

Revista **FONTES DOCUMENTAIS**

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

*TEACHING-SERVICE INTEGRATION IN HEALTHCARE TRAINING:
EXPERIENCE FROM THE FACULTY OF MEDICINE OF BAHIA*

DOI 10.9771/rfd.v7i0.62996

Silvana Márcia Pinheiro Santos Coelho

Doutora e Mestra em Administração pela Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Odontóloga pela UFBA, Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5462-1510> E.mail: silvanampscoelho@gmail.com

Ronaldo Ribeiro Jacobina

Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Mestre em Saúde Coletiva (UFBA). Médico pela UFBA. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). <https://orcid.org/0000-0002-4006-6595> E.mail: rriacobina@gmail.com

Cauã Araújo de Carvalho

Graduando da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). E.mail: cauaacarvalho14@gmail.com

RESUMO

O texto da Resolução Nº 3 de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, enfatiza que a formação do médico deve capacitá-lo a compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde brasileiro, explicitados na Constituição Federal de 1988, e alerta sobre a importância de inserir os estudantes nas redes de serviços de saúde públicos, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, considerando que estes são espaços de aprendizagem (BRASIL, 2014). Este artigo apresenta a experiência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMEB-UFBA) na utilização da integração ensino/serviço, como estratégia para atender as recomendações das DCN, e da CF de 1988.

Palavras Chave: ensino-serviço; Medicina Social, ensino em saúde

ABSTRACT

The text of Resolution No. 3 of June 20, 2014, which establishes the National Curricular Guidelines (DCN) for the Undergraduate Medicine Course, emphasizes that doctor training must enable him to understand the principles, guidelines and policies of the Unified Health System (SUS) presented in Brazilian Federal Constitution of 1988, and warns about the importance of including students in public health services, since the initial grades and throughout the Undergraduate Medicine course, considering that these are learning spaces (BRASIL, 2014). This article presents the experience of the Faculty of Medicine of the Federal University of Bahia (FAMEB-UFBA) in using teaching/service integration as a strategy to meet the recommendations of the DCN and the 1988 CF.

Keywords: teaching-service; Social Medicine, health teaching

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 apresenta a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Com relação ao direito à saúde, o Art. 196 da CF de 1988 enuncia que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. E o artigo 198 informa que ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único- SUS, organizado de acordo com princípios de universalidade, equidade e integralidade. Entre as competências do SUS está a de ser ordenador da formação dos profissionais de saúde (Brasil, 1988).

A lei 8080 (Brasil, 1990), que regula o SUS em todo o território nacional, explicita que a saúde é um direito fundamental do ser humano, e que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, que têm como determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

No que se refere ao dever do Estado, consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação. O dever do Estado, entretanto, não exclui a responsabilidade das pessoas, da família, das empresas e da sociedade, com a saúde.

Importa lembrar que a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988 (CF de 1988), com cunho social e universal, ocorreu em pleno movimento de reforma e redefinição do papel do Estado brasileiro. Os debates da Assembleia Constituinte com relação à Saúde revelaram interesses de grupos opostos: os grupos empresariais, sob as lideranças da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais); e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor (Campos, 2009). O texto constitucional revela que foram atendidos os interesses dos dois grupos. Das forças representadas pela Reforma Sanitária, ao se definir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”; e do setor privado, uma vez que o Art. 198 da Constituição Federal de 1988 estabelece, entre as diretrizes do Sistema Único de Saúde-

SUS, a descentralização, e o Art. 199 esclarece que as instituições privadas poderão participar do Sistema Único de Saúde de forma complementar, através de contratos de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades sem fins lucrativos (Coelho *et al*, 2016)

Disto decorre a importância de uma aprendizagem em saúde, que, além de competências técnicas, garanta formação cidadã e favoreça a capacidade de reflexão e maior consciência sobre a problemática que nos cerca, a partir de uma discussão conectada com os grandes desafios que a contemporaneidade nos apresenta (Moraes, 2010; Minarelli, 2011)

Dessa forma, a formação acadêmica comprometida com a saúde pública exige um projeto pedagógico que reconheça o papel social da universidade e substitua abordagens tecnicistas remanescentes do modelo flexneriano, que produzem saberes fragmentados, por dinâmicas que promovam a aprendizagem em saúde de forma contextualizada e humanista, em sincronia com os aspectos sociais e políticos inerentes à promoção da saúde (Garbin *et al*, 2006).

Neste sentido, a Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, apresenta que a formação do médico deve capacitá-lo a compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde brasileiro, apresentados na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2014), de forma humanista, crítica, reflexiva e ética, capacitando o futuro profissional a 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 a determinação social do processo de saúde e doença (Brasil, 2014).

Está clara, portanto, a necessidade de articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas durante a formação do graduado em Medicina, de forma a considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar os princípios valorativos do SUS: universalidade, equidade e integralidade, que devem nortear a atuação dos futuros médicos, quer sua atuação venha a ser na assistência, na gestão, ou na educação em saúde.

Considerando que o Art 200 da CF de 1988 apresenta que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; a DCN de 2014 (Brasil, 2014) explicita que

as redes de serviços de saúde são espaços de aprendizagem, e é importante inserir o aluno nestes espaços desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem.

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia- FAMEB-UFBA, mesmo antes da publicação da Resolução Nº 3 que apresenta a DCN de 2014, o Departamento de Medicina Preventiva e Social-DMPS defende, em concordância com Bagnato, Cocco, Sordi (1999), a prática e a educação em saúde como realidades sociais que estão relacionadas aos processos de desenvolvimento econômico, científico e tecnológico, o que significa que as instituições formadoras de profissionais de saúde necessitam assumir estratégias de formação que reafirmem os compromissos com os pressupostos básicos de cidadania que devem reger a ética das relações humanas e promover a transformação da realidade social, especialmente em um país como o Brasil, marcado por iniquidades sociais.

Como apontam Freire e Pichon-Rivière (1989), acredita-se que o desenvolvimento de um conhecimento concreto e crítico só ocorre quando se supera o limite das instituições de ensino, indo até o local onde as atividades acontecem. Assim, no DMPS da FAMEB-UFBA utiliza-se a estratégia de integração ensino-serviço, oportunizando os estudantes interagirem com serviços de saúde do SUS desde o início da sua formação, com o objetivo de subsidiar a reflexão crítica sobre o conceito ampliado de saúde e sobre os determinantes sociais que impactam na saúde, através dos componentes curriculares, Medicina Social e Clínica e Medicina Social I.

No componente curricular Medicina Social e Clínica, ofertada no primeiro semestre, com carga horária de 90 horas, os estudantes são incentivados a pensar e vivenciar a saúde sob a ótica do coletivo, nas suas dimensões sociais, culturais e ambientais, a partir da discussão sobre os desdobramentos da política e das práticas de Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto coordenadora do cuidado e organizadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MED 80, 2024). A disciplina é composta por aulas teóricas e aulas práticas, sendo que o componente prático se dá através de vistas às Unidades de Saúde da Família (USF), ao território onde estão inseridas e a espaços sociais, que atuam buscando a inserção de políticas nas agendas de saúde e/ou apoiando os usuários.

No componente curricular Medicina Social I, ofertada no terceiro semestre, com carga horária de 75 horas, tendo como pré requisito o componente Medicina Social e Clínica, o estudante é estimulado a avançar nas reflexões sobre saúde sob a ótica do coletivo, nas dimensões social, cultural e ambiental, a partir da discussão sobre as relações entre Estado,

Sociedade Civil e Políticas Públicas de Saúde, incluindo a Saúde do Trabalhador (MED 80, 2024). Da mesma forma, a disciplina é composta por aulas teóricas e práticas. As práticas constituem-se de visitas dos estudantes, acompanhados dos docentes, a serviços de média complexidade e a outros espaços estratégicos para a conformação das redes de atenção, a exemplo da central de Regulação e Telessaúde; a organizações da sociedade civil; e a espaços de trabalho, com o objetivo de estimular a reflexão sobre a conformação e estruturação do SUS em redes; sobre a importância da organização e ação da sociedade civil na formulação e implementação das políticas de saúde; e sobre o impacto do ambiente de trabalho na saúde dos indivíduos.

Neste contexto, como apontam autores críticos (Bagnato, Cocco, Sordi, 1999; Albuquerque *et al.*, 2008; Pizzinatto *et al.*, 2012; Coelho, Jacobina, 2020) a interação entre docentes, discentes e trabalhadores das Unidades de Saúde pode produzir uma “desacomodação” na cultura estabelecida nas Unidades de Saúde, através de uma provocação positiva no ânimo e no comportamento dos trabalhadores. De forma que a utilização da estratégia ensino-serviço traz benefícios para todas as partes envolvidas: os futuros profissionais através do aprimoramento da formação; os serviços de saúde, através do desenvolvimento das atividades desenvolvidas; e a sociedade, pelo impacto no serviço disponibilizado aos usuários.

Espera-se, com este artigo, contribuir com as práticas de ensino da Medicina em outras instituições brasileiras. O artigo é composto por 5 sessões, incluindo esta Introdução. As sessões seguintes apresentam um referencial teórico, a metodologia aplicada e a discussão dos resultados. Como considerações finais, discutiremos a importância da formação dos profissionais de saúde para o enfrentamento dos desafios para a garantia da saúde de forma universal, equânime e integral para a população brasileira

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

De acordo com o Art. 198 da CF, a organização e estruturação das ações e serviços de saúde brasileiro integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (Brasil, 1988)

Os serviços oferecidos são agrupados para formar a Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o grau de complexidade necessário para acolher as demandas da população, sendo eles: atenção primária, atenção secundária e terciária. Tais níveis são usados para organizar os tratamentos e serviços oferecidos pelo SUS, a partir de parâmetros determinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de proteger, restaurar e manter a saúde dos cidadãos, com equidade, qualidade e resolutividade (Frasão; Ribeiro, 2022).

A atenção primária à saúde (APS), é preferencialmente, a porta de entrada do usuário no SUS, onde a maioria dos problemas de saúde podem ser resolvidos. Se não for possível, o indivíduo deve ser encaminhado para tratamento na rede de atenção especializada (níveis secundário e terciário) (Paho, 2007) Um importante marco para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) mundial foi a publicação da Declaração de Alma Ata no ano de 1978, que defendia a APS como núcleo central de um sistema de saúde.

Entretanto, de acordo com Starfield (2002), a primeira proposição de uma atenção primária deu-se no início do século XX, quando Lord Dawson of Penn propôs, na Inglaterra, um sistema de saúde organizado em três níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Além disso, a proposta de Dawson concebeu uma rede de atenção à saúde estruturada na integralidade e na regionalização dos serviços, conceitos tão marcantes para a saúde pública que, após mais de um século, ainda constituem elementos essenciais ao funcionamento da APS (Fausto; Matta, 2007).

Importa esclarecer que existem distintas compreensões e formas de implementar a APS. Em alguns países, a APS é considerada como um programa seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços a populações mais pobres; em outros, como no Brasil, é um nível do sistema de saúde, que deve acolher o usuário e ofertar serviços clínicos, responsável pela coordenação do cuidado e pela sua organização, e ainda como uma política de reorganização do modelo assistencial. No Brasil, desde os anos 1920 até a atualidade, assistimos a várias tentativas de se organizar a APS. Nesse período, vários modelos foram implantados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas. Contudo, o marco mais importante da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), influenciado por abordagens internas e externas de cuidados primários, apresentando-se como uma proposta mais abrangente de APS (Arantes; Shimizu; Merchán-Hamann, 2016; Coelho; Jacobina, 2020).

O marco mais importante da APS no Brasil ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que, como o nome indica, muda a lógica do cuidado

individual para o cuidado à família e baseia-se em atributos que mudam a lógica do modelo assistencial. Enquanto na lógica anterior, o indivíduo procurava os serviços de saúde, na maioria das vezes, só quando se sentia doente, no novo modelo a ênfase é para ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Em decorrência dos resultados positivos, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja estruturação está baseada na adscrição do território, o que requer uma reflexão mais aprofundada sobre território e territorialização (Coelho *et al*, 2016).

Destaca-se que o conceito de território assumido pela ESF não se limita a aspectos físicos e considera as obras dos homens, a exemplo de estradas, plantações, casas e fábricas, criando uma configuração territorial que é cada vez mais o resultado de uma produção histórica, que, como nos ensinou o geógrafo baiano Milton Santos, tende a uma negação da natureza apenas natural, substituindo-a por uma natureza inteiramente humanizada, de forma que cada lugar é, ao mesmo tempo, objeto de uma razão global e de uma razão local, convivendo dialeticamente (Santos, 2006).

Isto justifica a utilização da adscrição do território, utilizada na ESF, já que o trabalho realizado por equipes de saúde multiprofissionais acompanha a população de uma área delimitada, orientado por dados epidemiológicos, mas considerando a cultura, as singularidades e os problemas de saúde e ambientais do território (Santos; Rigotto, 2011). Desta forma, a formação de vínculo entre os profissionais da USF e a população é favorecida.

Importa reiterar que a organização das políticas de saúde levando em conta o conceito de território e territorialização requer dos profissionais de saúde reconhecimento e respeito das competências culturais de cada território, o que necessita uma compreensão das diversidades. Este é um desafio já apontado por Segre e Ferraz (1997), ao alertarem sobre o subjetivismo que envolve a reflexão sobre qualidade de vida, e chamarem a atenção sobre os possíveis padrões diferentes de alimentação, lazer, crenças, cultura e religiosidades que podem ser observados entre os profissionais de saúde e a população dos territórios onde trabalham, o que não significa que os padrões da população sejam piores. Podem apenas ser diferentes e devem ser respeitados, para facilitar a necessária formação de vínculos entre profissionais de saúde e pacientes.

2.2 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

A estratégia de integração ensino-serviço configura-se como um trabalho pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação, com trabalhadores que compõem

as equipes dos serviços sobre os quais se pretende estudar, visando benefícios para as duas partes envolvidas: o aprimoramento da formação dos futuros profissionais e o desenvolvimento das atividades desenvolvidas nos serviços (Albuquerque *et al*, 2008), impactando no serviço disponibilizado aos usuários.

Esta estratégia é embasada pelos pressupostos teóricos que defendem a educação voltada à transformação social, apoiada na relação entre o conhecimento do concreto, do real, através de uma posição crítica e curiosa, que só se consegue quando se supera o limite das instituições de ensino, indo até o local onde as atividades acontecem (Freire, 2001; Freire; Pichon-Rivière, 1989). Nessa perspectiva, o espaço pedagógico não se esgota na sala de aula, mas implica a vivência no mundo do trabalho, com seus distintos cenários de práticas, ricos em experiências de aprendizagem, mas que precisa ser construído pedagogicamente, de acordo com a interposição crítico-criativa dos sujeitos envolvidos no processo (Vendruscolo *et al*, 2016)

Como apontam Forte et al (2020, p 1), a integração ensino-serviço-comunidade “é um lugar de ‘sair de si’ para vivenciar a teoria na prática e a prática na teoria, com ações sociais e pedagógicas que produzem atualizações, corresponsabilizações e conhecimentos orientados coletiva e intencionalmente para o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Pode-se inferir que a Constituição brasileira de 1988 (Brasil, 1988), sugere a integração ensino serviço, ao apresentar, no seu artigo 200, entre as competências do SUS, ordenar a formação de “recursos humanos” na área de saúde. Cabe aqui uma digressão; considera-se mais adequada “formação de pessoal”, por parecer inadequado considerar pessoas no mesmo nível de “recursos materiais” e “recursos financeiros” (coisas e dinheiro).

Já a Resolução N° 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina explicita a importância de inserir o aluno nas redes de serviços de saúde desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem.

Apesar da existência de algumas iniciativas, a intersetorialidade entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação ainda está longe de ser satisfatória, como apontam Vendruscolo *et al* (2016). É possível que isto se deva ao fato de que tanto os gestores quanto os profissionais de cada Ministério definem as suas prioridades sem considerar a prioridade e disponibilidade do outro, e sem ouvir os profissionais dos serviços de saúde e os usuários. Da mesma forma, não é raro que as universidades programem suas atividades com demandas relacionadas aos serviços, alienados das verdadeiras necessidades dos serviços.

Assim, a integração entre os espaços de formação em saúde e os serviços, desde o início da formação dos estudantes e enfatizando os aspectos sociais, ainda não é uma estratégia regular e sistematizada em todos os espaços formativos de profissionais de saúde, e ocorre mediante esforços individuais de docentes, ou grupo de docentes, nem sempre com o apoio institucional das Faculdades ou Institutos onde ensinam. Esta discussão requer um debate sobre a ênfase do tecnicismo e da biologização nos conteúdos considerados relevantes na formação em saúde, já apontado de 1998 por Bagnato, Cocco e Sordi (1999). Possivelmente, por esta razão existe uma lacuna na produção de artigos que apresentem experiências exitosas de integração ensino-serviço nos primeiros semestres de formação, enfatizando aspectos sociais, o que torna ainda mais relevante este trabalho.

3. METODOLOGIA: APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA FAMEB-UFBA

No cronograma da FAMEB-UFBA, entre as disciplinas do Departamento de Medicina Preventiva e Social, estão Medicina Social e Clínica e Medicina Social I, em cujas estruturas as turmas são subdivididas e contam com aulas teóricas e práticas. Nas aulas teóricas, professores e estudantes discutem os conteúdos propostos, subsidiados por materiais didáticos disponibilizados no espaço virtual da Faculdade. O material didático é composto por artigos, livros, vídeos e filmes e na discussão são valorizados os conhecimentos prévios dos estudantes e suas experiências com serviços de saúde.

3.1. COMPONENTE “MEDICINA SOCIAL E CLÍNICA”

As aulas práticas no componente curricular Medicina Social e Clínica, que acontecem no primeiro semestre, priorizam a atenção primária e consistem em (i) visitas dos estudantes e docente às unidades de saúde da família, (ii) vistas aos territórios onde estão inseridas e (iii) visitas a espaços sociais que impactam na saúde, a exemplo de associações de bairro, rádios comunitárias, espaços religiosos, entre outros. Já as aulas teóricas consistem de diálogos para a troca de saberes subjetivos ou adquiridos por meio das referências disponibilizadas e as reflexões decorrentes das vivências prévias nos serviços de saúde, concebidas durante as atividades práticas de ensino do componente. O objetivo da disciplina é oportunizar os estudantes conhecerem e vivenciarem a política de atenção primária em saúde em situações variadas de vida e de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional.

3.1.1. Visitas às USF

As visitas acontecem nas unidades de saúde da família (USF) do distrito sanitário onde a Faculdade está localizada. Para que as visitas aconteçam, os docentes e coordenadores da disciplina entram em contato previamente com a Secretaria de Saúde do Município, que solicita a lista dos estudantes que visitarão as Unidades e os seguros de saúde estudantis.

As datas das visitas são definidas priorizando o planejamento acadêmico e posteriormente pactuado com as USF, podendo ser remanejados, se for mais conveniente para o funcionamento da USF. Os estudantes são apresentados à USF por algum profissional da equipe multiprofissional e, ao final, é realizada uma roda de conversa entre docentes e discentes para reflexão sobre a vivência prática e os conteúdos teóricos estudados. Sempre que possível, de forma a não atrapalhar o funcionamento da USF, a roda de conversa é enriquecida com a presença de profissionais, como médicos, odontólogos, gestor da unidade, agentes comunitários, técnicos de enfermagem, técnico da farmácia, internos, de acordo com a disponibilidade.

Nesta experiência, os estudantes têm a oportunidade, além de conhecer uma USF, de interagir com usuários e profissionais de saúde da APS.

3.1.2. Conhecimento do Território

Esta experiência ocorre sempre com estudantes e respectivo docente, acompanhados por um(a) agente comunitário de saúde - ACS. A presença de ACS é imprescindível, não só porque estes profissionais conhecem o espaço territorial físico, mas principalmente porque conhecem a ocupação e a dinâmica do território e são conhecidos pela população. Infelizmente, muitos dos territórios onde estão localizadas as USF são espaços ocupados pelo tráfico e a presença dos ACS garante a segurança dos discentes e docente, já que os estudantes e profissionais de saúde são respeitados e não representam ameaças para os envolvidos com o tráfico.

Nesta experiência, os estudantes têm a oportunidade de conhecer a cultura e as características do território, além de entender o conceito de determinantes sociais que impactam na saúde, já que se deparam com aspectos negativos, como saneamento básico deficiente e dificuldade de mobilidade urbana; assim como aspectos positivos, como a organização da comunidade em associações de bairro, interação da comunidade com escolas e espaços religiosos.

As visitas acompanhadas de ACS materializam o objetivo da integração ensino-serviço ao possibilitar o encontro entre a comunidade, os serviços presentes e a universidade, representada por docentes e discentes. Por meio dessa dinâmica, princípios trabalhados em sala

de aula, como a territorialização e a integralidade, tornam-se palpáveis e fluidos, favorecendo a troca horizontal de saberes de forma dialógica e participativa entre os atores envolvidos. A aprendizagem em saúde estruturada na integração ensino-serviço, portanto, vocaliza as necessidades da comunidade, reconhece o trabalho dos profissionais de saúde e permite que a universidade articule a teoria com a realidade local.

3.1.3. Visitas a espaços sociais

Constam de visitas dos estudantes, acompanhados do docente de sua turma, a espaços inseridos no território adscrito onde está a USF, cujas ações e atividades relacionam-se e impactam na saúde dos indivíduos que ali residem. Estes espaços podem ser escolas, espaços religiosos, centros comunitários, rádios comunitárias, lavanderias comunitárias, abrigos de idosos, entre outros.

As atividades desempenhadas nesses espaços são articuladas de modo a envolver a realidade social e cultural dos membros da comunidade, sempre de forma ética, crítica e reflexiva. Os saberes produzidos por essas vivências colaboram para a compreensão prática do modelo biopsicossocial e as múltiplas dimensões assumidas pela promoção da saúde.

3.2. COMPONENTE “MEDICINA SOCIAL I”

O componente “Medicina Social I”, ofertado no terceiro semestre, com carga horária de 75 horas, tendo como pré requisito “Medicina Social e Clínica”, objetiva avançar nas reflexões sobre saúde sob a ótica do coletivo, nas dimensões social, cultural e ambiental, a partir da discussão sobre as relações entre Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas de Saúde, incluindo a Saúde do Trabalhador.

Da mesma forma, as turmas são subdivididas e contam com aulas teóricas e práticas. Nas aulas teóricas, professores e estudantes discutem os conteúdos propostos, subsidiados por materiais didáticos disponibilizados no espaço virtual da Faculdade. As aulas práticas constam de visitas dos estudantes, acompanhados de um docente, a serviços de saúde de média complexidade e a locais estratégicos para a conformação e otimização das redes de atenção (RAS), como as Centrais de Regulação e a Telessaúde; e a organizações da sociedade civil que prestam apoio aos usuários de serviços de saúde ou são relevantes na participação social nas formulações, implementações e avaliações de políticas de saúde, a exemplo da Associação Baiana das Pessoas com Doenças Falciformes - ABADFAL.

Para esta atividade, em cada das turmas subdivididas, um grupo vai para um dos locais definidos com um dos docentes. Assim, cada docente vai às visitas com um grupo de sua turma e grupos das demais turmas. Na aula seguinte às visitas, os grupos retornam às suas salas originais e relatam para os demais colegas as experiências vivenciadas. Assim, apesar do cronograma curto, os estudantes têm a oportunidade de conhecer, presencialmente e através dos relatos dos colegas, uma quantidade maior de serviços ou espaços.

3.2.1. Visitas a Serviços de Saúde de Média complexidade, e a Locais Estratégicos para a Conformação das RAS

Esta vivência se dá em dois momentos. No primeiro, a ênfase é para que os estudantes conheçam serviços de média complexidade, para compreender como se dá o itinerário terapêutico no SUS, ou, dito em outras palavras, como ocorre na prática a hierarquização dos serviços, para que haja eficiência, efetividade e eficácia na disponibilização dos serviços de saúde públicos, com economia de escala e escopo, possibilitando ao usuário acesso a serviços de maior custo e complexidade tecnológica quando a sua necessidade de saúde não tiver sido plenamente resolvida nos serviços de Atenção Primária.

O segundo momento tem a finalidade de apresentar ao estudante as estratégias utilizadas pelo SUS para conformar as Redes de Atenção. As visitas são a policlínicas, à Central de Regulação e à Telessaúde Estadual.

Da mesma forma como ocorre nas visitas do componente “Medicina Social e Clínica”, as datas das visitas são definidas priorizando o planejamento e cronograma acadêmico e posteriormente pactuado com os serviços, podendo ser remanejados, se for mais conveniente para os serviços. Os estudantes são apresentados ao serviço por algum profissional do serviço que, na maioria das vezes, tem um profissional responsável pelas atividades de educação e, ao final, é realizada uma roda de conversa com profissionais do serviço, docentes e discentes para reflexão sobre a vivência prática e os conteúdos teóricos estudados.

3.2.2. Visitas a Organizações da Sociedade Civil

Estas visitas têm a finalidade de apresentar aos estudantes exemplos de formas de organização da sociedade civil que impactam na saúde de diversas formas, ou para participar de espaços de pleitos para que suas demandas façam parte das agendas políticas, ou acolhendo usuários que têm dificuldade de acesso a serviços públicos, ou se ajudando mutuamente.

Exemplos de associações visitadas: Alcoólicos Anônimos- AA, Associação de Portadores de Anemia Falciforme- ABADFAL, Associação de Pessoas com Albinismo-APALBA.

3.2.3. Visitas a Espaços de Trabalho

Esta é uma oportunidade de os estudantes observarem os espaços de trabalho, com um olhar focado na saúde, observando o impacto do ambiente de trabalho na saúde dos sujeitos. Nesta atividade, a turma é dividida em grupos, dentro da sua própria turma e escolhem o local onde irão. Os docentes não acompanham esta atividade. É previsto que os estudantes façam entrevistas com um ou mais trabalhadores. Da mesma forma que nas experiências anteriores, na aula seguinte retorno as experiências? são compartilhadas.

Ao final do semestre, tanto em “Medicina Social e Clínica”, como em “Medicina Social I”, os estudantes realizam alguma atividade de retorno para a comunidade, que deve responder à alguma demanda da unidade ou da comunidade. Um exemplo de atividade desenvolvida foi a passeata no território de incentivo à vacinação. Esta atividade respondeu à constatação das equipes multiprofissionais de saúde das USF da baixa adesão as campanhas de vacinação. Entre outros exemplos está a elaboração de panfleto explicando quais são os objetivos e os serviços da USF; conversas nas salas de espera sobre prevenção de acidentes domésticos, utilizando cartaz e modelos; atividades de arte terapia em asilos públicos; roda de conversas com o grupo de idosos sobre sexualidade na terceira idade. Os cartazes ficam depois na USF, possibilitando que mais pessoas tenham acesso à informação.

As atividades de conclusão dos componentes efetivam o propósito da integração ensino-serviço ao estimular os discentes não apenas a identificar lacunas na promoção da saúde na comunidade visitada, mas a propor e efetivar práticas para solucionar os problemas encontrados de forma crítica, participativa e respeitando as particularidades sociais, culturais e políticas do território. Essa dinâmica assume duas dimensões antagônicas, porém complementares: é simbólica, pois incorpora em si os princípios e fundamentos teóricos que alicerçam a APS e o ensino-serviço; e é concreta, pois materializa a promoção da saúde e a função social da universidade, considerando os elementos materiais, geográficos e epidemiológicos das comunidades visitadas.

4. DISCUSSÃO

A estratégia de ensino/serviço funciona como um laboratório dos componentes curriculares de Medicina Social da FAMEB-UFBA, contribuindo para a compreensão de

conceitos subjetivos e abstratos como “determinantes sociais” e “redes de atenção”. Acredita-se que a prática e a educação em saúde através de vivências nas Unidades de saúde e território onde estão inseridas; nas visitas aos serviços de média complexidade e em organizações da sociedade civil que impactam na saúde; assim como a espaços onde as pessoas trabalham possibilita avanço nas concepções de indivíduo, sociedade, coletividade, ambiente e políticas públicas. Desta forma traz concretude para a intencionalidade de uma formação crítica e reflexiva, que, de fato, possa transformar a realidade social.

Destaca-se que a articulação entre discentes, docentes e trabalhadores das Unidades de Saúde pode produzir uma desacomodação na cultura estabelecida nas Unidades de Saúde, como alertam Pizzinatto *et al* (2012), com consequências positivas no ânimo e no comportamento dos trabalhadores. Assim, esta estratégia pode ser considerada de grande relevância para a efetiva disponibilização de serviços de saúde para a população, como garantido na CF de 1988 e, portanto, para a promoção de bem estar social.

Entretanto, apesar de estar entre as competências elencadas do SUS ordenar a formação de profissionais de saúde (Brasil, 1988), o que se efetiva com a interrelação entre as instituições formadoras de profissionais e os serviços, a literatura mostra experiências exitosas nos últimos anos da formação dos futuros profissionais, através de Internato e Residências (Paulin *et al*, 2020; Saturnino *et al*, 2016), mas são poucos os artigos que relatam a inserção dos estudantes nas redes de ensino desde o início da sua formação. (Cavalcante *et. al*, 2017; Coelho; Jacobina, 2020)

Organizar um componente curricular integrando atividades práticas nos serviços da rede SUS nos primeiros semestres de formação não é fácil, exige um empenho pessoal dos docentes e coordenadores das disciplinas para realizarem políticas de aproximação com os profissionais dos serviços, de forma que não se sintam prejudicados no desenvolvimento de suas atividades quando separam alguns turnos de trabalho para a integração com docentes e discentes. No caso das Unidades de Saúde, isto exige ainda a compreensão dos gestores das Unidades da importância desta integração. Esta compreensão torna-se ainda mais dificultosa, quando o(a) gestor (a) da unidade não é de carreira, já que este é um cargo que ainda não é ocupado por concurso.

É importante destacar que a formação em saúde ainda é marcada pelo tecnicismo e biologização dos conteúdos, o que requer mudanças de paradigmas entre o corpo discente e até mesmo dentro das próprias instituições de ensino. A introdução e a consolidação de estratégias de ensino-serviço no escopo da formação em saúde tornam-se ainda mais relevante nesse

contexto, considerando seu papel em aproximar os discentes da realidade local, de suas particularidades e de suas demandas, aspectos essenciais para a efetivação do papel social da universidade e para a construção da responsabilidade social pelos futuros profissionais da saúde.

A inclusão das atividades práticas em serviços de saúde na ementa dos componentes “Medicina Social e Clínica” e “Medicina Social I” da FAMEB-UFBA se dá em um contexto de valorização e aprimoramento das metodologias ativas de ensino cujas potencialidades são múltiplas, mas possuem em comum o estímulo à autonomia do estudante, a translocação dos fundamentos teóricos para espaços de problematização e debates participativos (Mitre *et al*, 2007), além de colocarem o discente como protagonista na produção de saberes essenciais tanto para a formação técnica, quanto para a formação social, sendo essa última elementar para a articulação entre as tecnologias e a realidade local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se a relevância do contato precoce dos estudantes de Medicina e dos outros cursos da área da Saúde com a rede pública de serviços de saúde, sobretudo com a rede básica ou de Atenção Primária, considerando que o Sistema de Saúde público brasileiro- SUS deve ser hierarquizado por complexidade crescente.

O impacto deste contato precoce na formação dos estudantes de Medicina da UFBA é frequentemente testemunhado por professores de semestres mais avançados, que desde a implantação das disciplinas de Medicina Social relatam maior atenção e cuidado do alunado com a “linguagem de sofrimento” do paciente. Este aprendizado é obtido nas disciplinas do primeiro e terceiro semestre, através de visitas domiciliares, visitas aos territórios onde a USF está localizada, e da escuta aos pacientes nas salas de espera na USF.

A habilidade da escuta é de grande importância no exercício profissional. Desde o primeiro contato, facilita o diagnóstico. Destaca-se, neste momento, a importância de o profissional de saúde conhecer sobre os espaços de trabalho do paciente, que podem estar relacionados com a causa de doenças, ou serem um elemento agravador de uma doença crônica, por exemplo. Esta é uma pergunta imprescindível na anamnese.

Na comunicação dos procedimentos terapêuticos, em particular na prescrição medicamentosa, a comunicação efetiva garante não haver erros na hora de tomar os medicamentos, o que poderia levar ao fracasso de todo o ato terapêutico. Neste sentido,

considerando a realidade brasileira, destaca-se a importância de o profissional de saúde investigar, de forma cuidadosa e empática, se o paciente sabe ler e se compreende o que foi orientado e está escrito na prescrição.

A comunicação cuidadosa pode também esclarecer sobre possíveis mitos. Muitas vezes o interlocutor aprendeu hábitos e costumes, às vezes nocivos à saúde, mas adquiridos através de pessoas de seu afeto familiar. É importante que as/os estudantes, futuros profissionais, respeitem a cultura do paciente, mas dialoguem e esclareçam sobre os riscos relacionados, por exemplo, com um hábito alimentar nocivo.

Nas experiências de contato precoce entre os futuros médicos ou demais profissionais de saúde com seus potenciais pacientes nas USF é valorizado não só o aspecto etiológico da doença ou de outros agravos à saúde (acidentes domésticos ou ocupacionais, por exemplo), mas também os determinantes sociais do processos de saúde e doença e a importância de conhecer a estruturação do SUS, a fim de saber como encaminhar os casos mais complexos, que não tenham resolutividade na Atenção primária, para os outros níveis de atenção, através das Rede de Serviços secundários e terciários.

Saúde é séria demais para ficar só na mão dos médicos ou mesmo dos demais profissionais de saúde. Ela, a Saúde, como o estado vital positivo, diz respeito ao todo societário. Enfim, Saúde pra todos que leram até o fim este artigo! Axé!!!

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.** [online], v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. ISSN 0100-5502. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>. Acesso em 2 jul. 2020.

ARANTES, Luciano José, SHIMIZU, Helena Eri, MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 2, n. 5, p. 1499-1509. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015215.19602015

BAGNATO, Maria Helena Salgado; COCCO, Maria Inês Monteiro; SORDI, Mara Regina Lemes de (Org.). **Educação, saúde e trabalho**: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas: Alínea, 1999.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.** Brasília, 2014.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil.. **Revista Bras. Med. Farm e Com.** v. 2, n. 6, jul-set. 2006

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. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 3, p.:69-80, 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.21680/2446-7286.2017v3n3ID13301> . Acesso em 2 jul. 2020.

COELHO, Silvana Márcia Pinheiro Santos; JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Integração Ensino/Serviço: Experiência da Faculdade de Medicina da Bahia - Universidade Federal da Bahia, **Revista Fontes Documentais.** Aracaju. v. 03, 2020, Edição Especial: MEDINFOR VINTE VINTE – ISSN 2595-9778

COELHO, Silvana Márcia Pinheiro Santos, *et al.* **Território e Territorialização:** relações com a saúde pública brasileira. Texto Didático. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina da Bahia. Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2016.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In:* MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FRASÃO, Gustavo; RIBEIRO, Karol. **Atenção Primária e Atenção Especializada:** Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília, Ministério da Saúde. 28/03/2022; Atualizado em 03/11/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 17/05/2024.

FREIRE, Paulo. **Conscientização:** teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3ed. São Paulo: Centauro; 2001.

FREIRE, Paulo; PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O Processo Educativo segundo Paulo Freire e Pichon Rivere.** 2.ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1989.

FORTE, Franklin Delano Soares *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade em Odontologia: um estudo cultural. **Interface**, Botucatu 2020; 24:e200166. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200166>. Acesso em 22/05/2024.

GARBIN, Cléa Adas Saliba. *et al.* O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. **Rev. ABENO**; v. 6, n. 1, p. 6-10, jan.-jun. 2006.

MINARELLI, José Augusto. **Empregabilidade:** como ter um trabalho e remuneração. Editora Gente, 2011.

MED 80: Medicina Social e Clínica. Disponível em: <https://ava.ufba.br/course/view.php?id=213405> Acesso em: 20 maio 2024

MORAES, Maria Cândida. Complexidade e currículo: por uma nova relação. **Polis** [En línea], v. 25, 2010. Disponível em: <http://journals.openedition.org/polis/573>. Acesso em: 20 mar. 2024

- MITRE, Sandra Minardi *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008. DOI: 0.1590/S1413-81232008000900018
- PAHO. Pan American Health Organization. **Renewing Primary Health Care in the Americas**: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (HO/WHO) Washington: PAHO; 2007.
- PAULIN, Luiz Fernando *et al.* Construindo o Internato de Saúde Mental: a Experiência da Universidade São Francisco, **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1: e005; 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190149> Acesso em: 17 maio 2024.
- PIZZINATTO, Adolfo *et al.* A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**, v. 36, n. 1, suppl. 2, p.170-177,2012
- SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2006. v1. Coleção Milton Santos.
- SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 8, n.3, p.387-40, 2010
- SATURNINO, Luciana Tarbes Mattana *et al.* O Internato Rural na formação do profissional farmacêutico para a atuação no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, p. 2303-2310, 2011.
- SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O Conceito de Saúde. **Rev. de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.
- STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.
- VENDRUSCOLO, Caíne. *et al* Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0768

Recebido/ Received: 04/08/2024
Aceito/ Accepted: 08/08/2024
Publicado/ Published: 22/08/2024