso, descrevem a necessidade de desenvolvimento de competência de atenção às necessidades individuais e coletivas, divididas em: as necessidades individuais - identificação de necessidades de saúde e desenvolvimento e avaliação de planos terapêuticos; e coletivas - investigação de problemas de saúde coletiva e desenvolvimento e avaliação de projetos de intervenção coletiva, estas descritas entre os artigos 12º e 15º.

Observa-se, na análise dos PPPs, que em todos os cursos de Medicina analisados a inserção em estágios práticos na Atenção Primária à Saúde ocorre ainda nos primeiros anos e que em todos os PPPs há o reconhecimento das Unidades Básicas de Saúde como espaço para a formação dos estudantes.

Em 90% dos cursos privados analisados a inserção na APS ocorre no primeiro semestre com duração de oito semestres. Dentre os públicos, seis deles (75%) começam a inserção no primeiro semestre com duração de oito semestres; em uma instituição (12,5%), é realizada durante seis semestres do primeiro ao oitavo períodos, porém em dois semestres não ocorre o desenvolvimento da atividade e não está claro em qual semestre essa inserção ocorre em cenário de prática. Também em uma IES (12,5%), a inserção ocorre em 5 semestres, a partir do terceiro período, mas com práticas apenas a partir do quarto (Tabela 2).

**Tabela 2 - Características da inserção na Atenção Primária à Saúde nos Cursos de Graduação do Paraná**

Categoria Administrativa	Ano Implantação Curso	Quantos Semestres?	Quando		Há inserção de estágio em APS durante o internato?	Quanto tempo
			Pré internato	Inserção Prática		
Privada sem fins lucrativos	2008	8	Primeiro ao oitavo semestre	Primeiro ao oitavo semestre	Quinto ano	1 semestre
Privada com fins lucrativos	2003	8	Primeiro ao oitavo semestre	Primeiro ao oitavo semestre	Quinto ou Sexto	1 semestre
Pública Estadual	2009	8	Primeiro ao oitavo semestre	Primeiro ao oitavo semestre	Quinto ano	1 semestre
Pública Federal	2014	8	Primeiro ao oitavo semestre	Primeiro ao oitavo semestre	Quinto ano	2 semestres
Pública Estadual	1988	6	Primeiro ao oitavo semestre (durante o segundo ano a atividade é modular e não anual)	Não fica claro quando	Quinto ano	1 semestre
Pública Estadual	1967	8	Primeiro ao oitavo semestre	Primeiro ao oitavo semestre	Sexto ano	1 semestre
Pública Estadual	2013	8	Primeiro ao oitavo semestre	Primeiro ao oitavo semestre	Quinto ano	8 semanas
Pública Estadual	1997	8	Primeiro ao oitavo semestre	Primeiro ao oitavo semestre	Quinto ano	8 semanas
Pública Federal	2016	8	Primeiro ao oitavo semestre	Primeiro ao oitavo semestre	Quinto ano	2 semestres
Pública Federal	1912	5	Terceiro ao oitavo período	Quarto ao oitavo período	Quinto ano	8 semanas

Fonte: a própria autora

O estágio de Atenção Primária deve também contemplar outros cenários como escolas, centros comunitários, associações de moradores, dentre outros e em 60% dos PPPs há previsão dessa prática.

As DCNs de 2014 também recomendam que os estágios em APS devam ser eixo integrador do currículo e com as demais disciplinas. Tal fato só não foi verificado nos PPPs de dois cursos e, em um verifica-se divisão, no qual há um eixo

integrador com inserção em APS e disciplinas isoladas, também com práticas de saúde coletiva.

Em relação ao internato, oito instituições (80%) inserem o acadêmico no quinto ano, um (10%) no sexto e um (10%) pode ocorrer em qualquer ano. A duração do internato é de oito semanas (em três instituições), de um semestre (em cinco IES) e de dois semestres (em duas instituições). As DCNs de 2014 estabelecem que pelo menos 30% da carga horária do internato deverá ser em APS e em Urgência e Emergência do SUS, sendo que a proporção na APS deve ser superior à segunda e coordenada para a área de Medicina Geral de Família e Comunidade. Portanto, verifica-se que em três instituições (30%), todas públicas, ainda não há adequação em relação ao tempo, mas em 100% dos cursos há tal inserção.

A inserção ainda no primeiro ano e com duração de oito semestres também pode ser observada em artigos referente aos cursos de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Centro Universitário de Votuporanga, Universidade Federal de Feira de Santana, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Centro Universitário de Tiradentes, Faculdade de Medicina Santa Marcelina, e Universidade Federal da Paraíba (ALMEIDA, 2019; FERREIRA *et al.*, 2019; GOMES; SAMPAIO; LINS, 2015; PARMA; OLIVEIRA; PEIXOTO *et al.*, 2019; POLES *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2017; VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016).

As reformas curriculares, com ênfase na APS visam à formação do profissional médico para atuar em um outro modelo - que seja centrado nas necessidades do usuário, não apenas nos condicionantes biológicos do processo de adoecimento. Desta forma, constitui-se numa aposta de poder simbólico com vistas a “transformar a visão de mundo e ação sobre o mundo”.

Vieira *et al.* (2018) publicaram estudo, recorte de uma pesquisa maior, e analisaram 125 cursos de medicina. Nessa pesquisa, com base na análise dos PPPs, foi possível identificar que 100% dos cursos têm as Unidades de Atenção Primária como cenário de prática. Porém, ao analisarem a entrevista com os coordenadores de nove escolas, verificaram que apesar da matriz curricular propor a inserção na APS, visando à formação de um profissional generalista com aptidão para trabalhar no SUS, a ênfase durante a graduação ainda persistia na especialidade.

Destaca-se aqui que o modelo biomédico representa o capital cultural vigente e detentor do poder simbólico, ou seja, como o sujeito incorpora a visão de mundo em que está inserido, acaba adquirindo o mesmo *habitus* daqueles que dominam o campo. Nesse sentido, acredita-se que o modelo biomédico ainda detém um poder simbólico maior do que as estratégias que representam as tentativas de mudança. Os atores que historicamente conseguiram assumir o poder dentro do campo, tais como a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos hospitalares, lutam para manter o poder simbólico que o modelo biomédico ainda detém.

Cecílio *et al.* (2012) ao procurar compreender porque a APS é tão desprovida de capital simbólico, analisaram que a mesma se apresenta como um “posto avançado” do SUS onde as pessoas buscam os recursos fundamentais para o seu cuidado em saúde, mas que ela não reúne condições para ser o centro de comunicação entre os diferentes pontos da rede e que para isso seriam necessários muitos investimentos na APS. Ou seja, como discutir a mudança do capital cultural em que o modelo biomédico e hospitalocêntrico é o modelo dominante se esta não possui poder simbólico suficiente para assumir este lugar no campo?

Um grande desafio para a integração ensino-serviço tem sido a formalização dos convênios entre as instituições de Ensino Superior e as Prefeituras. Nos PPPs analisados há menção de formalização dos campos de prática para o estágio em 70% deles.

Vieira *et al.* (2018) apresentaram como situação problema, em um estudo realizado em alguns cursos de medicina no Brasil, a relação com os campos de prática, sendo alguns deles a falta de estrutura das Unidades de Saúde a rotatividade de profissionais e a disputa entre as instituições públicas e privadas, tendo as últimas o benefício de poder ofertar contrapartida financeira para contratação de preceptores específicos para os alunos.

Outro aspecto relevante destacado pelas DCNs de 2014 é o trabalho interprofissional, identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde. Sobre tais aspectos observou-se que, em apenas 40% dos PPPs há o registro de atividades multidisciplinares ao longo dos estágios de APS. A formação predominantemente uniprofissional coloca o estudante em uma imersão profunda dentro do seu núcleo profissional, não sendo preparado para as práticas colaborativas e o desenvolvimento de objetivos compartilhados (HALL, 2005).

Pecukonis e Bliss (2008) argumentam que a rara preparação na graduação para a prática interprofissional está relacionada às diversas estruturas culturais e ao centrismo na profissão que permeiam os ambientes de formação na área da saúde. Remetendo a Bourdieu, pode-se compreender a dificuldade na integração entre a formação médica e nas equipes multiprofissionais a partir de uma “percepção” no campo de que o capital cultural da profissão médica tem maior “poder simbólico” que as demais profissões, portanto, não haveria justificativa para essa inserção na formação médica.

Último tópico da formação está relacionado à avaliação. Conforme o artigo 31, as avaliações dos estudantes deverão “basear-se nos conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCN”. Sobre isso, verificou-se que 80% das instituições avaliadas possuem processo avaliativo de acordo com o descrito, e as demais 20% não têm descrito no PPP. Muitos dos textos trazem a descrição de “avalições formativas e somativas”, misto de avaliação teórica com avaliações práticas, dentro das teóricas temos as provas discursivas, portfólio, relatórios, avaliação oral e para as práticas verifica-se simulações, observacional, discussão de casos, multiestações e acompanhamento nos serviços.

A avaliação formativa permite constatar se os alunos estão atingindo os objetivos previstos durante as atividades e é o principal meio PARA o estudante conhecer seus erros e acertos, estimulando a melhoria do estudo dos conteúdos (HAYDT, 1995; RIBEIRO, 1989). A avaliação somativa, por sua vez, tem por objetivo determinar o domínio do estudante em uma determinada área, e classificar os alunos ao final de um dado período de aprendizagem conforme o nível de aproveitamento (RIBEIRO, 1989). Portanto, a presença de ambas nos diferentes PPPs demonstra um avanço em relação aos modelos avaliativos.

## **Conclusões**

As DCNs, principalmente a de 2014, apresentam-se como marcos para a mudança curricular das escolas médicas, como pode ser visto nos PPPs acima descritos.

A formação para a Atenção Primária à Saúde apresenta-se como importante ferramenta de transformação para a formação do médico, a fim de obter-se

superação do modelo biomédico. Vislumbra-se também que o egresso possa desenvolver sua formação prática incorporando desde a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além de ser capaz de utilizar ferramentas de abordagem individual, familiar e comunitária.

Verificou-se que as 10 escolas cujos PPPs foram analisados, continham neste documento a compreensão do papel da formação vinculada à APS, realizando a inserção do estudante ainda nos primeiros anos do curso e fazendo com que essa ocorresse de forma longitudinal, com crescente de conteúdos e, na maioria destas, integrada com as demais disciplinas do curso. Esta inserção ocorre tanto relacionada aos conteúdos teóricos quanto práticos recomendados pelas DCNs de 2014.

A mudança da forma de ensino, com uso de metodologias ativas, utilização de outros modelos de avaliação mais formativos que apenas somativos também demonstram avanços em relação aos currículos mais tradicionais.

Verifica-se que, no PPP das escolas avaliadas, há nítida atenção às DCNs de 2014, contudo tem-se clareza de que a análise documental não possibilita a compreensão sobre como estes são implementados, como está o preparo dos preceptores e professores para acompanhamento na prática, como ocorre esta inserção, se há mudanças no enfoque da avaliação e se existe interrelação entre o estágio de APS e as demais disciplinas. Sugere-se, portanto, que sejam realizados estudos em que se investigue esses aspectos em pesquisa de campo, com observação e entrevista com atores envolvidos no processo (docentes e discentes).

Superar a fragmentação dos currículos, o excesso de disciplinas, a fragilidade da relação ensino-serviço, a falta de estrutura física e a formação docente para a inserção na APS são desafios importantes.

Outros desafios a serem superados são também: o olhar do estudante e dos docentes sobre a prática em APS, a mudança do capital cultural e do poder simbólico presente na formação médica, em que o especialista e o hospital têm maior valor em relação ao médico generalista e à APS. Porém como é a escola uma das principais responsáveis na transformação do *habitus* e este dos demais, vemos então, na mudança da formação uma possibilidade de transformação no perfil do médico.

## Referências

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2430/1/repos2010.8.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

ALMEIDA, Lenildes Ribeiro Silva. Pierre Bourdieu: a transformação social no contexto de “a reprodução. **Revista Inter Ação**, v. 30, n. 1, p. 139-155, 2005.

AZEVEDO, Bruno Mariani de Souza; FERIGATO, Sabrina; SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sergio Resende. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 17, n. 44, p. 187-199, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/aop5412.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745 de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2013; 23 out. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz Turi. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: Sobre a teoria da ação**. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papyrus, 1996

BOURDIEU, Pierre. **Meditações Pascalianas**. Tradução de Sergio Micelli. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2001.

BOURDIEU, Pierre. **Esboço de uma teoria de prática: precedido de três estudos de etnologia cabila**. Tradução de Miguel Serras Pereira. Oeiras: Ed. Celta, 2002.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de Sociologia**. Tradução de Miguel Serras Pereira. Lisboa: Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal LDA, 2003.

CAVALCANTE, Taciane Marques *et al.* Uma experiência de integração ensino, serviço e comunidade de alunos do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de Maceió-AL, Brasil. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 3, p. 69-

80, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13301/9353>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 125-40, 2008. Disponível em: <<http://ltc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/SUS%20e%20forma%E7%E3o%20de%20m%E9dicos.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CES nº 3 de 20 de junho de 2014: Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina Resolução CNE. **CES nº3 de**, 20 jun. 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192). Acesso em: 20 fev. 2021.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva *et al.* Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 36, n. 1, p.143-148, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a20v36n1.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

ENGEL, George Libman. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/196/4286/129/tab-pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

FAGUNDES, Geraldo Andrade. Algumas reflexões em torno dos conceitos de Habitus, Campo e Capital Cultural. **Revista Café com Sociologia**, v. 6 n. 2, p. 103-123, 2017.

FERREIRA, Marcelo José Monteiro *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170920, 2019.

GOMES, Luciano Bezerra; SAMPAIO, Juliana; LINS, Tiago Salessi. Currículo de medicina na Universidade Federal da Paraíba: reflexões sobre uma experiência modular integrada com ênfase na Atenção Básica. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 39-46, 2015.

HALL, Pippa. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. sup1, p. 188–196, 2005.

HAYDT, Regina Cazaux. **Avaliação do Processo Ensino-Aprendizagem**. São Paulo: Ática, 1995.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população para 2020**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=28674&t=resultados>> Acesso em: 10 nov. 2020.

ITIKAWA, Fátima Abreu *et al.* Implantação de uma nova disciplina à luz das diretrizes curriculares no curso de graduação em medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 324-332, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a07.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 227 f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4369>> Acesso em: 10 mar. 2016.

MEC - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. E-MEC. Disponível em: <<https://emec.mec.gov.br/>> Acesso em: 10 nov. 2020.

MORAIS, Indyara *et al.* Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. SPE2, p. 107-115, 2014. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n117/489-502/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-270,

2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/14.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de *et al.* Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, 2019.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12>> Acesso em: 10 jan. 2016.

PARMA, Fabiana Arenas Stringari de; OLIVEIRA, Raquel Aparecida; ALMEIDA, Fernando Antônio. Percepção dos Profissionais de Saúde em relação à Integração do Ensino de Estudantes de Medicina nas Unidades de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 175-184, 2019.

PECUKONIS, Edward; DOYLE, Otimia; BLISS, Donna Leigh. Reducing barriers to interprofessional training: Promoting interprofessional cultural competence. **Journal of interprofessional care**, v. 22, n. 4, p. 417-428, 2008.

PEIXOTO, Marcelo Torres *et al.* Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, 2019.

POLES, Tatchia Puertas Garcia *et al.* Percepção dos internos e recém-egressos do curso de medicina da PUC-SP sobre sua formação para atuar na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 121-128, 2018.

RIBEIRO, Maria Lucie Carrilho. **Avaliação da Aprendizagem**. Lisboa: Texto Editora, 1989.

SCHEFFER, Mário *et al.* **Demografia médica no Brasil 2018**. 2018.

SILVA, Andréa Tenório Correia da *et al.* Medicina de Família do primeiro ao sexto ano da graduação médica: considerações sobre uma proposta educacional de integração curricular escola-serviço. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 336-345, 2017.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 27-53, 2006.

VASCONCELOS, Ana Claudia Freitas de; STEDEFELDT, Elke; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de

práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 147-158, 2016.

VIEIRA, Swheelen de Paula *et al.* A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 189-207, 2018.

#### 4.4 ARTIGO 3 - A FORMAÇÃO MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM QUATRO ESCOLAS DO PARANÁ: A PERCEPÇÃO DOS COORDENADORES DE CURSO

##### **Resumo**

**Introdução:** Ao Sistema Único de Saúde cabe ordenar a formação de recursos humanos o que impulsionou estratégias como a publicação de diretrizes curriculares visando alterar o perfil de egressos. No curso de medicina as diretrizes curriculares foram editadas em 2001 e revisadas em 2014, responsáveis por mudanças na estrutura dos cursos. Uma delas é a inserção em diferentes cenários de práticas desde os primeiros anos da graduação, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Analisar como ocorre a implementação curricular com relação à inserção dos acadêmicos de medicina na APS, em cursos do estado do Paraná.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso múltiplo, em quatro cursos localizados no Paraná, sendo dois privados, únicos cujos Projetos Políticos Pedagógicos (PPPs) foram obtidos e dois públicos que apresentavam mais e menos itens em relação ao preconizado pelas DCN. Os dados foram obtidos dos PPPs e de entrevista realizada com coordenadores ou representantes, realizadas entre agosto de 2020 e abril de 2021. **Resultados:** Observou-se que 100% dos PPPs analisados citam a inserção na Atenção Primária à Saúde, ainda no primeiro ano, sendo que em três deles por oito semestres. Ao analisar as entrevistas, constatou-se que em dois cursos o tempo de inserção prática é inferior ao descrito no PPP. Em todos os cursos a unidade básica de saúde aparece como local de aprendizado, mas em três as atividades também são desenvolvidas em espaços da comunidade, e há aprendizagem interdisciplinar. Já em relação ao internato, verifica-se que em todas as instituições há inserção neste nível de atenção, porém em uma isto não ocorre pelo tempo preconizado. O porquê da inserção na Atenção Primária à Saúde bem como o desenho das disciplinas atende ao proposto nas diretrizes e a descrição de avaliação formativa e somativa também aparecem nos projetos pedagógicos.

**Conclusão:** Verifica-se que há discrepâncias entre o que está descrito nos PPPs dos cursos e como este é implementado. Ainda se faz necessário melhorar a valorização dos estágios em APS tanto para os docentes quanto para os discentes e a integração ensino-serviço, apesar de formalizada em contratos/convênios, ainda

apresenta fragilidades em relação ao espaço físico e à preceptoria. Destaca-se que avanços em relação ao ensino da APS podem ser identificados em todos os cursos avaliados.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Currículo; Medicina; Educação de Graduação em Medicina.

### **Abstract**

**Introduction:** *The Unified Health System is responsible for organizing the training of human resources, which has boosted strategies such as the publication of curricular guidelines aimed at changing the profile of graduates. In the medical course, the curricular guidelines were edited in 2001 and revised in 2014, responsible for changes in the structure of the courses. One of them is the insertion in different practice scenarios since the first years of graduation, mainly in Primary Health Care (PHC).* **Objective:** *To analyze how the curriculum is implemented in relation to the insertion of medical students in PHC, in some courses in the state of Paraná.*

**Methodology:** *This is a multiple case study, in four courses located in Paraná, two of which are private, the only ones whose Political Pedagogical Projects (PPPs) were obtained and two audiences that presented more and less items in relation to what was recommended by the DCN. Data were obtained from PPPs and from interviews conducted with coordinators or representatives, carried out between August 2020 and April 2021.* **Results:** *It was observed that 100% of the PPPs analyzed mention the insertion in Primary Health Care, even in the first year, and in three of them for eight semesters. When analyzing the interviews, it was found that in two courses the practical insertion time is lower than that described in the PPP. In all courses, the basic health unit appears as a place for learning, but in three the activities are also developed in community spaces, and there is interdisciplinary learning. In relation to the boarding school, it appears that in all institutions there is insertion in this level of care, but in one this does not occur for the recommended time. The reason for entering Primary Health Care, as well as the design of the subjects, meets the guidelines proposed and the description of formative and summative assessment also appear in the pedagogical projects.* **Conclusion:** *It appears that there are discrepancies between what is described in the PPPs of the courses and how it is implemented. It is still necessary to improve the valuation of internships in PHC for*

*both teachers and students and the teaching-service integration, although formalized in contracts/agreements, still has weaknesses in relation to the physical space and preceptorship. It is noteworthy that advances in PHC teaching can be identified in all evaluated courses.*

**Keywords:** *Primary Health Care; Curriculum; Medical; Medical, Education, Undergraduate.*

## **Introdução**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) com objetivo de alcançar sua meta de “Saúde para todos no ano 2000” trouxe a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia central para a organização dos Sistemas de Saúde e incentivou a inserção da graduação médica nos Sistemas de Saúde e na APS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

No Brasil, em 1988 a partir da promulgação da Constituição Brasileira instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios de universalidade, integralidade e da equidade (NOGUEIRA, 2009). No que tange à formação, a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 200, inciso III estabeleceu que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” e esse reconhecimento fez emergir a necessidade de reestruturação dos currículos da medicina (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).

Alguns projetos e programas passaram a ser organizados no Brasil para tentar modificar os currículos médicos com a superação do modelo biomédico a partir da inserção em diferentes cenários de prática incluindo a APS, atenção secundária e terciária. A inserção, desde os primeiros períodos, em unidades de saúde e a superação de alguns problemas como: a dissociação entre teoria e prática, da fragmentação entre ciclos básico e clínico, a falta de humanização, são fundamentais para essa transformação (GOMES et al., 2012).

Algumas entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) e a Rede Unida influenciaram para construção de políticas com objetivo de modificar o ensino

médico no país o que culminou com a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) aprovadas em 2001 (AZEVEDO, 2013).

O Programa Mais Médicos, implantado em 2013, propõe três ações na tentativa de superar a falta de médicos para atuar no SUS, sendo elas: aumento da oferta de cursos de medicina; aperfeiçoamento dos médicos na APS a partir da integração ensino-serviço e por intercâmbio internacional e novos parâmetros para a formação médica no país (BRASIL, 2013). Parâmetros incorporados nas Novas Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina, regulamentadas a partir da resolução nº 3, de 20 de julho de 2014.

As DCNs de 2014 estabelecem, em seu artigo 29, inciso VI e VII que os alunos devem, desde as séries iniciais e ao longo de todo processo de formação, ser inseridos nos serviços de saúde, nos três níveis de atenção, incluindo as unidades de saúde, a partir de um olhar ampliado do conceito de saúde (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014).

Gomes *et al.* (2012), afirmam que algumas questões precisam ser resolvidas antes da inserção, sendo elas: 1) a inserção deve propiciar vínculos com as pessoas e desenvolver ações junto a comunidade em parceria com a equipe de saúde; 2) o preceptor deve ter um papel de facilitador, acompanhar as atividades e auxiliar a compreensão a partir de metodologias ativas; 3) elaboração de um projeto de intervenção a partir do qual o acadêmico deverá identificar problemas e intervir de modo a propiciar mudanças.

Ampliando a discussão sobre a inserção na APS, Demarzo *et al.* (2011), reforçam a necessidade de que esta deve estar presente ao longo de todo o curso a partir de inserções significativas e fazendo parte do ensino da semiologia e da prática clínica do médico. O aprendizado deve ocorrer em unidades de saúde da família articuladas em rede a partir da abordagem individual e coletiva, focando na integralidade em um modelo de “espiral crescente de complexidade”, utilizando metodologias ativas e ofertadas por preceptores com formação adequada.

Observando o componente em relação a ampliação de escolas de medicina, verifica-se que, segundo o site do Ministério da Educação, o Brasil possui 360 cursos de medicina, destes, 357 em atividade e 22 sem turmas em funcionamento, ofertando, ao todo, 36.400 vagas ao ano. A distribuição destes cursos apresenta-se de forma desigual (MEC, 2020).

A região Sul possui um total de 58 cursos com 5.332 vagas, o Paraná é o estado com maior número, 21 cursos com 2.169 vagas, o que o coloca em 5º lugar em relação ao número de cursos e 8º com a melhor relação habitante/vaga. No ano de 2017, funcionavam 16 destes cursos (MEC, 2020).

Considerando a necessidade de transformação da formação médica no país e a importância do estado do Paraná em relação ao número de escolas torna-se importante compreender como está a organização destes cursos para a inserção dos estudantes de medicina na APS. O presente artigo tem como objetivo analisar como ocorre a implementação curricular com relação a inserção dos acadêmicos de medicina na APS em alguns cursos do estado.

## **Métodos**

Trata-se de estudo de caso múltiplo, desenvolvido em quatro Instituições de Ensino Superior (IES) do Estado do Paraná que possuem cursos de medicina. Os dados foram obtidos dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos Cursos e de entrevistas realizadas com coordenadores ou seus representantes.

O estudo de caso é o método preferido quando: “a) as questões “como” e “por que” são propostas; b) o investigador tem pouco controle sobre os eventos; c) o enfoque está sobre um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real” (YIN, 2010, p.23), o que se aplica a este estudo.

Como processo de seleção foram identificadas as 16 IES que possuíam curso de Medicina no Paraná em atividade, com base nas informações obtidas do site do Ministério da Educação e Cultura, em março de 2017. Foi realizada a busca dos PPPs destes cursos. Para aquelas em que este não estava público (site da instituição ou portaria publicada) foi solicitado termo de autorização para uso de dados em arquivo e envio da autorização com o PPP ou da recusa.

Obteve-se um total de 10 PPP (62,5%) das IES com cursos de medicina previamente inseridas na pesquisa. Estabelecido contato com as instituições, duas responderam negativamente ao fornecimento do documento e quatro não responderam.

Das IES cujos PPPs foram obtidos, realizou-se a análise documental seguindo o roteiro previamente estabelecido e buscando responder aos seguintes objetivos: categorizar os projetos políticos pedagógicos de acordo com o ano de sua

implantação e características da formação para Atenção Primária à Saúde com base no proposto por Demarzo *et al.* (2016) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014.

**Quadro1** - Categorias utilizadas para a análise do conteúdo dos PPPs das Instituições de Medicina do Paraná, 2017

<b>Por quê?</b>	Qual a contribuição da Atenção Primária à Saúde para a Graduação em Medicina?
<b>O quê?</b>	O que se espera que o estudante desenvolva de competências ao final do curso com os estágios de Atenção Primária?
	Quais as competências e habilidades individuais, familiares e comunitárias que se espera que o aluno desenvolva?
<b>Quando?</b>	Quantos Semestres?
	Quais Semestres?
	Há inserção de estágio em APS durante o internato?
<b>Como?</b>	Quais as diretrizes metodológicas e estratégias didáticas utilizadas para esta formação?
	Existe atividade multidisciplinar durante o estágio?
	Há integração das disciplinas com foco na atenção primária com as demais disciplinas? De que forma?
	Como ocorre a avaliação dos acadêmicos?
<b>Onde?</b>	Quais os cenários de prática utilizados?
	Há previsão de atividades em espaços da comunidade?
	Existe convênio ou parceria estabelecido com a gestão municipal ou estadual?

Fonte: Demarzo *et al.*, 2016 adaptado pelas autoras

A partir da análise foram selecionadas duas IES públicas, a mais próxima e a mais distante em relação ao previsto pelas Diretrizes Curriculares de 2014 para a formação em Atenção Primária à Saúde (sendo excluídas as que não possuíam turmas formadas), e as duas Instituições Privadas cujos PPPs foram obtidos.

As IES selecionadas possuíam as seguintes características:

**Tabela 1** - Características principais das IES selecionadas para entrevista

NATUREZA ADMINISTRATIVA	VAGAS	ANO IMPLANT. CURSO	ANO ÚLTIMA ALTERAÇÃO CURRICULAR
Pública Federal	190	1912	2010
Pública Estadual	80	1967	2010
Privada com fins lucrativos	169	2003	NI
Privada sem fins lucrativos	162	2008	2016

Fonte: a própria autora

A entrevista foi realizada a partir de um roteiro semiestruturado, orientado pelas seguintes questões: 1) Qual a contribuição da Atenção Primária à Saúde para a formação do profissional médico; 2) O que se espera que o estudante desenvolva

de competências ao final do curso com os estágios de Atenção Primária; 3) Quais as competências e habilidades individuais, familiares e comunitárias que se espera que o aluno desenvolva; 4) Como se dá a integração das disciplinas com foco na atenção primária com as demais disciplinas; 5) Como ocorreu o processo de implantação das estratégias (disciplinas e estágios) em APS; 6) Como está composto o corpo docente e 7) Existência de convênio oficial com o município.

As entrevistas foram realizadas com os coordenadores dos quatro cursos ou com o docente responsável pelos estágios em APS, pela própria pesquisadora, após concordância dos participantes por meio do preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido. Tiveram duração mínima de 17 e máxima de 40 minutos e aproximada de 25 minutos. Por conta da pandemia da COVID-19, as entrevistas foram realizadas de forma online, por meio do aplicativo google meet. As entrevistas foram gravadas e transcritas e foi realizada análise compreensiva dos resultados. Como ferramenta utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) com um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Para análise dos resultados utilizou-se como referencial teórico o pensamento do filósofo francês Pierre Bourdieu, em especial seus conceitos de *habitus*, campo, capital e poder simbólico expostos a seguir.

O *habitus* representa a maneira de perceber e julgar o mundo e também de definir a nossa forma de agir. Representa um sistema com disposições duráveis e transferíveis adquiridas e aceitas de comportamentos do indivíduo, mas aprendidos e compartilhados com todos os membros deste coletivo (THIRY-CHERQUES, 2006; FAGUNDES, 2017).

O campo é um espaço estruturado de posições que apresenta características que dependem das posições nesses espaços cuja estrutura é o resultado da relação de forças entre os agentes ou instituições nesta luta e do capital acumulado em lutas anteriores (BOURDIEU, 2003).

O conceito de capital de Bourdieu deriva da noção econômica e quando este capital alcança reconhecimento explícito, passa a funcionar como um capital simbólico, seja ele inicialmente capital cultural, econômico ou social (BOURDIEU, 2001).

Os agentes do campo estão dotados de capital e a distribuição desigual deste resulta em dominantes e dominados e determina a estrutura do campo e o *habitus* que predomina (FAGUNDES, 2017).

Os sistemas simbólicos “cumprem a função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre a outra” (BOURDIEU, 1989 p.11). Portanto a compreensão destes pode auxiliar no entendimento do processo de transformação curricular para os cursos de medicina.

Este projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade na qual os pesquisadores estão vinculados e aprovado com o parecer número 3.247.180, com duas ementas, 4.193.506 e 4.460.631, e respeita os preceitos contidos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## **Resultados e discussão**

### *As quatro Instituições de Ensino Superior Selecionadas*

Foram analisados inicialmente os PPPs de dez cursos de medicina do Estado do Paraná, destas, uma era privada sem fins lucrativos e uma privada com fins lucrativos, cinco públicas estaduais e três públicas federais. Portanto, 100% das instituições privadas tiveram seus coordenadores entrevistados e apenas 25% das públicas.

Em relação a natureza jurídica foram selecionadas uma Instituição Pública Federal, uma Instituição Pública Estadual, uma Instituição Privada com fins lucrativos e uma Instituição Privada sem fins lucrativos. Estas instituições serão abaixo identificadas como IP1, IP2, IPr1 e IPr2, respectivamente. Quanto ao número de vagas, estas quatro instituições representavam 68,2% (601) do total de vagas das Instituições com PPP analisado. Das 601 vagas, 44,9% estavam nas Instituições Públicas (33,6% na Federal e 11,3% na Estadual) e 55,1% nas privadas (28,1% na com fins lucrativos e 27% na sem fins lucrativos).

Em relação ao período de implantação dos cursos analisados, observa-se que dois foram implantados antes das DCNs de 2001 e dois após. Quanto ao PPP dessas instituições, dois foram implantados antes de 2014, um a partir de 2014 e um não tinha identificação da data de implantação.

## **A formação para a Atenção Primária à Saúde**

### *O processo de implantação das disciplinas e estágios em APS*

Os coordenadores descrevem que as reformas curriculares para adequação às DCN de 2001 e 2014 foram os motivadores para a implantação de estágios em APS.

A IP1 descreve que o fato de a IES ser muito antiga, com um corpo docente estruturado a partir de especialistas focais e com um hospital Universitário de grande porte, referência para a região e o Estado, aparecem como desafios para as adequações dos estágios em APS. A IP2 também traz como fator importante para a reforma a participação desta instituição no PROMED o que já impulsionou mudanças curriculares antes das DCN. As duas instituições privadas relatam que as orientações das DCNs foram importantes para a organização do PPP antes da abertura do curso, permitindo que estas iniciassem seu currículo com a orientação já para a formação integral a partir da APS com estágios desde os primeiros anos. O antigo coordenador da IPr2 aparece como um nome de destaque para a estrutura curricular atual.

### *A contribuição da Atenção Primária à Saúde para a Graduação em Medicina*

Com base no descrito abaixo é possível verificar que a IP1 ainda possui a ênfase da formação na doença, no modelo biomédico, enquanto nas demais podemos perceber a presença do cuidado integral e no sistema de Saúde.

Na entrevista com os coordenadores destacaram-se os seguintes aspectos:

IP1: A APS deve ser estruturante do currículo, pois permite ao aluno uma visão da integralidade nos determinantes do processo saúde doenças. Estas atividades permitem a integração entre os conteúdos teóricos e práticos, por exemplo, se o aluno está estudando, na bioquímica, o metabolismo de carboidratos ele está vendo na UBS um paciente com diabetes, enquanto ele acompanhada um paciente com diagnóstico de DPOC internado no hospital também acompanha em visitas domiciliares, entende a dinâmica familiar e o seu cuidado no ambiente ambulatorial.

IP2: A inserção na APS permite o resgate das competências do trabalho médico, o cuidado integral. Os estudantes durante a graduação aprendem a importância de serem competentes no manejo das doenças e também precisam compreender a dimensão do sofrimento do ser humano que adoce. Além disso eles conseguem compreender a dinâmica de funcionamento do Sistema

de Saúde, por onde esses pacientes passam durante o seu acompanhamento.

IPr1: A APS permite o desenvolvimento de habilidades de empatia entre médico e paciente. Aprende a ser mais humano e tratar o indivíduo como um todo, não um órgão ou um número. Além disso, 90% dos alunos vão trabalhar para o SUS em algum momento, e este estágio permite conhecer o sistema. Os estágios também permitem que os estudantes aprendam a trabalhar em equipe.

IPr2: Formar médicos com responsabilidade social, independente se ele irá atuar na saúde pública ou suplementar, um profissional que entenda o Sistema de Saúde, as redes de atenção, mais centrado na realidade do nosso país. Um profissional que saiba utilizar a medicina baseada em evidências, a gestão dos recursos.

### *Competências e habilidades a serem desenvolvidas durante o estágio em APS*

Em todos os PPPs analisados há relatos de incorporação de ferramentas teóricas e práticas para o desenvolvimento de competências e habilidades para a abordagem individual e comunitária, mas apenas na IPr1 há relato de abordagem familiar. Complementando com as entrevistas realizadas é possível identificar também a competência de abordagem familiar na IP2 e na IPr2. Portanto, em todas as IES há o desenvolvimento da abordagem individual e comunitária e em três delas a abordagem familiar, indo ao encontro das DCNs de 2014.

Nas entrevistas realizadas, aparecem as seguintes habilidades e competências:

Na IP1 as principais disciplinas relacionadas a inserção em APS são: 1) Território e saúde no primeiro período com atividades práticas na unidade de saúde, dividido em algumas atividades que são o reconhecimento do território, entrevista com usuários, visita domiciliar e entrevista com membro da equipe, essa realidade é dialogada com uma série de televisão; 2) Saúde e Sociedade no terceiro período, teórica, onde se apresenta a determinação social do processo saúde-doença, princípios históricos do SUS; 3) Organização dos serviços de saúde onde se trabalha os sistemas de saúde comparados; 4) Atenção integral à saúde, no sexto e sétimo períodos, atividades práticas realizadas nas Unidades de Saúde, atendimentos clínicos individuais junto ao preceptor da unidade e com o professor da universidade acompanhamento e intervenção em uma família selecionada durante quatro meses. Aparecem também outras disciplinas como epidemiologia e saúde do trabalhador. Durante o internato os estudantes vão em duplas para as unidades onde são acompanhados diariamente por um preceptor do serviço e semanalmente por um professor da instituição.

Na IP2 aparecem: 1) No primeiro ano onde participam os estudantes de medicina, farmácia, enfermagem e agora nutrição, onde se discutem, em atividades práticas o contato do estudante

com o território, em visitas a UBS e abrangência das Ações de Saúde que trabalha os princípios do SUS e o contato com as redes, é específico da medicina, com visitas a Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) dentre outros; 2) No segundo ano em que se complementam as atividades do primeiro na unidade de saúde de forma multidisciplinar; 3) No terceiro ano, teórico e prático, que está centrado em clínica médica, discussão de casos e os alunos acompanham atendimentos na UBS; 4) No quarto ano, centrado no atendimento especializado no campus e no Hospital Universitário, não há contato com a APS neste. Durante o internato há um módulo obrigatório de Saúde coletiva no quinto ano e um optativo no sexto ano. A coordenação dos estágios de UBS no internato é da clínica médica, e está se discutindo a mudança para a coordenação da Saúde Coletiva. Os preceptores são médicos da prefeitura e o professor da instituição faz discussão de casos atendidos na unidade periodicamente.

IPr1: é uma disciplina teórica e prática que acompanha os estudantes do curso do primeiro ao quarto ano. Durante o primeiro período ocorre a apresentação das redes de atenção à saúde com visitas a alguns serviços e acompanhamento das Agentes Comunitárias de Saúde no território, no segundo período os estudantes realizam o diagnóstico comunitário e uma intervenção, os conteúdos teóricos servem de base para tal, no terceiro período eles recebem orientações sobre abordagem individual e familiar, bem como princípios do SUS e redes, e nas práticas semiotécnica e acompanham atendimentos, no quarto período aprendem sobre ações de promoção e prevenção dos diferentes ciclos de vida e acompanhamento de atendimentos, no quinto período o foco é epidemiologia teórica, no sexto período foco é medicina do trabalho e doenças infecto parasitárias com práticas na unidade e o sétimo e oitavo períodos o foco é a gestão do sistema e do cuidado, com a realização de atendimentos supervisionados nas unidades. Durante o internato os alunos acompanham profissionais com formação em MFC e realizam atendimentos nas UBS.

IPr2: No primeiro ano eles são apresentados aos SUS e as redes de atenção à Saúde, indo para as práticas experienciar o que é discutido na teoria. Segundo ano divide-se em dois, primeiro semestre, comunicação clínica onde trabalha-se o método clínico centrado na pessoa, genograma, ferramentas de abordagem familiar, com oficinas práticas de comunicação clínica e no segundo semestre educação em saúde, com foco na educação comunitária e práticas em projetos na comunidade e nas UBS. Terceiro ano é a disciplina de “Medicina Geral de Família e Comunidade” onde se trabalha, nas atividades teóricas, com medicina baseada em evidências, as competências específicas de MFC, saúde da criança, mulher e as atividades práticas ocorrem nas UBS com preceptores. No quarto ano disciplina de “Investigação em Saúde coletiva” que orienta sobre estudos científicos, como se fosse um pré-trabalho de conclusão de curso. No internato os estudantes realizam o atendimento em UBS com os preceptores da prefeitura.

Quando avaliado sobre a inserção na APS nos PPPs das quatro instituições verifica-se que apenas uma das instituições públicas não insere os alunos a partir do primeiro semestre e possui duração de menos de 8 semestres. Esta mesma instituição também possui tempo de permanência no internato de oito semanas, portanto inferior ao preconizado nas DCNs como se observa na Tabela 2.

**Tabela 2** - Características da inserção na Atenção Primária à Saúde nos Cursos de Graduação do Paraná

	<b>Quantos Semestres?</b>	<b>Pré internato</b>	<b>Inserção Prática</b>	<b>Internato</b>	<b>Quanto tempo?</b>
IP1	5 semestres	Terceiro ao oitavo período	Quarto ao oitavo período	Quinto ano	8 semanas
IP2	8 semestres	Primeiro ao oitavo semestre	Primeiro ao oitavo semestre	Sexto ano	1 semestre
IPr1	8 semestres	Primeiro ao oitavo semestre	Primeiro ao oitavo semestre	Quinto ano	1 semestre
Ipr2	8 semestres	Primeiro ao oitavo semestre	Primeiro ao oitavo semestre	Quinto ou Sexto	1 semestre

Fonte: a própria autora

Em todos os PPPs analisados verifica-se a utilização de metodologias ativas como ferramentas para o ensino dos conteúdos de APS, o que foi corroborado pelas entrevistas. Algumas das metodologias descritas são a problematização, aprendizagem baseada em problemas, estudos dirigidos, discussão de casos.

As DCNs de 2014 trazem também destaque ao trabalho interprofissional com identificação de objetivos e responsabilidades comuns. Em 75% dos PPPs e das entrevistas existe registro de atividade multiprofissional e no PPP da IP1 há relato de interação ao menos com os Agentes Comunitários de Saúde durante os estágios.

Na descrição do PPP as Unidades Básicas de Saúde (UBS) aparecem como cenário para aprender sobre a APS em todas às instituições e à exceção da IP2, as demais também utilizam os espaços da comunidade para tal. Em entrevista com os coordenadores em todos aparecem as UBS e os espaços da comunidade enquanto espaços de formação nos estágios da APS. A IP1, IPr1 e IPr2 descrevem em seu PPP a presença de convênio formal com a gestão municipal, mas todos os coordenadores relatam a existência deste.

#### *A avaliação das disciplinas em APS*

Em relação a avaliação, conforme o artigo 31 das DCNs de 2014 este deverá “basear-se nos conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCN”. Verificou-se que 100% das instituições avaliadas possuem processo avaliativo de acordo com o descrito e que em 100% destas há avaliações teóricas e práticas. Em 75% destas há a descrição de “avaliações formativas e somativas”. Aparecem como modalidades de avaliações: as provas discursivas, portfólio, relatórios, avaliação oral e para as práticas verifica-se simulações, observacional, discussão de casos, multiestações e acompanhamento nos serviços.

### *O Corpo Docente dos Estágios em APS*

Verifica-se que em três (75%) também há preceptores designados pela Secretaria Municipal de Saúde do município em que se realiza a prática, a partir de convênio, além dos professores das próprias instituições. Nas duas instituições privadas a maioria dos profissionais contratados possuem formação ao menos de especialização lato sensu. Em três das IES analisadas, duas privadas e uma pública há professores não médicos desenvolvendo atividades de ensino durante os estágios de APS.

As três instituições que relataram ter preceptores fornecidos pelo município com base no convênio trouxeram como dificuldades que a cada semestre os cenários de prática podem ser modificados por interesse ou não do médico em permanecer recebendo acadêmicos, não permitindo a vivência da longitudinalidade do cuidado.

Na IP1 há o relato de que existem professores contratados pela IES. Dentre os professores contratados há dois modelos, a prática assistencial também por preceptores contratado e prática docente que estão na APS, mas não fazem assistência. Para o internato, há também preceptores que são profissionais médicos da unidade de saúde do município que aceitam receber estudantes e acompanhá-los. Atualmente os preceptores contratados pela instituição representam um nó crítico para a continuidade dos estágios.

Na IP2 também existem professores contratados pela IES e preceptores médicos das unidades de saúde que recebem os acadêmicos a partir do convênio estabelecido. Aparece nesse relato a dificuldade de contratação de docentes concursados pela IES. Também existem profissionais não médicos que acompanham os estudantes nas diferentes atividades.

Na IPr1 a maioria dos professores médicos da IES tem formação em MFC e segundo o coordenador, é o grupo docente com mais mestres e doutores do colegiado. Estes mesmos professores acompanham atividades teóricas e práticas nas unidades. Há professores enfermeiros para algumas atividades. Há relato de que esse grupo de professores é muito mais engajado no ensino que os demais médicos docentes.

Na IPr2 todos os professores médicos da IES têm pelo menos título de especialista em MFC. Mas também há preceptores médicos da unidade de saúde do município que aceitam receber estudantes, neste não há garantia de formação específica. Nesta instituição também há relato de professores não médicos compondo o corpo docente tais como psicólogo, nutricionista, enfermeiro, dentista.

### *A integração entre as disciplinas de APS e o currículo de Medicina*

Apenas para a IP1 não ocorre a integração entre as disciplinas de APS com as demais, reforçando a poder simbólico das especialidades que predomina no campo das IES pública.

IP1: Não há integração entre as disciplinas de APS com as demais. O departamento de Saúde coletiva se concentra nos estágios de APS enquanto os demais tem por foco o Hospital Universitário. O Hospital Universitário representa um papel importante na rede do município e da região e isso faz com que a Universidade viva uma contradição, do ponto de vista da graduação formar generalistas e do ponto de vista assistencial do nível terciário. Ainda há destaque o pouco reconhecimento da APS pelo conjunto da escola e dos professores.

IP2: Há integração parcial entre as disciplinas de APS com as demais, inclusive a coordenação de algumas delas ocorre pela clínica médica.

IPr1: Há integração pois o a disciplina foi organizada para que aquilo que os estudantes vissem nas demais disciplinas tivessem ligação com o mundo real a partir dele. Existe uma verticalidade em todas as disciplinas por ano, em que os alunos vão aprofundando mais. Porém nem todos os docentes gostam pois há ainda certo preconceito com os profissionais médicos da saúde coletiva.

IPr2: Há integração curricular com a maioria das disciplinas, os coordenadores das demais áreas entendem a importância da aprendizagem nos três níveis de atenção, portanto, valorizam a disciplina, porém algumas disciplinas mais tradicionais têm dificuldade em trabalhar em conjunto.

### *A percepção discente sobre os estágios de APS*

Em todas as IES cujo tema foi abordado foi possível verificar que há satisfação dos estudantes para com os estágios mesmo na IP1 que possui uma formação mais biomédica.

IP1: Os alunos gostam de atender pacientes e os da APS muitas vezes ainda não tem diagnóstico o que permite que eles abram uma

série de ações, raciocínio clínico, instituir condutas farmacológicas e não farmacológicas. Eles têm mais autonomia que do paciente do hospital. Eles não gostam muito de fazer o levantamento epidemiológico.

IP2: A avaliação dos alunos é bastante positiva pois eles começam a perceber a natureza da APS e da relação médico-paciente.

IPr: O feedback é que eles adoram essa parte, por dois motivos: integração desde os primeiros anos no Sistema de Saúde e com os pacientes, integrando os conteúdos mais teóricos como anatomia, fisiologia dentre outros. No internato eles dão muito valor por conta do atendimento aos pacientes e pela grande quantidade de perguntas das provas de residência estarem relacionadas a saúde coletiva.

IPr2: O tema não apareceu na entrevista.

## Discussão

O aumento de vagas de medicina no Brasil iniciou no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), principalmente para a região Norte e interior dos estados, porém o ápice ocorre no governo Lula com maior interiorização, sobretudo para o Nordeste, Sudeste e Sul, e por fim, no governo Dilma-Temer ocorre a ampliação nas regiões Centro-Oeste e Norte (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Observa-se que as duas IES públicas têm sua implantação antes de 2001 enquanto as duas IES privadas analisadas tiveram sua implantação posteriormente a esse ano e antes do ano de 2014, antes da Lei do Mais Médicos.

Em relação ao número de vagas, as instituições privadas representaram 55,1% do total, um percentual pouco inferior ao verificado por Scheffer *et al.* (2018) que encontrou, em 2017, 65% das vagas anuais de Medicina no Brasil nas IES privadas. Utilizando-se dos conceitos de Bourdieu é possível verificar que no sistema econômico e educacional brasileiros as IES privadas acabam por possuir maior capital econômico e, portanto, assumem posições de poder no campo, mesmo que as IES públicas ainda possuam maior capital cultural.

As DCNs de 2014 trazem em seu artigo 5º que em relação a atenção à saúde o “graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica... e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social” e no artigo 6º, na gestão em saúde, “à formação capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde... para promover o bem-estar da comunidade”. Esses tópicos aparecem tanto no discurso das coordenações quanto nos PPPs sobre o objetivo de ensinar na APS.

Ainda aparecem nas DCNs de 2014 a estruturação da área de atenção à Saúde em duas outras subáreas, descritas nos artigos 9º, 10º e 11º e a descrição desses encontra-se no tópico: o quê aprender na APS? Assunto presente em todos os PPP analisados e são complementados pelas entrevistas realizadas.

Além das DCNs, diversos autores trazem a APS enquanto espaço importante para o ensino dos estudantes de Medicina a exemplo do Cavalcante *et al.* (2017), para os quais a APS é espaço para desenvolvimento de habilidades para resolver problemas reais, trabalhar em equipe, desenvolvimento de capacidade crítica e reflexiva e assistência integral. Já Ferreira *et al.* (2019), apresentam a compreensão dos determinantes em saúde e das relações das doenças com modo de vida e trabalho e conhecimento do SUS.

As entrevistas e PPP analisados também vão ao encontro do que foi descrito por Silva *et al.* (2017) que estabelecem que ao final do curso o aluno deve ser capaz de realizar diagnóstico comunitário, utilizar o método clínico centrado na pessoa, fazer abordagem familiar e cuidado integral compreendendo o contexto do indivíduo dentro da família, sociedade e ambiente.

Estudo realizado com estudantes do Reino Unido também destaca benefícios da inserção na APS sendo eles a integração entre teoria e prática, desenvolvimento da comunicação e habilidade de consulta, entender o Sistema Nacional de Saúde e desenvolver o trabalho multiprofissional (VAN OPPEN *et al.*, 2018).

A inserção na APS a partir dos primeiros anos do curso também ocorrem em outras instituições em todo mundo, em 40 escolas de medicina europeias, 80% implantaram a exposição clínica precoce, embora a maioria no final do primeiro semestre (BASAK *et al.*, 2009). Em um estudo realizado em escolas do Reino Unido foi possível verificar que metade delas possuía, em seu currículo, inserção em APS em todos os cinco anos do curso (BOON; RIDD; BLYTHE, 2017). No Brasil alguns cursos de medicina como o da Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal de Feira de Santana, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Medicina Santa Marcelina e Universidade Federal da Paraíba também relatam inserção em APS logo no primeiro ano e durante pelo menos oito semestres (FERREIRA *et al.*, 2019; PEIXOTO *et al.*, 2019; POLES *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2017; GOMES; SAMPAIO; LINS, 2015).

Analisando sob a perspectiva de Bourdieu verifica-se que a inserção em estágios na APS tem por objetivo modificar o *habitus* da formação médica, e, portanto, o capital cultural vigente pautado no modelo biomédico e na formação hospitalar.

Com base na análise dos PPPs verifica-se que apenas a IP1 não insere os estudantes em práticas de APS durante os oito primeiros semestres, situação que se modifica ao analisar as entrevistas com os coordenadores ou seus representantes, pois nestas aparece que a IP2 e a IPr2 também não o fazem, pois há, em ambas disciplinas do quarto ano em que os estudantes não estão vinculados a APS, na primeira, ocorre inserção no hospital universitário e na segunda apenas atividades teóricas.

Os PPPs e as entrevistas retratam o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, alguns exemplos desta podem ser: a problematização, o Arco de Margueret, a aprendizagem baseada em problemas, a aprendizagem baseada em equipe. Podem ser utilizadas também: seminários, trabalho em pequenos grupos, relato crítico de experiência, mesas-redondas, exposições dialogadas, apresentação de filmes, portfólio, dinâmicas lúdico-pedagógicas, entre outros. Verifica-se como benéficos o desenvolvimento de autonomia, o trabalho em equipe, a integração entre teoria e prática, uma visão crítica da realidade e avaliação formativa (PAIVA et al, 2016).

A utilização dessas tecnologias educativas apresenta aspectos positivos na transformação do ensino pois motiva o discente ao seu desenvolvimento ampliando suas habilidades e estreitando as relações com os docentes, para ampliar o aprendizado e a retenção de conhecimentos. Essas metodologias favorecem a integração teórico-prática e o desenvolvimento de profissionais mais comprometidos com o sistema (ROMAN et al, 2017).

As DCNs estabelecem, em seu artigo 31, que as avaliações dos estudantes deverão “basear-se nos conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCN”. Os PPPs analisados descrevem a presença de um modelo aparentemente misto de avaliação sendo eles “formativo e somativo”.

A avaliação formativa tem por princípio a ideia dos efeitos positivos da avaliação do aprendizado em tempo hábil, ou seja, que os alunos recebam

devolutiva rápida sobre o seu desempenho, permitindo a autorreflexão do aprendiz, erros e desempenho. A avaliação somativa é o ato de verificar a qualidade das capacidades, competências e habilidades que o aluno aprendeu após o término de uma etapa (ANDRIOLA; ARAÚJO, 2018).

Avaliar consiste em identificar em que medida os objetivos educacionais estão sendo alcançados, e deve se processar em função dos objetivos do curso. Existem diversos instrumentos e formas de avaliação que estão em constante aperfeiçoamento. A avaliação do processo ensino-aprendizagem deve envolver a participação do estudante. Se o aprender clínico tem sido modificado no movimento de mudança dos currículos médicos, os métodos de avaliação precisam de adaptação para esse novo contexto (ZEFERINO; PASSER, 2007). Aparentemente, há uma tentativa das instituições analisadas em explorar novos modelos de avaliação.

A prática pedagógica é um domínio da profissão docente, define a identidade profissional do professor e reflete a concepção do professor sobre suas funções profissionais e o modo como são desempenhadas. Portanto, dentro de uma proposta curricular a proposta pedagógica será muito importante. Para os docentes é difícil modificar seus hábitos e atitudes, pois continuam a ensinar como sabem, independente das modificações da prática do ensino médico (KOIFMAN, 1998). Isto é um exemplo claro do conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu.

Costa (2007) apresenta alguns pontos pelos quais é tão difícil modificar o ensino médico, sendo eles: 1) Desvalorização das atividades de ensino e supremacia da pesquisa visto que a progressão na carreira tem mais relação com a produção científica que a docência; 2) Falta de profissionalização docente; 3) Desvalorização da formação docente do professor de medicina ele ensina baseado na formação recebida enquanto era aluno; 4) Resistência docente a mudanças e 5) Individualismo da ação docente. Observa-se que, nas IES públicas analisadas, os entrevistados referiram dificuldades com os docentes relacionados aos acima descritos. Enquanto que nas duas privadas já conseguiram superar essas dificuldades. O campo das IES públicas possui domínio dos departamentos clínicos e cirúrgicos e apresenta regras e estruturas que dificultam a contratação de profissionais com o perfil adequado, reforçando o poder simbólico do hospital e do especialista nestas instituições.

O docente tem importante papel no campo para a manutenção do capital cultural vigente e detentor do poder simbólico, pois, eles são agentes de domínio no campo da medicina, considerando que, para a sua contratação, normalmente, representam autoridades no conhecimento naquele campo. Ou seja, esses atores, que assumiram papel de dominação no campo não permitem a incorporação de outros saberes, sob o risco de perderem capital cultural e sofrerem a transformação do *habitus* daquela escola ou curso, levando o fortalecimento e a inserção precoce na APS e também as transformações didático-pedagógicas apresentadas.

Quanto a presença de docentes e preceptores pode-se verificar que o estudo Etac realizado em 125 cursos de medicina do Brasil existentes no ano de 2003 e identificou que, em relação ao acompanhamento das práticas/estágios na APS, 96,8% dos estudantes eram assistidos por corpo docente do curso e 81,6% por profissionais das unidades, sendo que 62,4% dos cursos contratavam preceptores para tal (VIEIRA, 2018).

Outro desafio está na integração das disciplinas da APS com as demais disciplinas. Percebe-se que três das quatro IES analisadas possui integração estruturada em seus PPP, porém há em todos os relatos dificuldades em operacionalizar esta integração e um destes motivos está relacionado a percepção dos docentes em relação a formação para APS.

Autores que relataram a avaliação docente em relação a integração ensino serviço trouxeram enquanto aspectos positivos: a importância da inserção comunitária pela diversidade dos cenários de prática; treinar habilidades; realização de procedimentos; competências gerenciais; trabalho em equipe; aptidão para trabalhar no SUS e nos diferentes níveis de atenção. Porém, como aspectos negativos aparecem: a distância e a carga horária; falta de comunicação entre professores e preceptores; falta de estrutura física; falta de longitudinalidade na APS; falta de professores com formação e de capacitação docente; descompasso entre mercado de trabalho e falta de valorização no SUS; estudantes têm foco nas especialidades durante suas formações,; rotatividade ou ausência de médicos na APS e competição por campos de prática (VIEIRA et al, 2018; PEDROSO et al, 2019; REZENDE et al, 2019).

A avaliação positiva dos estudantes encontrada nas entrevistas aparece em outros artigos. Coelho *et al.* (2020) apresenta a segurança por permitir contextualizar

teoria e situações reais, contato precoce com os estudantes, contato precoce com pacientes. Aprendizado sobre relação médico-paciente, autonomia na condução de casos, diversidade de aprendizagem aparecem no artigo de Lima *et al.* (2020). Almeida *et al.* (2016) descrevem o compreender do papel da APS e das redes de atenção bem como dos determinantes em saúde, identificar a longitudinalidade de cuidado, conhecimento dos problemas de saúde e da abordagem comunitária e cultural. É possível perceber aqui que houve alguma influência da mudança na formação no capital cultural dos discentes, ainda que com todas as dificuldades apresentadas frente ao poder simbólico que o modelo biomédico detém.

### **Conclusões**

A inserção do estudante na APS logo nos primeiros semestres do curso demonstra ter papel importante para a mudança da formação e para um perfil de egresso que vá ao encontro do preconizado pelas DCNs, principalmente a de 2014.

Observou-se que as quatro Instituições de Ensino Superior procuram realizar a inserção do estudante em Unidades Básicas de Saúde logo nos primeiros semestres e de forma longitudinal com um crescente de conhecimento, porém uma das Instituições Públicas apresenta maior fragilidade neste processo, por ser o PPP que mais se distancia do preconizado.

Evidencia-se pelas falas dos participantes o esforço para cumprir com o preconizado pelas DCNs. Em três instituições foi possível verificar que as disciplinas de APS tem papel fundamental na estrutura do curso e funcionam como integração entre as demais, bem como desenvolvem conhecimentos e habilidades individuais e coletivas.

Os coordenadores comentaram que ainda há resistência por alguns professores especialistas em reconhecer o papel da inserção na APS para a formação do egresso fato que pode, apesar do consenso da necessidade de mudar a formação médica, impactar no esforço dos envolvidos e no resultado da formação que os PPP desenham

A avaliação do PPP somado a entrevista com os coordenadores permitiu vislumbrar a atenção às DCN destas instituições. Estágios práticos organizados em UBS com preceptores com formação em APS, convênios oficiais estabelecidos com os municípios, metodologias ativas de ensino e avaliação aparecem em todos eles.

Avanço em relação ao que se verificou na literatura foi a existência de convênios/contratos oficiais entre todas as IES e as secretárias dos municípios em que estas se localizam, com campos de prática e preceptores previamente definidos. Ainda é necessário avanços em relação a formação e remuneração desses preceptores do campo de prática.

Outro ponto de superação encontrado, principalmente nas instituições privadas, foi a presença de professores com formação em APS incluindo residência médica, mestrado e doutorado.

Porém, observa-se que as instituições públicas possuem maior dificuldade em modificar seu PPP bem como contratar docentes para desenvolver as atividades de APS. Apareceram como fatores dificultadores: o corpo docente mais envelhecido e, portanto, com formação muito especializada; o hospital universitário como ponto importante das redes de atenção nos municípios onde estes se inserem; e salários e formas de contratação que não atraem novos docentes.

Em todas as entrevistas verifica-se que ainda é um desafio superar a fragmentação curricular, a valorização da especialidade médica e da tecnologia e também a baixa qualidade da estrutura dos campos de prática na APS.

Sabe-se, porém, que a escola é fundamental para a transformação do *habitus* e também do capital cultural e do poder simbólico atualmente presente na formação médica e, com base no que foi verificado neste estudo, há grande potencial destas mudanças com base no formato em que estruturaram os currículos destas instituições. Demonstrar estas estruturas e a superação dos desafios nestes locais justifica-se para que outras instituições possam replicar em seus locais.

## Referências

ALMEIDA, Márcio José et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbem/v31n2/05.pdf> > Acesso em: 14 jan. 2016.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Trabalho de Campo Supervisionado II: uma experiência curricular de inserção na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 777-786, 2016.

- ANDRIOLA, Wagner Bandeira; ARAÚJO, Adriana Castro. Potencialidades da avaliação Formativa e Somativa. **Revista Eletrônica Acta Sapientia**, v. 5, n. 1, p. 15-15, 2018. Disponível em: < [Vista do POTENCIALIDADES DA AVALIAÇÃO FORMATIVA E SOMATIVA \(actasapientia.net.br\)](http://actasapientia.net.br)> Acesso em: 20 mai 2021
- AZEVEDO, Bruno Mariani de Souza. et al. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 17, n. 44, p. 187-199, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/aop5412.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal. Edições 70; 1977.
- BAŞAK, Okay et al. Early clinical exposure in medical curricula across Europe: an overview. **The European journal of general practice**, v. 15, n. 1, p. 4-10, 2009.
- BOON, Veronica; RIDD, Matthew; BLYTHE, Andrew. Medical undergraduate primary care teaching across the UK: what is being taught?. **Education for Primary Care**, v. 28, n. 1, p. 23-28, 2017.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz Turi. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 1989.
- BOURDIEU, Pierre. **Meditações Pascalianas**. Tradução de Sergio Micelli. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2001.
- BOURDIEU, Pierre. **Questões de Sociologia**. Tradução de Miguel Serras Pereira. Lisboa: Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal LDA, 2003.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)> Acesso em: 16 mai 2021
- BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)> Acesso em: 26 ago. 2014.
- CAVALCANTE, Taciane Marques *et al.* Uma experiência de integração ensino, serviço e comunidade de alunos do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de Maceió-AL, Brasil. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 3, p. 69-80, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13301/9353>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos. **Interface-Comunic., Saude, Educ**, Botucatu-SP, v. 12, n. 24, p. 125-40, 2008. Disponível em: < <http://lrc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/SUS%20e%20forma%E7%E3o%20de%20m%E9dicos.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2016.

COELHO, Márcia Gomes Marinheiro et al. Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190740, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CES nº 3 de 20 de junho de 2014: Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina Resolução CNE. **CES nº3 de**, 20 jun. 2014. Disponível em: < [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192)> Acesso em: 15 jan. 2016.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Rev. bras. educ. méd**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 143-148, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a20v36n1.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2016.

FAGUNDES, Geraldo Andrade. Algumas reflexões em torno dos conceitos de Habitus, Campo e Capital Cultural. **Revista Café com Sociologia**, v. 6, n. 2, p. 103-123, 2017. Disponível em: < <https://revistacafecomsociologia.com/revista/index.php/revista/article/view/724/pdf>> Acesso em: 17 ago. 2020.

FERREIRA, Marcelo José Monteiro *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170920, 2019.

GOMES, Andréia Patrícia et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 541-549, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/14.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2016.

GOMES, Luciano Bezerra; SAMPAIO, Juliana; LINS, Tiago Salessi. Currículo de medicina na Universidade Federal da Paraíba: reflexões sobre uma experiência

modular integrada com ênfase na Atenção Básica. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 39-46, 2015.

KOIFMAN, Lilian. A teoria de currículo e a discussão do currículo médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 22, p. 37-47, 1998.

KOIFMAN Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2001; 8 (1): 49-69. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em: 10 out. 2020.

LIMA, Ivana Cristina Vieira de et al. Análise do Internato em Medicina da Família e Comunidade de uma Universidade Pública de Fortaleza-CE na Perspectiva do Discente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, 2020.

MEC - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. E-MEC. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/>. Acesso em: 10 nov. 2020.

NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Nogueira6/publication/250991561\\_As\\_mudanas\\_na\\_educao\\_mdica\\_brasileira\\_em\\_perspectiva\\_reflexes\\_sobre\\_a\\_emergncia\\_de\\_um\\_novo\\_estilo\\_de\\_pensamento/links/55bbb9ad08aec0e5f4419232.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Nogueira6/publication/250991561_As_mudanas_na_educao_mdica_brasileira_em_perspectiva_reflexes_sobre_a_emergncia_de_um_novo_estilo_de_pensamento/links/55bbb9ad08aec0e5f4419232.pdf) Acesso em: 20 fev. 2016.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no brasil (1808-2018). **Trab. educ. saúde**, p. e0018317-e0018317, 2019.

PAIVA, Marlla Rúbya Ferreira et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1049/595>> Acesso em: 20 mai 2021

PEDROSO, Raquel Turci et al. A Educação Baseada na Comunidade no Ensino Médico na Uniceplac (2016) e os Desafios para o Futuro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 117-130, 2019.

PEIXINHO, André Luiz. Educação médica: o desafio de sua transformação [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2001. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/11847>> Acesso em 20 mai 2021

- PEIXOTO, Marcelo Torres *et al.* Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, 2019.
- POLES, Tatchia Puertas Garcia *et al.* Percepção dos internos e recém-egressos do curso de medicina da PUC-SP sobre sua formação para atuar na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 121-128, 2018.
- REZENDE, Valter LM *et al.* Percepção discente e docente sobre o desenvolvimento curricular na atenção primária após Diretrizes Curriculares de 2014. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 91-99, 2019.
- ROMAN, Cassiela *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clinical and biomedical research. Porto Alegre. Vol. 37, n. 4 (2017), p. 349-357**, 2017. Disponível em:
- SCHEFFER, Mário *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.
- SILVA, Andréa Tenório Correia da *et al.* Medicina de Família do primeiro ao sexto ano da graduação médica: considerações sobre uma proposta educacional de integração curricular escola-serviço. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 336-345, 2017.
- THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública [online]**. 2006, vol.40, n.1, pp.27-53. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a03.pdf>> Acesso em: 17 ago 2020
- VAN OPPEN, James *et al.* Medical students' attitudes towards increasing early clinical exposure to primary care. **Education for Primary Care**, v. 29, n. 5, 2018.
- VIEIRA, Swheelen de Paula *et al.* A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 189-207, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2008 – primary health care (now more than ever). Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)> Acesso em 10 out 2020
- YIN, Robert K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
- ZAMBELLI, P. C. Avaliação: Um Permanente Desafio. **Tecnologia Educacional**, v.25 (136/137), p.57-60, 1997.

ZEFERINO, Angélica Maria Bicudo; PASSERI, Silvia Maria Riceto Ronchim  
Avaliação da aprendizagem do estudante. **Cadernos Abem**, v. 3, p. 39-43, 2007.

## 5 CONCLUSÃO

Diferentes grupos de estudiosos descrevem que a formação em APS tem papel importante na transformação do modelo de formação médica, superando o modelo biomédico e incorporando o olhar a partir da integralidade do cuidado.

As DCNs de 2014 trazem a proposta de formar médicos humanistas, críticos e reflexivos, com habilidades e competências para atuar em ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que saibam utilizar ferramentas de abordagem individual, familiar e comunitária. Essa formação precisa ocorrer também em cenários em que o contato possa ser mais próximo e pessoal e esse cenário é a APS.

A análise dos artigos levantados no *scoping review* mostrou que já se avançou em relação à adequação curricular ao preconizado pelas DCNs de 2014 para a formação em APS com estágios de inserção já nos primeiros anos e ao longo de vários semestres, com objetivos claros e focos de aprendizado bem definidos. Porém o número de escolas identificado nos artigos foi muito inferior ao número total de escolas, o que limita a análise geral.

Nesses artigos também foi possível notar a percepção dos diferentes atores, como apresentado, verificou-se que se reconhece a importância dos estágios em APS para a qualidade da formação, e que esse espaço se constitui como um importante ambiente para formação médica, que integra além do ensino-serviço, a teoria e a prática. Enquanto fragilidades apareceram a falta de capacitação docente, da estrutura física da unidade, de integração entre o ciclo básico e clínico e a não valorização do SUS, ainda, o olhar preferencial do estudante e de docentes para a especialidade médica, fragilizando a integração curricular.

As DCNs, principalmente a de 2014, apresentam-se como marcos para a mudança curricular das escolas médicas, como pode ser visto nos dez PPPs avaliados.

Nos PPPs se identifica a presença da compreensão do papel da formação pautada na APS com a inserção dos estudantes, tanto na teoria quanto na prática, ainda nos primeiros anos do curso e ocorrendo de forma longitudinal com um crescente de conteúdo e, na maioria, de forma integrada com as demais disciplinas. Outra característica desses cursos foi o uso de metodologias ativas e de outros

modelos de avaliação mais formativos para além dos somativos, demonstrando avanços.

Apesar do verificado nos PPPs, sabe-se que a partir da análise documental isolada não é possível compreender como este está implementado na prática. Algumas IES não enviaram seus PPPs o que pode ter ocasionado viés na análise da qualidade da formação em APS no Estado, considerando que estas representam 37,5% do total de cursos e 50,2% do total de vagas.

A análise curricular e as entrevistas realizadas com coordenadores ou pessoas indicadas de quatro IES selecionadas, possibilitou aferir que elas inserem os estudantes em UBS nos primeiros semestres do curso e de forma longitudinal, porém uma Instituição Pública analisada possuía uma inserção mais tardia e de forma bastante fragmentada.

Avaliar os PPPs e realizar as entrevistas com os representantes permitiu conhecer melhor e ver que em todos eles aparecem: a atenção às DCNs com estágios práticos, organizados em UBS com preceptores com formação em APS, além dos convênios oficiais estabelecidos com os municípios e o uso metodologias ativas de ensino.

Identificou-se com base nas falas dos representantes das IES que há um esforço em cumprir o que foi preconizado pelas DCNs. Em três delas foi possível verificar que a APS tem papel fundamental na estrutura do curso e realiza a integração entre as demais. Os coordenadores comentaram, entretanto, que ainda há resistência de alguns professores especialistas em reconhecer o papel da inserção na APS para a formação do egresso e que ainda é um desafio a superação da fragmentação, a valorização da especialidade médica e de tecnologia e da baixa qualidade de estrutura dos campos de prática em APS.

Foi possível observar ainda, que as IES públicas possuem maiores dificuldades em modificar seu PPP e contratar docentes para o campo. Alguns fatores aparecem como corpo docente mais envelhecido e, portanto, mais especializado, hospital universitário como ponto importante das redes de atenção e salários que não atraem a contratação de novos docentes.

As DCNs são, portanto, um marco para a reestruturação do modelo hospitalocêntrico e biomédico da formação médica, e influenciaram significativamente uma série de escolas médicas, incluindo as dez estudadas no

Paraná, porém, ainda há muito a avançar para formarmos médicos com o perfil que se necessita.

A escola é um local fundamental para a transformação do *habitus* e do capital cultural de um campo, modificando, portanto, o poder simbólico presente na formação médica, e, com base no que foi estudado é possível que estas mudanças ocorram com base na reestruturação curricular encontrada nessas IES. Demonstrar isso é importante para influenciar outras IES a replicarem essas experiências.

Porém, pensar em estratégias para a melhora da integração ensino-serviço, a contratação com remunerações mais adequadas e a capacitação de docentes para ensino na APS parecem passos importantes a serem estabelecidos.

Portanto, propostas para capacitar os profissionais dos serviços de saúde para a preceptorial em serviço se tornam fundamentais, bem como a educação continuada para os serviços de saúde. Além disso, incentivo a capacitação docente para utilização de metodologias ativas e ensino em serviço também precisam ser desenvolvidas nas IES.

Envolver gestores municipais e das IES para propor parcerias melhor estruturadas e que possam estabelecer políticas públicas mais consistentes para fortalecer o SUS enquanto espaço de ensino, com estruturas físicas e profissionais capazes de receber os estudantes da área da saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABDALLA, Ively Guimarães *et al.* Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. Supl 1, p. 44-52, 2009. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Ively\\_Abdalla/publication/240973620\\_Projeto\\_p\\_edaggico\\_e\\_as\\_mudanas\\_na\\_educao\\_mdica/links/549308920cf286fe3122cfd0.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ively_Abdalla/publication/240973620_Projeto_p_edaggico_e_as_mudanas_na_educao_mdica/links/549308920cf286fe3122cfd0.pdf). Acesso em: 10 jan. 2016.
- AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. **Revista brasileira de educação médica**, v. 34, n. 3, p. 371-378, 2010.
- AHMED, Mushtaq; VELLANI, Camer W.; AWITI, Alex O. Medical education: meeting the challenge of implementing primary health care in sub-saharan Africa. **Infectious Disease Clinics**, v. 25, n. 2, p. 411-420, 2011.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/03.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.
- ALMEIDA, Márcio José *et al.* Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbem/v31n2/05.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2016.
- ALMEIDA, Lenildes Ribeiro da Silva – Pierre Bourdieu: a transformação social. **Inter-Ação: Rev. Fac. Educ. UFG**, 30 (1): 139-155, jan./jun. 2005.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de. *et al.* Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 400-15, 2013.
- ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. Project panel on the general professional education of the physician; College preparation for medicine; Association of American Medical Colleges. **Physicians for the twenty-first century: the GPEP report: report of the Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine**. Association of American Medical Colleges, 1984.

AZEVEDO, Bruno Mariani de Souza. *et al.* A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 17, n. 44, p. 187-199, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/aop5412.pdf> . Acesso em: 10 jan. 2016.

BAŞAK, Okay *et al.* Early clinical exposure in medical curricula across Europe: an overview. **The European journal of general practice**, v. 15, n. 1, p. 4-10, 2009.

BESIGYE, Innocent *et al.* Conference report: Undergraduate family medicine and primary care training in Sub-Saharan Africa: Reflections of the PRIMAFAMED network. **African journal of primary health care & family medicine**, v. 9, n. 1, p. 1-5, 2017.

BOON, Veronica; RIDD, Matthew; BLYTHE, Andrew. Medical undergraduate primary care teaching across the UK: what is being taught? **Education for Primary Care**, v. 28, n. 1, p. 23-28, 2017.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz Turi. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas**: Sobre a teoria da ação. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 1996.

BOURDIEU, Pierre. **Meditações Pascalianas**. Tradução de Sergio Micelli. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BOURDIEU, Pierre. **Esboço de uma teoria de prática: precedido de três estudos de etnologia cabila**. Tradução de Miguel Serras Pereira. Oeiras: Celta, 2002.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de Sociologia**. Tradução de Miguel Serras Pereira. Lisboa: Fim de Século, 2003.

BOURDIEU, Pierre. **A Distinção**: crítica social do julgamento. Trad. Daniela Kern; Guilherme J. F. Teixeira. São Paulo: Edusp, 2013.

BOURDIEU, Pierre. O Capital Social – Notas Provisórias. *In*: NOGUEIRA, Maria Alice; CATANI, Afrânio. **Escritos de Educação**. 3 Ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 65-70.

BOURDIEU, Pierre. Os três estados do capital cultural. *In*: NOGUEIRA, Maria Alice; CATANI, Afrânio. **Escritos de Educação**. Petrópolis: Vozes, 3ª Ed. 2007. p. 71 – 80.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean Claude. **A Reprodução: Elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Tradução de Reinaldo Bayrão. 3 Ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1992.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm). Acesso em: 26 ago. 2014.

BREKKE, Mette *et al.* Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe—a descriptive study. **BMC medical education**, v. 13, n. 1, p. 1-9, 2013.

BYRNE, Niall; ROZENTAL, Manuel. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. **Educ Med Salud**, v. 28, n. 1, p. 53-93, 1994.

CERUTTI, Bernard *et al.* Changes in the perception of primary care practice during the medical curriculum in Geneva, Switzerland. **Swiss Medical Weekly**, v. 145, n. 1314, 2015.

CHUNG, Christopher *et al.* Impact of the primary care curriculum and its teaching formats on medical students' perception of primary care: a cross-sectional study. **BMC family practice**, v. 17, n. 1, p. 135, 2016.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos. **Interface-Comunic., Saude, Educ**, Botucatu-SP, v. 12, n. 24, p. 125-40, 2008. Disponível em: <http://ltc.nutes.ufjf.br/constructore/objetos/SUS%20e%20forma%E7%E3o%20de%20m%E9dicos.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CES nº 3 de 20 de junho de 2014: Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina Resolução CNE. **CES nº3 de**, 20 jun. 2014. Disponível em:

[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192). Acesso em: 15 jan. 2016.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar. **Rev bras educ méd**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbem/v31n1/04.pdf> . Acesso em: 12 jan. 2016.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva *et al.* Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Rev. bras. educ. méd**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 143-148, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a20v36n1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/13.pdf>. Acesso em: 24 out. 2014.

DORNAN, Tim *et al.* How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. **Medical teacher**, v. 28, n. 1, p. 3-18, 2006.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

FAGUNDES, Geraldo Andrade. Algumas reflexões em torno dos conceitos de Habitus, Campo e Capital Cultural. **Revista Café com Sociologia**, v. 6, n. 2, p. 103-123, 2017. Disponível em: <https://revistacafecomsociologia.com/revista/index.php/revista/article/view/724/pdf>. Acesso em: 17 ago. 2020.

FAZIO, Sara B. *et al.* Blueprint for an undergraduate primary care curriculum. **Academic Medicine**, v. 91, n. 12, p. 1628-1637, 2016.

FORD, Christine D. *et al.* Longitudinal continuity learning experiences and primary care career interest: outcomes from an innovative medical school curriculum. **Journal of general internal medicine**, v. 33, n. 10, p. 1817-1821, 2018.

FRENK, Julio *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GENERAL MEDICAL COUNCIL. **Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education**. London: GMC; 2003

GOMES, Andréia Patrícia *et al.* Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 541-549, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/14.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

GOTTLOB, Kirsten; JOOS, Stefanie; HAUMANN, Hannah. The teaching and learning environment of a primary care medical student clinical attachment (“Famulatur”)—a qualitative study on experiences of students and primary care physicians in Germany. **GMS journal for medical education**, v. 36, n. 3, 2019.

HENSCHEN, Bruce L. *et al.* Four-year educational and patient care outcomes of a team-based primary care longitudinal clerkship. **Academic Medicine**, v. 90, n. 11, p. S43-S49, 2015.

HERRMANN, Wolfram J.; GEHRKE-BECK, Sabine; HEINTZE, Christoph. Experiencing and designing community-based medicine—development and evaluation of an elective based on explorative learning. **GMS Journal for Medical Education**, v. 36, n. 6, 2019.

HUDSON, Judith Nicky *et al.* Longitudinal integrated clerkships. **Medical Teacher**, v. 39, n. 1, p. 7-13, 2017.

IBGE. Estimativa da população dos Municípios para 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=28674&t=resultados>. Acesso em: 07 nov. 2020

IRBY, David M.; COOKE, Molly; O'BRIEN, Bridget C. Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. **Academic Medicine**, v. 85, n. 2, p. 220-227, 2010.

KUHN, Thomas S. **The structure of scientific revolutions**. University of Chicago Press. 2nd Edition. 1970. Disponível em: <https://folk.ntnu.no/krill/bioko-references/Kuhn%201962.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no Panorama atual e perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador-BA, v. 78, n. 1, 2008. Disponível em:

<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/255/246> . Acesso em: 15 jan. 2016.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 227 f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4369>. Acesso em: 10 mar. 2016.

LANGOSCH, Claudia *et al.* The „General Practice Class “–an eligible compulsory course in undergraduate medical education: Didactical structure, teaching targets and implementation. **GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung**, v. 29, n. 5, 2012.

LIMA, Valéria Vernaschi. Avaliação de competência nos cursos médicos. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, ABEM, p. 123-42, 2004.

LITTLEWOOD, Sonia *et al.* Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. **Bmj**, v. 331, n. 7513, p. 387-391, 2005.

LUDMERER, Kenneth M. Commentary: understanding the Flexner report. **Academic Medicine**, v. 85, n. 2, p. 193-196, 2010.

MARIOLIS, Anargiros *et al.* Evaluation of a clinical attachment in Primary Health Care as a component of undergraduate medical education. **Medical teacher**, v. 30, n. 7, p. e202-e207, 2008.

MARIOLIS, Anargiros; ALEVIZOS, Alevizos; MIHAS, Constantinos. Undergraduate medical education in Greece: a hostile environment for primary health care. **Medical education**, v. 42, n. 4, p. 442-442, 2008.

MOHANNA, Kay; BATRA, B. Overcoming challenges in primary care education: the why, what and how of family medicine in India. **Education for Primary Care**, v. 27, n. 1, p. 74-77, 2016.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NEVES, Nedy M.B.C.; NEVES, Flávia B.C.S.; BITENCOURT, Almir G.V. O ensino médico no Brasil: origens e transformações. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador-BA,

v. 75, n. 2, 2008. Disponível em:

<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/362/351>. Acesso em: 14 jan. 2016.

NEWBRONNER, Elizabeth *et al.* Creating better doctors: exploring the value of learning medicine in primary care. **Education for Primary Care**, v. 28, n. 4, p. 201-209, 2017.

NÍ CHRÓINÍN, Danielle *et al.* Medicine in the community: a unique partnership. **The clinical teacher**, v. 9, n. 3, p. 158-163, 2012.

NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Nogueira6/publication/250991561\\_As\\_mudanas\\_na\\_educacao\\_mdica\\_brasileira\\_em\\_perspectiva\\_reflexes\\_sobre\\_a\\_emergncia\\_de\\_um\\_novo\\_estilo\\_de\\_pensamento/links/55bbb9ad08aec0e5f4419232.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Nogueira6/publication/250991561_As_mudanas_na_educacao_mdica_brasileira_em_perspectiva_reflexes_sobre_a_emergncia_de_um_novo_estilo_de_pensamento/links/55bbb9ad08aec0e5f4419232.pdf).

Acesso em: 20 fev. 2016.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva**. 2004. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de *et al.* Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). **Trab. educ. saúde**, p. e0018317-e0018317, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alma Ata 1978** – Cuidados Primários de Saúde. Traduzido por Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasil, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Folha Informativa – Atenção Primária à Saúde, 2019. Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843). Acesso em: 14 fev. 2021.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12> > Acesso em: 10 jan. 2016.

PARADA-LEZCANO, Mario; ROMERO, María Inés; MORAGA CORTÉS, Fabián. Educación médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. **Revista médica de Chile**, v. 144, n. 8, p. 1059-1066, 2016.

PEARSON, David J.; MCKINLEY, Robert K. Why tomorrow's doctors need primary care today. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 103, n. 1, p. 9-13, 2010.

PEIXINHO, André Luiz. **Educação médica: o desafio de sua transformação**. 2001. 256f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/11847>. Acesso em: 17 ago. 2020.

RAMÍREZ, Juan José Mazón. El marco jurídico del Servicio Social. **Gaceta Médica de México**, v. 148, n. 3, p. 284-291, 2012.

RODAS, Javier Antonio Gutiérrez; SALDARRIAGA, Ricardo Posada. Tendencias mundiales en educación médica. **Iatreia**, v. 17, n. 2, p. ág. 130-138, 2004.

RONZANI, Telmo Mota. A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 38-43, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbem/v31n1/06.pdf> . Acesso em: 24 fev. 2016.

SCHEFFER, Mário *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

STARFIELD, Barbara. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gaceta sanitaria**, v. 26, p. 20-26, 2012.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública [online]**. 2006, vol.40, n.1, pp.27-53. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a03.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2020

VAN OPPEN, James *et al.* Medical students' attitudes towards increasing early clinical exposure to primary care. **Education for Primary Care**, v. 29, n. 5, 2018.

VAN WIEREN, Andrew *et al.* Service, training, mentorship: first report of an innovative education-support program to revitalize primary care social service in Chiapas, Mexico. **Global health action**, v. 7, n. 1, p. 25139, 2014.

VICENTE, Verónica Casado *et al.* La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. **Gaceta Sanitaria**, v. 26, p. 69-75, 2012.

WACQUANT, Loïc JD. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. **Revista de Sociologia e Política**, n. 19, p. 95-110, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsocp/n19/14625.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

WEILLER, Teresinha Heck; SCHIMITH, Maria Denise. PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas-RS, v. 3, n. 2, p. 145-6, 2014.

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. The Edinburgh Declaration, 1988. Disponível em: <https://wfme.org/download/the-edinburgh-declaration/?wpdmdl=898&refresh=5fa5692ebc4ec1604675886>. Acesso em: 10 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2008 – primary health care (now more than ever). Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf). Acesso em 10 out. 2020.

ZURRO, Amando Martín *et al.* Los estudiantes de medicina españoles y la medicina de familia. Datos de las 2 fases de una encuesta estatal. **Atención Primaria**, v. 45, n. 1, p. 38-45, 2013.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados Pesquisa Documental

### **Instrumento de Coleta de Dados Pesquisa Documental**

#### **Por quê?**

- Qual a contribuição da Atenção Primária a Saúde para a Graduação em Medicina?

#### **O quê?**

- O que se espera que o estudante desenvolva de competências ao final do curso com os estágios de Atenção Primária?
  - Quais as competências e habilidades individuais, familiares e comunitárias que se espera que o aluno desenvolva?

#### **Quando?**

- Quantos semestres/anos o acadêmico possui atividade em APS?
- Em quais semestres?
- Há inserção de estágio em APS durante o internato?

#### **Como?**

- Quais as diretrizes metodológicas e estratégias didáticas utilizadas para esta formação?
  - Existe atividade multidisciplinar durante o estágio?
  - Há integração das disciplinas com foco na atenção primária com as demais disciplinas? De que forma?
  - Como ocorre a avaliação dos acadêmicos?

#### **Onde?**

- Quais os cenários de prática utilizados?
- Há previsão de atividades em espaços da comunidade?
- Existe convênio ou parceria estabelecido com a gestão municipal ou estadual?

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista com Coordenador/Equipe gestora da Instituição de Ensino Superior

**Roteiro de Entrevista com Coordenador/Equipe gestora da Instituição de Ensino Superior**

- Qual a contribuição da Atenção Primária a Saúde para a formação do profissional médico?
- O que se espera que o estudante desenvolva de competências ao final do curso com os estágios de Atenção Primária?
- Quais as competências e habilidades individuais, familiares e comunitárias que se espera que o aluno desenvolva?
- Há integração das disciplinas com foco na atenção primária com as demais disciplinas? De que forma?
- Fale sobre o processo de implantação das estratégias (disciplinas e estágios) em APS.
- Quem são os professores que supervisionam os estágios? Qual a formação dos mesmos?
- Há convênio com a secretaria de saúde? Como está estabelecido?

## APÊNDICE C - Termo de autorização institucional

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**Universidade Estadual de Londrina**

## Solicitação de Autorização para Realização de Pesquisa

Eu, Luciana Osorio Cavalli, RG nº 7.762,784-7 SSP/PR, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, estou realizando a pesquisa intitulada: "O IMPACTO DAS MUDANÇAS ORIUNDAS DAS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES NA FORMAÇÃO MÉDICA NO ESTADO DO PARANÁ". O objetivo desse estudo é o de analisar o perfil de formação para Atenção Básica e o SUS dos cursos de medicina no estado do Paraná relacionado às últimas diretrizes.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, a ser desenvolvida no período de 2017 a 2021, venho pelo presente solicitar autorização da (nome da Instituição) para o fornecimento de informações relacionadas ao Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina.

Esclareço que a pesquisa seguirá todas as diretrizes éticas relativas a pesquisas com seres humanos estabelecidas na Resolução CNS 466/2012.

Antecipo agradecimentos e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

---

Luciana Osorio Cavalli  
Coordenadora da pesquisa

De acordo: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

(Coordenador do Curso de Medicina da Universidade \_\_\_\_\_)

## APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****“O IMPACTO DAS MUDANÇAS ORIUNDAS DAS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES NA FORMAÇÃO MÉDICA NO ESTADO DO PARANÁ”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“O impacto das mudanças oriundas das novas diretrizes curriculares na formação médica no Estado do Paraná”**. O objetivo desse estudo é o de analisar o perfil de formação para Atenção Básica e o SUS dos cursos de medicina no estado do Paraná relacionado às últimas diretrizes. Sua participação é muito importante e ela se daria por meio de entrevista e da observação direta realizada pelo pesquisador.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Destacamos que os registros audiovisuais obtidos durante a coleta de dados serão destruídos após o seu uso.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são de contribuir com a identificação das características da formação médica para a Atenção Básica e como está ocorrendo a implantação das Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina.

Quanto aos riscos, informamos que a presente pesquisa não apresenta risco direto aos envolvidos, sendo que todas as informações obtidas e registros impressos ou audiovisuais serão tratados com confidencialidade e sigilo. No entanto, caso ocorra algum tipo de desconforto, o participante será prontamente atendido e amparado pelo pesquisador.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Luciana Osorio Cavalli, rua Minas Gerais, 1083 apto 603, Cascavel – PR, fone (45) 999298078, ou Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao Laboratório Escola (LABESC), no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br).

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Luciana Osorio Cavalli  
Coordenadora da Pesquisa

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obs.: TCLE conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

APÊNDICE E – Declaração de coleta de dados

### DECLARAÇÃO

**Título do projeto:** “O IMPACTO DAS MUDANÇAS ORIUNDAS DAS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES NA FORMAÇÃO MÉDICA NO ESTADO DO PARANÁ”

**Pesquisador:** LUCIANA OSORIO CAVALLI

**Tipo de Pesquisa:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Iniciação científica | <input type="checkbox"/> Dissertação/Mestrado      |
| <input type="checkbox"/> TCC/Graduação        | <input checked="" type="checkbox"/> Tese/Doutorado |
| <input type="checkbox"/> TCC/Especialização   | <input type="checkbox"/> Projeto Institucional     |

O pesquisador do projeto acima identificado declara que a coleta de dados não foi iniciada e somente iniciará após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina - UEL.

Cascavel, 01 de abril de 2019

---

Luciana Osorio Cavalli