

Evaluación de la formación médica en Atención Primaria de Salud en una universidad de Bahía/Brasil

Assessment of medical training in Primary Health Care at a university of Bahia, Brazil

Marcelo Torres Peixoto^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5235-1193>

Marluce Maria Araújo Assis¹ <https://orcid.org/0000-0003-0063-6677>

¹Universidad Estatal de Feira de Santana. Bahía, Brasil.

*Autor para la correspondencia: marcelotpeixoto@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El desarrollo de recursos humanos en salud debe responder a las necesidades epidemiológicas y sociales de cada país. En Brasil, la formación médica representa un gran desafío para la consolidación de la Atención Primaria de Salud en el contexto del Sistema de Salud.

Objetivo: Evaluar la formación médica en la Atención Primaria de Salud en una Universidad de Bahía/Brasil, a partir de procesos de trabajo interactivo entre academia, servicios de salud y comunidad.

Métodos: Estudio de caso cualitativo, que utilizó los presupuestos de la Evaluación de Cuarta Generación. Los grupos de interés fueron los estudiantes, profesores, trabajadores de salud y usuarios del sistema de salud que formaban parte del proceso de enseñanza-aprendizaje de las Prácticas para la Integración de Educación, Servicio y Comunidad. A partir de la observación de las actividades pedagógicas, la lectura de documentos y la entrevista semiestructurada, y con la aplicación del Círculo Hermenéutico Dialéctico y la Negociación, se analizó la realidad empírica siguiendo el referencial de la hermenéutica-dialéctica.

Resultados: Los participantes demostraron comprensión de la atención primaria, así como del perfil médico para actuar a este nivel de atención. Las Prácticas para

la Integración de Educación, Servicio y Comunidad necesitan fortalecer los vínculos institucionales para mejorar la formación interprofesional y el trabajo en equipo. Existe la necesidad de ampliar los espacios de formación en la Atención Primaria de Salud en toda la carrera.

Conclusiones: Se considera necesaria la rediscusión del Proyecto Pedagógico de la carrera, para promover cambios que aproximen a todos los sujetos que forman parte del proceso de enseñanza-aprendizaje, con el fin de fortalecer la formación en la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Educación Médica; Atención Primaria de Salud; capacitación de Recursos Humanos en salud.

ABSTRACT

Introduction: The development of human resources in health should respond to the epidemiological and social needs of each country. In Brazil, medical training represents a great challenge for the consolidation of primary health care in the context of the health system.

Objective: To assess medical training in primary health care in a University of Bahia, Brazil, based on interactive work processes involving the academy, the provision of health services and the community.

Methods: A qualitative case study guided by the principles of fourth-generation evaluation was carried out. The groups of interest were students, professors, health workers and health system users who were part of the teaching-learning process corresponding to the students' practice for the integration of education, service and community. Based on the observation of pedagogical activities, the reading of documents and the semistructured interview, together with the application of Negotiation and the dialectical hermeneutic circle, the empirical reality was analyzed following the hermeneutic-dialectic referent.

Results: The participants showed that they understood primary care and the medical profile to perform at this level of care. The students' practice for the integration of education, service and community need to strengthen institutional links to improve interprofessional training and teamwork. There is a need to expand training spaces in primary health care throughout the major.

Conclusions: Rediscussing the pedagogical project of the major is considered necessary in view of promoting changes that bring closer all subjects who are part of the teaching-learning process, in order to strengthen training in primary health care.

Keywords: medical education; primary healthcare; training of human resources in health.

Recibido: 10/06/2020

Aceptado: 21/10/2021

Introducción

La educación médica vivencia un momento de reajuste como respuesta a las necesidades de los Sistemas Nacionales de Salud, al promover modificaciones curriculares para fortalecer la formación interprofesional y el desarrollo del trabajo en equipo, con foco en los determinantes sociales, la promoción y la prevención de la salud, y los cuidados primarios centrados en las personas y las necesidades integrales de la comunidad. Estudios señalan que la provisión y la formación de la fuerza de trabajo para actuar sobre la Atención Primaria de Salud (APS) es un problema mundial que requiere respuestas colectivas.^(1,2,3,4,5)

En Brasil, el proceso de cambio en la formación médica se inició a partir de la creación del Sistema Único de Salud (SUS) y la adopción de nuevas Directrices Curriculares Nacionales (DCN)⁽⁶⁾ para la graduación médica en 2001. Se avanzó en los Proyectos Pedagógicos de las carreras (PPC) y en la readecuación del perfil de egreso, con adopción de metodologías que tornaron al estudiante sujeto activo del proceso de enseñanza-aprendizaje; alteraciones curriculares que fortalecieron la educación sobre APS y la atención integral a individuos/familia/comunidad; valorización de los determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad-cuidado; inserción del estudiante en territorios de la Salud de la Familia; interacción entre academia, servicios de salud y comunidad; e incentivo a la educación interprofesional.^(7,8,9,10)

En 2014 las DCN fueron actualizadas, por lo que se estableció la articulación entre conocimientos, habilidades y actitudes en tres áreas específicas: asistencia, gestión y educación en salud. El futuro médico debe, en la asistencia, elaborar y ejecutar proyectos terapéuticos, respetando las diversidades que singularizan cada persona o grupo social. En la gestión, debe comprender los principios, las directrices y las políticas del sistema de salud, y participar en acciones de

planificación, gerenciamiento y administración. En la educación es responsable de la propia formación inicial, continuada y en servicio.⁽¹¹⁾

El objetivo de este artículo fue evaluar la Formación Médica en la Atención Primaria de Salud en una universidad de la Bahía/Brasil, a partir de procesos de trabajo interactivo entre academia, servicios de salud y comunidad.

Métodos

Este estudio de caso cualitativo utilizó los presupuestos de la Evaluación de Cuarta Generación, método sensible y constructivista en que las reivindicaciones, preocupaciones e interrogantes de los Grupos de Interés (GI) fueron focalizados a nivel organizacional.^(12,13) Se escogió dicho abordaje por comprender que el proceso de formación médica sobre APS resulta complejo y posee interfaces con aspectos subjetivos que no pueden cuantificarse.

El escenario estudiado fue la carrera de Medicina de la Universidad Estadual de Feira de Santana (UEFS), cuyo PPC adopta metodologías activas para la construcción del conocimiento y asume el compromiso de formar profesionales enfocados en las necesidades del SUS. Esta se compone de dos ciclos y el ciclo básico se organiza en tres ejes: 1) actividades en grupos tutoriales, 2) habilidades y actitudes clínicas, y 3) Prácticas para la Integración de Educación, Servicio y Comunidad (PIESC). Ya en el ciclo profesional acontece el internado médico.⁽¹⁴⁾

Se evaluó el proceso de enseñanza-aprendizaje de las PIESC, cuyas actividades acontecen en un período de cuatro años. Durante las PIESC I y II se abordaron problemas/riesgos/vulnerabilidades de salud de la comunidad, fundamentados en la Salud Colectiva (SC) y la Planificación en Salud. Ya en las PIESC III y IV se trató el cuidado integral junto a las personas/familias, según las bases de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC).

Las actividades pedagógicas en las PIESC promueven el encuentro de cuatro GI: estudiantes, profesores, profesionales de salud del Equipo de Salud de la Familia (EqSF), y del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), y usuarios del SUS. Como criterio de inclusión fue definido que los estudiantes deberían estar cursando las PIESC IV; los profesores deberían tener al menos un año de actuación en las PIESC; los profesionales de salud deberían acompañar un grupo de PIESC de al menos un año; y los usuarios deberían haber sido acompañados por las PIESC por no menos de un año. En total, 63 personas fueran elegibles para participar en el

estudio y el tamaño de la muestra se definió siguiendo como criterio la saturación de los datos empíricos.⁽¹⁵⁾ El estudio se completó con 18 participantes.

La colecta de datos transcurrió entre mayo y setiembre de 2018. Para la operacionalización de la Evaluación de Cuarta Generación se utilizó el Círculo Hermenéutico Dialéctico (CHD).^(12,13) Se entrevistó el primer participante (P1); seguidamente, se identificaron los temas centrales según sus concepciones, preocupaciones y reivindicaciones, las cuales fueron analizadas y dieron forma a la primera construcción (C1). Como continuidad del CHD, el segundo participante (P2) fue entrevistado y, luego de exponer sus ideas, comentó la construcción C1. Como resultado, la entrevista del P2 produjo informaciones propias y su crítica a la construcción C1. Enseguida se realizó el segundo análisis, con el que se elaboró la construcción 2 (C2), basada en las informaciones de P1 y P2. Este proceso fue repetido hasta el último entrevistado, con lo que se cerró el círculo.

Finalizado el CHD, se dio inicio a la negociación^(12,13,16) y se comunicaron a los participantes las informaciones levantadas y analizadas por el investigador/evaluador. Este momento se desarrolló en una mesa redonda,⁽¹⁷⁾ donde emergieron contradicciones y oposiciones que fueron discutidas dialécticamente, se establecieron consensos y se elaboraron construcciones finales.

Para explicar la realidad empírica se utilizó la Hermenéutica-Dialéctica. Según *Minayo* (2013),⁽¹⁸⁾ la Hermenéutica busca comprender símbolos, significados e intencionalidades, mientras que la Dialéctica articula las ideas de crítica, negación, oposición, mudanza, proceso, contradicción, movimiento, y transformación de la naturaleza y de la realidad social.

El análisis ocurrió simultáneamente con la colecta de datos y se orientó por el diagrama de flujo del análisis (Fig. 1). Después de cada entrevista, se realizó la lectura del material y se asoció el contenido del relato a los problemas verificados mediante la observación y los documentos consultados; enseguida se identificaron las ideas centrales del entrevistado y se elaboró la construcción de cada participante. Finalizados el CHD y la negociación, se hallaron las convergencias, divergencias, complementariedades y diferencias para construir la síntesis horizontal de cada núcleo de sentido y la síntesis vertical con la idea general de cada participante. Así, emergieron tres categorías de análisis: Atención Primaria de Salud y el perfil profesional del médico; Articulación entre educación, servicio y comunidad en el proceso de formación médica; y Dilemas y contradicciones de la carrera de Medicina.

Para el análisis final fue efectuada la triangulación de los datos⁽¹⁹⁾ y se articularon todas las informaciones con las bases teóricas. En este momento se separa el

“contenido latente” que surgió de todo el material empírico resultante de las subjetividades, expectativas e intencionalidades de cada participante.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la UEFS.

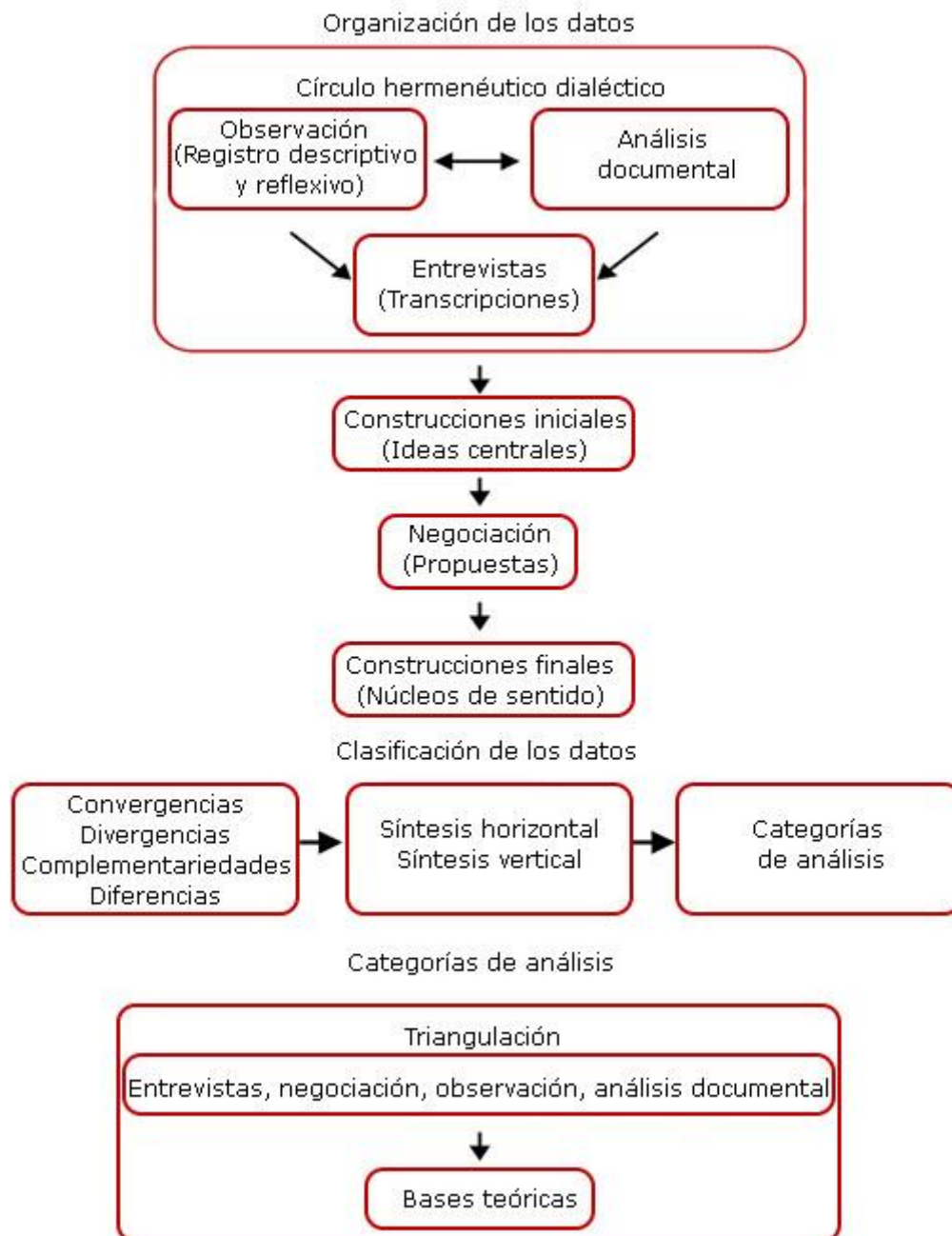


Fig. 1 - Diagrama de flujo del análisis.

Resultados

Fueron realizadas aproximadamente 70 horas de observación de las actividades teórico-prácticas de las PIESC. Se entrevistaron 18 participantes -6 (33,4 %) profesores, 5 (27,7 %) profesionales de salud, 4 (22,3 %) estudiantes y 3 (16,6 %) usuarios del SUS- y fueron apreciados cerca de 140 documentos; finalmente, la negociación ocurrió en un único día con la participación de 16 sujetos y duró 3 horas.

El análisis de las informaciones provenientes de todo el proceso de colecta de datos posibilitó la construcción de diagramas de flujo descriptores para cada categoría de análisis (Figs. 2, 3 y 4), con la finalidad de simbolizar gráficamente elementos significativos que comportaran los intereses, las expectativas, las preocupaciones, las intencionalidades y las subjetividades del proceso de trabajo de las PIESC.

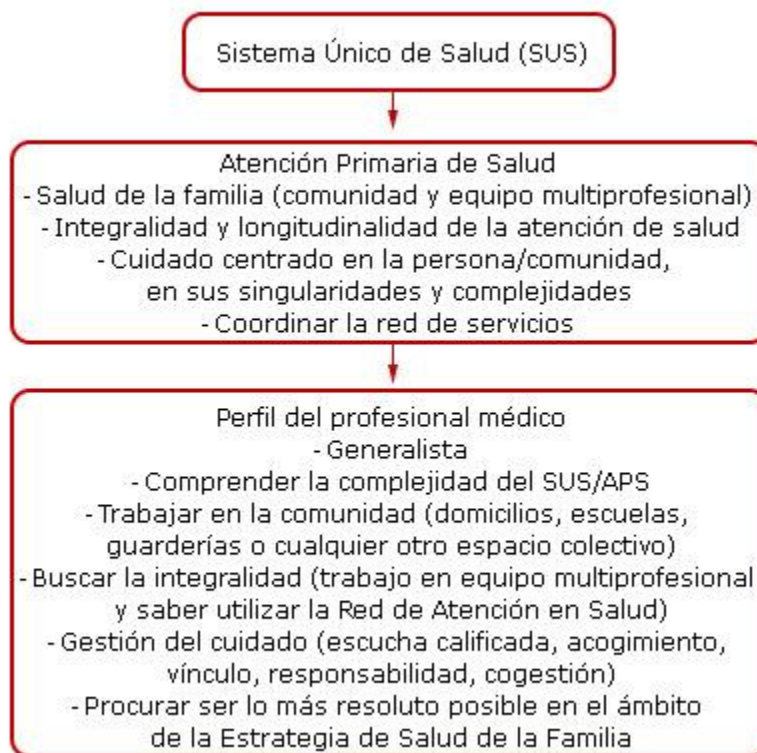


Fig. 2 - Diagrama de flujo descriptor de la categoría Atención Primaria de Salud y el perfil profesional del médico.



Fig. 3 - Diagrama de flujo descriptor de la categoría Articulación entre educación, servicio y comunidad en el proceso de formación médica.

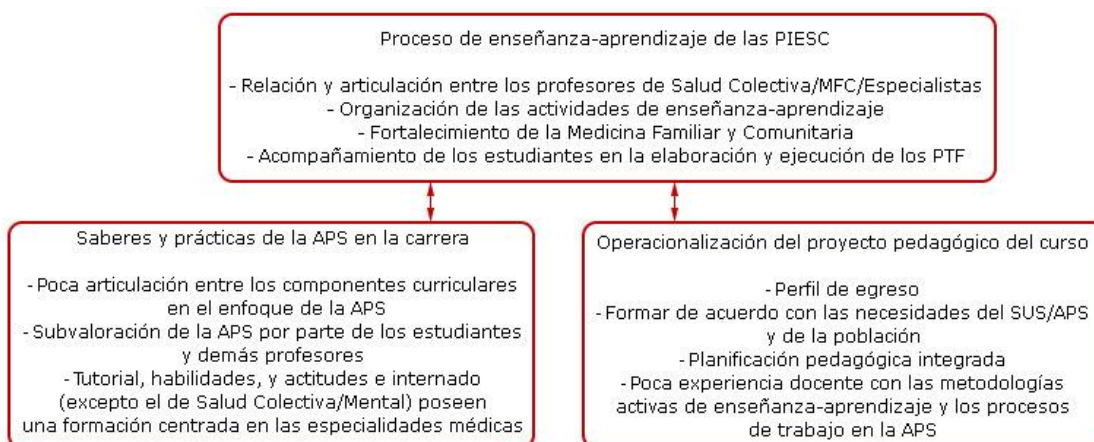


Fig. 4 - Diagrama de flujo descriptor de la categoría Dilemas y Contradicciones de la carrera de Medicina.

Conforme con el diagrama de flujo descriptor de la primera categoría (Fig. 2), los participantes del estudio llegaron al consenso de que la APS ocurría en el contexto del SUS, con respeto a sus principios y directrices, y funcionaba como puerta de entrada. Esto garantizaba el acceso a los servicios y la resolución de los problemas de salud en la comunidad, a partir de la Estrategia de Salud de la Familia, y buscaba la integralidad del cuidado a través de la Red de Atención de Salud. Este concepto elaborado, refleja un pensamiento ampliado de la APS.^(11,20,21)

Sin embargo, dicho consenso solo fue posible posnegociación, cuando las divergencias de opinión fueron discutidas y re-significadas, pues, al término del CHD, quedó evidenciado que estudiantes y profesores poseían una visión ampliada sobre la APS, mientras que profesionales de salud y, principalmente, los usuarios mostraron una visión focalizada.^(20,21)

A pesar de surgir contradicciones acerca del significado de atención primaria, todos los participantes asociaron la APS al SUS y a la salud de la familia, lo que reforzó que uno no existe sin el otro e indicó comprensión sobre el sistema de salud.

Acerca de la integralidad y longitudinalidad del cuidado en la APS, se encontró que ambas eran valorizadas por estudiantes, profesores y profesionales de salud, pues las refirieron como características fundamentales para la resolución de los problemas de las personas en el territorio, con énfasis en la construcción de vínculos, la responsabilidad por el cuidado y a la escucha calificada.^(11,21,22)

Con todo, el acompañamiento longitudinal es, aún, un atributo de la APS poco comprendido por los usuarios que procuran atendimento clínico individual, tipo queja-conducta, basado en un modelo medicalizado de la salud,^(23,24) según lo observado por el gran ausentismo en las consultas de acompañamiento de las PIESC y lo corroborado en las entrevistas.

El diagrama de flujo descriptor de la categoría dos (Fig. 3) señala que estudiantes, profesores, profesionales de salud y usuarios pueden ser protagonistas del proceso de construcción de conocimiento en los territorios de la APS, al promover el trabajo colaborativo a partir de los equipos multiprofesionales, estimular la troca de saberes y experiencias, respetar la diversidad de conocimientos y promover un diálogo permanente entre los sujetos, pues utiliza metodologías activas en el proceso de enseñanza-aprendizaje.^(2,9,25,26)

Los participantes del estudio, quienes vivenciaron las actividades de las PIESC en los escenarios de las Unidades de Salud de la Familia (USF), apuntan que ese componente curricular procura formar un médico generalista y desarrolla sus actividades a partir de las necesidades del territorio, de la ESF y de las familias/personas, lo que se articula con los saberes y las prácticas de la MFC, la SC y el EqSF/NASF. Para esto, urge fomentar estrategias que amplíen los vínculos y la planificación articulada para garantizar la continuidad del cuidado. Esa construcción está relacionada con los preceptos de la educación médica actual, que promueven la formación interprofesional y el trabajo en equipo.^(2,11,25,26)

Al observar el proceso de trabajo de las PIESC, se evidencia la valorización de tecnologías que fortalecen la gestión del cuidado,^(27,28) con énfasis en: la escucha

calificada durante las visitas domiciliarias y consultas de MFC; el acogimiento y la construcción de vínculos, principalmente con las familias y los Agentes Comunitarios de Salud (ACS); la responsabilidad por el cuidado durante la elaboración, discusión y ejecución de los Proyectos Terapéuticos Familiares (PTF), instrumento utilizado en las PIEESC para la operacionalización de la cogestión del cuidado.⁽²⁸⁾

En relación con la integración de educación, servicio y comunidad, el proceso de construcción del vínculo entre los diversos sujetos resulta continuo, dinámico y debe ser ampliado, sobre todo con la gestión municipal, con los profesionales del NASF y con los médicos del EqSF. De este modo, se aprovechan las experiencias pasadas y se incorporan las nuevas tecnologías de comunicación, en función siempre del trabajo en equipo, la construcción de nuevos conocimientos y mantener relaciones cordiales con los sujetos durante el proceso de trabajo.

Hubo consenso sobre el precario vínculo entre el médico del EqSF y las PIEESC, debido a que la mayoría de los médicos carecían del perfil para actuar sobre APS y, de igual manera, a la dificultad de compatibilizar las agendas, la falta de espacio físico en la USF, la alta rotación de médicos y la inexistencia de una política pública que los motive a trabajar con los estudiantes.

Los datos empíricos de la categoría tres evidenciaron ambigüedades internas en el proceso de enseñanza-aprendizaje en las PIEESC, así como en las relaciones entre todos los componentes curriculares para la construcción de conocimiento sobre APS, lo que compromete la operacionalización del Proyecto Pedagógico de la carrera (Fig. 4).

Sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje de las PIEESC en el ambiente de las USF, los participantes manifestaron que existía sobrecarga en los profesores de salud colectiva por asumir la gestión del PTF, el acompañamiento de las familias y la organización administrativa de las actividades, mientras que profesores clínicos especialistas acompañaron a los estudiantes apenas durante las consultas médicas. Sin embargo, durante las observaciones, se percibió que profesores clínicos de MFC, específicamente, tenían mayor desenvolvimiento con las actividades globales de las PIEESC.

Discusión

Los datos empíricos de la categoría Atención Primaria de Salud y el Perfil Profesional del Médico indican una baja comprensión de los usuarios del SUS sobre la APS.

Otro consenso del grupo versó sobre el perfil profesional para actuar en la APS. El médico debe ser generalista con preparo técnico-científico adecuado y tener una comprensión amplia del SUS y de la comunidad en la que se inserta. También, debe ejecutar la gestión del cuidado, mediada por el acogimiento, el vínculo, la escucha calificada y la cogestión,^(25,26) con miras a una atención integral, a la resolución de problemas y el entendimiento de que diversos sujetos y contextos están contemplados en el proceso de cuidado de la APS.

Este perfil condice con lo pautado en las DCN⁽¹¹⁾ y también con las propuestas de formación para APS de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁽¹⁾ y la Asociación Brasileira de Educación Médica (ABEM)/Sociedad Brasileira de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC),⁽²⁹⁾ los cuales apuntan que el médico de Atención Primaria debe comprender el Sistema Nacional de Salud, y construir competencias y habilidades desde un abordaje individual, centrado en la persona; la familia, al considerar el ciclo de la vida; y comunitario, que comprende la cultura y los determinantes sociales.

La articulación entre Educación, Servicio y Comunidad en el proceso de Formación Médica, categoría dos, debe ocurrir de manera interprofesional^(2,9,25,26) e involucrar a todos los sujetos en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Es importante que los estudiantes conozcan la realidad del médico en la USF y dialoguen con ese profesional, a fin de comprender los límites y desafíos del trabajo médico en la APS. De este modo, le compete a los profesores problematizar sobre el proceso de trabajo del médico, que en este estudio se mostró distante de lo previsto por la Política Nacional de Atención Básica (PNAB).⁽³⁰⁾

Las dificultades en la consolidación de los vínculos interfieren en el proceso de planificación de las PIEESC, al imponer límites a la realización plena del trabajo interprofesional.^(2,9,25,26) No existe una planificación conjunta, a nivel macro, para los módulos anuales, la inserción de los profesionales de salud en la planificación es incipiente, por lo que aconteciendo, apenas, en algunos momentos específicos, a nivel micro para viabilizar determinadas actividades propuestas. Casi siempre, el equipo de las PIEESC llega con un cronograma y discute con el EqSF/NASF su operacionalización. Esa postura dificulta el trabajo en equipo y el desarrollo de la formación interprofesional, conforme preconizan la PNAB⁽³⁰⁾ y las DCN 2014.⁽¹¹⁾

A pesar de las limitaciones en la inserción de los diversos sujetos en la planificación, algunos profesores buscan realizar un proceso articulado y los profesionales de salud elogian la organización de las PIESC, al tiempo que demuestran falta de conocimiento sobre el método de planificación participativa;⁽³¹⁾ algunas veces confunden la discusión de la operacionalización del cronograma con la planificación estratégica.

Estudiantes, profesores y EqSF/NASF señalan que la implantación de unidades docente-asistenciales podrían facilitar el desarrollo de las PIESC, pues dichas unidades contarían con un espacio físico para las actividades educativas. Así, la universidad podría participar de la gestión administrativa y capacitación de los recursos humanos. Con esto, será posible una planificación conjunta y efectiva del proceso de trabajo articulado entre la academia y el servicio, lo que fortalecerá, incluso, la formación interprofesional y el trabajo en equipo.

La integración educación-servicio-comunidad puede reducir la distancia entre la formación universitaria y la realidad local del SUS.⁽³²⁾ Según la actual PNAB,⁽³⁰⁾ toda unidad básica de salud representa un espacio de educación y formación de recursos humanos; por lo tanto, una unidad docente-asistencial. *Albiero y Freitas*,⁽³²⁾ al discutir sobre la tipología de unidades de salud docentes-asistenciales en dos municipios de Santa Catarina, señalan que existe una fuerte relación entre la academia y el servicio cuando se construye una agenda compartida para la organización del proceso de trabajo y la distribución de las actividades, lo que cuenta con la supervisión docente continua durante la realización de las actividades.

El modelo operacionalizado por las PIESC, que trabaja con una agenda propia y supervisión docente a lo largo de su trayectoria, constituye la relación más débil entre la academia y el servicio,⁽³²⁾ lo que corrobora los relatos de los participantes y las observaciones de este estudio, que apuntan a dificultades en la planificación articulada, el desarrollo de la formación interprofesional y la realización del trabajo en equipo. Es imperativo que la UEFS/PIESC y la gestión municipal/EqSF/NASF se articulen para fortalecer la relación entre la academia y el servicio, lo que consolida la formación médica en la APS/ESF.

La investigación identificó “Dilemas y Contradicciones de la Carrera de Medicina en la UEFS”, categoría tres. El PPC del curso⁽¹⁴⁾ se elaboró en congruencia con las DCN de 2001,⁽⁶⁾ por lo que necesitó ajustes para adecuarse al perfil de egreso de las nuevas directrices de 2014.⁽¹¹⁾ Además, la realidad de los datos empíricos demostró que la carrera de Medicina presenta algunas dificultades para implementar integralmente su PPC, principalmente con relación a los saberes y las prácticas de la APS. La poca experiencia docente con metodologías activas de

enseñanza-aprendizaje y los procesos de trabajo en APS; la falta de articulación y autonomía en los escenarios de práctica; la carencia de momentos de planificación pedagógica integrada entre los componentes temáticos de la carrera; y el predominio del modelo flexneriano^(2,3,7) en el imaginario de gran parte de los profesores y estudiantes, interfieren en el proceso de implementación del PPC.

La dificultad de articulación entre los saberes de la clínica y la salud colectiva se remonta a los orígenes de la carrera, cuando se estableció el entendimiento de que las PIESC pertenecían al campo de saber de la SC y no de la MFC. En ese entonces, el cuerpo docente fue constituido, eminentemente, por profesores de salud colectiva, mayoritariamente no médicos; solo posteriormente se incorporaron médicos de las áreas materno-infantil y de la clínica médica al cuerpo docente para acompañar a los estudiantes durante las consultas de los PTF. A pesar de la proximidad que esos profesores incorporados con la SC, ellos no tenían experiencia concreta de APS/ESF y no fueron efectivamente capacitados para trabajar con PTF, lo que demuestra equívocos estratégicos del cuerpo docente de aquel momento histórico.

A lo largo de su trayectoria las PIESC pasaron por (re)construcciones, siempre en búsqueda de avances en la formación de los estudiantes para actuar en la APS/ESF. Por eso, la incorporación de profesores de MFC en todos los módulos de las PIESC se tornó esencial para aproximar la clínica a la SC. La falta de docentes en esa área contribuyó a que las PIESC no consiguieran operacionalizar, integralmente, su pedagogía.

Al ampliar la mirada a toda la carrera, se observa que los saberes y las prácticas de la APS no se discuten con profundidad en todos los componentes pedagógicos. En el ciclo básico, por ejemplo, solo el PIESC trabaja este tema de forma interprofesional,^(2,9,25,26) por lo que resulta poco abordado en actividades tutoriales, y habilidades y actitudes clínicas, que enfatizan el conocimiento clínico individual enfocado en la enfermedad según el modelo flexneriano.^(2,3,7)

En el internado la mayoría de las actividades se realizan en ambientes hospitalarios y ambulatorios especializados. Apenas la Rotación de Salud Colectiva/Salud Mental utiliza los escenarios de la APS para sus actividades, con acciones centradas en la USF. Sin embargo, no se emplea el PTF como instrumento; por tanto, es un proceso de trabajo desarticulado de las PIESC.

Se necesita crear oportunidades para garantizar la inserción de actividades de enseñanza-aprendizaje sobre APS, longitudinalmente, en todos los componentes pedagógicos de la carrera, de forma articulada e interdisciplinar, al aproximar a los estudiantes a la estrategia de salud de la familia, siempre en búsqueda de la

integralidad de las acciones y la formación interprofesional, conforme lo han preconizado las DCN⁽¹¹⁾ y la ABEM/SBMFC.⁽²⁹⁾

Otro aspecto importante evidenciado en los relatos y observaciones fue la supervaloración de las actividades tutoriales durante el ciclo básico, lo que contribuye a que los estudiantes descuiden el tiempo para estudio individual y preparación de las actividades de las PIEESC. El énfasis atribuido a esas actividades carentes de saberes y prácticas de la atención primaria, sumado al espacio limitado que ocupa la APS en los módulos de Habilidades y Actitudes y en el internado, refuerzan la necesidad de construir una agenda para discusión de la operacionalización del PPC. En ese sentido, deben incluirse todos los componentes pedagógicos para la articulación de los contenidos, competencias y actitudes de la APS con las diversas especialidades médicas; así se fortalece la formación de un médico generalista, crítico, reflexivo, con responsabilidad social y apto para actuar en el SUS/APS/ESF.

Entretanto, las dificultades de inclusión de la APS/MFC en la graduación no resulta exclusiva de la carrera analizada. La formación flexneriana de los docentes, la articulación incipiente con otras disciplinas de la carrera, el desconocimiento de profesores y estudiantes sobre los principios de la MFC, el prejuicio/discordancia/desvalorización del cuerpo discente y docente en relación con la inserción de la MFC en la graduación, la falta de recursos humanos calificados en el área y las divergencias entre educación-servicio, son algunos de los aspectos que interfieren en el proceso enseñanza-aprendizaje de dichos conocimientos y prácticas.⁽³³⁾

El proceso de negociación demostró que es posible discutir y pactar mudanzas en las actividades de las PIEESC, tales como: aumentar la inserción de los estudiantes en las actividades cotidianas de la USF para fortalecer el vínculo con los profesionales de salud; y ampliar la participación del EqSF/NASF en la selección de las familias y en el proceso de elaboración y ejecución de los PTF, a fin de mejorar la resolución de las acciones.

Asimismo, fue propuesta una mayor aproximación entre la coordinación de las PIEESC con la gestión de salud municipal, para garantizar institucionalmente un momento de planificación articulada en la USF; de este modo, se hizo más fuerte la interacción entre la enseñanza, el servicio y la comunidad, la formación interprofesional y el trabajo colaborativo.

Con todo, no resultó posible construir consensos para todas las demandas, principalmente en relación con dilemas y contradicciones de la carrera. En este caso, se delimitaron cuestiones divergentes y competitivas, que establecieron las bases para futuras discusiones.

Para una percepción ampliada de la formación médica sobre APS en medicina de la UEFS, serán necesarios otros estudios, a fin de llenar algunas lagunas que surgieron de esta investigación, tales como: ¿Cuál es la percepción de los profesores de otros componentes pedagógicos sobre las PIESC y la formación médica en APS? ¿Cuál es la percepción de los profesionales del EqSF/NASF sobre las PIESC y el proceso de trabajo en APS? ¿Cuál es la práctica desarrollada por los egresados de la carrera como médicos actuantes en la ESF? Son preguntas que precisan ser investigadas y respondidas para poder readecuar el proceso de formación de la carrera de medicina.

Se requiere la rediscusión del Proyecto Pedagógico de la carrera, buscando promover cambios que aproximen a todos los sujetos del proceso de enseñanza-aprendizaje para fortalecer la formación en la Atención Primaria de Salud.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, nº 2. Washington D.C: OPS; 2008 [acceso 28/08/2019]. Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31318/9789275329382-spa.PDF?sequence=3&isAllowed=y>

2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. 2010 [acceso 28/08/2019];376:1923-58. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext)

3. World Health Organization. Working for Health and growth: Investing in the health workforce. Geneva-Switzerland: WHO; 2016 [acceso 28/08/2019]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf;jsessionid=8AC9DE6FA0238BCCE562F88F23DB65E0?sequence=1>

4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023. Washington-DC: OPS; 2018 [acceso 28/08/2019]. Disponible en:

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&alias=45773-cd56-10-s-pda-rh-773&Itemid=270&lang=pt

5. Cruz ERB. La educación médica global en función de la salud global. Educación Médica Superior. 2016 [acceso 28/08/2019];30(4):264-6. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v30n4/ems01416.pdf>

6. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2001 [acceso 17/07/2019]. Disponible en: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

7. Chiarella T, Bivanco-Lima D, Moura JC, Marques MCC, Marsiglia RMG. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação Médica. Rev. Bras. Educ. Médica. 2015 [acceso 25/04/2020];39(3):418-25. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0418.pdf>

8. Taroco APRM, Tsuji H, Higa EFR. Currículo Orientado por Competência para a Compreensão da Integralidade. Rev. Bras. Educ. Médica. 2017 [acceso 25/04/2020];41(1):12-21. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n1/1981-5271-rbem-41-1-0012.pdf>

9. Santos LC, Simonetti JP, Cyrino AP. Interprofessional education in the undergraduate Medicine and Nursing courses in primary health care practice: the students' perspective. Interface. 2018 [acceso 25/04/2020];22(supl.2):1601-11. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/en_1807-5762-icse-22-s2-1601.pdf

10. Meireles MAC, Fernandes CCP, Silva LS. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. Rev. Bras. Educ. Médica. 2019 [acceso 25/04/2020];43(2):67-78. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n2/1981-5271-rbem-43-2-0067.pdf>

11. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014 [acceso 17/07/2019]. Disponible en: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192

12. Guba E, Lincoln Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.

13. Pinho LB, Siniak DS. The role of primary care in the assistance to crack user: opinion from users, collaborators and managers of the system. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2017 [acceso 25/04/2020];13(1):30-6. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v13n1/05.pdf>
14. Universidade Estadual de Feira de Santana. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Feira de Santana: Prograd; 2015 [acceso 22/04/2021]. Disponible en: <http://www.medicina.uefs.br/arquivos/File/ProjetoPedagogico2015.pdf>
15. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa. 2017 [acceso 25/04/2020];5(7):01-12. Disponible en: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
16. Koch T. Having a say: negotiation in fourth-generation evaluation. Journal of Advanced Nursing. 2000 [acceso 28/08/2019];31(1):117-25. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/270386321_'Having_a_say'_negotiation_in_fourth-generation_evaluation
17. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 4ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2013 [acceso 25/04/2020]. Disponible en: <https://www.gastaowagner.com.br/2016-05-08-23-30-43/livros-saude-coletiva>
18. Minayo MCS. Hermenêutica-Dialética como caminho do Pensamento Social. En: Minayo MCS, Deslandes SF. Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. 3ª. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2013. p. 83-107.
19. Assis MM, Jorge MSB. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa. En: Santana JSS, Nascimento MAA (org.). Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Editora UEFS; 2010. p. 139-59.
20. Giovanella L. (org.). Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Isags: Unasur; 2015 [acceso 28/08/2019]. Disponible en: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf
21. Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conass; 2015 [acceso 17/07/2019]. Disponible en: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
22. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Júnior HS, Merhy EE. The power of the bond for Healthcare production: what guiding users teach us. Interface. 2019 [acceso 25/04/2020];23:1-14. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/en_1807-5762-icse-23-e170627.pdf

23. Bezerra IC, Jorge SMB, Godim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Interface. 2014 [acceso 25/04/2020];18(48):61-74. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0061.pdf>
24. Clementino FS, Santos LNN, Gomes LB, Marcolino EC, Júnior JMP, Chaves AEP. Acolhimento na Perspectiva do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. R bras ci Saúde. 2017 [acceso 25/04/2020];2(4):323-32. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006990>
25. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva-Switzerland: WHO; 2010 [acceso 28/08/2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_e_ng.pdf;jsessionid=70249298215113BABB9EE80E9ACC591B?sequence=1
26. Kent F, Keating JL. Interprofessional education in primary health care for entry level students-A systematic literature review. Nurse Educ. Today. 2015 [acceso 28/08/2019];35(12):1221-31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691715002221?via%3Dihub>
27. Merhy EE. A cartografia do trabalho vivo. 4ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
28. Peixoto MT, Carvalho RC, Vilasboas ALQ. Projeto Terapêutico Familiar: uma tecnologia de gestão do cuidado na saúde da família. Rev. Saúde Col. Uefs. 2017 [acceso 25/04/2020];7(2):35-43. Disponible en: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1498>
29. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Airton Stein AT, et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2011 [acceso 25/04/2020];6(19):145-50. Disponible en: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/116/316>
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acceso 17/07/2019]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
31. Teixeira CF. Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: Edufba; 2010 [acceso 25/04/2020]. Disponible en:

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>

32. Albiero JFG, Freitas SFT. Practice settings in primary health care: typology for teachingcare units. Rev Bras Promoç Saúde. 2017 [acceso 25/04/2020];30(3):1-8. Disponible en: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5836>

33. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. Rev. Bras. Med. Fam. e Comunidade. 2007 [acceso 25/04/2020];3(11):157-72. Disponible en: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/334/222>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Marcelo Torres Peixoto y Marluce Maria Araújo Assis.

Curación de datos: Marcelo Torres Peixoto

Análisis formal: Marcelo Torres Peixoto y Marluce Maria Araújo Assis.

Investigación: Marcelo Torres Peixoto y Marluce Maria Araújo Assis.

Metodología: Marcelo Torres Peixoto y Marluce Maria Araújo Assis.

Administración: Marcelo Torres Peixoto y Marluce Maria Araújo Assis.

Redacción-borrador original: Marcelo Torres Peixoto

Redacción-revisión y edición: Marcelo Torres Peixoto y Marluce Maria Araújo Assis.