

Karina Magrini Carneiro Mendes

**CENÁRIOS DE PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A
NEOSELETIVIDADE: UMA MATRIZ DE SOLUÇÕES PARA O
MANEJO DOS EFEITOS DO PREVINE BRASIL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, para obtenção de título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo
2021

Karina Magrini Carneiro Mendes

**CENÁRIOS DE PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A
NEOSELETIVIDADE: UMA MATRIZ DE SOLUÇÕES PARA O
MANEJO DOS EFEITOS DO PREVINE BRASIL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, para obtenção de título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Orientador:

Prof. Dr. Leonardo Carnut

Coorientador(a):

Profa. Dra. Lúcia Dias da Silva Guerra

São Paulo

2021

M491c Mendes, Karina Magrini Carneiro.
CENÁRIOS DE PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A
NEOSELETIVIDADE: UMA MATRIZ DE SOLUÇÕES PARA O MANEJO
DOS EFEITOS DO PREVINE BRASIL . / Karina Magrini Carneiro Mendes;
Orientador Leonardo Carnut; Coorientadora Lúcia Dias da Silva Guerra--
Santos, 2021.
128 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação Ensino em Ciências
da Saúde) -- Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo,
2021.

1. Educação Superior. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Formação Profissional. 4. Integração Docente Assistencial. 5. Melhoria
de Qualidade. I. Carnut, Leonardo, Orient. II. Título.

CDD 610.7

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - MODALIDADE PROFISSIONAL

**Coordenador do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
(CEDESS):**

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coordenadora do Curso de Pós-graduação:

Profa. Dra. Lucia da Rocha Uchoa Figueiredo

Karina Magrini Carneiro Mendes

**CENÁRIOS DE PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A
NEOSELETIVIDADE: UMA MATRIZ DE SOLUÇÕES PARA O
MANEJO DOS EFEITOS DO PREVINE BRASIL**

Presidente da Banca:

Prof. Dr. Leonardo Carnut

Banca Examinadora:

Prof(a). Dr(a). Áquilas Mendes

Prof(a). Dr(a). Celso Zilbovicius

Prof(a). Dr(a). Maria Fernanda Petroli Frutuoso

Data de aprovação: 22/11/2021

Dedicatória

*Dedico este estudo aos meus filhos: Lucas e Mariana.
Por dar sentido à minha vida, esperança, amor e perdão.
Eu amo vocês.*

Agradecimentos

A gratidão é um sentimento de amor, que eleva o espírito e nos une a **Deus**.

Agradeço a Ele que me deu forças para concluir este projeto, mesmo nas adversidades pude sentir tua presença e providência em minha vida.

Aos meus pais, **Waldemir e Dalva**, pelo exemplo de seres humanos, a confiança implacável no meu potencial, todas as palavras de motivação e orgulho.

Ao apoio e torcida da minha irmã gêmea **Karen**, sua presença constante, seu bom humor, e sua fé em mim colaboraram para que eu me mantivesse firme até aqui.

Ao meu companheiro de vida, **Luigi**, por suportar minha ausência muitas noites e madrugadas, apoiar meus projetos, ser o melhor pai, e padrasto, que poderia existir, obrigada meu amor.

Às minhas amigas especiais, **Lisamara, Renata, Carol e Joice**, por me manter confiante, alimentada e sorrindo.

À **Universidade São Francisco** e colegas docentes, por incitar meu crescimento profissional, pessoal e humano.

À **Universidade Federal de São Paulo**, centro de produção de conhecimento, que ancorada por seus trabalhadores, resiste.

Aos meus **colegas de turma**, pelo ânimo coletivo, por compartilhar experiências e pelo acolhimento carinhoso. Em especial à **Vânia**, por dividir comigo seus anseios, arquivos e torcida.

Aos **docentes** do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, pelo aprimoramento pessoal e profissional que me proporcionaram de modo tão dedicado e prazeroso.

Aos membros da Banca Examinadora: **Profa Maria Fernanda Frutuoso, Prof Áquilas Mendes e Prof Celso Zilbovicius** pela contribuição generosa, solidária enriquecedora.

À minha co-orientadora, **Profa Lúcia Dias da Silva Guerra**, pela disponibilidade, atenção e inspiração feminina, de força e militância.

E por fim, um *agradecimento especial* ao meu orientador, **Prof Dr Leonardo Carnut**. Acredito que todo encontro na vida é permeado de propósitos, não por acaso, tive a honra de conhecê-lo. Me ensinou muito além de conceitos e conteúdos científicos, mas me inspirou profissionalmente, politicamente e como pessoa. Gratidão pela paciência, pelos bons conselhos, orientação, apoio e motivação.

“É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo...”.

(Paulo Freire)

Resumo

Objetivo: Analisar os desafios dos cenários de práticas no ensino superior, na Atenção Primária à Saúde, relatados na literatura científica à luz da neoseletividade com vistas a propor uma matriz de soluções. **Métodos:** Tratou-se de uma metassíntese qualitativa para compreender quais os desafios dos cenários de prática na Atenção Primária à Saúde (APS) identificados nas pesquisas, com a finalidade de discuti-los à luz dos limites impostos pela neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil. A estratégia de busca foi construída pelos polos: 'cenários de prática no ensino superior' (objeto), 'desafios' (qualificador) e 'APS' (amplitude/limite). A seleção das publicações foi feita através do protocolo PRISMA por dois revisores independentes. A análise de qualidade dos artigos foi feita pelo protocolo CASP. A análise de dados foi realizada na modalidade temática. Os excertos que melhor representavam cada tema passaram pelo processo de validação interna por um terceiro avaliador. **Resultados:** Dos 17 artigos incluídos na revisão, foi possível construir 5 dimensões de análise dos desafios dos cenários, estando eles relacionados ao(à): 'cuidado', 'ensino', 'gestão', 'atitude dos profissionais de saúde', 'atitude da comunidade'. Todas as dimensões apresentaram diversos subtemas, a exceção da 'atitude da comunidade'. **Conclusões:** O Programa Previne Brasil tem impactos profundos na universalidade do sistema de saúde, favorecendo a focalização e a neoseletividade. Ainda que as políticas públicas de educação, fomentem a inserção do ensino superior na APS, a nova lógica de financiamento e operacionalização constrói uma dicotomia entre a teoria e a realidade da prática, intensificando desafios relacionais e estruturais já existentes. **Produto:** A partir destes resultados, formulou-se uma matriz de soluções como produto educacional que visa reorientar a organização dos cenários de prática na APS afim de minimizar os impactos da neoseletividade nos cenários de prática e na integração ensino, serviço e comunidade.

Descritores: Educação Superior, Atenção Primária à Saúde, Formação Profissional, Integração Docente Assistencial, Melhoria de Qualidade.

Abstract

Objective: To analyze the challenges of practice scenarios in higher education, in Primary Health Care, reported in the scientific literature in the light of neo-selectivity, looking for proposing a matrix of solutions. **Methods:** This was a qualitative meta-synthesis to understand the challenges of the practice scenarios in Primary Health Care (PHC) identified in the research, in order to discuss them in light of the limits imposed by the neo-selectivity induced by the Prevent Brazil Program. The search strategy was built by the poles: 'scenarios of practice in higher education' (object), 'challenges' (qualifier) and 'APS' (amplitude/limit). Publications were selected using the PRISMA protocol by two independent reviewers. The quality analysis of the articles was performed using the CASP protocol. Data analysis was performed in thematic mode. The excerpts that best represented each theme underwent the internal validation process by a third evaluator. **Results:** Of the 17 articles included in the review, it was possible to build 5 dimensions of analysis of the challenges of the scenarios, which were related to: 'care', 'education', 'management', 'attitude of health professionals', 'community attitude'. All dimensions had several sub-themes, with the exception of 'community attitude'. **Conclusions:** The Prevent Brazil Program has profound impacts on the universality of the health system, favoring targeting and neo-selectivity. Even though public education policies encourage the inclusion of higher education in PHC, the new financing and operationalization logic builds a dichotomy between theory and the reality of practice, intensifying already existing relational and structural challenges. **Product:** From these results, a matrix of solutions was formulated as an educational product that aims to reorient the organization of practice scenarios in PHC in order to minimize the impacts of neo-selectivity in practice scenarios and in the integration of teaching, service and community.

Keywords: Higher Education, Primary Health Care, Professional Training, Care Teaching Integration, Quality Improvement.

Sumário

| | |
|--|-----------|
| Dedicatória | v |
| Agradecimentos | vi |
| Resumo | ix |
| Abstract | x |
| Lista de figuras | xiii |
| Lista de quadros | xiv |
| Lista de abreviaturas, siglas e símbolos | xv |
| 1 INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1 Breve introdução aos aspectos legais do serviço como formador | 2 |
| 1.2 O cenário de prática no serviço como dimensão da integração ensino-serviço-comunidade | 3 |
| 1.3 História da integração ensino-serviço-comunidade no brasil e no mundo | 6 |
| 1.3.1 Experiências Nacionais | 6 |
| 1.3.1.1 Projeto de Integração Docente-Assistencial (IDA)..... | 6 |
| 1.3.1.2 Projeto UNI e Rede Unida..... | 7 |
| 1.3.1.3 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)..... | 8 |
| 1.3.1.4 PET-Saúde | 9 |
| 1.3.1.5 COAPES..... | 9 |
| 1.3.2 Experiências Internacionais..... | 10 |
| 1.3.2.1 Cuba | 10 |
| 1.3.2.2 Canadá | 11 |
| 1.4 Potencialidades e dificuldades da IESC | 11 |
| 1.5 O desfinanciamento das ações na Atenção Primária à Saúde no Brasil e a neoseletividade no SUS..... | 13 |
| 2 OBJETIVOS..... | 17 |
| 2.1 Objetivo geral..... | 18 |
| 2.2 Objetivos específicos | 18 |
| 3 PERCURSO METODOLÓGICO | 19 |
| 3.1 Relevância do estudo..... | 20 |
| 3.2 Processo de busca e critérios de inclusão..... | 22 |
| 3.3 Seleção dos estudos | 23 |
| 3.4 Análise e síntese dos estudos selecionados na revisão | 24 |

| | | |
|---------------|---|------------|
| 3.5 | Segunda Fase..... | 25 |
| 3.5.1 | Tipologia do Estudo | 25 |
| 3.5.2 | Considerações teóricas a respeito do objeto e da análise de dados | 25 |
| 3.6 | Considerações éticas | 25 |
| 4 | PRODUTOS DE PESQUISA..... | 28 |
| 4.1 | Produto de Pesquisa 1 | 29 |
| 4.2 | Produto de Pesquisa 2 | 53 |
| 4.3 | Produto de Pesquisa 3..... | 94 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 109 |
| 6 | REFERÊNCIAS..... | 113 |
| ANEXOS | | 124 |

Lista de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Identificação dos itens-chave da pergunta de pesquisa proposta para a primeira fase..... | 23 |
| Figura 2. Fluxograma das etapas de realização da seleção dos estudos Mauris vel justo et arcu luctus consectetur. | 24 |
| Figura 1. Fluxograma de busca, elegibilidade e inclusão de estudo. Maio, 2021 | 60 |

Lista de quadros

| | |
|--|-----|
| Quadro 1. Indagações de refinamento da pergunta de pesquisa | 22 |
| Quadro 2. Etapas da metassíntese segundo Sousa e Branco (2013) | 25 |
| Quadro 1. Análise de qualidade dos artigos incluídos na metassíntese segundo o Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Maio, 2021 | 62 |
| Quadro 2. Descrição dos estudos incluídos na metassíntese por autor, ano de publicação, local, objetivos, metodologia utilizada, nível de graduação e iniciativa. Maio, 2021 | 65 |
| Quadro 3. Síntese descritiva dos resultados incluídos na metassíntese por autor, ano de publicação, resultados na aprendizagem, benefícios ao serviço e desafios nos cenários de prática. Maio, 2021 | 67 |
| Quadro 4. Metassíntese qualitativa dos desafios dos cenários de prática na APS por construtos segundo os artigos incluídos. Maio, 2021 | 70 |
| Quadro 1. Matriz de soluções para os problemas da neoseletividade induzida nos cenários de prática na atenção primária pelo programa previne Brasil. Outubro, 2021..... | 103 |

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

| | |
|---------------|--|
| AB | Atenção Básica |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| ADAPS | Agência de Desenvolvimento da APS |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BM | Banco Mundial |
| CaSAPS | Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde |
| CASP | <i>Critical Appraisal Skills Programme</i> |
| CDS | Coleta de Dados Simplificada |
| CEDES | Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CEUA | Comissão de Ética no Uso de Animais |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COAPES | Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| DeCS | Descritores de Ciências da Saúde |
| EC-95 | Emenda Constitucional 95 |
| EIP | Educação Interprofissional |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| EqAP | Equipe de Atenção Primária |
| EqSF | Equipe de Saúde da Família |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FMI | Fundo Monetário Internacional |
| IDA | Projeto de Integração Docente-Assistencial |
| IDAI | Integração Docente-Assistencial Investigativa |

| | |
|---------------------|---|
| IES | Instituição de Ensino Superior |
| IESC | Integração Ensino-Serviço-Comunidade |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional |
| MASP | Matriz de Solução de Problemas |
| MEC | Ministério da Educação |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OSS | Organizações Sociais de Saúde |
| PAB-fixo | Piso da Atenção Básica Fixo |
| PAB-variável | Piso da Atenção Básica Variável |
| PEC | Prontuário Eletrônico |
| PET-Saúde | Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde |
| PHC | <i>Primary Health Care</i> |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente |
| Pró Saúde | Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde |
| Proec | Pró-Reitoria de Extensão e Cultura |
| Prograd | Pró-Reitoria de Graduação |
| ProPGPq | Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa |
| RAWP | <i>Resource Allocation Working Party</i> |
| RUIS | Rede Universitária Integrada de Saúde |
| SESu | Secretaria de Educação Superior |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde |
| Sisab | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica |
| STI | Superintendência de Tecnologia de Informação |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

UNIFESP Universidade Federal de São Paulo

USF Unidades de Saúde da Família

1.1 Breve introdução aos aspectos legais do serviço/sus como formador

A partir da década de 90, com a Constituição Federal de 1988 e a publicação da lei 8080/90 que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), as discussões sobre a formação dos profissionais de saúde foram intensificadas, uma vez que, desde sua criação, o SUS provocou profundas mudanças nas práticas de saúde, impondo alterações significativas no processo de formação e desenvolvimento dos profissionais da área.

Do ponto de vista legal, compete à gestão do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (Constituição Federal, art. 200, incisos III e V) (BRASIL, 1988). O art. 27 da lei nº 8.080/90 reconhece que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, de modo a articular os interesses das Instituições de Educação Superior e do SUS, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população (CAVALHEIRO e GUIMARÃES, 2011).

Este caminho legal-normativo visa uma mudança na formação em saúde no qual os profissionais possam construir uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, sendo capacitados a atuar, com base em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, e na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (BRASIL, 2001).

Historicamente, esses profissionais, tiveram como cenários de prática em seus cursos de graduação, notadamente, ambientes clássicos do trabalho biomedicalizado: hospitais e clínicas. Até o início do século XX, a formação em saúde era estritamente baseada em um modelo de atenção individualizado e especializado, para o trabalho no SUS, esses profissionais encontravam-se pouco preparados para atuar junto aos problemas de saúde da coletividade e, mais recentemente, na atuação neste sistema (ALMEIDA et al, 2012).

Pode-se dizer que a formação em saúde e a educação profissional não acompanharam os princípios e diretrizes do SUS, idealizados a partir da Reforma

Sanitária Brasileira, diante dessa realidade, associada à instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1997 iniciou-se o processo de construção e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), sendo aprovadas entre 2001 e 2004 as DCNS dos cursos da saúde no Brasil, que norteiam a elaboração dos projetos políticos e pedagógicos das Instituições de Ensino Superior (IES).

Esse contexto, associado às políticas públicas de saúde, evidencia a necessidade de implementar mudanças nos cursos de graduação em saúde a partir de ações como, por exemplo, a ampliação dos cenários de prática para toda a rede municipal, práticas interdisciplinares e adoção de metodologias de ensino-aprendizagem que promovam um 'aprender com a prática'. Este esforço objetiva transformar o processo de trabalho e ampliar a cobertura dos serviços de maneira a obter efeitos imediatos na qualidade das futuras gerações de profissionais de saúde das diferentes áreas (ALMEIDA et al, 2012).

1.2 O cenário de prática no serviço como dimensão da integração ensino-serviço-comunidade

A Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) é entendida como trabalho coletivo, pactuado e integrado de discentes e docentes de cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação, na área da saúde e outros cursos de interesse, com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-os gestores e a participação do controle social, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores dos serviços, cumprindo um dos objetivos do SUS que é aprimorar continuamente a formação e a gestão do trabalho em saúde (ALBUQUERQUE, 2008).

A IESC é um dos pilares para a transformação no processo formativo, das práticas pedagógicas e de saúde, que só serão possíveis mediante articulação entre a gestão do sistema de saúde e as instituições formadoras. É iminente e necessária a adequação da formação para que os profissionais atendam os interesses da sociedade, considerando seus determinantes sociais e de saúde, assim como no enfrentamento de problemas epidemiológicos e, relativos à organização da gestão dos serviços para que possam estruturar a rede de cuidados de maneira universal (JUNQUEIRA e OLIVER, 2020).

A inserção dos alunos nos cenários de prática do SUS, permite vivenciar a realidade do trabalho, e desenvolver um olhar reflexivo para o coletivo e o usuário, desmistificando a atuação nos serviços universitários especializados, como clínicas e ambulatórios das instituições de ensino, que mantêm o foco centrado na assistência individual e na doença, para o cuidado integral, interprofissional e em rede de atenção. Segundo Mendes (2011), mais do que um arranjo poliárquico entre diferentes serviços, eles devem aprofundar e estabelecer padrões estáveis de cooperação e interdependência.

O cenário da prática profissional é o espaço privilegiado para o aluno em formação e para o profissional, como modalidade da educação permanente, pois gera reflexão sobre as possibilidades da prática do cuidado e do trabalho em equipe (FONSÊCA et al., 2014).

Cabral *et al.* (2008) afirmam que os estudantes que experimentam essa integração tornam-se promotores de saúde, profissionais generalistas, capazes de se adaptar ao ambiente, atender as demandas da população, atuando na prevenção de doenças e promoção à saúde.

Paulo Freire se refere à ação educativa como um encontro sistemático da relação entre a teoria e prática, criando-a e recriando-a por meio da ação-reflexão-ação sobre o cotidiano. Nessa direção, a integração de teoria e prática determina a práxis, como possibilidade transformadora da realidade (FREIRE, 2001).

A preocupação com a formação dos profissionais da saúde teve seu momento inicial em 1910, com o projeto de avaliação do ensino médico, nos Estados Unidos da América, desenvolvido por Abraham Flexner, através da publicação do estudo *Medical Education in the United States and Canada* (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

O que o relatório Flexner propõe é a reconstrução do modelo de ensino médico, embasado em métodos, que hoje parecem triviais: as escolas médicas devem estar baseadas em universidade, e os programas educacionais devem ter uma base científica. Nas palavras do próprio Flexner: “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Porém, o modelo de atenção à saúde, preconizado por Flexner não corresponde à realidade atual, portanto este molde de formação profissional é incapaz de suprir às necessidades dos sistemas de saúde de modo integral (ALMEIDA FILHO, 2010).

O maior acesso às informações em saúde e conscientização das pessoas, mudaram as expectativas e exigências da população quanto às condições de oferta dos serviços, assim como a mudança do perfil epidemiológico, com predomínio das doenças crônico-degenerativas, exige um reordenamento das ações e estratégias de saúde, que possibilitem o cuidado integral, através da atuação multiprofissional e instituição das redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Já não basta o conhecimento técnico-científico, teórico, é necessário que o profissional desenvolva competências e habilidades que propiciem à prática da saúde coletiva, o entendimento e a participação na construção das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde. As modificações do modelo de atenção à saúde provocam grande impacto sobre as estratégias de ensino-aprendizagem nos processos de produção, desenvolvimento e distribuição do conhecimento. (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Em resgate histórico da integração ensino-serviço observa-se que desde a criação dos primeiros cursos de graduação na área da saúde no Brasil, os serviços de saúde conformam-se como locais de ensino e de práticas para os futuros profissionais. No entanto, essa discussão tornou-se mais efetiva na década de 70, quando o Ministério do Trabalho e Previdência Social enfatizou sua importância para a formação de profissionais para atuar na atenção à saúde, visando ao equilíbrio entre a qualidade e a quantidade dos profissionais (KUABARA et al, 2014).

Desde sua criação, por meio da Lei nº 8.080, de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), traz elementos no sentido de fazer avançar o debate sobre a intrínseca associação entre as estruturas de formação e as de incorporação dos profissionais no mundo do trabalho, passando a ser ordenador da formação profissional (BRASIL, 1990). Tal marco legal desencadeia, na prática, uma série de iniciativas para mudanças no ensino, de modo a contribuir para que o SUS contemple a integralidade do cuidado e o trabalho interprofissional (ELLERY, BOSI e LOIOLA, 2013).

Isso exige, além de investimentos no aperfeiçoamento dos profissionais, uma estrutura acadêmica apoiada em relações de parceria da universidade com os diversos setores da sociedade civil. O desafio é reconhecer a IESC como alicerce da

construção de um novo modo de ensinar, aprender e fazer, efetivo para todos os sujeitos envolvidos: docentes, discentes, gestores das IES e do SUS, profissionais e população (FERREIRA, FORSTER e SANTOS, 2012).

A aproximação entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) nas duas últimas décadas, marcou a cooperação interministerial para a formação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde, através de programas e estratégias que citaremos a seguir.

1.3 História da integração ensino-serviço-comunidade no Brasil e no mundo

1.3.1 Experiências Nacionais

1.3.1.1 Projeto de Integração Docente-Assistencial (IDA)

Segundo RODRIGUES (1993), a origem conceitual da integração docente-assistencial está estreitamente ligada à difusão da medicina comunitária.

Para superar as fragilidades da formação e atender as necessidades de transformação dos modelos de atenção à saúde, explicitados durante o período da Reforma Sanitária, em meados da década de 70, foi proposta, a integração docente - assistencial (IDA), desencadeando iniciativas de reformulação do sistema de saúde e dos currículos universitários (KUABARA et al, 2014).

O Programa de Integração Docente-Assistencial foi apresentado como uma proposta de planejamento de saúde e educação para ajustar necessidades sociais e tecnológicas, sendo definido pelo MEC (BRASIL, 1981, p.16) como:

"união de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino".

Portanto, segundo esse conceito, o programa previa a participação da comunidade, com objetivo do desenvolvimento de atividades acadêmicas e dos

serviços orientadas para as necessidades da população, implicando na redefinição do sistema formador e do prestador de serviços com uma postura crítica sobre a realidade (OLSCHOWSKY e SILVA, 2000).

RODRIGUES (1993) apresenta também a perspectiva das instituições de ensino do programa, com objetivo de desonerar as escolas, que detinham recursos e instalações - laboratórios, hospitais e unidades de saúde - próprios, duplicando gastos e limitando a capacidade de expansão do ensino, o IDA seria a racionalidade requerida para diminuir os custos de ensino da área de saúde e dar um papel mais utilitarista e imediatista à escola. A integração serviço e ensino é, na proposta original, uma proposta eminentemente racionalizadora de custos, e, portanto, propulsora de extensão da cobertura às populações.

1.3.1.2 Projeto UNI e Rede Unida

No início da década de 90, e o advento do SUS, surgiram várias iniciativas para buscar um novo modelo científico biomédico e social que tivesse por finalidade fundamentar e projetar um novo paradigma educativo em função do indivíduo e da sociedade (MACHADO, CALDAS e BORTONCELLO, 1997).

Financiado pela Fundação Kellogg, o "Projeto UNI - Uma nova iniciativa na educação de profissionais de saúde - União com a comunidade" (1991-1997) objetivava contribuir para a melhoria da formação dos profissionais de saúde. Ele nasceu já com o acúmulo teórico e metodológico do projeto IDA (ELLERY, BOSI e LOIOLA, 2013).

Foram desenvolvidos 23 projetos, em 11 países da América Latina, dos quais seis no Brasil: Marília e Botucatu (São Paulo); Brasília (Distrito Federal); Londrina (Paraná); Natal (RN); e Salvador (BA).

Em 1996, o Projeto UNI passou a integrar e construir uma nova identidade da Rede IDA, que passou a se chamar Rede UNI IDA (FEUERWERKER e ALMEIDA, 2002). Em 1998, a Rede UNIDA passou a ser denominada Rede UNIDA, expressando a compreensão de que era necessário ultrapassar o espaço de uma profissão, de um departamento, instituindo o multiprofissionalismo, dando lugar aos usuários e ampliando a interação com o sistema de saúde.

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

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), foi criado em 2005, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESu), do Ministério da Educação (MEC). Contemplando, inicialmente, cursos de medicina, enfermagem e odontologia, o Pró-Saúde foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde em 2007 (BRASIL, 2005).

Com a proposta de envolvimento recíproco entre instituições de ensino e serviços de saúde, propõe planejar e desenvolver práticas de saúde articuladas e coerentes à realidade local, atendendo às diretrizes do SUS e da formação de profissionais orientados para atuar nesse sistema. Para isso, envolve educadores e educandos de uma instituição de ensino superior (IES) e profissionais atuantes nos serviços de saúde locais, considerando a interação ensino-serviço como elemento fundamental para o desenvolvimento de estratégias que superem os desafios organizacionais da formação profissional. (VENDRUSCOLO et al, 2018).

A estratégia atendia prerrogativas das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que, em consonância com o Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI, propõem os referenciais de aprender a conhecer, aprender a ser, aprender a fazer e aprender a conviver, sendo referendadas pelo MS ao prever uma atenção à saúde integral, associada a competências gerais na formação dos profissionais (VENDRUSCOLO, 2016).

Segundo VENDRUSCOLO (2016; 2018), o programa parte da perspectiva de que a reorientação da formação acontece, simultaneamente, em diferentes eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica), cada um com três vetores específicos e uma “imagem objetivo” (situação desejável). Os eixos não contêm uma regra de padronização, mas um exemplo que refere a necessidade de contemplá-los como elementos estruturantes da mudança, com vistas à integração entre IES e serviços de saúde.

A inserção do aluno no cenário real de prática, através da solução de problemas, a experiência da assistência, e a responsabilização, como agente de cuidado,

considerando-se seu grau de autonomia, nos diversos campos de prática, proporcionam ao estudante o desenvolvimento de competências, habilidades e a produção de conhecimento significativo e orientado às necessidades do SUS, sendo o professor um facilitador e orientador do processo.

O programa também pode contribuir para a qualificação dos serviços, com base na Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais e na produção científica decorrente da instituição de práticas educacionais coerentes com o desenvolvimento de um perfil profissional sintonizado com os desafios do trabalho no SUS (VENDRUSCOLO et al, 2016).

1.3.1.4 PET-Saúde

O PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde) foi instituído em 2008 através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008, com objetivo de ampliar, promover, articular e apoiar ações e atividades de formação, voltadas às mudanças das graduações na saúde e a integração ensino-serviço-comunidade articuladas à educação permanente. O Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e pretende ainda promover e qualificar a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para o desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de forma que as necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas do SUS (BRASIL, 2008).

O monitoramento e avaliação do Pró-Saúde e a identificação dos avanços e desafios ainda por ser enfrentados conduziram à criação do PET-Saúde, que teve o objetivo geral coincidente com o Pró-Saúde, mas lançou mão de estratégias complementares, focadas no eixo dos cenários de prática e no processo de ensino-aprendizagem que se dá na rede de serviços, em uma relação que envolve o docente, o estudante, a equipe de saúde do serviço e os usuários do SUS (HADDAD et al, 2012).

1.3.1.5 COAPES

O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) foi instituído por meio da Portaria Interministerial nº 1.127 de 04 de agosto de 2015, como dispositivo da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), com objetivo de facilitar os processos de negociação e tomada de decisão que envolvam ações de integração ensino-serviço-comunidade.

A contratualização do COAPES pretende garantir a efetivação dos compromissos da educação com a melhoria dos indicadores de saúde e qualificação dos trabalhadores, e o acesso do ensino superior aos estabelecimentos de saúde, fortalecendo a IESC, por meio da articulação de todos os atores para discutir e pactuar juntos a organização dos cenários de prática de determinada região ou município, assumindo, assim, responsabilidades mútuas e colaborativas que respeitem e valorizem os princípios do SUS (BRASIL, 2015).

Essa aproximação objetiva impulsionar a articulação ensino-serviço-comunidade, melhorar a assistência, a gestão e a formação em saúde, fortalecendo assim tais políticas públicas, com vistas à satisfação do usuário e em consonância com princípios e diretrizes do sistema de saúde.

1.3.2 Experiências Internacionais

1.3.2.1 Cuba

Arteaga Garcia e colaboradores (2010) referem que as primeiras iniciativas de integração ensino, pesquisa e serviços de saúde em Cuba tiveram início a partir de 1974, quando foram criadas as policlínicas comunitárias. Em 1976, essa integração se aperfeiçoou com a transferência da responsabilidade da educação médica para o Ministério da Saúde Pública Cubano.

A Integração Docente--Assistencial Investigativa (IDAI) é uma organização estrutural, funcional e sistemática, que fomenta relações intersetoriais, interorganizacionais e interdisciplinares a fim de equacionar problemas de saúde, com o objetivo de elevar a qualidade da educação médica, da prática profissional e dos serviços de saúde cubanos (ELLERY, BOSI e LOIOLA, 2013).

São destacadas como repercussões positivas a formação de um profissional mais qualificado, motivado, com concepções mais amplas de saúde e prevenção e,

ainda, usuários com maior qualidade de vida e satisfação. No entanto, não se mencionam repercussões do processo para os profissionais do serviço envolvidos (ALBIERO, 2016).

1.3.2.2 Canadá

No Canadá, mais especificamente na província de Quebec, a partir de 2004, a fim de favorecer a complementaridade e a integração das missões de ensino, pesquisa e cuidados em saúde, foi instituída em cada território desta província uma Rede Universitária Integrada de Saúde (RUIS), num total de quatro, sendo cada uma delas ligada a uma universidade: McGill, Universidade de Montreal, Laval e Sherbrooke. Essa rede é composta por todos os estabelecimentos de saúde e de serviços sociais do território, que têm como referência um centro hospitalar de cuidados gerais e atenção especializada, designado "Centro Hospitalar Universitário" (ELLERY, BOSI e LOIOLA, 2013).

Dentre os avanços destacam-se projetos como "paciente parceiro" (considera que o paciente é o propulsor tanto da formação profissional quanto dos seus próprios cuidados) e projetos de educação e colaboração interprofissional de desenvolvimento (ALBIERO, 2016).

1.4 Potencialidades e dificuldades da IESC

Integrar serviços de atenção à saúde e instituições de ensino, traz consigo algumas exigências, sobretudo, relações horizontais, processos de trabalho conjuntos, interesses em comum e alinhamento das necessidades e potencialidades (FEUERWERKER, 2004).

A integração ensino-serviço promove a troca de saberes e favorece a busca de atualização profissional. Enquanto o docente contribui na identificação de problemas da assistência e propõe estratégias de superação, o profissional da assistência exerce importante papel no fornecimento de informações sobre a realidade em que atua (BECCARIA, TREVISAN, 2006). É nesse espectro de dimensões do processo de integração em que se estreitam as relações entre docentes, alunos e trabalhadores de saúde.

São relações para contribuir com a consolidação dos princípios do SUS e de uma assistência à saúde de qualidade, que visam a formação, a integração do saber e do fazer, mas, principalmente, são relações de compreensão dos diferentes papéis e mútuas responsabilidades.

Segundo GONÇALVES e MORAES (2003) a inserção dos alunos nos serviços de saúde contribui para a compreensão do significado das teorias aplicadas na prática. Não se trata de desqualificar o papel da teoria, mas de primar pela aproximação efetiva e real entre a teoria e a prática. Nos cenários dos serviços de saúde os alunos desenvolvem vivências únicas, impossíveis de serem desenvolvidas nos limites de uma sala de aula.

Quando o ensino busca se integrar ao serviço, no sentido de movimento unilateral, sem abrir espaço para que o serviço se integre às ações da academia, torna-se um empecilho ao bom desenvolvimento. Os objetivos acadêmicos estão distantes das estruturas dos serviços de saúde e não se observa a participação dos profissionais na definição e planejamento das atividades desenvolvidas pelos alunos e docentes nos serviços (BREHMER, RAMOS 2014).

Apesar de todas as possibilidades existentes nos espaços de integração ensino-serviço, é inquietante perceber que a formação em saúde — que utiliza os serviços da rede pública de saúde como campo privilegiado para as atividades práticas que compõem essa formação, seja na modalidade de estágio curricular ou na de aula prática — tem uma inserção nesses serviços que se caracteriza por um relativo distanciamento, um tratamento de certa forma cerimonioso entre os envolvidos, no qual as críticas que tenham ao outro não encontram canais adequados de expressão. Dessa forma, sem o diálogo esperado, limitam-se possibilidades de um fazer diferenciado, que assume concepções acerca do cuidado, dos processos e organização do trabalho, da gestão e da escuta do usuário (HENRIQUES, 2005).

Deparamo-nos com muitos conflitos decorrentes de problemas e dificuldades na interseção desses dois mundos. Há queixas que dizem respeito, muitas vezes, ao fato de a universidade estar no serviço sem levar em consideração os trabalhadores que lá estão. Ou, ainda, que não há participação do profissional do serviço, a não ser na supervisão do estudante, feita em alguns casos de modo assistemático e solitário, sem uma discussão ou presença mais efetiva do docente. Por outro lado, há críticas à diferença marcante entre a lógica da organização dos serviços, muito centrada na

produtividade de seus procedimentos técnico-operativos, e a lógica do trabalho da instituição formadora, muito centrada na produção de seus conhecimentos teóricos e metodológicos dos campos pedagógicos e núcleos específicos (HENRIQUES, 2005).

A interlocução entre a formação e a assistência à saúde é capaz de oferecer mutuamente inúmeras possibilidades de saber e fazer e, sobretudo, de integração. Contudo, para a efetivação dessas ideias, torna-se necessário a criação de espaços de diálogo entre academia, serviços e comunidade, para fortalecer o papel de cada um na reorientação da formação e na reorganização da atenção à saúde.

Porém, se por um lado os estudos evidenciam importantes avanços na integração ensino-serviço, também se revelam dificuldades que incluem a distinta apropriação de referenciais epistemológicos, a falta de priorização dessa estratégia pela gestão e organização de ambos os cenários, além dos conflitos existentes nas relações de poder dos distintos atores e predominância de interesses hegemônicos. A academia parece visualizar o serviço de saúde como um local de prática para o estudante, com pouco vislumbre à transformação dos processos de atenção à saúde (KUABARA et al, 2014).

As instâncias gestoras mobilizam a integração ensino-serviço ao serem reconhecidas como espaços dialógicos em espaços de tomada de decisão. O conflito está presente, como acontece em todos os espaços coletivos de gestão, e nesse caso, ele tem a ver com a dialética do saber e do fazer, cujas entidades representantes são, respectivamente, a universidade e o serviço de saúde. Vale lembrar que, nesses processos, o fundamental é saber conviver e lidar com os conflitos, por meio de ferramentas de gestão que possibilitem transformar relações de poder em interações mais horizontais e mais flexíveis (VENDRUSCOLO et al, 2018).

1.5 O desfinanciamento das ações na Atenção Primária à Saúde no Brasil e a neoseletividade no SUS

O direito à saúde é defendido na Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Sendo a saúde um direito fundamental que não pode ser subtraído,

dentro do limite da realidade, o Estado está obrigado a promover a saúde na maior medida possível. Nesse sentido, os poderes públicos devem realizar todos os esforços para efetivar esse direito, pois sua concretude só ocorrerá quando tudo aquilo que for fático e juridicamente possível seja feito (CARNUT e MASSERAN, 2017).

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, com objetivo de reorientar o modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. A portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes dessa política, segundo ela, em seu artigo 2º:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017)

Mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da APS no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Durante toda sua história, o SUS sobrevive ao processo de subfinanciamento crescente, intensificado após a EC-95, ao congelar o gasto público em saúde por 20 anos, impossibilitando a manutenção de um sistema de saúde universal (MENDES e CARNUT, 2020).

A APS vem sendo alvo de um conjunto de mudanças que, em sinergia, apresenta grande potencial de alteração de alguns pilares que vinham favorecendo a estabilidade institucional e o alcance de bons resultados sanitários, sobretudo, via Estratégia de Saúde da Família (ESF). Às alterações na Política Nacional de Atenção Básica em 2017 que colocou em xeque a prioridade dada à ESF; desmonte do Programa Mais Médicos, à proposta de Carteira de Serviços da APS (Brasil, 2019b) e criação da Agência de Desenvolvimento da APS (ADAPS), por meio da Medida Provisória 890/2019 (Brasil, 2019b), soma-se, mais recentemente, uma nova proposição de financiamento (REDE APS, 2019).

Este desmonte da APS vem se desenvolvendo delineado pelo documento do Banco Mundial (2017) intitulado “Um Ajuste Justo – Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”, em síntese, o relatório sugere que o Brasil gasta mais do que pode e, além disso, gasta mal, refere que o aumento dos gastos públicos coloca o país em situação de insustentabilidade fiscal, e recomenda priorizá-los de forma a proteger os mais pobres e vulneráveis, e minimizar os impactos negativos sobre os empregos e a prestação de serviços públicos.

Instituído pela portaria nº 2979 de 12 de novembro de 2019, o novo modelo de financiamento da Atenção Básica, intitulado como “Programa Previne Brasil”, segue as diretrizes do Relatório do BM, substituindo o PAB fixo e PAB variável, e os incentivos ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e gerentes da APS por um pagamento por capitação ponderada, calculado pelo número de pessoas cadastradas nas unidades de saúde, eliminando a lógica de transferências do valor “per capita” populacional do município e por adesão de estratégias. A partir da competência financeira de janeiro de 2020, o custeio da APS se torna um modelo misto que busca estimular o alcance de resultados e é composto pelos seguintes componentes: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

A captação ponderada prioriza o cadastramento de pessoas vulneráveis, ajustando os valores de acordo com os determinantes relacionados ao perfil demográfico (valores superiores a menores de 5 anos e maiores de 65 anos), e a tipologia do município, rural ou urbana, segundo o IBGE. Este número será baseado nos registros de Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico (PEC) ou sistemas próprios/terceiros, monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) (BRASIL, 2019).

Injustamente, a captação ponderada não considera a falta de informatização e, portanto, a subnotificação e cadastros de inúmeros municípios brasileiros e ratifica que o “novo modelo” se trata da transferência de recursos para uma APS que prioriza os mais pobres, além de estipular um quantitativo máximo para captação de recursos por equipe, não há limite de cadastros, mas há o limite de repasse de até 4 mil pessoas, independente da realidade e real cobertura local.

O pagamento por desempenho considera os resultados dos indicadores alcançados pelas equipes, sendo eles: a) indicadores selecionados com base na

relevância clínica e epidemiológica, b) indicadores de processo e resultados intermediários na ESF, c) indicadores de resultados em saúde, d) indicadores globais de APS, e) indicadores de monitoramento quadrimestral (MENDES e CARNUT, 2019).

Os valores do pagamento por desempenho serão recalculados a cada 4 competências e serão transferidos mensalmente, portanto não havendo estabilidade de recursos financeiros.

O financiamento de incentivo para ações estratégicas continuará seguindo o regramento vigente nas portarias que os instituíram (BRASIL, 2019).

Este modelo de financiamento é inspirado, na proposta de alocação de recursos desenvolvida no sistema de saúde inglês, o *Resource Allocation Working Party* (RAWP), utilizado na Inglaterra entre 1976 e 1994, para a distribuição de uma parcela importante dos recursos financeiros destinados à prestação de cuidados de saúde, esse método implica assumir que um único indicador de saúde pode expressar a maior parte das necessidades da população (PORTO et al, 2007).

Segundo Porto et al (2007), em situações como no Brasil, onde a demanda e o uso de serviços são marcados pela variação social e as dificuldades de acesso são comparativamente maiores que as observadas no sistema de saúde inglês, esse modelo de predição do uso de serviços de saúde não reflete as reais necessidades da população.

A nova proposta de financiamento da APS, racionaliza a prestação de serviços promovendo a neoseletividade, termo que define a necessidade de focalizar a atenção para uma população específica, sob justificativa da escassez de recursos, a fim de garantir a saúde para os mais “pobres”, destituindo a lógica da atenção primária à saúde e a universalidade do sistema.

O modelo leva os municípios a perderem a única transferência governamental em saúde de base populacional atualmente existente, que é o PAB fixo, sendo um risco para a sustentabilidade financeira do SUS, eliminando incentivos para o NASF, o que significará sua abolição, e a extinção da prioridade para a ESF (REDE APS, 2019).

Tem-se como hipótese que os desafios dos cenários de práticas no ensino superior na APS se intensificarão à luz da neoseletividade.

2.1 Objetivo geral

Analisar os desafios dos cenários de práticas no ensino superior, na Atenção Primária à Saúde, relatados na literatura científica à luz da neoseletividade.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever as publicações sobre os cenários de prática no ensino superior na APS por ano, local, seus objetivos e metodologias.
- b) Classificar os desafios dos cenários de prática no ensino superior na APS por dimensões;
- c) Repensar os desafios destes cenários de práticas à luz da neoseletividade;
- d) Construir uma matriz de soluções para os problemas da neoselevidade induzida pelo Programa Previne Brasil nos cenários da Atenção Primária.

Trata-se de uma metassíntese qualitativa com o propósito de criar interpretações qualitativas ampliadas de todos os estudos examinados, de modo que seja fiel às conclusões de cada um em particular, portanto, refere-se à interpretação do pesquisador sobre os dados primários.

Matheus (2009) define a metassíntese qualitativa como a “integração interpretativa de achados qualitativos (derivados de estudos fenomenológicos etnográficos, da teoria fundamentada dos dados e outros), que são a síntese interpretativa dos dados” (p. 544). Afirma que as integrações mencionadas produzem uma nova interpretação dos resultados e ressalta que esta não pode ser encontrada nos estudos primários analisados. Assim, os estudos primários tornam-se os dados de uma amostra como o todo. A autora acrescenta que a metassíntese qualitativa “não é uma revisão resumida com características desvinculadas daquele evento ou daquela experiência, mas sim integra os dados a fim de alcançar um nível teórico mais elevado” (MATHEUS, 2009, p. 544).

Permite, portanto, que as investigações primárias sejam estudadas com profundidade. As análises podem ser desenvolvidas por meio de relações entre as pesquisas, como comparações, semelhanças e diferenças. Com a análise dos dados e a reflexão sobre eles, surge a metassíntese qualitativa, que apresenta o objeto de investigação com nível elevado de abstração e compreensão (ALENCAR e ALMOULOU, 2018).

A função da metassíntese do ponto de vista qualitativo visa: fortalecer o papel de estudos qualitativos nas pesquisas de clínicas de saúde, melhorar a aplicabilidade dos resultados de pesquisas qualitativas na prática clínica e, explorar um corpo de conhecimento qualitativo para fundamentar a teoria, a prática, a pesquisa, e as políticas de saúde (MATHEUS, 2009).

3.1 Relevância do estudo

Como em qualquer pesquisa, a primeira e mais importante decisão no planejamento da revisão sistemática é a determinação do foco. Segundo Clarke (2000) a pergunta é essencial para determinar a estrutura da revisão, pois todos seus passos serão guiados por ela.

Para elaboração e o refinamento da pergunta de pesquisa, o Centro Cochrane do Brasil (2020) sugere quatro indagações básicas, conforme quadro apresentado abaixo:

Quadro 1. Indagações de refinamento da pergunta de pesquisa

| Indagações | Pergunta de pesquisa: <i>Quais os desafios dos cenários de práticas no ensino superior na Atenção Primária à Saúde relatados na literatura científica?</i> |
|--|---|
| A pergunta é relevante? | Sim. As intensas e complexas dificuldades relacionadas a esse processo de integração indicam a necessidade de enfrentamento de desafios importantes, principalmente ao considerar que esse caminhar vem sendo significativo para o processo de mudanças nos serviços e na academia, porém ainda se constitui em um processo lento, restrito a algumas instituições e, muitas vezes, a experiências de disciplinas ou cursos isoladamente (KUABARA, 2014). Portanto, a análise de publicações relevantes, possibilita a síntese de estudos publicados sobre o assunto e indica lacunas que precisam ser preenchidas para concretização da IESC na saúde. |
| A pergunta é realística? | Sim. Pode-se inferir que a integração ensino-serviço é uma importante estratégia a fim de se alcançar as mudanças apontadas pelas DCN no processo formativo dos profissionais de saúde, e conseqüentemente provocar modificações nas práticas profissionais e no modelo de atenção. Também contribui para melhorias na qualidade e oferta de ações nos serviços de saúde, beneficiando diretamente a comunidade (MENDES et al, 2018). |
| O assunto é amplo ou limitado? | Sim. O assunto é amplo em relação a IESC, porém restrito em relação a neoseletividade no SUS, por tratar-se de conceito recente e ainda pouco explorado cientificamente. |
| Espera-se fazer uma Revisão Sistemática com ou sem metanálise? | Sem metanálise. |

Fonte: Adaptado de Centro Cochrane do Brasil (2020)

Segundo Cooper (1984) e Richardson (1995), existem alguns itens-chave que determinam os critérios para a seleção dos estudos da revisão sistemática e que são

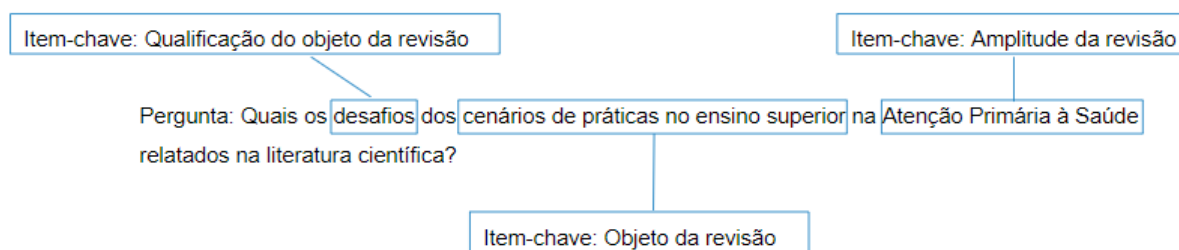
fundamentais para a elaboração da pergunta de pesquisa. Uma pergunta bem definida e clara deve especificar:

- a) os participantes (situação clínica);
- b) as intervenções (comparações feitas entre os grupos);
- c) os desfechos clínicos de interesse (variáveis estudadas);
- d) o tipo de estudo em questão.

No entanto, a precisão da descrição de cada um destes itens pode variar de revisão para revisão, dado que uma revisão sistemática serve para mapear o conhecimento sobre um determinado tema, é preciso bom senso na hora de aplicar esses critérios, usando-os no seu sentido mais amplo (CLARKE, 2000).

Conforme o protocolo de Cochrane, a identificação dos itens-chave na pergunta de pesquisa guiarão a escolha dos descritores para busca.

Figura 1. Identificação dos itens-chave da pergunta de pesquisa proposta para a primeira fase.



Fonte: desenvolvido a partir de Carnut (2015)

As estratégias de busca são elaboradas por meio das palavras da pergunta, seus sinônimos e descritores associados. Assim, obtém-se um grupo de estudos identificados pelo objeto, um segundo grupo de estudos localizado pela amplitude e um terceiro grupo de estudos baseados na estratégia da qualificação do objeto, sendo o resultado da intersecção dessas estratégias a amostra de pesquisa.

3.2 Processo de busca e critérios de inclusão

Será realizada uma busca sistemática nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores do Medical Subject Headings

(MeSH) e seus correlatos, no idioma português: Educação Superior; Atenção Primária à Saúde; Formação Profissional; Integração Docente Assistencial.

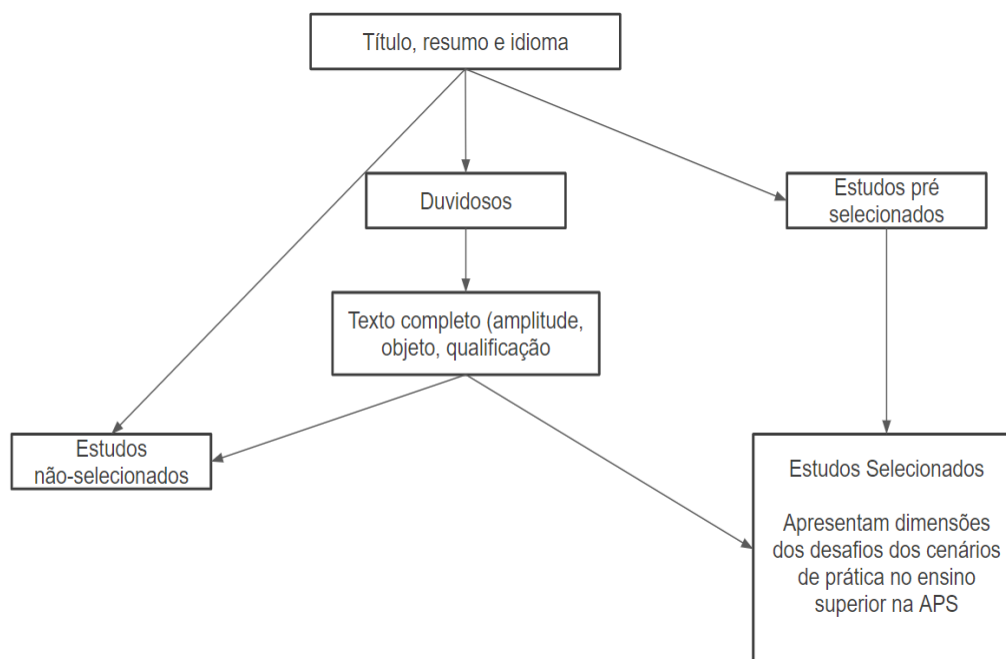
Os descritores serão combinados em pares através do operador "AND", e posteriormente os pares serão correlacionados utilizando o operador "OR", a fim de excluir estudos repetidos e não pertinentes ao tema em sua totalidade.

3.3 Seleção dos estudos

Serão incluídos à pesquisa, os estudos no idioma português, realizados através de metodologia qualitativa, publicados entre os anos de 2010 a 2019, que apresentem o texto completo disponível e observem os itens-chaves da pergunta de pesquisa, tratando-se dos cenários de prática da APS no ensino superior em saúde, identificados após leitura dos resumos.

A seleção será processada em duas fases: a) avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados e b) avaliação do texto completo (Figura 2).

Figura 2. Fluxograma das etapas de realização da seleção dos estudos.



Os trabalhos serão categorizados com base nos objetivos, metodologia, resultados e conclusão, identificadas similaridades e dimensões dos desafios dos cenários de prática no ensino superior na APS, para posterior análise e interpretação.

3.4 Análise e síntese dos estudos selecionados na revisão

Para os estudos de metassíntese podem ser utilizadas diferentes opções metodológicas, desde abordagens de interpretação integrativa, a técnicas semelhantes às utilizadas nos estudos de metanálise.

Sousa e Branco (2013) apresentam o método de quatro fases:

Quadro 2: Etapas da metassíntese segundo Sousa e Branco (2013)

| Fases | Etapas | Atividades |
|-------|---------------------------------|--|
| 1 | Amostra (estudos) | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar uma unidade de análise ou questão de partida; - Critérios de inclusão e exclusão; - Localização dos estudos; - Seleção dos estudos relevantes |
| 2 | Principais conclusões | <ul style="list-style-type: none"> - Ler e reler os relatórios dos estudos; - Leituras repetidas para perceber os estudos como um todo; - Atenção aos detalhes de cada estudo; - Reunir os resultados. |
| 3 | Relacionar os temas encontrados | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar temas comuns e diferenças entre os estudos; - Confrontar os temas. Agrupar principais conclusões, dividir por áreas similares e analisar a relação dos conceitos chave; - Classificar temas / sub-temas; - Interpretar o conteúdo (identificar inconsistências e incongruências). |
| 4 | Descrever o fenômeno | <ul style="list-style-type: none"> - Descrever o fenômeno; - Descrição do tema referindo o estudo original; - Escrever a síntese. |

Fonte: Sousa e Branco (2013)

Segundo Lopes e Fracoli (2008), o tratamento de resultados qualitativos obtidos em uma revisão sistemática pode ser apresentado na forma narrativa,

quantitativa de estatística de achados qualitativos (metassumarização), ou através da interpretação dos resultados (metassíntese).

Neste estudo optou-se pela metassíntese como forma de síntese qualitativa, trata-se de uma integração interpretativa de resultados qualitativos que são, em si mesmos, a síntese interpretativa de dados. Tais integrações vão além da soma das partes, uma vez que oferecem uma nova interpretação dos resultados. Essas interpretações não podem ser encontradas em nenhum relatório de investigação, mas são inferências derivadas de se tomar todos os artigos em uma amostra, como um todo (LOPES, FRACOLLI, 2008).

3.5 Segunda Fase

3.5.1 Tipologia do estudo

A segunda fase deste estudo tem como objetivo analisar os estudos e relatos em relação aos desafios dos cenários de prática do ensino superior na APS, para isso pretende-se utilizar de metodologia qualitativa, com objetivo de reunir resultados qualitativos de diferentes estudos, de modo a transformá-los em dados passíveis de análise estatística, através da coleta de dados secundários, que buscam estabelecer conclusões a partir dos estudos primários, através da sistematização dos dados encontrados, que são comuns à estes estudos.

3.5.2 Considerações teóricas a respeito do objeto e da análise dos dados

Essa fase da pesquisa apresenta dois elementos teóricos fundamentais, a análise dos desafios dos cenários de prática do ensino superior na APS e a hipótese de sua intensificação, após a instituição do novo financiamento da APS que promove a neoseletividade no SUS.

3.6 Considerações Éticas

Segundo nota oficial de 06 de agosto de 2019, atualizada em 22 de dezembro de 2020, do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em conjunto com a Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa (ProPGPq), Pró-Reitoria de Graduação (Prograd), Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (Proec), Gabinete da Reitoria, Superintendência de Tecnologia de Informação (STI), Escritório de Integridade Acadêmica e Coordenadoria da Rede de Bibliotecas da Unifesp, os projetos de pesquisa que não envolvam seres humanos, nem animais vertebrados vivos direta ou indiretamente estão dispensados de cadastro temporariamente.

Deste modo, para este projeto de pesquisa, não foi exigido documento de registro ou de aprovação no CEP, sendo enviada a Declaração de Responsabilidade ao Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior (CEDES) do Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde, Modalidade Profissional, disponível em Anexo 1.

Para os estudos de revisão bibliográfica e metassíntese, serão aceitos aqueles cuja apreciação ética foi considerada na condução do estudo conforme será verificado no corpo do manuscrito na fase de leitura dos textos completos.

4.1 Produto de Pesquisa 1

Cenários de práticas na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil

Karina Magrini Carneiro Mendes¹ (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6620-0548>)

Leonardo Carnut² (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>)

Lúcia Dias da Silva Guerra³ (ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0093-2687>)

¹Docente na Universidade São Francisco, mestranda em Ensino em Ciências da Saúde na Universidade Federal de São Paulo.

²Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde (PPGCECS), Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior de Saúde (CEDESS).

³Professora do Centro Universitário Anhanguera. Curso de Graduação em Nutrição.

Resumo:

O Programa Previne Brasil, por meio do novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde tem impactos profundos na universalidade do sistema, favorecendo a focalização e a neoseletividade, caracterizadas pela oferta de serviços públicos restritos aos estratos populacionais mais pobres, sendo um risco à sustentabilidade financeira do SUS municipal. Sob a ênfase da mensuração puramente quantitativa de pessoas vislumbra-se implicações concretas para o SUS enquanto cenário de prática de ensino. Por isto é que este estudo visa refletir sobre os possíveis desafios dos cenários de práticas no SUS à luz da neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil no âmbito da atenção primária à saúde. Do ponto de vista da modalidade textual, este artigo se refere ao formato ensaístico como forma de transpor fronteiras culturalmente demarcadas pelo pensamento metódico conforme descrito por Adorno. Está dividido em seis seções que versam, brevemente, desde os cenários de prática como elemento central das ações de integração ensino-serviço-comunidade até a agudização dos desafios já existentes no cenário induzido pelo programa. Por fim, apresentam-se os pontos mais centrais em que os cenários já estão passando neste momento.

Descritores: Educação Superior; Atenção Primária à Saúde; Formação Profissional; Integração Docente Assistencial

Abstract:

The Previne Brasil Program, by means of the new financing model for Primary Health Care, destitutes the logic of Primary Health Care has profound impacts on the universality of the system, favoring targeting and neoselectivity, characterized by the provision of public services restricted to the strata populations, being a risk to the financial sustainability of the municipal SUS. Under the emphasis of the purely quantitative measurement of people, concrete

implications for SUS as a teaching practice scenario are seen. That is why this study aims to reflect on the possible challenges of the scenarios of practices in SUS in the light of the neoselectivity induced by the Previner Brasil Program in the scope of primary health care. From the point of view of textual modality, this article refers to the essay format as a way of crossing culturally demarcated boundaries by methodical thinking as described by Adorno. It is divided into six sections that deal briefly with the practice scenarios as a central element of the teaching-service-community integration actions to the aggravation of the challenges that already exist in the scenario induced by the program. Finally, the most central points in which the scenarios are already passing are presented.

Keywords: College education; Primary Health Care; Professional qualification; Teaching Assistance Integration

Introdução

Do ponto de vista legal, compete à gestão do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação e no desenvolvimento científico e tecnológico (Constituição Federal, art. 200, incisos III e V) (BRASIL, 1988). O art. 27 da lei n. 8.080/90 reconhece que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, de modo a articular os interesses das Instituições de Educação Superior com o do SUS, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população¹.

Este caminho legal-normativo visa uma mudança na formação em saúde no qual os profissionais possam construir uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, sendo capacitados a atuar, com base em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde e na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de compromisso social e responsabilidade cidadã².

Historicamente, esses profissionais, tiveram como cenários de prática em seus cursos de graduação, notadamente, ambientes clássicos do trabalho biomedicalizado: hospitais e clínicas. Até o início do século XX, a formação em saúde era estritamente baseada em um modelo de atenção individualizado e especializado. Isto teve uma implicação para o trabalho no SUS importante já que esses profissionais se encontravam pouco preparados para atuar junto aos problemas de saúde da coletividade³.

Pode-se dizer que a formação em saúde e a educação profissional não acompanharam os princípios e diretrizes do SUS, idealizados a partir da Reforma Sanitária Brasileira, diante dessa realidade, associada à instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1997 iniciou-se o processo de construção e implementação das Diretrizes

Curriculares Nacionais (DCN), sendo aprovadas entre 2001 e 2004 as DCNS dos cursos da saúde no Brasil, que norteiam a elaboração dos projetos políticos e pedagógicos das Instituições de Ensino Superior (IES).

Esse contexto, associado às políticas públicas de saúde, evidencia a necessidade de implementar mudanças nos cursos de graduação a partir de ações como, por exemplo, a ampliação dos cenários de prática para toda a rede municipal, práticas interdisciplinares e adoção de metodologias de ensino-aprendizagem que promovam um ‘aprender com a prática’³.

Por mais que este esforço venha transformando o processo de trabalho em saúde e ampliando a cobertura dos serviços de maneira a obter efeitos imediatos na qualidade das futuras gerações de profissionais de saúde das diferentes áreas nas últimas duas décadas, o cenário sobre esta ampliação mudou³. Com a inflexão político-econômica vivenciada em 2016 e com o avanço do ajuste ultraneoliberal proporcionado pela Emenda Constitucional 95 (EC-95), a atenção primária tem sido um novo lócus de seletividade dos serviços proporcionado pelo Programa Previne Brasil, podendo, com isso, ter implicações sobre seu papel enquanto cenário de práticas de ensino.

É neste caminho que este estudo visa refletir sobre os determinantes históricos da articulação da IESC e como este acúmulo encontra com os desafios dos cenários de prática no SUS à luz da neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil no âmbito da atenção primária à saúde. Para isso, optou-se pela modalidade textual do tipo ensaio, devido à possibilidade de a orientação ser dada não pela busca das respostas e afirmações verdadeiras, mas pelas perguntas que possam orientar reflexões mais profundas⁴. Por isto, inspirou-se em Adorno (2003), quando este defende que o ensaio é um momento de escrita que favorece a ultrapassagem de fronteiras culturalmente demarcadas dificilmente transgredidas quando do uso de métodos de cunho positivista⁵.

Assim, o texto foi dividido em seis seções, que, longe de esgotarem o tema, trazem consigo argumentos para refletir e ponderar sobre a dimensão dos cenários de prática no âmbito da integração ensino-serviço, sua gênese, seu percurso histórico nacional e internacionalmente, suas potencialidades e dificuldades, e, como a neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil apresenta grande potencial em somar-se como mais uma dificuldade que esta integração entre universidades, serviços, gestores e comunidades precisarão enfrentar.

O cenário de prática no serviço como dimensão da Integração Ensino-Serviço-Comunidade

A Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) é entendida como trabalho coletivo, pactuado e integrado de discentes e docentes de cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação, na área da saúde e outros cursos de interesse, com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores e a participação do controle social, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores dos serviços, cumprindo um dos objetivos do SUS que é aprimorar continuamente a formação e a gestão do trabalho em saúde⁶.

A IESC é um dos pilares para a transformação no processo formativo, das práticas pedagógicas e de saúde, que só serão possíveis mediante articulação entre a gestão do sistema de saúde e as instituições formadoras. É iminente e necessária a adequação da formação para que os profissionais atendam os interesses da sociedade, considerando seus determinantes sociais e de saúde, assim como no enfrentamento de problemas epidemiológicos e, ainda, relativos à organização da gestão dos serviços para que possam estruturar a rede de cuidados de maneira universal⁷.

A inserção dos alunos nos cenários de prática do SUS permite vivenciar a realidade do trabalho e desenvolver um olhar reflexivo para o coletivo desmistificando a atuação nos serviços universitários especializados, como clínicas e ambulatórios das instituições de ensino como espaços “controlados” e de “excelência” pedagógica. Mais do que perseguir o foco centrado na assistência individual e na doença, deseja-se construir o cuidado integral, interprofissional e em rede de atenção que só os cenários no SUS oferecem. Mais do que um mero arranjo poliárquico entre diferentes serviços, os alunos devem aprender que os padrões de cooperação e interdependência são essenciais⁸ e devem ser exercitados como uma das principais competências comuns dos profissionais de saúde no século XXI.

É no cenário da prática nos sistemas de saúde que se tem o espaço privilegiado para o aluno em formação e para o profissional, como modalidade da educação permanente em praticar a interprofissionalidade, já que este ato em equipe gera reflexão sobre as possibilidades da prática do cuidado e do trabalho conjunto⁹, muitas vezes não oportunizado pelos “espaços protegidos” das clínicas ou hospitais-escolas dos *campi* universitários. Por exemplo, Cabral et al¹⁰ afirmam que os estudantes que experimentam essa integração se tornam promotores de saúde, profissionais generalistas, capazes de se adaptar ao ambiente, atender as demandas da população, atuando na prevenção de doenças e promoção à saúde.

Especialmente a adaptação ao ambiente é uma das características que o cenário de práticas oferece como enriquecedor da experiência profissional advinda da ação. É neste ponto que se

considera que o cenário expressa sua maior contribuição educativa já que, como dito por Freire¹¹, a ação educativa mais poderosa é a do encontro sistemático entre prática e teoria, criando-a e recriando-a por meio da ação-reflexão-ação sobre o cotidiano. Nessa direção, a integração da prática (advinda da experiência sistemática) e da teoria (que reinforma a prática concreta) determina a práxis, como possibilidade transformadora da realidade¹¹.

É neste sentido que a centralidade da prática do profissional de saúde foi sendo problematizada e modificando seu lócus ao longo do tempo. Desde a gênese do debate sobre o “lugar de prática” dos profissionais de saúde, até os dias atuais muita coisa avançou, contudo, é importante reconhecer os antecedentes genéticos deste debate para que, adiante, perceba-se o que há de retrocesso do que se vive nos dias atuais.

A gênese do “lugar da prática” dos profissionais de saúde: ontem e hoje

A prática dos profissionais de saúde é um tema de importância central desde sempre. Primeiramente problematizado pelo ensino médico, a preocupação com a formação dos profissionais da saúde teve seu momento inicial em 1910, com o projeto de avaliação do ensino médico nos Estados Unidos da América, desenvolvido por Abraham Flexner, através da publicação do estudo *Medical Education in the United States and Canada*¹². Neste estudo o cenário da prática era o hospital como ambiente de excelência que permitia o acesso a uma multiplicidade de casos.

O que o relatório Flexner propôs foi a reconstrução do modelo de ensino médico, embasado em métodos, que hoje parecem triviais: as escolas médicas devem estar baseadas em universidade e os programas educacionais devem ter uma base científica. Segundo Flexner, o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta¹². A doença, então considerada um processo biológico, portanto, natural, requer intervenção em seu curso. O social, o coletivo, o público e a comunidade eram dispensáveis para o ensino médico e não eram considerados implicados no processo de saúde-doença¹².

A centralidade do cenário de prática no âmbito hospitalar provocou uma institucionalização importante da medicina científica da época em especial no espaço da organização pública da prestação de serviços, contudo, o caráter segmentado e parcelar da prática médica provocado por sua ‘hospitalização’ gerou profundas marcas na concepção do que se considera como ‘qualidade no ensino médico’. Recomendou-se naquele período que o melhor ensino da prática médica era aquele centrado em cenários médico-centrados, hospitalares e pela experiência prática pouco refletida (tentativa e erro) do contato com vários ‘casos clínicos’. O hospital, sem dúvida, simboliza-se como espaço da excelência profissional¹³.

Se “ontem” (à sua época) o modelo de ensino flexneriano respondia aos anseios da prática médica hoje, porém, as recomendações flexnerianas soam um tanto desconexas com a realidade atual. Mesmo não sendo possível prescindir do âmbito hospitalar, é reconhecido que este modelo de formação profissional é incapaz de suprir as necessidades dos sistemas de saúde baseadas em atenção primária e em uma perspectiva integral¹⁴. O maior acesso às informações em saúde e conscientização das pessoas, mudaram as expectativas e exigências da população quanto às condições de oferta dos serviços, assim como a mudança do perfil epidemiológico, com predomínio das doenças crônico-degenerativas, exigiu um reordenamento das ações e estratégias de saúde, que possibilitem o cuidado integral, através da atuação multi(inter)profissional e instituição das redes de atenção à saúde⁸.

Hoje não basta o conhecimento técnico-científico, teórico, é necessário que o profissional desenvolva competências e habilidades que propiciem à prática da saúde coletiva que o ambiente hospitalar não oferece. Aspectos como entendimento e a participação na construção das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde, por exemplo, são umas delas. As modificações do modelo de atenção à saúde provocam grande impacto sobre as estratégias de ensino-aprendizagem nos processos de produção, desenvolvimento e distribuição do conhecimento, e, claro, nos cenários que oportunizam estes aprendizados¹².

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como espaço privilegiado de inserção do ensino em saúde, pois proporciona a visão e a prática à atenção integral à saúde considerando seus determinantes biopsicossociais, ações de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação, de modo interprofissional, através do trabalho em rede e integrado dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Trata-se de uma estratégia que promove o aprendizado vinculado às necessidades reais de saúde da comunidade, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em busca de sua efetivação a IESC apresenta-se como estratégia potencial e efetiva.

Breve história da integração ensino-serviço-comunidade no Brasil

Em resgate histórico da integração ensino-serviço observa-se que desde a criação dos primeiros cursos de graduação na área da saúde no Brasil, os serviços de saúde conformam-se como locais de ensino e de práticas para os futuros profissionais. No entanto, essa discussão tornou-se mais efetiva na década de 70, quando o Ministério do Trabalho e Previdência Social enfatizou sua importância para a formação de profissionais para atuar na atenção à saúde, visando ao equilíbrio entre a qualidade e a quantidade dos profissionais¹⁵.

Desde sua criação, por meio da lei nº 8.080, de 1990, o SUS traz elementos no sentido de fazer avançar o debate sobre a intrínseca associação entre as estruturas de formação e as de incorporação dos profissionais no mundo do trabalho, passando a ser ordenador da formação profissional¹⁶. Tal marco legal desencadeia, na prática, uma série de iniciativas para mudanças no ensino, de modo a contribuir para que o SUS fomente a integralidade do cuidado e o trabalho interprofissional¹⁷.

Isso exige, além de investimentos no aperfeiçoamento dos profissionais, uma estrutura acadêmica apoiada em relações de parceria da universidade com os diversos setores da sociedade civil. O desafio é reconhecer a integração ensino-serviço como alicerce da construção de um novo modo de ensinar, aprender e fazer, efetivo para todos os sujeitos envolvidos: docentes, discentes, gestores das IES e do SUS, profissionais e população¹⁸.

A aproximação entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) nas três últimas décadas, marcou a cooperação interministerial para a formação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde através de programas e estratégias que citaremos brevemente a seguir.

Projeto de Integração Docente-Assistencial (IDA)

Segundo Rodrigues¹⁹, a origem conceitual da integração docente-assistencial está estreitamente ligada à difusão da medicina comunitária. Para superar as fragilidades da formação e atender as necessidades de transformação dos modelos de atenção à saúde, explicitados durante o período da Reforma Sanitária, em meados da década de 70, foi proposta a Integração Docente-Assistencial (IDA) desencadeando iniciativas de reformulação do sistema de saúde e dos currículos universitários¹⁵.

A IDA foi apresentada como uma proposta de planejamento de saúde e educação para ajustar necessidades sociais e tecnológicas, sendo definido pelo MEC como:

União de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino²⁰⁽¹⁶⁾

Portanto, segundo esse conceito, o programa previa a participação da comunidade, com objetivo do desenvolvimento de atividades acadêmicas e dos serviços orientadas para as necessidades da população, implicando na redefinição do sistema formador e do prestador de serviços com uma postura crítica sobre a realidade²¹.

Rodrigues¹⁹ apresenta também a perspectiva das instituições de ensino sobre o programa, com objetivo de desonerar as escolas que detinham recursos e instalações – laboratórios, hospitais e unidades de saúde – próprios, duplicando gastos e limitando a capacidade de expansão do ensino. A IDA seria, portanto, também um elemento de racionalidade requerida para diminuir os custos de ensino da área de saúde e dar um papel mais aplicado à escola. A integração serviço-ensino é, na proposta original, uma proposta eminentemente racionalizadora de custos, e, claro, propulsora de extensão da cobertura às populações.

Projeto UNI e Rede Unida

No início da década de 90 como avanço do SUS surgiram várias iniciativas para buscar um novo modelo científico biomédico e social que tivesse por finalidade fundamental e projetar um novo paradigma educativo em função do indivíduo e da sociedade²².

Financiado pela Fundação Kellogg, o “Projeto UNI – Uma nova iniciativa na educação de profissionais de saúde - União com a comunidade” (1991-1997) objetivava contribuir para a formação dos profissionais de saúde. Ele nasceu já com o acúmulo teórico e metodológico do projeto IDA¹⁷ e foi desenvolvido em 23 projetos, em 11 países da América Latina, dos quais seis no Brasil: Marília e Botucatu (São Paulo), Brasília (Distrito Federal), Londrina (Paraná), Natal (RN) e Salvador (BA)²³.

Em 1996, o Projeto UNI passou a integrar e construir uma nova identidade da Rede IDA, que passou a se chamar Rede UNI-IDA²³. Em 1998, a Rede UNI-IDA passou a ser denominada Rede UNIDA, expressando a compreensão de que era necessário ultrapassar o espaço de uma profissão, de um departamento, instituindo o multiprofissionalismo, dando lugar aos usuários e ampliando a interação com o sistema de saúde.

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

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), foi criado em 2005, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESu), do Ministério da Educação (MEC). Contemplando, inicialmente, cursos de medicina, enfermagem e odontologia, o Pró-Saúde foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde em 2007²⁴.

Com a proposta de envolvimento recíproco entre instituições de ensino e serviços de saúde, o Pró-Saúde propõe planejar e desenvolver práticas de saúde articuladas e coerentes à realidade local, atendendo às diretrizes do SUS e da formação de profissionais orientados para

atuar nesse sistema. Para isso, envolve educadores e educandos de uma Instituição de Ensino Superior (IES) e profissionais atuantes nos serviços de saúde locais, considerando a interação ensino-serviço como elemento fundamental para o desenvolvimento de estratégias que superem os desafios organizacionais da formação profissional²⁵, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e em consonância com o Relatório para a UNESCO²⁶.

Segundo Vendruscolo^{25,26}, o programa parte da perspectiva de que a reorientação da formação acontece, simultaneamente, em diferentes eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica), cada um com três vetores específicos e uma “imagem objetivo” (situação desejável). Os eixos não contêm uma regra de padronização, mas um exemplo que refere a necessidade de contemplá-los como elementos estruturantes da mudança, com vistas à integração entre IES e serviços de saúde.

A inserção do aluno no cenário real de prática, através da solução de problemas, a experiência da assistência e a responsabilização como agente de cuidado considerando-se seu grau de autonomia, nos diversos campos de prática, proporcionam ao estudante o desenvolvimento de competências, habilidades e a produção de conhecimento significativo e orientado às necessidades do SUS, sendo o professor um facilitador e orientador deste processo.

O Programa também pode contribuir para a qualificação dos serviços, com base na Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais e na produção científica decorrente da instituição de práticas educacionais coerentes com o desenvolvimento de um perfil profissional sintonizado com os desafios do trabalho no SUS²⁶.

PET Saúde

O PET-Saúde foi instituído em 2008 através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008, com objetivo de ampliar, promover, articular e apoiar ações e atividades de formação, voltadas às mudanças das graduações na saúde e a integração ensino-serviço-comunidade articuladas à educação permanente. O Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e pretende ainda promover e qualificar a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para o desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de forma que as necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas do SUS²⁷.

O monitoramento e avaliação do Pró-Saúde e a identificação dos avanços e desafios ainda por ser enfrentados conduziram à criação do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), que teve o objetivo geral coincidente com o Pró-Saúde, mas lançou mão de estratégias complementares, focadas no eixo dos cenários de prática e no processo de ensino-

aprendizagem que se dá na rede de serviços em uma relação que envolve o docente, o estudante, a equipe de saúde do serviço e os usuários do SUS²⁸.

COAPES e Parecer Técnico n. 300/2017

O Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) foi instituído por meio da Portaria Interministerial nº 1.127 de 04 de agosto de 2015, como dispositivo da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), com objetivo de facilitar os processos de negociação e tomada de decisão que envolvam ações de integração ensino-serviço-comunidade.

A contratualização do COAPES pretende garantir a efetivação dos compromissos da educação com a melhoria dos indicadores de saúde e qualificação dos trabalhadores, e o acesso do ensino superior aos estabelecimentos de saúde, fortalecendo a IESC, por meio da articulação de todos os atores para discutir e pactuar juntos a organização dos cenários de prática de determinada região ou município, assumindo, assim, responsabilidades mútuas e colaborativas que respeitem e valorizem os princípios do SUS²⁹.

Essa aproximação objetiva impulsionar a articulação ensino-serviço-comunidade, melhorar a assistência, a gestão e a formação em saúde, fortalecendo assim tais políticas públicas, com vistas à satisfação do usuário e em consonância com princípios e diretrizes do sistema de saúde.

Considerando as competências e habilidades necessárias para a formação dos profissionais de saúde, os artigos constitucionais presentes na Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990¹⁶, que versam sobre a articulação com os órgãos educacionais, de fiscalização do exercício profissional, e entidades de ensino, sobre a organização de um sistema de formação de recursos humanos para saúde, em todos os níveis de graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, para formação no SUS e para o SUS, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) emitiu a Resolução nº 569 em 08 de dezembro de 2017, que reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos trabalhadores da saúde e aprova, em seu artigo 2º, o Parecer Técnico nº 300/2017 que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos da área de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos³⁰.

Segundo o Parecer Técnico nº 300/2017:

A formação no/para o SUS deve ser pautada pelas necessidades de saúde das pessoas e pela integralidade da atenção. Para tanto, requer uma formação interprofissional, humanista, técnica e de ordem prática presencial. Além disso, é fundamental que as DCN retratem a forma como a produção social da saúde está colocada e ressaltem que

os trabalhadores da área estão inseridos nesse processo como agentes transformadores da sociedade, visando garantir saúde plena para a população³⁰⁽⁹⁾

As dificuldades já existentes nos cenários de prática na IESC na atenção primária

A integração ensino-serviço promove a troca de saberes e favorece a busca de atualização profissional no qual o cenário de prática no SUS é o elemento central. Enquanto o docente contribui na identificação de problemas da assistência e propõe estratégias de superação, o profissional da assistência exerce importante papel no fornecimento de informações sobre a realidade em que atua²³. É nesse espectro de dimensões do processo de integração em que se estreitam as relações entre docentes, alunos e trabalhadores de saúde^{31,32,33}.

Apesar de todas as possibilidades existentes, é inquietante perceber que a formação em saúde tem uma inserção nesses serviços caracterizada por um relativo distanciamento, um tratamento de certa forma cerimonioso entre os envolvidos, no qual as críticas que tenham ao outro não encontram canais adequados de expressão. Dessa forma, sem o diálogo esperado, limitam-se às possibilidades de um fazer diferenciado, que assumam concepções acerca do cuidado, dos processos e organização do trabalho, da gestão e da escuta do usuário³⁴.

Deparamo-nos com muitos conflitos decorrentes de problemas e dificuldades na interseção desses dois mundos. Há queixas que dizem respeito, muitas vezes, ao fato de a universidade estar no serviço sem levar em consideração os trabalhadores, ou, ainda, que não há participação do profissional do serviço, a não ser na supervisão do estudante, feita em alguns casos de modo assistemático e solitário, sem uma discussão ou presença mais efetiva do docente. Por outro lado, há críticas à diferença marcante entre a lógica da organização dos serviços, muito centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos, e a lógica do ensino, muito centrada na produção de seus conhecimentos teóricos e metodológicos dos campos pedagógicos e núcleos específicos³⁴.

A interlocução entre a formação e a atenção à saúde é capaz de oferecer mutuamente inúmeras possibilidades de saber-fazer e saber-ser, sobretudo, na integração. Contudo, para a efetivação dessas ideias, torna-se necessário a criação de espaços de diálogo entre academia, serviços e comunidade, para fortalecer o papel de cada um na reorientação da formação e na reorganização da atenção à saúde.

Esse resultado depende de movimentos intencionais do gestor municipal na articulação, por meio de relações horizontais, entre os serviços de saúde, as instituições de ensino, estudantes e comunidade. Observa-se que o modelo de gestão, em especial a nível municipal interfere diretamente nas ações de integração, o modo como é concebida e organizada pode reduzir os cenários de prática a meros fornecedores de usuários e/ou locatários de espaço. A

desmedida supervalorização do ambiente hospitalar, em detrimento dos demais níveis de atenção à saúde, que reforça o modelo biomédico, devem ser enfrentados por todos que compõem o quadrilátero da IESC, induzindo a inserção da academia em ambientes pouco valorizados, mas com muita potência de transformação.

Memo assim, vem se observando a falta de priorização a IESC pela gestão e organização dos cenários de prática pouco tradicionais, além dos conflitos existentes nas relações de poder dos distintos atores e predominância de interesses hegemônicos políticos e das instituições formadoras. A academia parece visualizar o serviço de saúde como um local de prática para o estudante, com pouco vislumbre à transformação dos processos de atenção à saúde¹⁵.

As instâncias gestoras mobilizam a integração ensino-serviço ao serem reconhecidas como espaços dialógicos de tomada de decisão. O conflito está presente, como acontece em todos os espaços coletivos de gestão, e nesse caso, ele tem a ver com a dialética do saber e do fazer, cujas entidades representantes são, respectivamente, a universidade e o serviço de saúde. Vale lembrar que, nesses processos, o fundamental é saber conviver e lidar com os conflitos, por meio de ferramentas de gestão que possibilitem transformar relações de poder em interações mais horizontais e mais flexíveis²⁵.

Na literatura apresentam-se dificuldades entre academia e serviços no que tange à pactuação com cenários de práticas (inclusive fora do âmbito clínico), ausência de carga horária docente para as atividades de articulação³⁵, práticas em saúde nas unidades locais ainda pouco atrativas³⁶, pouca aproximação dos gestores/profissionais de saúde responsáveis pela articulação ensino-serviço com o projeto político-pedagógico da instituição formadora³⁷, formação pedagógica dos preceptores ainda incipiente³⁸, pouca carga horária curricular para atividades de IESC nos currículos.

O cenário de prática na atenção primária: desfinanciamento e neoseletividade induzida

O direito à saúde é defendido na Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”¹⁶. Sendo a saúde um direito fundamental que não pode ser subtraído, dentro do limite da realidade, o Estado está obrigado a promover a saúde na maior medida possível. Nesse sentido, os poderes públicos devem realizar todos os esforços para efetivar esse direito, pois sua concretude só ocorrerá quando tudo aquilo que for fático e juridicamente possível seja feito ³⁹.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, com objetivo de reorientar o modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. A portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes dessa política, segundo ela, em seu artigo 2º⁴⁰:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária⁴⁰.

Mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da APS no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS⁴¹.

A questão da seletividade no contexto das políticas, da gestão e da administração pública pode ser pensada dentro da estrutura do Estado capitalista classista, definido como uma forma institucionalizada de poder público, decorrente de relações sociais, respaldada por anteparos jurídicos legais e relacionada com a produção material, cujo conteúdo é a acumulação privada⁴². Através das políticas públicas, o Estado capitalista viabiliza, regulamenta e estabelece uma complementaridade funcional entre o sistema de instituições políticas e o sistema econômico⁴³. Ainda que levemos em consideração diferentes momentos históricos, a privatização da produção, a dependência de impostos, a acumulação e a legitimação são elementos definidores dos Estados capitalistas⁴⁴. Cada um destes quatro elementos definidores visa dar ao Estado capitalista a função de criar e sustentar as condições da acumulação privada do capital e, ao mesmo tempo, negar sua natureza de classe, apresentando-se como guardião dos interesses comuns e gerais da sociedade⁴². No entanto, como pontua Jon Elster⁴⁴, os interesses das classes dominantes no Estado capitalista servem como limites e não como objetivos para a ação do Estado.

Para a idealização, regulamentação, operacionalização e concretização de políticas públicas na área da saúde, educação, habitação, assistência social, segurança pública, cultura, entre outras, é necessário que pautas sejam consideradas e discutidas pelas instituições que compõem a estrutura dos Estados. A discussão sobre as decisões que impactam na organização e funcionamento dos Estados capitalistas nos leva para o campo das teorias de seletividades do aparato estatal e sua consequente atuação por meio das políticas públicas e intervenções estatais

que contribuem para a manutenção dos processos de acumulação capitalista e para a realização de ações que legitimam as políticas realizadas.

Offe⁴³ conceituou a seletividade como sendo o desempenho das instituições políticas no processo decisório de políticas públicas, agindo como um sistema de filtros, de modo a incluir ou a excluir de suas agendas atos concretos por injunções estruturais, ideológicas, processuais e repressiva. A seletividade das instituições públicas nos níveis estrutural, ideológico, processual e repressivo vai definir o que de fato se transformará em intervenções estatais na forma de políticas públicas, alocativas e produtivas⁴².

Boschetti⁴⁵, em um estudo que discute a seletividade e a focalização das políticas de assistência social no Brasil, afirma que a seletividade se rege pela intenção de eleger, selecionar, optar, definir quem deve ser incluso pelas políticas públicas. Ainda de acordo com a autora, a seletividade esgota-se em si mesma, em seus critérios de "menor elegibilidade" e conforma-se com a redução e a residualidade nos atendimentos. Neste estudo, Boschetti faz uma distinção entre seletividade das políticas públicas e o estabelecimento de prioridades que devem ter como objetivo definir quais são as situações e quem são os usuários prioritários num universo claramente demarcado de metas a serem atingidas⁴⁵.

Buscando entender aspectos referentes à questão da influência que o Estado sofre pelas classes dominantes da sociedade, Claus Offe trabalhou com uma série de análises que procuravam responder tal questão⁴³. O autor analisou e criticou duas correntes existentes há época, a "teoria das influências" e a "teoria dos fatores limitantes". As teorias da influência são aquelas que encaram o Estado capitalista como sendo um instrumento das classes dominantes, servindo como suporte institucional no processo de valorização dos interesses dos capitalistas. Já as teorias dos fatores limitativos acreditam não ser possível que as instituições políticas possam se tornar instrumento de influência de interesses não capitalistas. Para Offe, essas duas análises acabam não sendo eficientes para demonstrar o verdadeiro caráter de classes do Estado, uma vez que procuram explicar tais fenômenos apenas considerando os fatores externos e esquecem as motivações internas do próprio Estado⁴³.

A partir de críticas e análises realizadas, Offe desenvolveu uma teoria sobre a seletividade das políticas públicas onde um sistema de regulamentação seletiva que implica, por parte do Estado, escolhas e exclusões, cujos critérios fundamentam-se em duas premissas básicas: 1) favorecer a articulação global dos interesses capitalistas de modo a favorecer o processo global de acumulação distanciando-se de interesses individuais e de grupos e 2) defender os interesses das classes dominantes contra ameaças anticapitalistas que ponham em risco o processo de valorização do capital e sua acumulação, afastando da agenda decisória das políticas

governamentais tudo que possa ameaçar e prejudicar a estabilidade do sistema⁴³. Rodrigues (1997) coloca que nestas condições, a seletividade não resulta de uma restrição aleatória dentro de um espaço de possibilidades⁴². Segundo o autor, existem regras de fato institucionalizadas que rejeitam sistematicamente certos eventos que pelo fato de não se concretizarem são tidos como “não acontecimentos”, sendo igualmente necessário investigar a mobilização de atores (indivíduos e grupos) responsáveis pela não tematização de certos problemas nas agendas decisórias⁴².

Seibel⁴⁶ discute o conceito Offeano de seletividade considerando as transformações mundiais em decorrência do processo de globalização que alterou os elementos estruturais que orientavam a compreensão e a prática da seletividade no âmbito da Administração Pública. Um primeiro pressuposto discutido por este autor, diz respeito à origem do debate que levou o autor Claus Offe a desenvolver o conceito de seletividade, isto é, o debate em torno do caráter de classe do Estado proposto pelo autor. Apesar de não retomar esta questão, Seibel reforça sua importância considerando novas formas de seletividade produzida a partir deste debate. O autor sugere alguns eixos que passam a ter relevância no processo de globalização nas duas últimas décadas que reorientaram a prática seletiva das ações públicas e que nos indicam a redefinição do conceito de seletividade. De acordo com Seibel⁴⁶: a) no contexto globalizado, os Estados Nacionais passam a sofrer maior influência de pressões das agências internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e Organização das Nações Unidas (ONU), reduzindo o papel dos Estados nas decisões e na gestão das políticas públicas; b) ao Estado fica reservado o papel de regulador de funções de proteção e bem-estar, outrora governamentais, agora operadas pelo mercado. O Estado mantém e amplia a condição de gestor das funções de coerção e repressão (justiça, legislação e repressão); c) o mercado passa a ser o principal fornecedor de serviços de proteção social e portanto, explicitamente seletivo a partir de critérios muito claros de propriedade, renda e salário. A gestão das funções governamentais, isto é, da administração pública, orientadas eticamente a partir de valores formulados historicamente por movimentos políticos e sociais, agora são inseridos numa posição secundária, deslocados por valores oriundos da lógica do mercado e d) Ocorre uma alteração no perfil dos segmentos sociais demandantes de políticas sociais, considerando principalmente uma forte alteração nos padrões de pobreza (a pobreza como fruto de baixos níveis salariais e não necessariamente provocada pelos níveis de desemprego), na mobilidade social (migração); na estrutura familiar (monoparental feminina); no aumento do mercado informal com a ampliação da superexploração do trabalho feminino e do aumento do trabalho infantil⁴⁶.

As práticas seletivas correspondem a realidades históricas e políticas que nos remetem à questão das relações de classe e às formas de dominação. Essas formas de dominação se expressam como “matrizes de poder” ou, “matrizes de seletividades”. Ao mesmo tempo, estas matrizes de poder organizam suas práticas seletivas no espaço circunscrito por instituições (espaço de decisões) que são dinamizados por uma cultura político-administrativa (tecnocrática ou patrimonial, p. ex.) esta cultura se materializa, portanto, numa prática de seletividades⁴⁶.

Em relação à saúde, apesar de ser um direito universal, na prática, observamos que certas frações da classe trabalhadora mais pauperizada se utilizam do sistema privado, destacando-se os planos de saúde acessíveis por exemplo. Ainda assim, isso não significa que houve uma renúncia ao direito constitucionalmente assegurado, pelo contrário, estas frações gozam do direito universal seja por viverem em áreas adstritas à APS (ao pensarmos em uma assistência direta potencial) seja pelo acesso às visitas domiciliares ou trabalhos comunitários intersetoriais desenvolvidos pela equipe (atenção à saúde em geral). Assim, o princípio da universalidade consiste em promover indistintamente o acesso (seja à assistência ou à atenção em geral), às ações que devem contemplar as necessidades individuais e coletivas, bem como ações reparadoras e preventivas, no âmbito do SUS, porém, observa-se que a seletividade na condução das políticas públicas de saúde restringem significativamente o acesso a todos esses tipos de ações, resultado, em grande medida, do processo de subfinanciamento crescente intensificado após a EC-95, ao congelar o gasto público em saúde por 20 anos, desfinanciando a manutenção de um sistema de saúde universal⁴⁷.

Nesse contexto, a APS vem sendo alvo de um conjunto de mudanças que, em sinergia, apresenta grande potencial de alteração de alguns pilares que vinham favorecendo a estabilidade institucional e o alcance de bons resultados sanitários, sobretudo, via Estratégia de Saúde da Família (ESF). Às alterações na Política Nacional de Atenção Básica em 2017 que colocou em xeque a prioridade dada à ESF; desmonte do Programa Mais Médicos, à proposta de Carteira de Serviços da APS⁴⁸ e criação da Agência de Desenvolvimento da APS (ADAPS), por meio da Medida Provisória 890/2019⁴⁸, soma-se, mais recentemente, uma nova proposição de financiamento⁴⁹.

Este desmonte vem se desenvolvendo delineado pelo documento do Banco Mundial⁵⁰, 2017, intitulado “Um Ajuste Justo – Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”, em síntese, o relatório sugere que o Brasil gasta mais do que pode e, além disso, gasta mal, refere que o aumento dos gastos públicos coloca o país em situação de insustentabilidade fiscal, e recomenda priorizá-los de forma a proteger os mais pobres e vulneráveis, e minimizar os impactos negativos sobre os empregos e a prestação de serviços públicos.

Instituído pela portaria nº 2979 de 12 de novembro de 2019, o novo modelo de financiamento da Atenção Básica, “Programa Previne Brasil”, segue as diretrizes do Relatório do BM, substituindo o PAB fixo e PAB variável, e os incentivos ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e gerentes da APS por um pagamento por capitação ponderada, calculado pelo número de pessoas cadastradas nas unidades de saúde, eliminando a lógica de transferências do valor “per capita” populacional do município e por adesão de estratégias. A partir da competência financeira de janeiro de 2020, o custeio da APS se torna um modelo misto que busca estimular o alcance de resultados e é composto pelos seguintes componentes: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas⁵¹.

A captação ponderada prioriza o cadastramento de pessoas vulneráveis, ajustando os valores de acordo com os determinantes relacionados ao perfil demográfico (valores superiores a menores de 5 anos e maiores de 65 anos), e a tipologia do município, rural ou urbana, segundo o IBGE. Este número será baseado nos registros de Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico (PEC) ou sistemas próprios/terceiros, monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)⁵¹.

Injustamente, a captação ponderada não considera a falta de informatização e portanto, a subnotificação e cadastros de inúmeros municípios brasileiros e ratifica que o “novo modelo” se trata da transferência de recursos para uma APS que prioriza os mais pobres, além de estipular um quantitativo máximo para captação de recursos por equipe, não há limite de cadastros, mas há o limite de repasse de até 4 mil pessoas, independente da realidade e real cobertura local.

Logicamente, limitar o repasse financeiro a um quantitativo máximo promove o desfinanciamento para muitos municípios pois desconsidera a realidade, a organização e as condições do sistema de saúde loco-regional. Esse processo agrava problemas já presentes no cotidiano das práticas na APS, como falta de estrutura física, insumos e equipamentos, queixas e dificuldades comuns relatadas na inserção de alunos nesses cenários de prática, que promovem o distanciamento da teoria e a prática.

O pagamento por desempenho considera os resultados dos indicadores alcançados pelas equipes, sendo eles: a) indicadores selecionados com base na relevância clínica e epidemiológica, b) indicadores de processo e resultados intermediários na ESF, c) indicadores de resultados em saúde, d) indicadores globais de APS, e) indicadores de monitoramento quadrimestral⁵². Os valores do pagamento por desempenho serão recalculados a cada 4 competências e serão transferidos mensalmente, portanto não havendo estabilidade de recursos financeiros.

Seguindo a lógica capitalista de produção de saúde, o pagamento por desempenho reduz os serviços de saúde às análises quantitativas de consultas e procedimentos, quase sempre permeadas por metas irreais aos profissionais assistenciais, que promovem o desgaste e o reducionismo das ações na APS, diante disso, a academia se vê ainda mais afastada dos cenários de prática, tanto pela impossibilidade de garantir preceptoria segura e eficiente, quanto por não responder às necessidades de produção dos serviços, provocando o desconforto e engessamento da IESC.

O financiamento de incentivo para ações estratégicas continuará seguindo o regramento vigente nas portarias que os instituíram⁵¹.

Este modelo de financiamento é inspirado, na proposta de alocação de recursos desenvolvida no sistema de saúde inglês, o *Resource Allocation Working Party* (RAWP), utilizado na Inglaterra entre 1976 e 1994, para a distribuição de uma parcela importante dos recursos financeiros destinados à prestação de cuidados de saúde, esse método implica assumir que um único indicador de saúde pode expressar a maior parte das necessidades da população⁵⁴.

Segundo Porto⁵⁴, em situações como no Brasil, onde a demanda e o uso de serviços são marcados pela variação social e as dificuldades de acesso são comparativamente maiores que as observadas no sistema de saúde inglês, esse modelo de predição do uso de serviços de saúde não reflete as reais necessidades da população.

A nova proposta de financiamento da APS, racionaliza a prestação de serviços promovendo a neoseletividade, termo que define a necessidade de focalizar a atenção para uma população específica, sob justificativa da escassez de recursos, a fim de garantir a saúde para os mais “pobres”, destituindo a lógica da atenção primária à saúde e a universalidade do sistema.

O modelo leva os municípios a perderem a única transferência governamental em saúde de base populacional atualmente existente, que é o PAB fixo, sendo um risco para a sustentabilidade financeira do SUS, eliminando incentivos para o NASF, o que significará sua abolição, e a extinção da prioridade para a ESF⁴⁹.

Considerações finais

As ações e serviços de saúde no SUS, constituem um direito social, a ser assegurado pelo Estado, sem distinções, restrições e a qualquer custo. A atenção básica vinha cumprindo seu papel de reorganização da atenção à saúde, ampliação do acesso, melhoria da qualidade e valorização da educação e promoção à saúde.

O Programa Previne Brasil, destitui a lógica da APS e a universalidade do sistema, através da focalização e neoseletividade, caracterizadas pela oferta de serviços públicos restritos aos estratos populacionais mais pobres, sendo um risco para a sustentabilidade financeira do SUS municipal, o que significará sua abolição, e a extinção da prioridade para a Estratégia de Saúde da Família. Permeado pela lógica de mercado, favorece a privatização de serviços, presidido na racionalidade financeira efetuada pela mensuração puramente quantitativa de pessoas e práticas em saúde.

Ainda que as políticas públicas de educação, fomentem a inserção do ensino superior na APS, a nova lógica de financiamento e operacionalização constrói uma dicotomia entre a teoria e a realidade da prática, promovendo o distanciamento ainda maior entre os interesses das IES, centrada na produção de conhecimentos em consonância com os princípios e diretrizes do sistema de saúde, e as necessidades dos serviços de saúde, focados na quantidade procedimentos técnico-operativos.

O novo modelo de financiamento fortalece a individualização dos serviços na APS e desconsidera o caráter universal do SUS, condicionando o repasse financeiro ao cadastro do usuário na ESF, erroneamente considerando essa a única porta de entrada no sistema de saúde, agravada pela destituição da lógica territorial e comunitária dos serviços, retrocedendo a lógica biomédica de produção de saúde.

Embora promovam a captação ponderada esperando aumento do número de pessoas cadastradas, valorizando as regiões mais vulneráveis, o financiamento depende da efetividade do cadastro, o que se torna um desafio para municípios com dificuldades administrativas, técnicas, instrumentais e materiais, tornando essa uma tarefa ainda mais complexa para regiões populosas, o que pode incorrer na redução de recursos e por consequência no aprofundamento do sucateamento das unidades de saúde, insurgindo incisivamente na qualidade pedagógica dos cenários de prática, sujeita a fatores como infraestrutura física, materiais disponíveis, profissionais para supervisão, e ritmo de funcionamento compatível com o processo de ensino-aprendizagem.

É pertinente atentar que, como eventual efeito da captação ponderada, a seleção de pacientes por meio da criação de barreiras para registro de pessoas que utilizem excessivamente o sistema de saúde ou que façam tratamentos de alto custo, finda por colaborar com a subnotificação de cadastros, o que dificultará mais uma o recebimento dos recursos financeiros fazendo, portanto, minguar as atividades de forma ampliada e universal no território restringindo-as às ações pontuais e centradas na doença.

Nesse contexto, as preocupações acerca do cuidado, dos processos e organização do trabalho, da gestão e do acesso do usuário ficam relegadas, assim como a preocupação com a promoção à saúde e ações coletivas, representando a redução ou o desencorajamento dessas atividades por alunos e docentes inseridos nos serviços, destoando das propostas da DCN e do desenvolvimento de competências para atuação na APS. Isto promove um retrocesso no âmbito formativo dos alunos inseridos na APS de maneira a endossar o modelo curativo em detrimento da perspectiva da promoção da saúde.

As desigualdades socioeconômicas, territoriais e assistenciais no Brasil exigem um sistema de saúde que considere seus determinantes sociais, orientado pela equidade, por meio do trabalho intersetorial, na perspectiva de garantia de acesso e direitos, compromissos que deveriam guiar as políticas de gestão do SUS e seu financiamento, o que se opõe ao modelo focalizado proposto pelo Programa Previne Brasil.

O pagamento por desempenho enfatiza a avaliação dos resultados das ações de saúde por meio do monitoramento quantitativo de procedimentos e indicadores, sem considerar os aspectos relacionais de atenção e promoção à saúde, não valorizando os processos educativos e emancipatórios dos usuários na APS, podendo suscitar a redução da atenção para problemas que não estejam contemplados nas métricas de avaliação.

A priorização da quantidade de atendimentos e procedimentos em detrimento de sua qualidade, certamente comprometerão as atividades de ensino, pesquisa e extensão, resultado da sobrecarga dos profissionais que ali prestam serviço, dificultando as ações de preceptoria, por indisponibilidade de profissionais, resultado das altas demandas de pacientes, e fomentando uma formação predominantemente técnica e procedimental, objetivada pela exigência de uma resposta quantitativa também pelos atores da IESC.

Por fim, o pagamento por incentivo para ações estratégicas, mantém a lógica de recompensa do desempenho, porém parece incompatível com os programas de indução ao trabalho interprofissional. Estes pagamentos, na prática, limitam a integralidade do cuidado, como por exemplo, no caso a extinção do NASF, e se distanciam da organização territorial e comunitária limitando a inserção de cursos da área da saúde nos cenários de prática da APS, de profissões que não contemplam as equipes mínimas, enfraquecendo o aprendizado interprofissional, intensificando o desconhecimento das redes de atenção, o que prejudica a formação para uma atenção integral à saúde.

A efetivação da IESC impõe a necessidade de um modelo de gestão e financiamento que favoreça a formação profissional e subsidie as equipes dos serviços a favor de um cuidado integral, humanizado e que corresponda aos princípios e diretrizes do SUS. Portanto, a luta

contra a neoseletividade induzida na APS é parte essencial da efetivação do direito à saúde e do direito à educação das profissões do setor conforme disposto no arcabouço legal brasileiro.

Referências

1. Cavalheiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Cad FNEPAS** 2011;1:19-27.
2. Brasil, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
3. Almeida MM de, Moraes RP, Guimarães DF, Machado MFAS, Diniz, RCM, Nuto SAS. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. **Rev bras educ med** 2012;36(1, Supl. 1):119-126.
4. Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico. **Rev adm contemp** 2011;15(2):320-332.
5. Adorno TW. **Notas de literatura I**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003.
6. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHAI de, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev bras educ med** 2008 Jul/Set;32(3):356-362.
7. Junqueira SR, Oliver FC. A preceptoria em saúde em diferentes cenários de prática. **Rev Docência Ens Sup** 2020;10:e013483.
8. Mendes EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
9. Fonsêca GS, Junqueira SR, Zilbovicius C, Araujo ME de. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface** (Botucatu) 2014;18(50):571-583.
10. Cabral PE, Machado JLM, Machado VMP, Pompílio MA, Vinha JM, Ayach W, Mattos MCI de. Serviço e Comunidade, Vetores para a Formação em Saúde: o Curso de Medicina da Uniderp. **Rev bras educ med** 2008;3(375 Supl. 32):374-382.
11. Freire P. **Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Centauro; 2001.
12. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev bras educ med** (Rio de Janeiro) 2008 Dez;32(4):492-499.
13. Solla J, Chioro A. **Atenção Ambulatorial Especializada**. In: Giovanella L, et al, orgs. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2º edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Pag 547.

14. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad Saude Pub** (Rio de Janeiro) 2010 Dez;26(12):2234-2249.
15. Kuabara CTM, Sales PRS, Marin MJS, Tonhom SFR. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Min Enf** 2014 Jan/Mar;18(1):195-201.
16. Brasil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 set. 1990.
17. Ellery AEL, Bosi MLM, Loiola FA. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saude soc** (São Paulo) 2013 Mar;22(1):187-196.
18. Ferreira JBB, Forster AC, Santos JS. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. **Rev bras educ med** (Rio de Janeiro) 2012 Mar;36(1 supl. 1):127-133.
19. Rodrigues MA. Integração docente-assistencial: abordagem conceitual. **Rev Esc Enf USP** 1993 Abr;27(1):15-24.
20. Brasil, Ministério Da Educação e Cultura, Secretaria do Ensino Superior. **Programa de Integração Docente-Assistencial - IDA**. Brasília: MEC/SESU/CCS; 1981; (3).
21. Olschowsky A, Silva GB. Integração Docente-Assistencial: um estudo de caso. **Rev Esc Enf USP** 2000 Jun;34(2):128-37.
22. Machado JLM, Caldas JR AL, Bortoncello NMF. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. **Interface** (Botucatu) 1997 Ago;1(1):147-156.
23. Feuerwerker LCM. **Gestão dos Processos de Mudanças na Graduação em Medicina**. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JP, et al. (Org). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004:17-39.
24. Brasil, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005**. Dispõe sobre os profissionais que compõem a Comissão Executiva do Pró-Saúde. Diário Oficial União 4 nov 2005;seção 2:25
25. Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML do, Kleba ME, Martini JG. Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na Saúde. **Interface** (Botucatu) 2018;22(Supl 1):1353-1364.
26. Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML do, Kleba ME. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciênc saúde coletiva** (Rio de Janeiro) 2016 Set;21(9):2949-2960.

27. Brasil. **Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de Agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Diário Oficial da União 26 ago. 2008.
28. Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, Puccini RF, Martins MA, Ferreira JR, Campos FE de. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. *Rev bras educ med (Rio de Janeiro)* 2012 Mar;36(1, supl. 1):3-4.
29. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Manual Instrutivo Gestores Municipais** - Manual de apoio aos gestores para a implementação do Coapes. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
30. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017.** Dispõe sobre os cursos da modalidade educação a distância na área da saúde. Diário Oficial da União 26 fev 2018; Seção 1:85.
31. Beccaria LM, Trevizan MA. Ações do Processo de Integração Docente Assistencial entre um Curso de Graduação em Enfermagem e um Hospital de Ensino. **Arq Cienc Saúde** 2006;13(2):89-96.
32. Gonçalves MB, Moraes AMSM. Inserção dos Alunos da Primeira Série do Curso de Medicina em Serviços de Saúde. **Rev Bras Educ med** 2003;27(2):83-90.
33. Brehmer LCF, Ramos FRS. Experiências de Integração Ensino-Serviço no Processo de Formação Profissional em Saúde. Revisão Integrativa. **Rev Eletr Enf** 2014;16(91):228-237.
34. Henriques RLM. **Interlocação Entre Ensino e Serviço:** Possibilidades de Ressignificação do Trabalho em Equipe na Perspectiva da Construção Social da Demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005.
35. Buccinni GS, Martins MCF, Sanches, MTC. O processo de educação permanente em saúde: percepção de equipes de saúde da família. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde* 2009; 48:51-54.
36. Macêdo BC. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** a experiência de Pernambuco. Recife. Monografia [Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS] - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

37. Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Orquiza SMC. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev Bras Educ Med** 2008; 32(2):230-239.
38. Pereira JG, Fracolli LA. Contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: perspectiva dos docentes. **Rev Latino-am Enfermagem** (Ribeirão Preto) 2009 Mar/Abr;17(2).
39. Carnut L, Masseran JAM. Entre a Filosofia Jurídica e a Saúde Coletiva: O conceito de desempenho no decreto n. 7.508/2011 vis-à-vis a integralidade da assistência à luz do pós-positivismo. **R Dir Sanit** (São Paulo) 2017;18(1-Supl 1):37-56.
40. Brasil, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 21 set. 2017.
41. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate** (Rio de Janeiro) 2018 Jan;42(116):11-24.
42. Rodrigues CM. Conceito de Seletividade de políticas públicas e suas aplicações no contexto da política de extensão rural no Brasil. **Cad Cienc Tecn** (Brasília) 1997;14(1):113-154.
43. Offe C. Problemas Estruturais do Estado Capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1984
44. Elster J. Marxismo, funcionalismo e teoria dos jogos Argumentos em favor do individualismo metodológico. **Lua Nova** (São Paulo) 1989 Jun;(17):163-204.
45. Boschetti I. **Seletividade e focalização das políticas de assistência social**. In: Birche DB (Org.). Novos paradigmas da Política Social. Brasília: Capes; 2002.
46. Seibel EJ. A redefinição do conceito “Offeano” de seletividade diante de uma conjuntura globalizada. **Rev Organ Soc** 2001;8(20).
47. Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social** 2020 Jan;22(46):9-32.
48. Brasil, Agência Saúde. **MS abre consulta pública para Carteira de Serviços da Atenção Primária**. 19 ago 2019b [acesso em 30 jan 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45687-ms-abre-consulta-publica-para-carteira-de-servicos-da-atencao-primaria>.

49. Reis V. **Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de Atenção Primária.** [acesso em 30 jan 2019]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/contribuicao-dos-pesquisadores-da-rede-aps-ao-debate-sobre-as-recentes-mudancas-na-politica-de-atencao-primaria/43125/>.
50. Grupo Banco Mundial. **Um Ajuste Justo:** Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. v. 1. Brasília: Banco Mundial; 2017.
51. Brasil, Ministério da Saúde. **Portaria n° 2979 de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 13 nov 2019;Seção 1.
52. Mendes NA, Carnut L. Crise do Capital, Estado e Neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Rev Soc Bras Econ Polit** 2020;57:174-210.
53. Porto S, Martins MS, Travassos CMR, Viacava F. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. *Cad Saúde Pública* (Rio de Janeiro) 2007 Jun;23(6):1393-1404.

4.2 Produto de Pesquisa 2

Metassíntese sobre os desafios dos cenários na atenção primária à luz da neoseletividade do Previne Brasil

Metasynthesis about the challenges of primary care scenarios viewed by the neo-selectivity of Previne Brasil

Karina Magrini Carneiro Mendes¹ (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6620-0548>)

Leonardo Carnut² (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>)

Lúcia Dias da Silva Guerra³ (ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0093-2687>)

¹Docente na Universidade São Francisco, mestranda em Ensino em Ciências da Saúde na Universidade Federal de São Paulo.

²Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde (PPGCECS), Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior de Saúde (CEDESS).

³Professora do Centro Universitário Anhanguera. Curso de Graduação em Nutrição.

Resumo

Tratou-se de uma metassíntese qualitativa para compreender quais os desafios dos cenários de prática na Atenção Primária à Saúde (APS) identificados nas pesquisas com a finalidade de discuti-los à luz dos limites impostos pela neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil. Realizou-se uma busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A estratégia de busca foi construída pelos polos: 'cenários de prática no ensino superior' (objeto), 'desafios' (qualificador) e 'APS' (amplitude/limite). A seleção das publicações foi feita através do protocolo PRISMA por dois revisores independentes e a análise de dados realizada na modalidade temática. A análise de qualidade dos artigos foi feita pelo protocolo CASP e a validação interna dos excertos por um terceiro avaliador. Dos 17 artigos incluídos na revisão, foi possível extrair 5 dimensões de análise dos desafios dos cenários, estando eles relacionados ao(à): 'cuidado', 'ensino', 'gestão', 'atitude dos profissionais de saúde', 'atitude da comunidade'. Todas as dimensões apresentaram diversos subtemas, a exceção da 'atitude da comunidade'. Diante dos desafios já existentes, a neoseletividade induzida na APS tende a intensificar a maioria dos problemas. Supõem-se que os impactos nos cenários da APS podem, no futuro, até contraindicar a APS como um cenário de prática viável.

Descritores: Educação Superior, Atenção Primária à Saúde, Formação Profissional, Integração Docente Assistencial, Revisão Sistemática, Pesquisa Qualitativa.

Abstract

It was a qualitative meta-synthesis to understand the challenges of the practice scenarios in Primary Health Care (PHC) identified in the surveys in order to discuss them in light of the limits imposed by the neo-selectivity induced by the Prevent Brazil Program. A search was carried out on the Virtual Health Library (VHL) portal. The search strategy was built by the poles: 'scenarios of practice in higher education' (object), 'challenges' (qualifier) and 'APS' (amplitude/limit). Publications were selected using the PRISMA protocol by two independent reviewers and data analysis was carried out in the thematic modality. The quality analysis of the articles was performed using the CASP protocol and the internal validation of the excerpts by a third evaluator. Of the 17 articles included in the review, it was possible to extract 5 dimensions of analysis of the challenges of the scenarios, which were related to: 'care', 'education', 'management', 'attitude of health professionals', 'attitude of community'. All dimensions had several sub-themes, with the exception of 'community attitude'. Given the existing challenges, the neo-selectivity induced in PHC tends to intensify most problems. It is assumed that the impacts on PHC scenarios may, in the future, even contraindicate PHC as a viable practice scenario.

Keywords: Higher Education, Primary Health Care, Professional Training, Teaching Care Integration Services, Systematic Review, Qualitative Research.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o espaço privilegiado de inserção do ensino em saúde, pois é reconhecida como coordenadora da atenção. Ela proporciona uma prática da atenção integral à saúde considerando seus determinantes biopsicossociais, ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação, de modo interprofissional, através do trabalho em rede e integrado nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde.

Embora, historicamente, se tenha avançado na construção das diversas formas de integração ensino-serviço-comunidade (IESC) no SUS, observa-se, na prática, muitas dificuldades relacionadas à sua operacionalização. Entre algumas dificuldades estão a inserção docente nos serviços, os valores e objetivos atribuídos às atividades de ensino, a adoção das estratégias de cuidado pelos diferentes sujeitos, além dos desafios inerentes ao processo de mudança do modelo de atenção. Estes elementos atravancam o processo e a evolução das relações na IESC tornando o cenário de práticas no SUS um desafio na formação profissional (MARIN, 2013).

Na tentativa dar maior protagonismo aos cenários de prática como oportunidade de aprendizado, o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) foi instituído por meio da Portaria Interministerial n. 1.127/2015, como dispositivo da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS). Seu objetivo é facilitar os processos de negociação e tomada de decisão que envolvam ações de integração, impulsionando a articulação ensino-serviço-comunidade, para melhorar a assistência, a gestão e a formação em saúde *in loco* (BRASIL, 2015).

Mesmo com esta iniciativa, depara-se cotidianamente com muitos conflitos decorrentes da IESC. Há queixas que dizem respeito, muitas vezes, ao fato de a universidade estar no serviço sem levar em consideração os trabalhadores, ou, ainda, que não há participação do profissional do serviço, a não ser na supervisão do estudante, feita em alguns casos de modo assistemático e solitário, sem uma discussão ou presença mais efetiva do docente. Por outro lado, há críticas à diferença marcante entre a lógica da organização dos serviços, muito centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos e a lógica do ensino, ainda centrada na produção de conhecimentos teóricos e metodológicos dos campos pedagógicos e núcleos específicos (HENRIQUES, 2005; VENDRUSCOLO, 2018b).

Porém, os problemas da IESC não se resumem apenas ao âmbito da integração em nível local, durante toda sua história, o SUS sobrevive sob um crônico processo de subfinanciamento que, após a Emenda Constitucional n. 95 (EC-95/2016), passou a ser desfinanciado ao se congelar o gasto público em saúde por 20 anos (MENDES e CARNUT, 2020a). Neste contexto, a APS vem sendo alvo principal de um conjunto de mudanças que, em sinergia com os últimos relatórios do Banco Mundial (2017), apresenta grande potencial de alteração dos pilares que vinham favorecendo a estabilidade institucional e o alcance de bons resultados sanitários, sobretudo, via Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Às alterações na Política Nacional de Atenção Básica em 2017 colocou em xeque a prioridade dada à ESF em conjunto com o desmonte do Programa Mais Médicos, com a adoção

da proposta de Carteira de Serviços da APS e a criação da Agência de Desenvolvimento da APS (ADAPS) (Medida Provisória n. 890/2019) (BRASIL, 2019a). Além disso, soma-se, mais recentemente, uma nova proposição de financiamento (REDE APS, 2019) que gera uma focalização das ações na APS (foco nos vulneráveis cadastrados) no interior das áreas adstritas, proporcionando assim um novo tipo de seletividade (neoseletividade).

Instituído pela portaria n. 2.979/2019 (BRASIL, 2019b), o novo modelo de financiamento da Atenção Básica, o “Programa Previne Brasil”, implementa as diretrizes do Relatório do Banco Mundial, extinguindo o Piso da Atenção Básica *per capita* (PAB-fixo) e substituindo o antigo Piso da Atenção Básica Variável por adesão à programas (PAB-variável) (ex. equipes de saúde bucal, equipes de consultório de rua, entre outros) por um pagamento por capitação ponderada calculado pelo número de pessoas cadastradas nas unidades de saúde (vulneráveis) e cujo valor transferido é variável em função do alcance de métricas de desempenho, eliminando a lógica de transferências do valor *per capita* populacional do município e por adesão às estratégias (BRASIL, 2019b).

É sob este mecanismo de determinação político-econômica que as práticas seletivas das políticas públicas se expressam na atenção primária. A seletividade corresponde a realidades históricas e políticas sobre as escolhas político-econômicas que se remetem a como estas escolhas estão relacionadas aos interesses de classe, sendo por exemplo, a seletividade uma destas sutis formas de dominação. Essas formas de dominação que se expressam como “matrizes de seletividades” reorganizam o poder por meio de suas práticas seletivas no espaço circunscrito das instituições (espaço de decisões) que são dinamizados por uma cultura político-administrativa (tecnocrática ou patrimonial, p. ex.). Esta cultura se materializa, portanto, numa prática de seletividades (SEIBEL, 2001).

A seletividade no contexto das políticas, da gestão e da administração pública pode ser pensada como um artifício, um caminho instituído no interior do Estado capitalista, definido como uma forma institucionalizada de poder público, decorrente de relações sociais, respaldada por anteparos jurídico-legais e relacionada com a produção material, cujo conteúdo último é a acumulação privada (RODRIGUES, 1997). Através das políticas públicas, o Estado capitalista viabiliza, regulamenta e estabelece uma complementaridade funcional entre o sistema de instituições políticas e o sistema econômico (OFFE, 1984).

Ainda que levemos em consideração diferentes momentos históricos, a privatização da produção, a dependência de impostos, a acumulação e a legitimação são elementos definidores dos Estados capitalistas (OFFE, 1984). Cada um destes quatro elementos definidores visa dar ao Estado capitalista as condições da acumulação privada do capital e, ao mesmo tempo, negar

sua natureza de classe, apresentando-se como guardião dos interesses comuns e gerais da sociedade (RODRIGUES, 1997).

Ao se pensar a seletividade no Sistema Único de Saúde, um sistema em princípio universal, é possível perceber como estas práticas seletivas ocorrem na lógica jurídica e operacional do sistema com o intuito de reforçar o traço da desigualdade constitutivo da sociabilidade capitalista. Em que pese que o sistema público de saúde deveria ser ‘único’, a permissão constitucional inscrita no artigo n. 199 (assistência à saúde livre à iniciativa privada) é considerada como primeiro mecanismo legal que coadunou a lei à lógica capitalista de segmentar mercados, dificultando a universalidade em termos práticos. Esta pode ser considerada como a primeira seletividade imposta por lei ao Sistema Único de Saúde (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

Na tentativa de fomentar o acúmulo de capital em momentos de crise, novas seletividades vão se imbricando jurídica e operacionalmente no sistema. Neste sentido, é possível dizer que, a partir de 2016, com EC-95, novas formas de seletividade (ou neoseletividades) foram induzidas normativamente no sistema no intuito, em última instância, de reaquecer o movimento do capital neste cenário internacional de crise. No momento em que o teto dos gastos produzido pela EC-95 gerou o desfinanciamento do sistema, a APS tornou-se alvo potencial das manobras neoseletivas das quais o Programa Previne Brasil, com sua “nova” proposta de financiamento da APS, é a principal delas (CARNUT, MENDES e LEITE, 2020).

Não resta muita dúvida que a neoseletividade induzida pelo novo modelo de financiamento da APS gerará uma descaracterização dos princípios do SUS na atenção básica (MENDES e CARNUT, 2020b) tais como um crescente processo de focalização da assistência em detrimento da universalização do acesso. Resta compreender como os espaços da atenção básica irão se reconfigurar como cenário de ensino aos futuros profissionais de saúde em condições tão adversas ao cuidado, à integralidade, à equidade e com risco real à interprofissionalidade.

Neste sentido é que este estudo visa realizar uma metassíntese qualitativa para compreender os desafios dos cenários de prática na atenção primária à saúde que já vinham sendo identificados nas pesquisas antes da EC-95, com a finalidade de discuti-los à luz dos limites impostos pela neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil.

Método

Tratou-se de uma metassíntese qualitativa com o propósito de criar interpretações qualitativas ampliadas de todos os estudos examinados, de modo que seja fiel às conclusões de

cada um em particular, portanto, refere-se à interpretação do pesquisador sobre os dados primários. A função da metassíntese do ponto de vista qualitativo visa: fortalecer o papel de estudos qualitativos nas pesquisas em saúde, melhorar a aplicabilidade dos resultados de pesquisas qualitativas na prática e explorar um corpo de conhecimento qualitativo para fundamentar a teoria, a prática, a pesquisa e as políticas de saúde (MATHEUS, 2009).

Como em qualquer pesquisa, a mais importante decisão no planejamento da revisão sistemática é a determinação do foco, segundo Clarke e Oxman (2000) a pergunta é essencial para determinar a estrutura da revisão, pois todos seus passos serão guiados por ela. Nesta pesquisa a pergunta usada como guia foi a seguinte: ‘Quais os desafios dos cenários de práticas no ensino superior na Atenção Primária à Saúde relatados na literatura científica?’

Identificou-se os itens-chave na pergunta de pesquisa, que guiaram a escolha dos descritores para busca. Reconheceu-se o objeto da revisão sendo os “cenários de prática no ensino superior” (objeto), qualificados pelos “desafios” (qualificador) e com amplitude limitada a “Atenção Primária à Saúde” (amplitude/limite).

As estratégias de busca foram elaboradas por meio das palavras da pergunta, seus sinônimos e descritores associados. Assim, obteve-se um grupo de estudos identificados pelo objeto, um segundo grupo de estudos localizado pela amplitude e um terceiro grupo de estudos baseados na qualificação do objeto, sendo o resultado da intersecção dessas estratégias a amostra de pesquisa.

A busca sistemática foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores identificados no DeCS (Descritores de Ciências da Saúde): “Educação Superior”; “Atenção Primária à Saúde”; “Formação Profissional”; “Integração Docente Assistencial”. Os descritores foram combinados em pares através do operador *and*, e posteriormente os pares correlacionados utilizando o operador *or* a fim de excluir estudos repetidos e não pertinentes ao tema, resultando na sintaxe final: mh:(mh:(mh:(mh:(("atencao primaria a saude" AND "educacao superior"))) OR (mh:(("atencao primaria a saude" AND "formacao profissional"))) OR (mh:(("atencao primaria a saude" AND "integracao docente assistencial"))) OR (mh:(("educacao superior" AND "formacao profissional"))) OR (mh:(("educacao superior" AND "integracao docente assistencial"))) OR (mh:(("formacao profissional" AND "integracao docente assistencial"))))) OR (tw:(("cenario de pratica"))) AND (tw:(("Sistema Único de Saúde"))).

Conforme Figura 1, identificou-se no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), 58 documentos, 16 deles foram excluídos por serem teses, livros ou capítulos de livros, constatamos que 3 estavam duplicados, restando 39 para a primeira fase de seleção.

Após a avaliação dos títulos e leitura dos resumos, descartou-se 16 estudos que não respondiam ao objeto de pesquisa, dos demais, 2 não disponibilizavam textos completos, resultando em 21 estudos elegíveis. Na fase da elegibilidade, foi realizada minuciosa leitura dos estudos na íntegra, resultando na exclusão de 4 artigos que não respondiam à pergunta desta pesquisa. Na fase de inclusão, 17 artigos foram incluídos na revisão para a metassintetização de seus conteúdos.

Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão na pesquisa: estudos no idioma português, realizados através de metodologia qualitativa, publicados entre os anos de 2010 a 2020, que apresentaram o texto completo disponível e observaram os itens-chaves da pergunta de pesquisa (cenários de prática da APS no ensino superior em saúde). Os critérios de exclusão foram: livros ou capítulos de livros, dissertações, monografias, teses, documentos ministeriais, editoriais e anais de conferências.

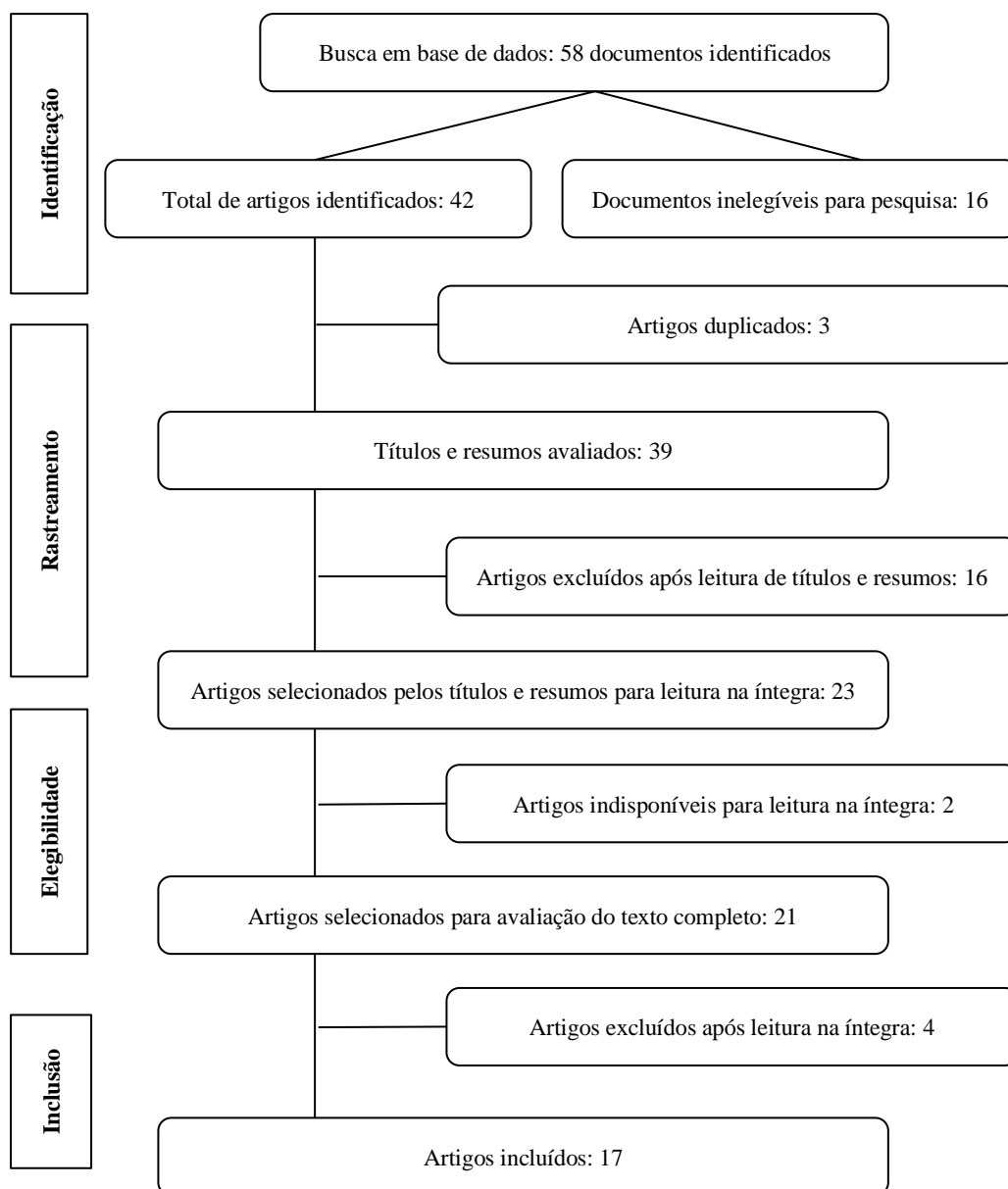


Figura 1. Fluxograma de busca, elegibilidade e inclusão de estudo. Maio, 2021

Conforme apresentado no quadro 1, para avaliar a qualidade dos artigos incluídos, foi utilizado o instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP), que avalia a qualidade metodológica e o risco de viés nas pesquisas incluídas. Os itens descritos com a resposta ‘sim’ referem-se à total satisfação em relação às informações apresentadas nos textos, o que demonstra a qualidade da amostra de estudos dessa pesquisa. Alguns dos trabalhos incluídos tratam de relatos de experiência e apresentam menor rigor nas estratégias de recrutamento e análise dos dados, por isso foram classificados como ‘parcialmente satisfatórios’.

Os trabalhos foram categorizados com base nos objetivos, metodologia e resultados, identificadas similaridades e as dimensões dos desafios dos cenários de prática no ensino superior na APS. A seleção dos excertos que melhor exemplificavam o conteúdo de cada dimensão foi alvo de uma validação qualitativa com uso de um terceiro analista. Este procedimento é conhecido na literatura como validação qualitativa interna e é usado para garantir maior controle de qualidade dos dados usados diminuindo o risco de uma única interpretação sobre o conteúdo e, portanto, proporcionando maior confiabilidade na análise (OLLAIK e ZILLER, 2012; POZZEBON e PETRINI, 2013). Após este procedimento, a interpretação dos conteúdos metassintetizados foram repensadas à luz da neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|---------|-----|---------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|---------|-----|---------|-----|
| A análise dos dados foi suficientemente rigorosa? | Sim | Sim | Sim | Parcial | Sim | Sim | Sim | Sim | Parcial | Sim | Sim | Sim | Sim | Parcial | Sim | Parcial | Sim |
| Os resultados foram reportados claramente? | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Parcial | Sim | Sim | Sim | Sim | Parcial | Sim | Sim | Sim |
| A pesquisa traz contribuições? | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Parcial | Sim | Sim | Parcial | Sim | Sim | Sim | Sim | Parcial | Sim | Sim | Sim |

Fonte: Adaptado de *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP, 2018)

Resultados e discussão

Foram incluídos nesta revisão 17 artigos. Seis estudos realizados na Região Sul do Brasil, 4 no Nordeste, 5 no Sudeste e 2 não apresentavam essa informação. O quadro 2 apresenta a descrição dos artigos incluídos na metassíntese, por ano de publicação, objetivos, metodologia, nível de graduação e se a ação educativa era uma iniciativa proposta pelo âmbito do ensino ou do serviço. As publicações datam inicialmente de 2011, sendo 5 trabalhos publicados no ano de 2018, seguido por três produções em 2013, duas por ano em 2017, 2019 e 2020 e apenas uma nos anos de 2011, 2015 e 2016. Na análise observa-se que 10 estudos tratam de atividades de IESC durante a graduação, 1 na residência e 3 em programas de extensão como Pró-Saúde e PET Saúde. De modo unânime os estudos se apresentam como iniciativas das instituições de ensino e apenas um ressalta o serviço como um parceiro. Em relação ao tipo de estudo, predominam os relatos de experiência e estudos de caso.

O quadro 3 apresenta a síntese dos resultados incluídos na metassíntese, descrevendo os benefícios da IESC ao ensino, aos serviços de saúde e os desafios dessa articulação. Todos os estudos apresentam resultados positivos para aprendizagem, principalmente relacionados à vivência da realidade no SUS, aproximação entre teoria e prática, reflexão sobre a formação e atuação profissional. Doze publicações relatam benefícios aos serviços, referindo-se à transformação das práticas e qualificação das equipes. Apenas 5 artigos não mencionam os desafios dessa integração, sendo apontados nos demais as dificuldades de articulação entre os atores, falhas no planejamento das ações e desajustes nos relacionamentos interpessoais. Surpreendentemente, nenhum dos artigos descreve ou sequer cita o modelo de gestão (administração direta ou outros modelos privatizantes) em que as atividades da APS são realizadas.

O quadro 4 apresenta a metassíntese qualitativa dos desafios dos cenários de prática na APS, sintetizados em cinco construtos relacionados ao(à): ‘cuidado’, ‘ensino’, ‘gestão’, ‘atitude dos profissionais’ e ‘atitude da comunidade’, cada um destes subcategorizados em suas especificidades.

Quadro 2. Descrição dos estudos incluídos na metassíntese por autor, ano de publicação, local, objetivos, metodologia utilizada, nível de graduação e iniciativa. Maio, 2021

| Autor, Ano | Local | Objetivos | Metodologia | Nível de graduação | Iniciativa |
|---------------------------------------|----------------------------------|---|--|-------------------------------------|------------------|
| Toassi RFC et al, 2020 | Porto Alegre – Rio Grande do Sul | Conhecer e analisar o território e o trabalho em equipe e da aprendizagem interprofissional. | Descritiva (qualitativa) | Disciplina eletiva – graduação | Ensino |
| Silveira JLGC et al, 2020 | Blumenau – Santa Catarina | Conhecer a percepção dos sujeitos no processo de ensino-aprendizagem-cuidado no SUS, com base no perfil profissional e nas competências e habilidades recomendadas nas DCNs dos cursos de graduação da saúde. | Qualitativa (grupos focais) | Extensão, Graduação e pós-graduação | Ensino e Serviço |
| Lima CA et al, 2019 | Montes Claros – Minas Gerais | Compreender o significado da vivência do processo ensino-aprendizagem nos cuidados primários de saúde na percepção do graduando em enfermagem. | Descritiva, (qualitativa e fenomenológica) | Graduação | Ensino |
| Peixoto MT et al, 2019 | Bahia | Discutir a formação médica tomando como base orientadora a APS e as DCNs para os cursos de Medicina. | Relato de experiência | Graduação – Medicina | Ensino |
| Rodrigues HC et al, 2018 | Sobral – Ceará | Analisar os desafios para a efetividade da formação do internato em enfermagem na Atenção Básica, a partir dos discursos coletivos dos atores envolvidos. | Exploratório-descritivo (Discurso do Sujeito Coletivo) | Graduação – Enfermagem | Ensino |
| Souza LB et al, 2018 | Informação não disponível | Analisar as diferentes contribuições da integração ensino-serviço para o processo de formação do futuro profissional farmacêutico. | Revisão integrativa | Graduação | Ensino |
| Vendruscolo C et al, 2018 | Santa Catarina | Analisar a gestão do Pró-Saúde a partir de um espaço dialógico intersetorial de integração ensino-serviço. | Estudo de caso | Pró-Saúde | Ensino |
| Gauer APM, Ferretti F, Teo CRPA, 2018 | Chapécó – Santa Catarina | Descrever entraves para a diversificação dos cenários de práticas e a integração ensino-serviço em um curso de fisioterapia (ótica de docentes e estudantes). | Estudo de caso (qualitativo) | Graduação – Fisioterapia | Ensino |
| Bravo VÂ et al, 2018 | Botucatu – São Paulo | Relatar a experiência no desenvolvimento de pesquisas, produção de conhecimento, formação na graduação em saúde e apresentar os resultados do Edital Pró-Ensino na Saúde. | Relato de experiência | Graduação – Medicina | Ensino |
| Mira Barreton Vasconcelos MIO, 2016 | Informação não disponível | Identificar as contribuições e limitações do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na formação de estudantes da área da saúde. | Revisão integrativa | Informação não disponível | Ensino |
| Codato Garanhani ML, | Sul do Brasil | Compreender as percepções de profissionais que atuam em UBS em relação à formação do estudante de graduação nesse espaço existencial. | Qualitativa (fenomenológica hermenêutica) | Graduação | Ensino |

| | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|---------------------------------|--------|--|
| González AD, 2017 | | | | | | |
| Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP, 2016 | Santos – São Paulo | Analisar as mudanças nas práticas em saúde a partir da inserção das atividades de uma universidade pública na atenção básica em saúde de Santos, SP, Brasil. | Pesquisa qualitativa por meio de entrevistas. | Graduação e residência | Ensino | |
| Madrugá LMS et al, 2015 | João Pessoa – Paraíba | Analisar a contribuição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET– Saúde da Família) para a formação dos futuros profissionais de saúde de uma universidade pública do Nordeste | Qualitativa | Extensão – PET Saúde | Ensino | |
| Nétto OB et al, 2013 | UFPI – Teresina | Descrever as atividades do Pró-Saúde no curso de Odontologia da UFPI. | Relato de caso | Graduação | Ensino | |
| Campos LCB, Barba PCSD, Martínez CMS, 2013 | Minas Gerais e São Paulo | Descrever possíveis impactos na formação do graduando em Terapia Ocupacional a partir de sua inserção no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). | Exploratório (entrevistas semiestruturadas) | Graduação – Terapia Ocupacional | Ensino | |
| Kleba ME et al, 2013 | Região de Chapecó | Contribuir com outros atores e espaços pedagógicos que buscam nortear a formação de recursos humanos aos preceitos das políticas públicas de saúde. | Relato de experiência | Pró-Saúde | Ensino | |
| Massote AW, Belisário AS, Gontijo ED, 2011 | UFMG – Belo Horizonte | Investigar a percepção dos estudantes do oitavo período da FM/UFMG sobre as atividades realizadas nos centros de saúde. | Qualitativa (observação e grupos focais) | Graduação – Medicina | Ensino | |

Fonte: pesquisa direta

Quadro 3. Síntese descritiva dos resultados incluídos na metassíntese por autor, ano de publicação, resultados na aprendizagem, benefícios ao serviço e desafios nos cenários de prática. Maio, 2021.

| Autor, Ano | Resultados na aprendizagem | Benefícios ao serviço | Desafios dos cenários de prática |
|---------------------------------------|--|---|--|
| Toassi RFC et al, 2020 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inserção na realidade no SUS ▪ Aproximação da teoria e a prática ▪ Prática interdisciplinar | <p>Informação não disponível</p> | <p>Informação não disponível</p> |
| Silveira JLGC et al, 2020 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ IESC propicia metodologias ativas ▪ Aproximação com a realidade do SUS ▪ Oportuniza melhor compreensão do processo saúde-doença | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maior diversificação das atividades das equipes de saúde ▪ Ampliação da cobertura | <ul style="list-style-type: none"> ▪ A IESC gera uma demanda à unidade que não tem respostas nos períodos de ausência do ensino ▪ Distanciamento do currículo tradicional com a realidade e necessidades dos serviços |
| Lima CA et al, 2019 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interlocução entre teoria e prática ▪ Percepção do estudante sobre a relevância do trabalho do enfermeiro ▪ Reflexão crítica a partir da vivência prática. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribui para a transformação das práticas na APS ▪ Favorecem o acolhimento e a humanização | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficiências relativas à infraestrutura das unidades de saúde e escassez de recursos ▪ Dificuldades no relacionamento interpessoal ▪ Perfil do preceptor não oportunizador |
| Peixoto MT et al, 2019 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimento do vínculo com os profissionais da APS ▪ Trabalho interdisciplinar | <p>Informação não disponível</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baixa compreensão dos alunos sobre a importância do SUS e da APS para sua formação ▪ Dificuldades na articulação dos processos de trabalho entre ensino e serviço ▪ Dificuldade de adesão dos usuários ao novo modelo de cuidado baseado em cogestão |
| Rodrigues HC et al, 2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de competências para o cuidado ampliado na Atenção Básica ▪ Formação orientada pela ética, postura profissional e corresponsabilização | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualificação do atendimento, por meio do intercâmbio de saberes entre discentes, docentes e profissionais do serviço | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dicotomia entre a teoria e a prática ▪ Falta de insumos ▪ Fragilidade na articulação entre universidade, serviços e gestão na Saúde ▪ Pouca comunicação entre IES e profissionais do serviço |
| Souza LB et al, 2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aproximação da teoria com a prática ▪ Exercício da cidadania ▪ Visão da integralidade da atenção ▪ Prática da interdisciplinaridade, do trabalho multiprofissional e do trabalho em equipe ▪ Conhecimento da rede de saúde e da realidade do SUS ▪ Problematização em cenários reais de saúde | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Induzir novas formas de interação e comunicação entre os atores envolvidos, oportunizando a articulação ensino-serviço ▪ Qualificação para o trabalho em equipe | <p>Informação não disponível</p> |
| Vendruscolo C et al, 2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar a capacidade de compreensão e intervenção dos atores sociais ▪ Reafirmar espaços coletivos de cogestão e processos ágeis de comunicação que viabilizam mudanças na formação e na atenção à saúde. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensar sobre a prática ▪ Reconhecimento do sujeito e do seu papel nesse contexto ▪ Cogestão do trabalho, estratégia democrática de compartilhamento de poder – a universidade e o serviço | <p>Informação não disponível</p> |
| Gauer APM, Ferretti F, Teo CRPA, 2018 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ A inserção comunitária dos alunos os torna potenciais modificadores da realidade ▪ Formação de profissionais com consciência social | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualificação da atenção à saúde ▪ Transformação das práticas dos serviços | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planejamento mal articulado com os serviços de saúde, desconsiderando suas necessidades ▪ Baixa inserção de alunos na AB ▪ Currículos direcionados a uma formação que não valoriza a interdisciplinaridade e uma visão ampliada da atenção à saúde ▪ Saturação dos espaços e serviços públicos ▪ Baixo número de fisioterapeutas na AB |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Bravo VÃ et al, 2018 | <ul style="list-style-type: none"> Ampliação as práticas assistenciais em novas frentes de cuidado Rompimento com o comodismo e os padrões cristalizados de conduta Formação de profissionais mais adequados para trabalhar no SUS | <ul style="list-style-type: none"> Educação permanente dos profissionais envolvidos. | <ul style="list-style-type: none"> Pactuação das atividades entre instituição de ensino e serviços, com consonância com as singularidades locais Planejamento e organização das ações em conjunto com as equipes e a realidade de cada território Importância da continuidade das propostas |
| Mira QLM, Barreton RMA, Vasconcelos MIO, 2017 | <ul style="list-style-type: none"> Contato com a realidade amplia a visão do acadêmico acerca da comunidade Instigação a responsabilidade social Produção de autoconfiança relacionada à prática profissional | <ul style="list-style-type: none"> Práticas direcionadas a responder às demandas do serviço Práticas planejadas e executadas com base na interdisciplinaridade | <ul style="list-style-type: none"> Visitas pontuais impedem intervenções efetivas e a transformação das práticas do serviço Resistência dos profissionais em aderir às ações propostas pelo ensino Falta de capacitação pedagógica do preceptor Rotina de trabalho exaustiva e à precariedade das relações produtivas Dificuldades na integração dos estudantes com as equipes |
| Codato LAB, Garanhani ML, González AD, 2017 | <ul style="list-style-type: none"> Apropriação da realidade por meio das vivências Desenvolvimento de autonomia Protagonismo no seu processo de aprendizagem | <p>Informação não disponível</p> | <ul style="list-style-type: none"> Vínculo mostrou-se imbricado à abertura e à disposição que o docente tem para contribuir com as demandas da equipe Compreensão do profissional em relação ao seu papel Postura passiva do estudante Relacionamento interpessoal relacionado à equipe e aos estudantes Compreensão do papel do profissional da equipe em relação a criação de oportunidades de aprendizado |
| Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP, 2016 | <ul style="list-style-type: none"> Aproximação com a realidade do serviço Reconhecimento do exercício da profissão Ampliação do olhar ao processo saúde-doença e sua complexidade | <ul style="list-style-type: none"> Reflexão e transformação das práticas Conhecimento de novas ferramentas e formas de trabalho trazidas pela universidade, Repensar a concepção sobre saúde, cuidado e trabalho em equipe Qualificação dos profissionais | <ul style="list-style-type: none"> Dificuldade de integrar todos os profissionais da equipe nas atividades propostas, por vezes, sobrecarregados pela presença dos alunos Visão do trabalho da universidade distante do serviço O profissional não reconhece seu papel como formador |
| Madrugá LMS et al, 2015 | <ul style="list-style-type: none"> Aproximação com a realidade dos serviços de saúde e o SUS Reconhecer a importância do trabalho interprofissional Experiências para além de um saber eminentemente técnico | <ul style="list-style-type: none"> Contribuição dessa interface para a formação pedagógica dos profissionais, sobretudo dos preceptores, viabilizando o aperfeiçoamento e especialização em serviço destes | <ul style="list-style-type: none"> Despreparo dos profissionais da assistência em relação à prática profissional; Despreparo dos profissionais da assistência para intermediar as vivências dos estudantes nos cenários de atuação. Execução de práticas reducionistas, da não-valorização do trabalho em equipe Resistência dos profissionais em relação à interação ensino-serviço Resistência, por parte dos profissionais dos serviços, em inserir os estudantes no processo de trabalho das equipes Visão ainda influenciada pelo modelo biomédico Passividade dos profissionais em relação às atividades integradas com a universidade Percepção distorcida do papel dos discentes e dos docentes nos serviços |
| Nétto OB et al, 2013 | <ul style="list-style-type: none"> Contato real com o mundo do trabalho Comprometimento com as questões sociais | <ul style="list-style-type: none"> Ressignificação de saberes e vivências Aprofundamento reflexivo sobre o funcionamento do SUS, seus avanços, desafios, fortalezas e fragilidades | <ul style="list-style-type: none"> Profissionais dos serviços que acolham a proposta e os discentes |
| Campos LCB, Barba | <ul style="list-style-type: none"> Articulação entre teoria e prática Alunos mais críticos e reflexivos | <p>Informação não disponível</p> | <ul style="list-style-type: none"> Currículo com poucas atividades voltadas para a AB Dificuldades para troca e articulação com a equipe |

| | | | |
|---|--|---|--|
| PCSD, Martinez CMS, 2013 | | | |
| Kleba ME et al, 2013 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidade de experimentar vivências nos locais de trabalho e nos territórios ▪ Percepção da dimensão prática do processo saúde-doença ▪ Instrumentalização para uma intervenção mais adequada | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação dos problemas ▪ Processo de interação, onde o aprender e o ensinar se potencializam ▪ Transformação da realidade ▪ Favorece o processo formativo, com efeitos positivos sobre o processo de trabalho | Informação não disponível |
| Massote AW, Belisário AS, Gontijo ED, 2011 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidade de conhecer a realidade do sistema de saúde na APS ▪ Desenvolvimento de autonomia do estudante ▪ Nova percepção do processo saúde-doença, que passa a ser permeado por questões sociais, econômicas e culturais | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informação não disponível | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrutura física dos centros de saúde ▪ Organização do atendimento dos estudantes |

Fonte: pesquisa direta

Quadro 4. Metassíntese qualitativa dos desafios dos cenários de prática na APS por construtos segundo os artigos incluídos. Maio, 2021.

| Construtos (problemas relacionados) | Desafios do cenário de prática de ensino na APS | Dimensões IESC envolvidas |
|--|--|--|
| Ao cuidado | Falta de longitudinalidade e continuidade do cuidado na ausência da universidade | Institucional da IES, Gestão Local, Perfil docente e preceptor, Articulação IESC |
| | Arranjos institucionais não promovem responsabilização do ensino com o serviço | Institucional da IES, Perfil docente e preceptor, Articulação IESC |
| Ao ensino | Distanciamento dos currículos tradicionais com a realidade do serviço | Institucional da IES, Currículo |
| | (In)compreensão dos discentes sobre importância do SUS e da APS | Perfil docente e preceptor, Currículo |
| | Desproporcionalidade do ensino com a realidade | Institucional da IES, Currículo |
| | Articulação dos processos de trabalho do ensino com serviço | Gestão Local Articulação IESC, Gestão Municipal |
| | Relação teoria-prática | Perfil docente e preceptor, Currículo |
| | Baixa inserção dos alunos na Atenção Básica | Institucional da IES, Gestão Municipal |
| | Postura passiva do estudante | Relações Interpessoais, Perfil do estudante |
| À gestão | Infraestrutura das unidades | Estrutura física, Gestão Municipal |
| | Escassez de recursos | Gestão Municipal |
| | Saturação dos espaços | Articulação IESC, Gestão Municipal |
| | Baixa representatividade de algumas categorias profissionais na AB | Modelo assistencial, Gestão Municipal |
| | Rotina exaustiva e precariedade dos serviços | Gestão Municipal |
| | Execução de práticas reducionistas | Gestão Local, Perfil docente e preceptor, Modelo assistencial |
| | Desvalorização do trabalho em equipe | Relações Interpessoais, Perfil docente e preceptor, Modelo assistencial |
| À atitude dos profissionais de saúde | Relacionamento interpessoal | Relações Interpessoais |

| | | |
|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| | Perfil de preceptoria | Gestão Local, Perfil preceptor |
| | Resistência da equipe | Gestão Local, Articulação IESC |
| À atitude da comunidade | Resistência da Comunidade | Relações Interpessoais |

Fonte: pesquisa direta

Problemas relacionados ao cuidado

Neste problema dois desafios devem ser enfrentados. O primeiro trata da '*falta de longitudinalidade e continuidade do cuidado durante a ausência da universidade*' conforme pode ser identificado:

As visitas pontuais não se igualam à imersão do estudante no cotidiano dos serviços, o que poderia gerar intervenções efetivas e até sua transformação (Mira, Barreton e Vasconcelos, 2017)

A principal forma de inserção dos estudantes nos cenários de prática na APS ainda são as visitas pontuais. Muitas demandas geradas pela inserção, inclusive, ficam nos serviços e são "jogadas" à equipe que tem que lidar com as expectativas de ações geradas pelos alunos durante o ano letivo. Esta maneira de integração com os serviços não constrói um dos atributos essenciais da APS apresentados por Starfield (2002): a longitudinalidade. Considerada como o acompanhamento do paciente ao longo do tempo, a longitudinalidade implica uma relação terapêutica caracterizada pela responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente. No momento de inserção dos estudantes no cenário de prática, a universidade (docentes e alunos) passam a ser corresponsáveis pelo caráter longitudinal. Algo que, como relatado nos estudos, não ocorre, comprometendo a produção de diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para outros níveis de complexidade.

Além disso, a continuidade do cuidado é afetada tanto, do ponto de vista do caráter longitudinal da atenção quanto da necessidade do cuidado continuado de quem retorna aos serviços por contrarreferência, pois a sucessão dos eventos entre uma consulta e outra fica interrompida comprometendo a dimensão subjetiva da relação terapêutica necessária à ideia de cuidado (CUNHA, GIOVANELLA, 2011). Não obstante, quando a IESC não se torna parceira das equipes na busca pela longitudinalidade e continuidade do cuidado, isto demonstra a falta de estreitamento de relações entre o ensino e as equipes profissionais com a consequente perda de oportunidade em se potencializarem mutuamente na comunicação e compartilhamento de responsabilidades.

No cenário da neoseletividade induzida pelo Programa Previne Brasil, considerando a necessidade de intensa produção procedimental, com foco no atendimento individual e pontual, a dimensão subjetiva e coletiva do cuidado tende a estar ainda mais ameaçada. É muito provável uma intensificação destas ações pontuais que se choquem com a proposta de longitudinalidade

da APS, representando barreiras institucionais para que a inserção do ensino no serviço avance na criação e/ou estreitamento de vínculos duradouros.

Outro desafio relacionado aos problemas do cuidado que foi metassintetizado dos estudos se trata dos ‘*arranjos institucionais que não promovem responsabilização do ensino com o serviço*’. Segundo Pires e Gomide (2014) arranjos institucionais são compreendidos como regras específicas estabelecidas para transações econômico-político-sociais e que definem a forma de coordenação de processos, delimitando o objeto e os objetivos destes processos, quem está habilitado a participar deles e as formas de relação entre os atores.

Apesar dos esforços em promover uma inserção dos estudantes alinhada às demandas da realidade social, as iniciativas de IESC mostram assimetrias entre as IES e a gestão pública municipal. Os municípios apresentam-se passivos e precisam assumir um papel mais proativo na pactuação contratual das ações, inserindo suas demandas e necessidades, conforme excerto:

“As falas revelam a necessidade de arranjos institucionais, rompendo com a cultura de “uso do cenário” apenas como prática. Tal relação entre ensino e serviço pode prejudicar tanto o cuidado ao usuário quanto a formação profissional” (Silveira et al, 2020)

Predominam os relatos sobre a pouca articulação da academia com o serviço em relação à organização dos processos de trabalho, representada pela visão da universidade distante da realidade local que destoa das necessidades da população assistida, resultando na comunicação ineficiente entre IES e profissionais. Isto promove um planejamento mal articulado que ressalta as diferenças expectativas de gestores, trabalhadores, docentes e alunos.

Este ajuste de expectativas poderia ser mais bem conduzido com uma ruptura da cultura do “uso do cenário” de maneira pragmática. Uma saída poderia ser a melhora da capacidade institucional das gestões locais em construir arranjos mais horizontais com a academia utilizando-se das devidas seguranças jurídicas e valendo-se de experiência de contratualização já existentes como o COAPES (BRASIL, 2015). No entanto, os estudos relatam o peso de uma cultura institucional baseada em quatro visões. Os gestores enxergam a inserção da academia no serviço apenas como uma oportunidade de aumento da força de trabalho nos serviços públicos tradicionalmente sem orçamento para tal. Em adição, os trabalhadores percebem a presença de estudantes como novas demandas de reorganização do serviço que nem sempre correspondem às oportunidades de aprendizagem e sim a sensação de “mais trabalho”. Para os docentes esta relação aparece como a oportunidade que os serviços têm (e que deveriam ser gratos!) da academia oferecer seu conhecimento sistematizado. Para muitos docentes, mesmo de maneira subliminar, a academia detém o “verdadeiro” conhecimento e com esta atitude

tendem a desconsiderar conhecimento produzido na prática como legítimo. Finalmente, para os alunos isto aparece como mais uma obrigação desnecessária, quando não, uma experiência “exótica”. O cuidado, nesta situação, então, desvanece.

No bojo da neoseletividade proporcionada pelo Previne Brasil e com o avanço dos interesses privatistas no setor saúde, espera-se que esse distanciamento de intenções se intensifique, pois o cadastro de usuários e o aumento no número de atendimentos agudizará o conflito de expectativas entre estes atores dificultando um possível arranjo institucional que valorize a formação em saúde mais orientada ao ajuste de expectativas entre estes atores com vistas ao cuidado, já que a APS, como representante da instituição Estado, estará tentando sobreviver no cenário de desfinanciamento.

Problemas relacionados ao ensino

Entre os diversos problemas catalogados sobre o ensino, foi possível metassintetizá-los em 7 desafios a serem superados. O primeiro deles é o ‘*distanciamento dos currículos tradicionais com a realidade do serviço*’. É importante lembrar que a elaboração das DCNs dos cursos da área da saúde desde 2001 afirmam que a formação do profissional deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, tendo no campo da APS um espaço privilegiado para a discussão da relevância social da universidade (CARVALHO e CECCIM, 2012). Para alcançar este objetivo, implementar currículos integrados e inseridos no cotidiano das práticas com a devida articulação é essencial.

Contudo, os currículos das IES descritas nos estudos apresentam este distanciamento como um desafio a ser superado conforme exemplificado por Gauer, Ferreti e Teo (2018):

“Currículos direcionados a uma formação que não valorize a interdisciplinaridade, [...] pode dificultar o trabalho em equipe – aspectos que não promovem uma formação com visão ampliada da atenção à saúde” (Gauer, Ferretti, Teo, 2018)

O currículo tradicional, orientado para disciplinarização do conhecimento, dificulta a inserção dos estudantes na lógica da APS tal qual ela deve ser: interdisciplinar, interprofissional e integral. Mesmo sabendo que a busca destes três elementos que constituem o trabalho na APS ainda está em construção, a neoseletividade do Previne Brasil induzirá um retrocesso neste terreno, deixando o “canteiro”, hoje “inacabado”; amanhã inexistente. Formas sofisticadas de extinguir o trabalho em equipe que configura a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade partem da reestruturação dos processos de trabalho que a APS deverá realizar para adaptar-se à

corrida pela subsistência financeira, desta vez, depositada nos profissionais dos serviços. Mesmo reconhecendo que a construção da APS nestes 27 anos vem tentando superar uma lógica interprofissional ainda frágil, hierarquizada e pouco colaborativa (REUTER, SANTOS e RAMOS, 2018), a proposta do Previne Brasil, focada no desempenho procedimental e individual das equipes interrompe e inviabiliza a efetivação dessas práticas que estavam sendo construídas gradualmente. Isso faz com que os currículos que ainda hoje são disciplinarizados ganhem com esta medida, sendo possível que os currículos tradicionais não sejam mais induzidos a mudanças, já que da forma que estão, adaptam-se bem à APS reduzida à procedimentos e a ações “financiadas” apenas para vulneráveis.

O segundo desafio posto se trata da *‘(in)compreensão dos discentes sobre importância do SUS e da APS’*. O SUS e, em especial, a APS ainda são espaços de inserção profissional pouco valorizadas nas formações em saúde, reforçando o argumento da existência de uma cultura da universidade em se afastar das necessidades reais da sociedade (TRAGTENBERG, 2004). O trabalho no SUS ainda é colonizado por uma visão caritativa advinda do senso comum. Essa visão adentra no ideário dos alunos fazendo-os desqualificarem os cenários de prática na APS corroborando com o rechaço desse espaço formador. Conforme exemplifica o estudo de Peixoto e colaboradores (2019):

“As dificuldades e tensionamentos estavam presentes, principalmente na compreensão pelos alunos sobre a importância do SUS e da APS para a sua formação” (Peixoto, 2019)

Na formação profissional capitalista, a universidade atua como um espaço de criação de um capital humano que vai alimentar um sistema produtivo baseado na concorrência generalizada, tornando o indivíduo empreendedor de si mesmo, acrescido da lógica de meritocracia e sucesso baseados nos bens e no lucro (LAVAL, 2004). Talvez por isso, a APS e o SUS não sejam alvo do desejo de formação dos alunos dos cursos de saúde por não se sentirem atraídos por um espaço de trabalho que não os proporcionem este ideal de sucesso profissional.

Com as práticas neoseletivas como a captação por desempenho e as métricas de produção, a APS tenderá a estar mais desfinanciada e, possivelmente este lócus de prática padecerá de maior dificuldade de se estabelecer como um espaço desejável de trabalho em face a tantos problemas. Parece que o cenário vindouro irá agudizar este afastamento da APS como atividade importante para a formação reforçando o descrédito generalizado que existe na percepção dos alunos que não a conhece.

Um terceiro desafio posto ao ensino se trata da ‘*desproporcionalidade do ensino com a realidade*’. A inserção dos alunos nos cenários de prática permite ao estudante o contato com a realidade do SUS, benefício citado pela maioria dos artigos estudados assim como o rompimento com paradigmas e preconceitos em relação à APS (SILVEIRA et al, 2020). No entanto, essa realidade não corresponde às expectativas construídas na graduação, durante a formação profissional, conforme citado no excerto:

“... [existe] dificuldade com algumas situações do cotidiano, fatos desconexos com a realidade da prática aprendida na universidade. [... uma delas] se assenta na desproporcionalidade entre o ensino da graduação com a realidade do profissional no serviço.” (Rodrigues et al, 2018)

Tal desproporção se manifesta nas contradições existentes entre o que é proposto pelas políticas de saúde e o que, de fato, é realizado do ponto de vista de ensino na academia. O ‘encastelamento’ da academia vem gerando essa sensação nos alunos de desconexão entre o que se aprende na universidade e sua ‘inaplicabilidade’ nos serviços. Inúmeras políticas públicas que se dedicam a interface saúde-educação (PET-Saúde, Provac, Pró-Saúde, Pró-residências, etc) induziram aproximações sucessivas entre academia-serviço na tentativa de solucionar este afastamento (BATISTA et al., 2015). Mesmo assim, esta é uma realidade que persiste e é relatada nos estudos revisados.

Porém as práticas neoseletivas do Previne podem contraditoriamente gerar uma dupla sensação sobre esta desproporcionalidade. Por um lado, pode-se criar um sentimento de maior desconexão já que o desfinanciamento da APS piora as condições materiais deste nível de atenção (falta de insumos mais frequentes, profissionais mais pressionados e altamente desmotivados) perpetuando o estranhamento nos discentes. É pertinente lembrar que os discentes tendem a ver o conhecimento universitário como de “excelência clínica” tanto do ponto de vista de equipamentos tecnológicos requeridos como nas terapêuticas inovadoras de cunho individual. Por outro lado, esta desproporcionalidade pode gerar um sentimento de maior ajuste operacional (MENDES, 2021) entre ensino-serviço já que a ação selecionada pelo Previne Brasil é induzir o comportamento do profissional fazendo com que ele esgote sua agenda em práticas isoladas no âmbito clínico individual o que se ajusta à tradição do ensino na saúde nos cursos mais conservadores.

O quarto desafio que a literatura metassintetizada propõe ao ensino é a ‘*articulação dos processos de trabalho do ensino com serviço*’. Segundo vários estudos, a articulação dos processos de trabalho se apresenta como o principal revés da IESC como por exemplo:

“A pouca comunicação entre os profissionais das IES e os profissionais-preceptores dos serviços.” (Rodrigues et al, 2018)

“Necessidade de melhor pactuação das atividades entre instituição de ensino e serviços, com consonância com as singularidades locais” (Bravo et al, 2018)

“... movimento de inserção dos estudantes em equipes de trabalho com sinais de dificuldades para troca e articulação com a equipe” (Campos, Barba, Martinez, 2013)

Muitos elementos são levantados pelos estudos que corroboram para a desarticulação, tais quais o planejamento mal pactuado, a falta de construção de habilidades e competências para o trabalho coletivo, o descompasso das ações propostas pela academia com as realizadas pelo serviço, as expectativas irreais do serviço com a inserção dos alunos e a organização do atendimento dos estudantes de forma independente à dos serviços. Isto tudo gera um conglomerado de ações que limitam a articulação entre o ensino com o serviço ficando evidente o distanciamento entre estes atores conforme já compilado na literatura (MENDES et al, 2018).

No cenário de neoseletividade, em que se impõe aos serviços exigências de desempenho quantitativo, que minam o cuidado individual, integral e centrado na pessoa, assim como desconsideram as ações coletivas e de educação em saúde, os processos de trabalho passam a se contrapor aos ideários de formação profissional para atuação no SUS. Possivelmente isso limitará propostas interprofissionais, de promoção à saúde, numa lógica emancipatória e de construção da autonomia e participação dos usuários, exigindo da academia uma produção exclusivamente quantitativa quando da inserção dos estudantes, que impossibilita a reflexão e criticidade de ações no aprendizado.

O quinto desafio se centra na ‘*relação teoria-prática*’ que ainda se apresenta distante nestes cenários. Conforme exemplifica Rodrigues et al (2018):

Os resultados do estudo sinalizam dois desafios para a efetividade da formação no internato na AB [Atenção Básica]: a relação teoria e prática e a integração ensino-serviço. O primeiro toma uma conotação educacional (relação com o ensino-aprendizagem) e o segundo, como estrutural, ao envolver aspectos que transcendem a formação em

Enfermagem e englobam universidade, serviços de saúde e gestão na Saúde (Rodrigues et al, 2018)

É interessante notar o detalhe apontado pelo estudo sobre a relação teoria-prática. O caso apresentado das inserções de estudantes nos serviços, quando aplicados às residências, ressalta que até dentro das formações no interior da universidade a relação teoria-prática parece estar distanciada pedagogicamente, o que se agudiza quando o residente se insere o serviço (estruturalmente). A aproximação da teoria e prática é o fundamento pedagógico primevo de quaisquer formações (FREIRE, 2020), e na saúde ainda mais, já que, em se tratando de residentes, o problema ganha uma conotação inconcebível.

Sem os requisitos minimamente técnicos da profissão, o estudante (seja graduando ou residente) terá dificuldades pedagógicas (que antecedem às estruturais) na sua inserção nos serviços. Esta denúncia nos permite questionar qual o sentido de uma formação assim? Certamente com tal deficiência pedagógica entre ‘a prática’ e ‘a teoria’ que a embasa reforça-se o quanto algumas experiências de inserção são desastrosas, por serem forçosas ou apenas responderem à editais de habilitação com financiamentos para estudantes, mas que não se dedicam à compreensão suas próprias práticas pedagógicas, muito menos na adaptação dessas práticas à realidade dos serviços e da comunidade. Segundo os dados sintetizados, parece que o desenvolvimento da reflexão crítica sobre o trabalho (ainda que ao trabalho ‘técnico-clínico’ e restrito à prática encerrada na universidade) é um desafio que não foi superado (RODRIGUES et al, 2018).

Espera-se que a inserção do aluno nos serviços seja o momento oportuno de contato com a realidade do trabalho e atuação em situações reais de intervenção, o que exige do estudante o entendimento para além das práticas de cuidado, mas também dos princípios, diretrizes, políticas e direitos que envolvem o sistema de saúde. Em tempos de neoseletividade, é possível que a nova lógica de organização do trabalho respalde uma formação profissional voltada a atender as demandas de mercado, desconsiderando os espaços de reflexão e criticidade, ajustando-se ainda ao distanciamento entre uma teoria (para APS) e uma prática (para o mercado), como em algumas experiências revisadas isto costuma ser (KUABARA et al, 2014).

O sexto desafio imposto ao ensino se trata da ‘*baixa inserção dos alunos na Atenção Básica*’ relatado por alguns estudos conforme destacado por Gauer, Ferreti e Teo (2018 p. 2): “*Dentre os entraves identificados, estão a baixa inserção dos estudantes nos serviços públicos de saúde [como por exemplo] o baixo número de fisioterapeutas na Atenção Básica;*”.

A ESF vinha se consolidando como prioridade na APS com objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e processos de trabalho especialmente na busca da integralidade do cuidado (CARNUT, 2017). Para ser alcançada, o seu núcleo mínimo composto por médico generalista, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo acrescer de uma equipe de saúde bucal precisava ser ampliado. Após a criação, em 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008), inseriu-se formalmente demais categorias profissionais na estratégia por meio de apoio matricial, dos quais, conforme remete o excerto, os fisioterapeutas eram um deles.

Porém, o NASF foi destituído de financiamento federal no Programa Previne Brasil, sendo revogada na Nota Técnica n. 3/2020 as normativas de credenciamento de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2020). Sobre argumento de favorecer autonomia do gestor municipal para compor suas equipes conforme sua necessidade (algo que já era possível anteriormente), na realidade, pode-se dizer que é mais uma seletividade criada pela política pública. Esta é uma tática para desencorajar o gestor local (por falta de incentivo financeiro) quando da contratação de outros profissionais que extrapolem a equipe mínima, desconstruindo assim a integralidade do cuidado.

Devido essa baixa inserção das diversas categorias profissionais na APS, supõe-se que haverá um aprofundamento da baixa inserção dos estudantes nestes cenários já que não haverá profissionais que possam preceptorar suas competências específicas. Certamente o trabalho na APS tenderá à oferta de procedimentos do núcleo mínimo e limitados à lógica do trabalho executado por esta equipe (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista). Estes, que correspondem à equipe mínima, poderão oferecer, no máximo, a preceptoria das competências comuns. Assim espera-se que este cenário desestimulará a mudança dos currículos dos diversos cursos que transcendem a equipe mínima por não oportunizarem o exercício das habilidades técnico-clínicas destas categorias.

O sétimo desafio que foi identificado ao ensino se trata da *‘postura passiva do estudante’*. Para Codato, Garanhani e González (2017, p. 612) os autores apresentam que *“Existem todos os tipos de estudantes [mas tem aqueles que] querem simplesmente passar por aqui, para cumprir aquele prazo e fazer somente o que é determinado”*.

Freire (2020) afirma que aprender não se limita a tornar o indivíduo adaptado à realidade, mas inclui criar um sujeito ativo, capaz de transformá-la e intervir sobre ela, recriando-a. Na IESC desejável todos os participantes (alunos, trabalhadores e comunidade) participam do processo de aprendizagem e sua articulação não deve se basear na presença do aluno como

espectador como os estudos vem demonstrando (DE-CARLI et al, 2019) mas como sujeito ativo de educação. Em que pese o fato de que a APS possa promover uma cultura proativa nos estudantes retirando-lhes da passividade, a neoseletividade induzida pelo Previne Brasil tende a limitar as possibilidades de envolvimento do aluno nesse cenário de prática restringindo-lhes ao ofertado no ambiente clínico, exigindo deles produção e replicação de ações procedimentais, frustrando práticas reflexivas e criativas e deixando de oportunizar cenários para além do consultório das unidades. Esta situação pode reforçar ainda mais o papel persistentemente passivo dos estudantes tal como encontrado nas experiências revisadas.

Problemas relacionados à gestão

Em relação aos problemas relacionados à gestão, sete desafios foram metassintetizados. O primeiro relaciona-se à ‘*infraestrutura das unidades*’. Alguns estudos evidenciaram uma avaliação majoritariamente negativa quanto aos equipamentos e à infraestrutura das unidades de saúde da família por parte das EqSF conforme exemplificado no estudo de Lima e colaboradores (2019):

*“... os problemas oriundos de infraestrutura física inadequada se devem ao fato de muitas delas funcionarem em casas alugadas, adaptadas para o funcionamento como unidade de saúde, sem inspeção dos riscos e insalubridade para a certificação em termos de qualidade”
(Lima et al, 2019)*

Os limites da estrutura física das unidades básicas no Brasil têm sido registrados por diversos estudos (NASCIMENTO, SANTOS e CARNUT, 2011; ROSA e CARNUT, 2020). Como cenário de práticas a situação das unidades transitam desde a mera falta de espaço que gera conflitos entre estudantes e profissionais (já que os primeiros ocupam o espaço dos segundos), entre profissionais que disputam por espaços quando as unidades estão repletas de estudantes até a própria localização das unidades que, ao se localizarem prioritariamente em áreas periféricas, geram sentimentos de receio entre os estudantes e docentes.

A infraestrutura frágil e a insuficiência de recursos materiais comprometem o desenvolvimento e qualidade dos processos de trabalho na APS, gerando insatisfação dos profissionais, que intensificada com a inserção do ensino, exaure suas condições físicas. Uma estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos e materiais necessários para execução das práticas em saúde é imprescindível contudo ainda é uma exceção na organização dos processos de trabalho nas UBS (BOUSQUAT et al, 2017).

No entanto, em uma realidade de desfinanciamento proporcionado pela neoseletividade (via extinção do PAB-fixo) e ainda, relativizando o PAB-variável à critérios de produtividade, tende a tornar essa estrutura ainda mais precária. É pertinente lembrar que o Previne enfatiza modelos de Equipe de Atenção Primária (EqAP) em detrimento das EqSF. Ao seletivizar os formatos tradicionais como é o caso da EqAP ofertando-as como modelo a ser usado, reforça-se ainda mais as deficiências estruturais das unidades com EqSF já que o financiamento para a ser disputado por modelos de organização de equipes diferentes. Imagina-se que, diante disso, haverá uma tendência de as EqAP serem a primeira opção de um cenário para inserção de alunos em detrimento das EqSF.

O segundo desafio posto à gestão é a ‘*escassez de recursos*’. Segundo Rodrigues et al (2018, p. 4): “*A falta de insumos necessários para a realização dos procedimentos nos serviços de saúde que corroborem com uma atenção com qualidade e efetiva*” persistem.

Na perspectiva do aluno a realidade da prática deveria corresponder plenamente a teoria aprendida, porém ao serem inseridos nos serviços, os discentes podem observar e vivenciar as dificuldades provenientes dos modelos de gestão e financiamento do SUS, como falta de insumos, falta de infraestrutura adequada, carência de profissionais em algumas equipes.

Esta repercussão na qualidade da assistência e na insatisfação dos profissionais das equipes de saúde da família, alunos e comunidade certamente será intensificada com a neoseletividade induzida pelo Previne Brasil. A lógica anteriormente descrita que provoca desfinanciamento deste nível de atenção, que, sem dúvida, poderá impossibilitar as práticas na APS em função da ausência de insumos, equipamentos e outros aspectos da estrutura física.

O terceiro desafio posto à gestão se trata da ‘*saturação dos espaços*’. Conforme a literatura metassintetizada aponta, a “*Saturação dos espaços dos serviços públicos de saúde para as atividades práticas*” é frequente (Gauer, Ferretti, Teo, 2018, p. 6). Com a expansão das instituições de ensino superior em saúde, muitas induzidas por critérios de mercado e sem e fiscalização apropriadas, esgota-se a disponibilidade dos cenários de práticas quando se trata dos grandes centros urbanos. Associada ao avanço da gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e com contratação flexibilizada pela criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS (MIRANDA, 2019), esta saturação ganhará contornos ainda mais severos de disputa entre IES públicas e privadas. É provável que isto ocorra porque já há experiências em que IES privadas aportam incentivo financeiro aos profissionais que assumem a preceptoria de seus estudantes (PEREIRA, 2020) tornando este aporte, portanto, uma forma de remuneração variável que se soma à lógica instalada nos pagamentos por

desempenho adotadas pelos modelos OSS (MENDES e CARNUT, 2018). Soma-se a isso, no caso dos médicos, as contratações flexíveis e que não exigem formação em atenção primária preconizadas pela ADAPS. Nesta conjuntura, quanto mais instituições, mais dinheiro, mais incremento salarial, mais saturação, desprivilegiando-se, claro, os estudantes das IES públicas.

Contudo, o COAPES tem se apresentado como instrumento importante de articulação entre as IES e os serviços públicos evitando, na medida do possível, este tipo de disputa (BRASIL, 2020). Pode ser que, com a intensificação do trabalho individual e produtivista gerado pela neoseletividade, haja uma tendência de que esta saturação possa ser vista como uma oportunidade de produzir mais procedimentos já que, a lógica vigente pela profusão de escolas que disputam os cenários de prática é uma inserção meramente protocolar do aluno na APS (para cumprir com os requerimentos formais exigidos pelas DCN). É neste bojo que gestão e trabalhadores podem aproveitar desta saturação para delegar a responsabilidade de parte da produtividade aos alunos que precisam, por exigência da norma, deste campo de prática.

O quarto desafio à gestão trata-se da *‘baixa representatividade de algumas categorias profissionais na AB’* como sintetiza Gauer, Ferretti e Teo (2018, p. 6) com caso do *“baixo número de fisioterapeutas na atenção básica”*.

Algumas profissões, não contempladas na EqSF, encontram dificuldades em se reconhecer no espaço da APS, como por exemplo, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos entre outros anteriormente contemplados no NASF. Este sofreu seu desmonte final após a instituição do programa Previne Brasil (Nota Técnica n. 3/2020) (BRASIL, 2020). Esta seletividade relacionada a excluir tantos profissionais que ampliavam o cuidado, integrando ações propostas por diversos olhares, parece bem coerente com a intenção de manter baixa esta representatividade de outros profissionais. É quase certo que a gestão não dedicará muitos esforços em reconsiderar este cenário valorizando a interprofissionalidade com outras categorias quando não é induzida financeiramente a isso.

O quinto desafio da gestão refere-se à *‘rotina exaustiva e precariedade dos serviços’*, Mira, Barreto e Vasconcelos (2016, p. 522) resumiram aquilo que grande parte dos estudos incluídos nesta revisão afirmam sobre este tema: *“que as dificuldades de inserção e de integração com as equipes refere-se à rotina de trabalho exaustiva e à precariedade das relações produtivas”*.

Entre os desafios das rotinas de IESC que se intensificarão sob a nova proposta de financiamento está a priorização da quantidade de atendimentos e procedimentos em detrimento da sua qualidade que comprometerão o ensino instituindo uma rotina ainda mais exaustiva aos

profissionais dos serviços de saúde, impossibilitando que conciliem as ações de assistência e preceptoria. É provável que a gestão desincentive, em alguma medida, a inserção de estudantes por estes serem vistos como algo que ‘atrapalha’ o alcance de metas dos profissionais. Por outro lado, estudantes com habilidades clínicas já bem desenvolvidas na universidade podem ser bem-vistos pelos gestores como mais um profissional ‘realizador de procedimentos’, medida que se coaduna à categoria a seguir.

O sexto desafio à gestão reafirma a ‘*execução de práticas reducionistas*’, que podem ser sintetizadas conforme exemplificado:

“Com efeito, alguns dilemas estão presentes na articulação ensino-serviço, especialmente no que tange à competência da ESF em estabelecer uma relação mútua de troca com os estudantes, em virtude: da execução de práticas reducionistas” (Madruga et al, 2015)

Segundo Madruga et al (2015), o despreparo por parte dos profissionais em relação à prática, e, por consequência para intermediar as vivências dos estudantes nos cenários de atuação, levam a execução de práticas reducionistas, desvalorizando o trabalho em equipe e no território, fruto da visão influenciada pelo modelo biomédico, de passividade em relação às atividades integradas à universidade, da percepção distorcida do papel dos discentes e dos docentes nos serviços, vistos como fiscalizadores por vezes.

A IESC é uma estratégia que pode contribuir para a reflexão sobre o modelo de atenção à saúde, visando a sua transformação se assim houver esta intenção (MARIN et al, 2013). Entretanto, a proposta de reorganização dos processos de trabalho, com foco no repasse financeiro do Previne Brasil, que enfatiza o monitoramento de procedimentos e os resultados das ações de saúde restritas aos atendimentos individuais, não abarcando a avaliação dos processos de trabalho coletivo nem com foco no território, restringindo os espaços de discussão e aprendizado.

Por fim, o sétimo desafio à gestão sintetizado é a ‘*desvalorização do trabalho em equipe*’ como pode ser identificado no estudo de Madruga et al (2015): “*A não-valorização do trabalho em equipe, resistência dos profissionais em relação à interação ensino-serviço, entre outros motivos.*” É pertinente lembrar que o modelo de atenção idealizado pela ESF busca a centralidade do usuário e da comunidade no processo de cuidado, o que, a rigor, exige uma intrínseca interação entre as diferentes categorias profissionais que compõem as equipes (BARROS, SPADACIO e COSTA, 2018). Mesmo a IESC nesse ambiente impulsionando a Educação Interprofissional (EIP) e a mudança do modelo de atenção e formação dos

profissionais na perspectiva da integralidade (SILVA et al, 2015), os estudos relatam que o trabalho em equipe é desvalorizado fortificando a falta de comunicação interprofissional e das práticas colaborativas centradas no usuário.

Se assim já ocorre, como a neoseletividade induzida a busca por metas de produtividade focadas no atendimento individual reforçará esta desvalorização inevitavelmente. É importante ressaltar que o Previne Brasil isola as metas de produtividade induzindo um comportamento nos profissionais para que cada um persiga de maneira “autônoma”, portanto, solitária, o alcance de suas metas. Como o alcance destas metas estão associadas à avaliação de desempenho que será usada para a remuneração, parece quase óbvio que esta desvalorização não apenas perdurará mais poderá ainda se radicalizar.

Problemas relacionados à atitude dos profissionais de saúde

O conjunto de três desafios foram metassintetizados como os principais problemas relacionados à atitude dos profissionais de saúde. O primeiro deles é o ‘*relacionamento interpessoal*’.

“...embora a equipe já saiba que eles [os estudantes] vão chegar, ninguém maltrata no acolhimento, mas a equipe fica na retaguarda. Então assim: depende muito como você vai me tratar é o jeito que eu vou te tratar...” (Codato, Garanhani, Gonzalez, 2017)

Conforme relatado, há uma tensão dos preceptores, seja no âmbito da expectativa, seja na pouca colaboração da equipe. A qualidade da relação preceptor-estudante é essencial para o bom processo ensino-aprendizagem. Para tornar a experiência vivida na APS um momento exitoso para o estudante, a atitude receptiva dos preceptores é determinante (LUZ e TOASSI, 2016). Em momentos de neoseletividade, em que as condições materiais se precarizam, é possível que a disponibilidade de serem empáticos e acolhedores diminua, podendo ser possível que rugas até desentendimentos possam ser mais frequentes.

O segundo desafio devido à atitude dos profissionais é o entendimento de um certo ‘*perfil de preceptoria*’ que não oportuniza o aprendizado do aluno, seja porque o profissional não cria as condições de ensino, não tem habilidades para intermediar as vivências dos estudantes nos cenários de atuação ou ainda não dispôs de capacitação pedagógica para receber estudantes. Os excertos dos estudos a seguir sumarizam a atitude dos profissionais a respeito:

O profissional não parece reconhecer seu papel como formador (Vasconcelos, Stedefeldt, Frutuoso, 2016)

Se realizado sem uma preceptoria presente e sem embasamento científico sólido, resulta em mera reprodução das práticas já existentes ou na sua “otimização” dentro dos estreitos limites, muitas vezes encontrados no sistema de saúde (Mira, Barreton, Vasconcelos, 2016)

Mesmo não sendo a situação ideal, observa-se duas formas de organização em relação à preceptoria na prática. Uma quando o preceptor é parte da equipe de saúde (situação ideal) e outra quando é docente da instituição de ensino (situação possível). O primeiro caso torna facilitada a organização das atividades, pela proximidade e liberdade do profissional realizar ajustes e manejos das agendas e propostas. Já em relação ao preceptor docente da IES observa-se que o compartilhamento e participação no planejamento do serviço é inexistente, o que promove a dicotomia da oferta de trabalho da equipe local e da equipe da faculdade, evidenciando um descompasso de interesses. Enquanto a universidade objetiva os processos pedagógicos, o serviço busca resolução de demandas reprimidas e especializadas, aumento da resolubilidade e qualificação de seus recursos humanos, o que dificulta o compartilhamento dos processos de trabalho, uma vez que apenas o espaço físico é o comum (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

A relação educativa na APS demanda a construção de um processo de formação compatível com um ensino crítico e reflexivo prudente para atuação no SUS, a relação preceptor e aluno deve manter-se na horizontalidade, fugindo do autoritarismo e da educação bancária (FREIRE, 2020). Para que essa postura seja efetiva, é necessária que o profissional tenha a atitude de criar espaços de diálogo e compartilhamento de experiências. Entretanto, espera-se que a neoseletividade induzida pelo Previne minimize ou extinga esta disponibilidade para o diálogo já que o trabalho nas unidades de saúde será pautado pela produção individual e focalizada nas avaliações de desempenho para repasse financeiro cujo ‘tempo’ é fator crucial ao incremento da produtividade. Logo, sem tempo, pouca chance para o diálogo.

O terceiro e último desafio sintetizado sobre a atitude dos profissionais reside na ‘resistência da equipe’. Muitos membros das equipes da APS não sentem necessidade de aderir a IESC seja por pensar que a integração é uma atividade restrita a programas como PET-Saúde por exemplo. Outros profissionais não sentem abertura, nem disposição para contribuir com as demandas da equipe sendo difícil encontrar profissionais de acolham estudantes, pois alguns sentem que os estudantes “invadem” seus espaços. Outros sentem que a grande quantidade de

ações nas unidades impede a participação. Todos esses argumentos são motivos para as resistências. Conforme Madruga et al (2015) ressaltam:

“há certa resistência, por parte dos profissionais dos serviços, em inserir os estudantes no processo de trabalho das equipes. Essa atitude, provavelmente, é fruto da visão, ainda influenciada pelo modelo biomédico, da passividade dos profissionais em relação às atividades integradas com a universidade, e da percepção distorcida do papel dos discentes e dos docentes nos serviços vistos como fiscalizadores” (Madruga et al, 2015)

Esta resistência também tem partido da pouca disposição que o docente tem para contribuir com as demandas da unidade, somada a pouca comunicação entre os profissionais da IES e os preceptores do serviço que prejudicam o relacionamento interpessoal, e resultam na resistência da equipe em se integrar com a academia. (RODRIGUES et al, 2018; CODATO, GARANHANI e GONZALEZ, 2017). Em tempos neoseletividade esta resistência pode resultar na restrição ou até extinção de cenários de prática na APS exigida pelos próprios profissionais que já apresentavam resistência à proposta. Tudo indica que este grupo de profissionais que já nutriam resistência a receber alunos pode entoar um discurso neoconservador de rechaçar as atividades de IESC retrocedendo nos esforços de aproximação academia-serviços.

Problemas relacionados à atitude da comunidade

Por fim, em relação aos problemas relacionados à atitude da comunidade, apenas um desafio é relatado pela literatura sintetizada. Não à toa a literatura apresenta um desafio apenas nesta categoria, o que pode ser um dado para refletir o quanto a comunidade tem sido convidada a opinar e avaliar as experiências de IESC. Feita esta ressalva, o desafio desta categoria se resume à ‘*resistência da comunidade*’ conforme apresentado por Lima e colaboradores (2019):

“...certa resistência por parte de alguns clientes [...] Algumas vezes chega ao ponto de as mães falarem assim ‘ah, eu não quero deixar o meu filho ser atendido por um acadêmico’ [...] Mulheres têm muita resistência às vezes no exame preventivo.” (Lima et al, 2019)

Dificuldades na relação paciente-aluno provêm naturalmente da inexperiência de abordagem por parte dos estudantes, porém é superada na construção do vínculo da academia e a comunidade em que se insere (PEREIRA, 2020). Na conjuntura da neoseletividade do Previne que induz um comportamento mais produtivista no profissional, há a possibilidade dos

alunos inseridos na APS adotem tais posturas, que, em termos da visão da comunidade haja maior medo de possíveis iatrogenias ou até situações constrangedoras. Estas situações terão como foco gerador a pressa, a rapidez gerando menos humanização. Claro, o paciente sente esta falta de zelo e, portanto, tende a desconfiar mais da habilidade do estudante, gerando receio de expor seu corpo e por isso maior resistência.

Mesmo diante da diversidade de desafios que esta metassíntese trouxe, é fundamental reconhecer as limitações que a captura e a análise do objeto apresentam, entre elas a pouca participação da comunidade nos processos de integração, e estudos que demonstrem o parecer desses importantes atores. Também é notório que grande parte da literatura seja formada por relatos de experiência, sob perspectivas de diferentes cenários, cultura, organização política e institucional, portanto apresentam resultados, possibilidades e desafios distintos.

Os dados compilados neste estudo ajudam a repensar novos caminhos para as políticas públicas que se dedicam a IESC como a instituição e valorização de espaços colegiados de deliberação e pactuação, com vistas a fortalecer o COAPES e demais políticas indutoras de inserção no ensino, assim como aquelas que preveem a inovação de currículos que promovam uma formação crítica na saúde, respondendo as necessidades assistenciais e políticas do SUS.

Assim, este estudo expõe um panorama dos cenários de prática a luz da neoseletividade induzida pelo Previne Brasil, que possibilita a gestores dos serviços de saúde e instituições de ensino se organizarem com vistas a minimizar os impactos dessa nova política para as atividades de ensino e assistência. Porém, evidencia a necessidade de estudos que priorizem a perspectiva da comunidade, incentivando o controle social, e sua inserção na gestão das ações de IESC, desde sua pactuação e organização.

Considerações finais

Os cenários de prática em saúde constituem importante espaço de formação, porém a qualidade pedagógica e a integração entre o ensino, serviço e a comunidade apresentam desafios a serem superados.

Em relação ao cuidado, observa-se a falta de longitudinalidade e continuidade na ausência da universidade, provenientes da deficiente articulação e responsabilização da IES com o serviço, dificultando o estreitamento de relações e vínculos, fruto de um planejamento mal articulado e conflitos de interesses, que convergem com os desafios relacionados ao ensino, pautados no distanciamento dos currículos, e da teoria, com a realidade do trabalho e expectativas dos discentes. Somam-se as dificuldades de relacionamento interpessoal,

resistência das equipes em receber os discentes, devido rotinas exaustivas e o perfil de preceptoria, frequentemente não capacitado para atuação, dificultando o desenvolvimento de processos pedagógicos que respondam às necessidades do ensino, e tampouco qualificam os serviços. Na incerteza da qualidade da atenção, a comunidade também resiste a integração, mantendo-se apartada dos processos de articulação. Predominam os desafios relacionados à gestão, compatível ao subfinanciamento da APS, como estrutura física deficiente, escassez de recursos, equipes desfalcadas e cenários insuficientes para demanda de ensino.

À luz da neoseletividade, e da instituição do Previne Brasil, prevê-se o desfinanciamento imediato da APS na maioria dos municípios brasileiros, e o retrocesso das práticas de atenção à saúde, descaracterizando suas ações, destituindo a ESF como prioridade e fracionando suas equipes.

A reorganização dos processos de trabalho terá impacto direto nas ações de ensino, limitando propostas interprofissionais, desconsiderando espaços de reflexão restringindo o aluno ao ambiente clínico, estimulando práticas individuais, pontuais e procedimentais, voltadas a atender as demandas de mercado e de desempenho, resultando na inserção meramente protocolar do aluno na APS.

Para além de garantir espaços e cenários de prática para atuação do ensino e formação profissional, torna-se imprescindível que gestores, trabalhadores do SUS, instituições de ensino e comunidade organizem-se em defesa de uma APS universal e integral, coordenadora e ordenadora do cuidado, resolutiva e comprometida às necessidades reais da população.

Referências

BANCO MUNDIAL. Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. **Banco Mundial**. 21 de novembro, 2017. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/884871511196609355/volume-i-s%3%adntese> Acesso em: 28 ago. 2020.

BARROS, N. F., SPADACIO, C.; COSTA, M. V. da. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 163-173, set., 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>>. Acesso em: 21 mai. 2021.

BATISTA, S. H. S. S. *et al.* Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface**. Botucatu, v. 19, p. 743-752, 2015.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011, p.147-164.

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: Os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.8, p. 1-15, 2017.

BRASIL. **Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019.** Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. MS abre consulta pública para Carteira de Serviços da Atenção Primária. **Agência Saúde**. 19 de agosto de 2019a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45687-ms-abre-consulta-publica-para-carteira-de-servicos-da-atencao-primaria>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 03/2020-DESF/SAPS/MS.** Publicada em 28 de janeiro de 2020. Dispõe sobre Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne. Brasília: DESF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: MS, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2979 de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil. Brasília: Diário Oficial da União, 2019b, ed. 220, Seção 1, p. 97. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Manual Instrutivo Gestores Municipais: Manual de apoio aos gestores para a implementação do Coapes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRAVO, V. Â. A. *et al.* Produzindo pesquisa, formação, saúde e educação na integração ensino, serviço e comunidade. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1481-1491, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501481&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2021.

CAMPOS, L. C. B.; BARBA, P. C. de S. D.; MARTINEZ, C. M. S. A formação do Terapeuta Ocupacional com ênfase na atenção básica em saúde: o ponto de vista de docentes. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 9-17, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/61995>>. Acesso em: 7 maio. 2021.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 1177-1186, 2017.

CARNUT, L.; MENDES, A. N.; LEITE, M. G. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 902-918, 2020.

CARVALHO, Y. M., CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (orgs.) Tratado de saúde coletiva. 2ed. **rev. aum.**

São Paulo: Hucitec, 2012, p. 137-170. Disponível em: <https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/5512550/mod_resource/content/1/Formac%CC%A7a%CC%83o%20e%20educac%CC%A7ao_Ceccim%202012.pdf>. Acesso em: 6 mai. 2021.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai 2021.

CLARKE, M.; OXMAN, A.D. (ed.) **Cochrane Reviewers 'Handbook 4.1** [atualizado em junho de 2000]. In: Review Manager (RevMan) [programa de computador]. Versão 4.1. Oxford, Inglaterra: The Cochrane Collaboration, 2000. Disponível em: <<http://www.cochrane.dk/cochrane/handbook/hanbook.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2020.

CODATO, L. A. B.; GARANHANI, M. L.; GONZALEZ, A. D. Percepções de profissionais sobre o aprendizado de estudantes de graduação na Atenção Básica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 605-619, jul., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai. 2021.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, suppl 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>>. Acesso: 18 jul. 2021.

DE-CARLI, A. D. *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade, metodologias ativas e Sistema Único de Saúde: percepções de estudantes de Odontologia. **Cad. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.476-483, out./dez., 2019.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 65ed. São Paulo: Paz e Terra; 2020.

GAUER, A. P. M.; FERRETTI, F.; TEO, C. R. P. A. Professional training in physiotherapy: barriers to the diversification of practical learning scenarios and for teaching-service integration. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 31, p. 1-11, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502018000100220&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2021.

HENRIQUES, R. L. M. **Interlocução Entre Ensino e Serviço: Possibilidades de Ressignificação do Trabalho em Equipe na Perspectiva da Construção Social da Demanda.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005, p. 147-159.

KLEBA, M. E. *et al.* Práticas de reorientação na formação em saúde: relato de experiência da universidade comunitária da região de Chapecó. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 11, n. 2, p. 408-414, abr./jun., 2013.

KUABARA C. T. M. *et al.* Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 202-207, jan./mar., 2014.

LAVAL, C. **A Escola não é uma empresa: o neoliberalismo em ataque ao ensino público.** Londrina: Editora Planta, 2004.

LIMA, C. A. *et al.* O processo ensino-aprendizagem nos cuidados primários de saúde: a vivência do graduando em enfermagem. **Rev. APS**, v. 22, n. 2, p. 333-354, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15826>>. Acesso em: 6 mai. 2021.

LUZ, G. W. da; TOASSI, R. F. C. Percepções sobre o preceptor cirurgião-dentista da Atenção Primária à Saúde no ensino da Odontologia. **Rev. da ABENO**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 2-12, 2016.

MADRUGA, L. M. S. *et al.* O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 19, suppl 1, p. 805-816, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0161>>. Acesso em: 7 fev. 2021.

MARIN, M. J. S. *et al.* Aspectos da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 501-508, dez., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai. 2021.

MASSOTE, A. W.; BELISARIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro. v. 35, n. 4, p. 445-453, dez., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2021.

MATHEUS, M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, p.543-545, 2009.

MENDES, Á. A persistência da aniquilação da saúde pública na crise pandêmica do capital: o neofascismo de Bolsonaro. **NIEP-Marx**, 2021. Disponível em: <https://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2021/Anais_MM2021/MC14_3.pdf>. Acesso em 01 jul. 2021.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 9-32, jan., 2020a. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136 . Acesso em: 28 de agosto de 2020.

MENDES, A. N.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 27, p. 1105-1119, 2018.

MENDES, A. N.; CARNUT, L. Crise do Capital, Estado e Neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Rev. Soc. Bras. Econ. Pol.**, v. 57, p. 174-210, 2020b.

MENDES, T. M. C. *et al.* Interação ensino-serviço-comunidade no Brasil e o que dizem os atores dos cenários de prática: uma revisão integrativa. **Rev. Ciência Plural**, Rio Grande do Norte, v. 4, n. 1, p. 98-116, 2018.

MIRA, Q. L. M.; BARRETO, R. M. A.; VASCONCELOS, M. I. O. Impacto Do Pet-saúde Na Formação Profissional: Uma Revisão Integrativa. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 40, n. 2, p. 514-531, 2016. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1682/1889>>. Acesso em: 6 mai. 2021.

MIRANDA, A. S. “Médicos pelo Brasil”: simulacro reciclado e agenciamento empresarial”. **ABRASCO**. 9 de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniaio/medicos_brasil__bolsonaro_alcides_miranda/42108/>. Acesso em: 19 set. 2019.

NASCIMENTO, A .P. S.; SANTOS, L. F. ; CARNUT, L. Atenção primária à saúde via estratégia saúde da família no Sistema Único de Saúde: uma introdução sobre os problemas inerentes à operacionalização de suas ações. **JMPHC - Journal of Management And Primary Health Care**, v. 2, p. 18-24, 2011.

NETTO, Otacílio Batista de Sousa et al. O pró-saúde no curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI): relato de uma vivência de cinco anos. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 12, n. 2, p. 391-397, jun. 2013. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612013000200024&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 out. 2021

OFFE C. Problemas Estruturais do Estado Capitalista. Rio de Janeiro: **Tempo Brasileiro**. 1984

OLLAIK, L. G.; ZILLER, H. M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 229-241, 2012.

PEIXOTO, M. T. *et al.* Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade. **Interface**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e170794, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2021.

PEREIRA, A. L. P. **A preceptoria para a graduação na atenção primária à saúde: perfil, processo de ensino-aprendizagem e o quadrilátero da formação a partir da percepção do dos sujeitos no serviço.** 2020. 212p. Dissertação (Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

PIRES, R. R. GOMIDE, A. A. **Texto para Discussão: Burocracia, democracia e políticas públicas: arranjos institucionais de políticas de desenvolvimento.** Rio de Janeiro: IPEA, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2939/1/TD_194_0.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

POZZEBON, M.; PETRINI, M. C. **Critérios para Condução e Avaliação de Pesquisas Qualitativas de Natureza Crítico-Interpretativa.** In: TAKAHASHI, A. R. W. Pesquisa Qualitativa em Administração: fundamentos, métodos e usos no Brasil. São Paulo: Atlas, 2013, p. 1-72.

REDE DE PESQUISA EM APS DA ABRASCO (REDE APS). Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE*, 8., 2019, João Pessoa. **Anais [...]**. João Pessoa: ABRASCO, 2019.

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F. dos; RAMOS, A. R. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20170441, 2018.

RODRIGUES, C. M. Conceito de Seletividade de políticas públicas e suas aplicações no contexto da política de extensão rural no Brasil. **Cad. Ciênc. e Tec.** Brasília, v.14, n.1, p.113-154, 1997.

RODRIGUES, H. C. et al. Internato de enfermagem na atenção básica: desafios da sua efetividade. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, e26979, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26979/281_93>. Acesso em: 6 mai. 2021.

ROSA, E. M.; CARNUT, L. Integrative Review about Life-Cycle Cost Approaches in Healthcare Units: Evolution, Limits and Reflections for Public Health in Brazil. **Theoretical Economics Letters**, v. 10, p. 1113-1135, out., 2020.

SEIBEL, E. J. A redefinição do conceito “Offeano” de seletividade diante de uma conjuntura globalizada. **Revista Organizações e sociedade**. v. 8, n. 20, 2001. Disponível em: <<https://aratuipe.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/10541/7557>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

SILVA, J. A. M da *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 16-24, dez., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai. 2021.

SILVEIRA, J. L. G. C. *et al.* Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 24, e190499, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190499>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SOUZA, L. B. A interface ensino-serviço na formação farmacêutica: revisão integrativa. **Saúde Redes**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 157-169, abr./jun., 2018. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1712>>. Acesso em: 7 fev. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

TOASSI, R. F. C. *et al.* Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, e0026798, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000200505&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2021.

TRAGTENBERG, M. **Sobre Educação, Política e Sindicalismo**. 3.ed. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

VASCONCELOS, A. C. F. de; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 147-158, mar., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100147&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai. 2021.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1353-1364, 2018a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501353&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2019.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Integração ensino-serviço em saúde: possíveis diálogos a partir da cogestão coletiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20180237, 2018a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400230&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai. 2021.

4.3 Produto de Pesquisa 3

MATRIZ DE SOLUÇÕES PARA OS PROBLEMAS DA NEOSELETIVIDADE INDUZIDA NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PELO PROGRAMA PREVINE BRASIL

MATRIX OF SOLUTIONS FOR THE PROBLEMS OF NEO SELECTIVITY INDUCED IN PRACTICE SCENARIOS IN PRIMARY CARE BY THE PREVINE BRASIL PROGRAM

MATRIZ DE SOLUCIONES PARA LOS PROBLEMAS DE NEO SELECTIVIDAD INDUCIDOS EN ESCENARIOS DE PRÁCTICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA POR EL PROGRAMA PREVINE BRASIL

Karina Magrini Carneiro Mendes¹ (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6620-0548>)

Leonardo Carnut² (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>)

Lúcia Dias da Silva Guerra³ (ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0093-2687>)

¹Docente na Universidade São Francisco, mestranda em Ensino em Ciências da Saúde na Universidade Federal de São Paulo.

²Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde (PPGCECS), Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior de Saúde (CEDESS).

³Professora do Centro Universitário Anhanguera. Curso de Graduação em Nutrição.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o espaço privilegiado de inserção do ensino em saúde, pois é reconhecida como coordenadora da atenção. Ela proporciona uma prática da atenção integral à saúde considerando seus determinantes biopsicossociais, ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação, de modo interprofissional, através do trabalho em rede e integrado nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Embora, historicamente, se tenha avançado na construção das diversas formas de IESC no SUS, observa-se, na prática, muitas dificuldades relacionadas à sua operacionalização. Na APS, soma-se a esses entraves um conjunto de mudanças que apresenta grande potencial de alteração dos pilares que vinham favorecendo a estabilidade institucional e o alcance de bons resultados sanitários, sobretudo, via Estratégia de Saúde da Família. Com o subfinanciamento histórico do SUS e seu processo de desfinanciamento pela EC-95, o novo modelo de financiamento da APS, de forma neofocalizada e neoseletiva, para a população mais pobre, significa restringir mais ainda os recursos do SUS. Após realizar uma metassíntese qualitativa dos desafios existentes nos cenários de prática da APS descritos nos principais estudos que sistematizam essas experiências no país, coube-nos apresentar possíveis soluções a como irão se reconfigurar os cenários de ensino na APS para a formação dos futuros profissionais de saúde em condições tão adversas ao cuidado, à integralidade, à equidade e com risco real à interprofissionalidade. Neste sentido é que este produto visa reorientar a organização dos serviços da APS afim de minimizar os impactos da neoseletividade no cuidado, serviço e atenção à saúde.

Descritores: Educação Superior, Atenção Primária à Saúde, Formação Profissional, Integração Docente Assistencial, Melhoria de Qualidade.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is considered the privileged space for the insertion of health education, as it is recognized as the coordinator of care. It provides a practice of comprehensive health care considering its biopsychosocial determinants, promotion, prevention, recovery and rehabilitation actions, in an interprofessional way, through networking and integrated into the various levels of complexity of the health system. Although, historically, progress has been made in the construction of different forms of IESC in the SUS, in practice there are many difficulties related to its operationalization. In PHC, these obstacles are compounded by a set of changes that have great potential for changing the pillars that have been favoring institutional stability and the achievement of good health outcomes, above all, via the Family Health Strategy. With the historical underfunding of the SUS and its unfunding process by EC-95, the new funding model for the PHC, in a neo-focused and neo-selective way, for the poorest population, means to further restrict SUS resources. After carrying out a qualitative meta-synthesis of the challenges existing in the PHC practice scenarios described in the main studies that systematize these experiences in the country, it was up to us to present possible solutions to how the teaching scenarios in PHC will be reconfigured for the training of future health professionals in conditions that are so adverse to care, comprehensiveness, equity and with a real risk to interprofessionalism. In this sense, this product aims to reorient the organization of PHC services in order to minimize the impacts of neo-selectivity in care, service and health care.

Keywords: Higher Education, Primary Health Care, Professional Training, Teaching Assistance Integration, Quality Improvement.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) es considerada el espacio privilegiado para la inserción de la educación para la salud, ya que es reconocida como la coordinadora de la atención. Brinda una práctica de atención integral a la salud considerando sus determinantes biopsicosociales, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, de manera interprofesional, a través del trabajo en red e integrado en los distintos niveles de complejidad del sistema de salud. Si bien históricamente se ha avanzado en la construcción de diferentes formas de IESC en el SUS, en la práctica existen muchas dificultades relacionadas con su operacionalización. En la APS, estos obstáculos se ven agravados por un conjunto de cambios que tienen un gran potencial para cambiar los pilares que han estado favoreciendo la estabilidad institucional y el logro de buenos resultados en salud, sobre todo, a través de la Estrategia Salud de la Familia. Con la histórica insuficiencia de fondos del SUS y su proceso de desfinanciamiento por parte de la CE-95, el nuevo modelo de financiamiento de la APS, de forma neo-focalizada y neo-selectiva, para la población más pobres, significa restringir aún más los recursos del SUS. Luego de realizar una meta-síntesis cualitativa de los desafíos existentes en los escenarios de práctica de la APS descritos en los principales estudios que sistematizan estas experiencias en el país, nos correspondió presentar posibles soluciones a cómo se reconfigurarán los escenarios de enseñanza en APS para la formación de los futuros profesionales de la salud en condiciones tan adversas para la atención, la integralidad, la equidad y con un riesgo real para la interprofesionalidad. En este sentido, este producto tiene como objetivo reorientar la organización de los servicios de APS con el fin de minimizar los impactos de la neo-selectividad en la atención, el servicio y la atención de la salud.

Palabras claves: Educación Superior, Atención Primaria de Salud, Formación Profesional, Integración Asistencial Docente, Mejoramiento de la Calidad.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o espaço privilegiado de inserção do ensino em saúde, pois é reconhecida como coordenadora e ordenadora da rede de atenção. Ela proporciona uma prática da atenção integral à saúde considerando seus determinantes biopsicossociais, ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação, de modo interprofissional, através do trabalho em rede e integrado nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde.

Embora, historicamente, tenha se avançado na construção das diversas formas de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) no Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se, na prática, muitas dificuldades relacionadas a sua operacionalização. Entre algumas dificuldades estão a inserção docente nos serviços, os valores e objetivos atribuídos às atividades de ensino, a adoção das estratégias de cuidado pelos diferentes sujeitos, além dos desafios inerentes ao processo de mudança do modelo de atenção. Estes elementos atravancam o processo e a evolução das relações na IESC tornando o cenário de práticas no SUS um desafio na formação profissional (MARIN, 2013).

Há queixas que dizem respeito, muitas vezes, ao fato de a universidade estar no serviço sem levar em consideração os trabalhadores, ou, ainda, que não há participação do profissional do serviço, a não ser na supervisão do estudante, feita em alguns casos de modo assistemático e solitário, sem uma discussão ou presença mais efetiva do docente. Por outro lado, há críticas à diferença marcante entre a lógica da organização dos serviços, muito centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos e a lógica do ensino, ainda centrada na

produção de conhecimentos teóricos e metodológicos dos campos pedagógicos e núcleos específicos (HENRIQUES, 2005; VENDRUSCOLO, 2018). Porém, os problemas da IESC não se resumem apenas ao âmbito da integração em nível local.

Durante toda sua história, o SUS sobrevive sob um crônico processo de subfinanciamento que, após a Emenda Constitucional n. 95 (EC-95/2016), passou a ser desfinanciado ao se congelar o gasto público em saúde por 20 anos (MENDES e CARNUT, 2020a). Neste contexto, a APS vem sendo alvo principal de um conjunto de mudanças que, em sinergia com os últimos relatórios do Banco Mundial (2017), apresenta grande potencial de alteração dos pilares que vinham favorecendo a estabilidade institucional e o alcance de bons resultados sanitários, sobretudo, via Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Mudanças importantes foram instituídas com a nova Política Nacional da Atenção Básica em 2017, que objetiva um processo de reestruturação abrangendo diretrizes, formas de organização, composição das equipes, processos de trabalho e escopo de práticas, com impactos sobre o modelo de atenção e do direito à saúde. Esta edição da política relativiza a universalidade e destitui a ESF como prioridade central na organização da APS, admitindo composição de equipes mínimas diminuídas e carga horária flexível (MOROSINI, 2020).

Em agosto de 2019, a Lei n°13.958 de 18 de dezembro institui o Programa Médicos pelo Brasil e autoriza o trabalho do serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), tendo como modelo a personalidade jurídica do direito privado sem fins lucrativos. Segundo Morosini et al (2020), a ADAPS permite importante transferência de responsabilidades gestoras do Ministério da Saúde para esta agência, tornando a APS espaço para atuação direta de empresas privadas de saúde na assistência, com acesso a fontes públicas, estáveis e volumosas de financiamento.

Seguindo a mesma lógica, apresenta-se a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), fundamental para a precificação de serviços passíveis de contratação de terceiros com base em capitação associada a pacote de procedimentos. Melo et al (2019) apontam para o risco do avanço da mercantilização, podendo reduzir ainda mais o poder dos gestores locais e ampliar sua dependência aos agentes privados com um processo de precificação facilitado.

À medida que aglutina todas, apresenta na portaria n. 2.979/2019 (BRASIL, 2019b) o seu auge. Nesta, o novo modelo de financiamento da Atenção Básica, o “Programa Previne Brasil”, implementa as diretrizes do Relatório do Banco Mundial, extinguindo o Piso da Atenção Básica *per capita* (PAB-fixo) e substituindo o antigo Piso da Atenção Básica Variável por adesão à programas (PAB-variável) (ex. equipes de saúde bucal, equipes de consultório de rua, entre outros) por um pagamento por capitação ponderada calculado pelo número de pessoas cadastradas nas unidades de saúde (vulneráveis) e cujo valor transferido é variável em função do alcance de métricas de desempenho, eliminando a lógica de transferências do valor *per capita* populacional do município e por adesão às estratégias (BRASIL, 2019b).

É pertinente lembrar que a indução de novas seletividades, ou práticas neoseletivas, são consequências em nível local (algumas já previstas em estudos recém-publicados ou como uma “tendência” ainda a ser verificada) da nova política de financiamento deste nível de atenção conforme disposto na Portaria 2.979/2019.

Com o subfinanciamento histórico do SUS e seu processo de desfinanciamento pela EC-95, o novo modelo de financiamento da APS, de forma neofocalizada e neoseletiva, para a população mais pobre, significa restringir mais ainda os recursos do SUS (MENDES, 2021).

Mendes (2021), aponta para os riscos da ideia de um “SUS operacional”, que valoriza os atributos da modernização e racionalização das atividades estatais, associados aos interesses de mercado, consolidando uma organização de saúde com práticas de reforço a instrumentos administrativos e gerenciais, baseados em métricas, distantes do SUS universal, limitando a APS ao individualismo e assistencialismo de cunho individual.

Para Morosini et al (2020) a ênfase na pessoa assistida, desconSIDERA o processo social e político de produção das vulnerabilidades, tornando menos visíveis os problemas territoriais, desmotivando ações que transcendam a clínica biomédica.

Em consonância, Melo et al (2019) afirmam que a nova proposta de financiamento traz ameaças ao modelo de atenção da ESF de base comunitária e familiar, pois não favorece a implantação de ações voltadas para o território e para as populações, cruciais para a promoção da saúde e do controle de agravos e doenças. Os autores acrescentam ainda o risco de que as equipes operem com número de pessoas cadastradas mais elevado (para viabilizar maior repasse de recursos com menor custo de contratação de profissionais e de manutenção de serviços), o que, na prática, pode significar menos equipes cobrindo mais pessoas. Por fim, os autores sinalizam que cadastro não pode ser considerado sinônimo de acesso e cuidado.

Não resta muita dúvida que este tipo de indução econômica gera a adoção de comportamentos em nível local que favorece/estimula certos tipos de práticas em detrimento de outras, e, é nesse sentido que esta seletividade de novo tipo (neoseletividade) induzida pelo novo modelo de financiamento da APS gerará uma descaracterização dos princípios do SUS na atenção básica (MENDES e CARNUT, 2020b) tais como um crescente processo de focalização da assistência em detrimento da universalização do acesso.

Diante destes desafios que se acercam, coube-nos apresentar possíveis soluções a como irão se reconfigurar os cenários de ensino na APS para a formação dos futuros profissionais de saúde em condições tão adversas ao cuidado, à integralidade, à equidade e com risco real à interprofissionalidade.

Neste sentido é que este artigo visa apresentar um produto educacional que sinaliza caminhos para reorientar a organização dos serviços da APS afim de minimizar os impactos da neoseletividade no cuidado, serviço e atenção à saúde.

METODOLOGIA

Escrito a partir de uma metassíntese qualitativa, tendo como objeto da revisão bibliográfica os “cenários de prática no ensino superior” (objeto), qualificados pelos “desafios” (qualificador) e com amplitude limitada a “Atenção Primária à Saúde” (amplitude/limite), visou identificar os problemas já existentes sistematizados por estudos anteriores, e, trouxe a reflexão como estes problemas podem ser amenizados ou agravados em função da neoseletividade induzida pelo Previne Brasil. Assim, os resultados foram descritos e analisados à luz da neoseletividade e expõe um panorama dos cenários diante da nova proposta.

Esta matriz, portanto, visa apontar soluções que podem ser tomadas pelos atores que compõem o quadrilátero da IESC (universidade, gestão, trabalhadores do SUS e usuários/controlador social) no tocante a tentar sobreviver ao desfinanciamento da atenção primária e à indução macroeconômica de comportamentos racionalistas que desconfiguram vários preceitos da Atenção Primária no SUS, dentre eles o fazer integral, equitativo, interprofissional e universal.

A Matriz de Solução de Problemas (MASP) é empregada para resolver problemas e/ou oportunidades de melhoria de desempenho de uma maneira totalmente estruturada, concisa e eficiente. Este processo de melhoria apresenta etapas que contribuem para a identificação dos problemas e a elaboração de ações corretivas e preventivas para eliminá-los ou minimizá-los.

Segundo Carpinetti (2012), o MASP é composto de oito fases, sendo elas:

1. Identificação do Problema: Nessa fase, procura-se identificar os problemas mais críticos e, portanto, mais prioritários;
2. Observação: objetiva a caracterização completa do problema para aumentar a chance de se identificar as causas do problema;
3. Análise: nessa fase, busca-se levantar as causas raízes ou fundamentais do problema em questão;
4. Plano de ação: depois de identificadas as supostas causas fundamentais; o objetivo desta fase é elaborar e detalhar um plano de ação para a eliminação dos efeitos indesejáveis das causas fundamentais. Ou seja, objetiva-se bloquear as causas fundamentais;
5. Ação: consiste na implementação do plano de ação;
6. Verificação: Consiste na avaliação de resultados para a verificação se ação foi eficaz na eliminação ou minimização do problema. Caso o resultado não tenha sido satisfatório, o processo é reiniciado pela observação e análise do problema. Caso contrário, segue-se para a próxima etapa;
7. Padronização: visa introduzir as ações implementadas na rotina de operação do processo ou atividade, de forma a prevenir o reaparecimento do problema;
8. Conclusão: o processo é finalizado com o registro de todas as ações empreendidas e resultados obtidos, para posterior recuperação de informações e históricos.

Neste caso, a primeira etapa se deu na identificação dos desafios dos cenários de prática no ensino superior na APS, após análise dos resultados da metassíntese qualitativa.

A segunda e terceira etapas foram realizadas após análise dos desafios encontrados e prospecção dos possíveis problemas que se intensificarão à luz da neoseletividade, organizados por dimensões: relacionados aos processos de trabalho, à gestão municipal, à articulação da IESC, às práticas pedagógicas e ao currículo e formação profissional.

MATRIZ DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Desafios relacionados aos processos de trabalho

É evidente que no cenário da neoseletividade os processos de trabalho na APS deverão ser reorganizados para corresponder às metas e indicadores impostos pelo novo modelo de financiamento, o Programa Previne Brasil.

Uma das principais métricas condicionadas ao repasse financeiro é a captação ponderada, um modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária.

O cadastro sempre foi uma responsabilidade de todos os profissionais na APS, porém realizado de forma efetiva pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), diante da nova premissa, acresce-se a demanda de trabalho de intensificar ações de cadastramento e revisão de cadastros antigos que poderão ser considerados inválidos. É

possível que discentes e docentes sejam envolvidos nessa atividade, e reconheçam sua importância se disponibilizando a colaborar, inserindo nas práticas pedagógicas as atividades de cadastramento, assim como a reflexão sobre a universalidade no SUS.

O segundo componente do Previne Brasil é o Pagamento por Desempenho, trata-se de uma transferência mensal pautada nos resultados quantitativos de diferentes indicadores monitorados e avaliados pelas equipes de saúde.

Esse componente do repasse financeiro intensificará a priorização da quantidade de atendimentos e procedimentos, restritas à atenção individual e com foco nas condições clínicas. Essa avaliação métrica poderá induzir um comportamento nos profissionais para perseguir de maneira autônoma, portanto, solitária, o alcance de suas metas, impelidos a uma rotina exaustiva, que limita as possibilidades de diálogo, ações coletivas e práticas interprofissionais.

Diante desse cenário torna-se imprescindível promover espaços de conversa e articulação entre os atores, que possibilitem a reorganização do trabalho a fim de responder às necessidades quantitativas e de acesso do serviço, e às práticas pedagógicas do ensino, estreitando-se o vínculo e propiciando o trabalho em equipe.

O planejamento integrado entre docentes supervisores, preceptores e equipe do serviço, deve ocorrer antes da inserção do estudante, sendo o momento em que a universidade apresenta a disciplina proposta, seu objetivo, metodologia e atividades a serem realizadas. Em contrapartida, a equipe do serviço expõe as especificidades do seu território e seus indicadores, possibilitando que, juntos, possam organizar suas práticas para atender às expectativas e necessidades de ambos.

Não apenas nesse contato, mas durante todo o período de inserção no cenário de prática, é necessária a manutenção de espaços de discussão de casos e estratégias de referência e contra-referência, que possibilitem a continuidade e longitudinalidade do cuidado, consolidando um modelo de atenção centrado na pessoa e fortalecendo o trabalho em equipe.

Um dos motivos pelo qual a atenção interprofissional ainda não é efetiva na APS, é a ausência da Educação Interprofissional (EIP) na formação em saúde. Durante o percurso estudantil, pouca, ou nenhuma, é a experiência com outras categorias profissionais, e quando inseridos no cenário de prática, o profissional, e o aluno, não são capazes de reconhecer a participação do outro e sua importância na oferta de um cuidado integral.

Nessa perspectiva, os espaços de formação e reflexão são oportunos não apenas para os alunos, mas também para as equipes, pois podem, e devem, ser aproveitados para realização de propostas de Educação Permanente em Saúde (EPS), com objetivo de qualificar o serviço. Subsidiadas pelo conhecimento técnico-científico de docentes e outros profissionais acadêmicos, as ações de EPS devem abordar temas específicos às características epidemiológicas do território, produção e qualidade de dados e ao trabalho interprofissional.

Ainda relacionada à organização dos processos de trabalho, vale ressaltar, a importância da produção de dados em saúde, principalmente no que se refere aos indicadores pactuados pelo novo modelo de financiamento. É fundamental que o sistema de informação utilizado pelo serviço seja, não apenas, apresentado à equipe da universidade, mas que sejam todos capacitados e instruídos a uma produção de dados integral, fidedigna e preferencialmente, em tempo real.

Convém ressaltar que a satisfação do trabalhador em saúde é fator impactante na qualidade do cuidado e nas relações interpessoais nesse ambiente. Aspectos relacionados à gestão do sistema de saúde local e à organização do trabalho tornam-se fatores que dificultam o desenvolvimento de suas atividades e promovem a

desvalorização profissional. Nesse sentido, é imperioso reforçar o trabalho coletivo buscando agendas convergentes entre os trabalhadores, docentes e estudantes para o estudo das condições de trabalho na APS.

Desafios relacionados à Gestão Municipal

A contratualização do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) facilita os processos de negociação entre gestores e IES na IESC, em busca de um projeto comum. Portanto, o primeiro passo para uma integração eficaz é a contratualização conjunta e dialogada, o que torna esse instrumento, mais que um contrato, mas um referencial e guia para ações nos cenários de prática.

Perante à nova realidade imposta à APS, que tenderá ao desfinanciamento, padecendo de falta de insumos e recursos humanos, a IES e gestão municipal poderão apoiar-se em pactuações contratuais que apresentem contrapartidas materiais, ou cotas de utilização, em uma busca compartilhada de subsistência.

Também, através do COAPES, torna-se possível a articulação para representação da IES no Conselho Municipal de Saúde (CMS), que possibilita inserir nas pautas do controle social a discussão sobre a formação em saúde no SUS e a importância da IESC, não só para o ensino, mas para os serviços.

É pertinente lembrar que o Previne enfatiza modelos de Equipe de Atenção Primária (EqAP) em detrimento das Equipes de Saúde da Família (EqSF), ao seletivizar os formatos tradicionais, oferecendo-as como modelo prioritário e reforçando as deficiências estruturais das Unidades de Saúde da Família (USF). Certamente o trabalho na APS tenderá à oferta de procedimentos do núcleo mínimo, limitados à lógica do trabalho executado por esta equipe (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista), o que acarretará a baixa inserção das diversas categorias profissionais, em formação, nestes cenários de prática, limitada pela falta de preceptor local.

Como forma de amenizar esse obstáculo, a IES poderá organizar a integração com o serviço, alocando um docente preceptor que poderá, juntos dos alunos, oferecer o atendimento clínico, ações coletivas e atividades que ultrapassem os limites dos consultórios.

Nesse contexto, a inserção da IES no CMS possibilita trazer à agenda do gestor, e da sociedade, a reflexão sobre a importância da EqSF, em especial dos ACS e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), também os benefícios da inserção precoce dos discentes nos cenários de prática, para a formação profissional e para a saúde da população.

Desafios relacionados à Articulação da IESC

No cenário de neoseletividade, em que se impõe aos serviços exigências de desempenho quantitativo, que minam o cuidado individual, integral e centrado na pessoa, assim como desconsideram as ações coletivas e de educação em saúde, os processos de trabalho passam a se contrapor aos ideários de formação profissional para atuação no SUS.

Possivelmente, essa realidade implicará num conflito de expectativas entre o ensino e o serviço, que dificultará arranjos institucionais, pois restringem o espaço de diálogo e uma integração efetiva, promovida através do vínculo e relações interpessoais da equipe de ensino com os profissionais do serviço, que poderão, inclusive, resistir e rechaçar à presença de alunos e docentes nos cenários de prática, sob afirmação de falta de disponibilidade.

Para superar esses desafios é necessária a criação de espaços colegiados de articulação e diálogo, em que se esclareçam as intenções, necessidades e objetivos de todos os atores envolvidos, e possibilitem a negociação e pactuação de estratégias de trabalho. Um facilitador importante é a estabilidade do docente nos cenários de prática, que favorece o vínculo com a equipe e a comunidade, estando ele ambientado às pessoas, aos processos e ao território.

Como maneira de incentivar a acolhida da academia pelas equipes dos cenários de prática, e qualificá-las permanentemente para o trabalho, é possível a pactuação, por meio do COAPES, de contrapartidas das IES que ofereçam possibilidade de aperfeiçoamento profissional, por meio de bolsas de estudo.

Desafios relacionados às Práticas Pedagógicas

Como já apresentado, o cenário da neoseletividade impõe aos serviços a exigência do desempenho quantitativo e poderá limitar propostas interprofissionais, de promoção à saúde, numa lógica emancipatória, de construção da autonomia e participação dos usuários, exigindo da academia uma produção exclusivamente quantitativa quando da inserção dos estudantes, que impossibilite a reflexão e criticidade das ações pedagógicas. Isto intensifica o distanciamento teoria-prática, pois reitera uma teoria para APS e uma prática para o mercado, reproduzindo uma postura profissional produtivista e pouco empática, que poderá gerar receio e descontentamento da comunidade.

Não é possível delegar a responsabilidade de produção individual à equipe de ensino, portanto é imprescindível o diálogo, articulação e organização conjunta dos processos de trabalho para que ela seja compartilhada. É importante garantir os espaços de reflexão e estudo, porém, diante do desfinanciamento eminente, a academia não pode se eximir da responsabilidade que lhe cabe (gradativamente), agindo de modo indiferente.

Para que as práticas pedagógicas estejam alinhadas, a equipe profissional deve estar preparada para lidar com as demandas do ensino, através de ações de capacitação e formação de preceptores na APS. Neste sentido, a prática de estudos de caso nas salas de aula aproxima a academia da realidade do trabalho e se apresentam como estratégia promissora para desenvolvimento de competências para o cuidado.

Desafios relacionados ao Currículo

Mesmo reconhecendo que a construção da APS nestes 27 anos vem tentando superar uma lógica interprofissional ainda frágil, hierarquizada e pouco colaborativa (REUTER, SANTOS e RAMOS, 2018), a proposta do Previne Brasil, interrompe e inviabiliza a efetivação dessas práticas que estavam sendo construídas gradualmente. Isso faz com que os currículos que ainda hoje são disciplinarizados ganhem com esta medida, sendo possível que os currículos tradicionais não sejam mais induzidos a mudanças, já que da forma que estão, adaptam-se bem à APS reduzida à procedimentos e a ações “financiadas” apenas para vulneráveis.

Porém, essa formação não corresponde ao perfil de egressos previstos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNS), tornando inadiável uma reestruturação curricular. À academia cabe a responsabilidade de educar o discente sobre a importância da APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado no SUS, por meio de sua inserção precoce nesses cenários, o incentivo às ligas estudantis interdisciplinares, atividades extensionistas

com a comunidade, e orientação de currículos em que desenvolvam competências para o trabalho em saúde, na lógica do cuidado longitudinal, centrado na pessoa e integral, por meio de ações colegiadas, de educação permanente e pesquisas científicas. Esse movimento pode ser iniciado pela adesão de políticas indutoras como PET Saúde e Pró Saúde.

Pautados nos desafios categorizados produzimos uma Matriz de Soluções que possa reorientar as ações de IESC:

Quadro 1. Matriz de soluções para os problemas da neoseletividade induzida nos cenários de prática na atenção primária pelo programa previne Brasil. Outubro, 2021.

| MATRIZ DE SOLUÇÕES | | | |
|---|---|---|---|
| Desafio | Meta | Proposta | Realizadores |
| Relacionados aos Processos de Trabalho | | | |
| Intensificação das ações pontuais que se chocam com a proposta de longitudinalidade da APS | Reorganização dos processos de trabalho para garantir vínculo e continuidade do cuidado. | Promover espaço de planejamento integrado entre docentes supervisores, preceptores e equipe do serviço, consolidando um modelo de atenção centrado na pessoa. | Gestão Municipal (Gestor do COAPES) |
| | | Pactuar estratégias de referência e contra-referência na relação academia e equipe do serviço, estimulando a comunicação e interação. | Instituição de Ensino, Gestão Municipal e Equipe do Serviço |
| A proposta do Previne Brasil, focada no desempenho procedimental e individual das equipes interrompe e inviabiliza a efetivação de práticas interprofissionais; | Organização de processos de trabalho que facilitem e proporcionem o diálogo e o trabalho em equipe. | Promover a educação interprofissional nos cenários de prática por meio de atividades de educação permanente, de modo a tornar o trabalho em equipe prática comum na rotina dos serviços. | Instituição de Ensino, Gestão Municipal (Núcleo de Educação Permanente) e Equipe do Serviço |
| Limitar as possibilidades de envolvimento do aluno na APS restringindo-lhes ao ofertado no ambiente clínico, exigindo deles produção e replicação de ações procedimentais, frustrando práticas reflexivas e criativas | Reorganização dos processos de trabalho. | Articular a organização dos processos de trabalho da equipe de APS e do ensino de modo que garanta os espaços de reflexão, discussão e planejamento, possibilitando ações coletivas e para além dos consultórios. | Instituição de Ensino e Equipe do Serviço |
| Priorização da quantidade de atendimentos e procedimentos em detrimento da sua qualidade que comprometerão o ensino instituindo uma rotina ainda mais exaustiva aos profissionais dos serviços de saúde; | Reorganização dos processos de trabalho em equipe, educação dos profissionais para produção de dados em saúde. | Organizar os processos de trabalho junto às equipes da APS de modo a responder aos indicadores desempenho do Programa Previne Brasil, distribuindo tarefas e delegando responsabilidades; | Equipe de Ensino e Equipe do Serviço |
| | | Promover ações de EPS sobre a importância da produção de dados em saúde e sua qualidade. | Instituição de Ensino, Gestão Municipal (Núcleo de Educação Permanente) e Equipe do Serviço |
| Reorganização dos processos de trabalho que restringirá os espaços de discussão e aprendizado. | Promover espaços de diálogo e articulação para organização dos processos de trabalho que respondam as necessidades do ensino e do serviço, sem delegar responsabilidades excedentes | Reforçar o trabalho coletivo buscando agendas convergentes entre trabalhadores, docentes e estudantes para o estudo das condições de trabalho na APS | Equipe de Ensino e Equipe do Serviço |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Desvalorização do trabalho em equipe, com foco na produção individual. | Reorganização dos processos de trabalho em equipe, educação dos profissionais para produção de dados em saúde. | Reforçar o trabalho coletivo buscando agendas convergentes entre trabalhadores, docentes e estudantes para o estudo das condições de trabalho na APS | Equipe de Ensino e Equipe do Serviço |
| Rotinas exaustivas e maiores problemas de relacionamento. | Pactuar entre os profissionais relações de bom convívio e de divisão do uso dos equipamentos e insumos de maneira solidária | Espaço de EPS para maior coesão das equipes e resolução de conflitos | Núcleo de Educação Permanente com apoio da Instituição de Ensino |
| Relacionados à Gestão Municipal | | | |
| Sucateamento da APS, falta de insumos, recursos humanos, profissionais pressionados e desmotivados; | Colaborar com a gestão municipal na busca de saídas compartilhadas de provimento de insumos e recursos humanos | Cotização de materiais essenciais para o trabalho na APS compartilhados entre alunos, universidade e gestão. | Instituição de Ensino e Gestão Municipal |
| | | Aproveitamento das práticas clínicas com docente da universidade em conjunto com aluno e sua inserção em atividades coletivas e extra muro com ACS e equipe. | Instituição de Ensino, Gestão Municipal e Equipe do Serviço |
| Oferta de procedimentos da equipe mínima que intensifique a baixa representatividade de outras categorias profissionais na APS limitando a inserção de alunos por falta de preceptoría. | Articular junto à gestão municipal, por meio do controle social, a importância das diversas categorias profissionais na APS e os benefícios do trabalho interprofissional e do matriciamento em saúde, que possibilite o cuidado integral. | Articular por meio do COAPES a representação da IES no conselho municipal de saúde; | Instituição de Ensino e Gestão Municipal |
| | | Inserir na APS os diversos cursos da área da saúde, para além do currículo mínimo, apresentando às equipes, ao gestor, e à comunidade a importância de suas ações e benefícios para atenção à saúde da população. | Instituição de Ensino e Gestão Municipal |
| Tendência das EqAP serem a primeira opção de um cenário para inserção de alunos em detrimento das EqSF | Articular junto à gestão municipal, por meio do controle social, a importância da EqSF, em especial ACS e núcleo de apoio. | Inserir na APS os diversos cursos da área da saúde, para além do currículo mínimo, apresentando às equipes, ao gestor, e à comunidade a importância de suas ações e benefícios para atenção à saúde da população. | Instituição de Ensino e Gestão Municipal |
| Falta de insumos, equipamentos e outros aspectos da estrutura física. | Pressionar a administração local (executivo e legislativo) a comprometer parcela de seu orçamento para compra de insumos na APS | Promover conscientização dos estudantes ao uso racional de equipamentos e insumos; | Equipe de Ensino |
| | | Pactuar contrapartidas, por meio do COAPES de modo que academia não onere os serviços; | Instituição de Ensino e Gestão Municipal |
| Desvalorização do trabalho interprofissional, a mercê da intenção do gestor municipal inserir categorias profissionais além da equipe mínima na APS. | Articular junto à gestão municipal, por meio do controle social, a importância das diversas categorias profissionais na APS, para oferta de um cuidado integral. | Articular por meio do COAPES a representação da IES no conselho municipal de saúde. | Instituição de Ensino e Gestão Municipal |
| Relacionados à Articulação da IESC | | | |
| Conflito de expectativas entre o ensino e o serviço que dificulta arranjos institucionais que valorizem a formação em saúde orientada ao cuidado e centrada na pessoa. | Promover espaços de diálogo e articulação para organização dos processos de trabalho de modo esclarecer expectativas e efetivar o cuidado centrado na pessoa. | Promover espaço de diálogo prévio a inserção do estudante no serviço, quando docentes possam apresentar a ementa, objetivo e atividades realizadas na disciplina que se insere no cenário de prática. | Equipe de ensino e Equipe do Serviço |
| Restrição do espaço e disponibilidades dos profissionais da equipe da APS dialogarem ou | Reajustar a agenda de produção de procedimentos visando a produção de atividade mais simples que permitam | Promover espaços de diálogo entre academia e os profissionais do serviço; | Equipe de ensino e Equipe do Serviço |

| | | | |
|--|--|---|--|
| se articularem com as equipes de ensino. | tempo para que os profissionais se organizem e se articulem com as equipes de ensino | Oferecer por meio de contrapartidas, através do COAPES, a possibilidade de aperfeiçoamento profissional. | Instituição de Ensino e Gestão Municipal |
| Aumento da resistência das equipes da APS em receberem alunos e docentes nos cenários de prática. | Reavivar na mente dos profissionais de saúde o papel educador que os estudantes trazem à atualização do profissional do serviço, como também a ajuda nas atividades de territorialização | Promover espaços de diálogo que apresentem com clareza as intenções do ensino ao serviço; | Instituição de Ensino e Gestão Municipal |
| | | Promover estabilidade de docente nos cenários de prática de modo a favorecer as relações interpessoais; | Instituição de Ensino |
| Relacionados às Práticas Pedagógicas | | | |
| Limitará propostas interprofissionais, de promoção à saúde, numa lógica emancipatória e de construção da autonomia e participação dos usuários, exigindo da academia uma produção exclusivamente quantitativa quando da inserção dos estudantes, que impossibilita a reflexão e criticidade de ações no aprendizado. | Garantir espaços de diálogo e reflexão sobre o trabalho. Inserir nos currículos de formação em saúde a EIP. | Promover ações de EPS como foco na EIP, subsidiadas pela IES. | Núcleo de Educação Permanente com apoio da Instituição de Ensino |
| Nova lógica de trabalho que promova o distanciamento entre uma teoria (para APS) e uma prática (para o mercado) | Reforçar os estudos de caso aplicados a prática na APS na universidade e no território. | Utilizar métodos ativos, críticos e reflexivos sobre casos reais na APS, tanto no estudo na universidade com no campo. | Equipe de Ensino |
| Delegação de parte da produtividade aos alunos para garantir espaço nos cenários de prática já saturados. | Promover espaços de diálogo e articulação para organização dos processos de trabalho que respondam as necessidades do ensino e do serviço, sem delegar responsabilidades excedentes. | Promover espaços de diálogo entre ensino e serviço em que se apresente propostas de trabalho e necessidades para o desenvolvimento de práticas pedagógicas, alinhando as expectativas e contrapartidas. | Equipe de ensino e Equipe do Serviço |
| Restrição a inserção do estudante sob justificativa que ele compromete a produção individual dos preceptores das equipes de APS. | Articulação da IES e serviços | Promover ações de capacitação e formação de preceptores na APS | Núcleo de Educação Permanente com apoio da Instituição de Ensino |
| Postura profissional produtivista e quantitativa que possa gerar receio e medo na comunidade. | Articulação e vínculo com a comunidade. | Inserir a comunidade nos espaços de diálogo e pactuação da IESC; | Gestor Municipal |
| | | Dar prioridade a manutenção de docentes em cenários de prática na APS, de modo que possibilite a construção de vínculo com a comunidade. Evitar o troca-troca de docentes semestral. | Instituição de Ensino |
| Relacionados ao Currículo | | | |
| Retrocesso nas mudanças curriculares em vista da educação interprofissional; | Revisitar e reestruturar currículos das IES que respondam as DCNS e o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe. | Fomentar a discussão da discussão da EIP nos currículos da área da saúde | Instituição de Ensino |
| Desvalorização da APS como cenário de prática e atuação profissional na visão dos alunos se intensificará | Revalorizar a APS como cenário de prática e futura inserção profissional dos alunos | Inserção precoce do aluno na APS incentivar as ligas estudantis e atividades extensionistas e o retorno à comunidade do investimento social feito em sua formação | Instituição de Ensino |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
| Incentivo à práticas reducionistas no âmbito individual que podem subsidiar a manutenção de currículos conservadores; | Orientar os currículos da área da saúde na lógica do cuidado longitudinal, centrado na pessoa e integralidade. | Fomentar na IES as discussões das práticas de cuidado com fono no indivíduo e na integralidade do cuidado, por meios de ações colegiadas, de educação permanente e pesquisas científicas. | Instituição de Ensino |
|---|--|---|-----------------------|

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cenários de prática em saúde, como espaços de ensinar e aprender, concretizam-se na integração ensino, serviço e comunidade, por meio de relações horizontais de cooperação, tendo como eixo central o trabalho cotidiano nos serviços de saúde, garantindo espaços de reflexão e crítica da realidade. Apresenta-se, portanto, como espaços privilegiados para a transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde, pautados pelos valores do SUS.

Essa integração implica em mudanças nos modelos de formação, nas práticas assistências, organização dos processos de trabalho e gestão compartilhada, que possibilitem responder às necessidades do território.

À luz da neoseletividade, e da instituição do Previne Brasil, prevê-se o desfinanciamento imediato da APS na maioria dos municípios brasileiros, e o retrocesso das práticas de atenção à saúde, descaracterizando suas ações, destituindo a ESF como prioridade e fracionando suas equipes.

A reorganização dos processos de trabalho terá impacto direto nas ações de ensino, limitando propostas interprofissionais, desconsiderando espaços de reflexão restringindo o aluno ao ambiente clínico, estimulando práticas individuais, pontuais e procedimentais, voltadas a atender as demandas de mercado e de desempenho, resultando na inserção meramente protocolar do aluno na APS.

Diante do novo contexto de atuação, o diálogo entre o ensino e o serviço tem papel decisivo na garantia da sobrevivência da APS universal e integral, coordenadora e ordenadora do cuidado, resolutiva e comprometida às necessidades reais da população.

Com base nesses pressupostos, a matriz de solução de problemas aqui apresentada é mais uma alternativa para efetivação da IESC, a partir da realidade local, possibilitando a conjugação de esforços para superação dos problemas de racionalização de custos e recursos, além dos ideais privatistas e mercantilistas que assombram a universalidade do SUS.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Banco Mundial. 21 de novembro, 2017. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/884871511196609355/volume-i-s%3%adntese> Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 2979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Brasília: Diário Oficial da União, 2019b, ed. 220, Seção 1, p. 97. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 30 jan. 2020.

CARPINETTI, L. C. R. Gestão da Qualidade ISO 9001:2008: Princípios e requisitos. São Paulo: Atlas, 2011.

DE SETA, MH et al. Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? Ciênc. saúde coletiva 26 (suppl 2) 30 Ago 2021

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução Entre Ensino e Serviço: Possibilidades de Ressignificação do Trabalho em Equipe na Perspectiva da Construção Social da Demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005, p. 147-159.

MARIN, M. J. S. et al. Aspectos da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 37, n. 4, p. 501-508, dez., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai. 2021.

MELO, E et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Saúde debate 43 (spe5) • Dez 2019

MENDES, Áquilas. A persistência da aniquilação da saúde pública na crise pandêmica do capital: o neofascismo de Bolsonaro. https://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2021/Anais_MM2021/MC14_3.pdf

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. SER Social, v. 22, n. 46, p. 9-32, jan., 2020a. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136 . Acesso em: 28 de agosto de 2020.

MENDES, A. N.; CARNUT, L. Crise do Capital, Estado e Neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. Rev. Soc. Bras. Econ. Pol., v. 57, p. 174-210, 2020b.

MOROSINI, MVGC et al. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad. Saúde Pública 36 (9), 2020

REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F. dos; RAMOS, A. R. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20170441, 2018.

VENDRUSCOLO, C. et al. Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na Saúde. Interface, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1353-1364, 2018a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501353&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2019.

Do ponto de vista legal, compete a gestão do SUS o ordenamento da formação profissional, sendo esse um processo histórico que vem sofrendo atualizações, alicerçadas nas necessidades de saúde da população e do sistema.

Destacam-se marcos legais e movimentos de transformação da formação dos profissionais de saúde que objetivam superar o modelo de atenção biomedicalizado e hospitalocêntrico, que se distancia da realidade social, epidemiológica e dos princípios ideários do sistema de saúde.

Nesse contexto, a APS se apresenta como cenário de prática privilegiado para o desenvolvimento de competências para um modelo de prática centrado na pessoa, longitudinal e integral, que considera os determinantes biopsicossociais do adoecer e da qualidade de vida. Porém, vem padecendo de uma série de iniciativas que promovem seu desmonte e desestruturação, tendo seu ápice na nova proposta de financiamento, o Programa Previne Brasil.

As mudanças no financiamento, associadas a outras proposições recentes, como a criação da ADAPS e precificação dos serviços na CaSAPS, suscita preocupações sobre a mercantilização e expansão do setor privado na APS.

A ênfase no cadastramento do indivíduo nos serviços, vinculada ao repasse financeiro, em detrimento da lógica comunitária e territorial, rompe com o princípio da universalidade, induzindo a neoseletividade no SUS.

Ainda que as políticas públicas de educação, fomentem a inserção do ensino superior na APS, a nova lógica de financiamento e operacionalização constrói uma dicotomia entre a teoria e a realidade da prática, promovendo o distanciamento entre os interesses das IES, centrada na produção de conhecimentos em consonância com os princípios e diretrizes do sistema de saúde, e as necessidades dos serviços de saúde, focados na quantidade procedimentos técnico-operativos.

A partir da metassíntese realizada, pôde-se reconhecer e dimensionar os desafios dos cenários de prática do ensino superior na APS já existentes e analisá-los a luz da neoseletividade. Esses desafios foram relacionados ao cuidado, ao ensino, à gestão, à atitude dos profissionais e à atitude da comunidade.

Em relação ao cuidado, observa-se a falta de longitudinalidade e continuidade na ausência da universidade, provenientes da deficiente articulação e responsabilização da IES com o serviço, dificultando o estreitamento de relações e vínculos, fruto de um planejamento mal articulado e conflitos de interesses, que

convergem com os desafios relacionados ao ensino, pautados no distanciamento dos currículos, e da teoria, com a realidade do trabalho e expectativas dos discentes. Somam-se as dificuldades de relacionamento interpessoal, resistência das equipes em receber os discentes, devido rotinas exaustivas e o perfil de preceptoria, frequentemente não capacitado para atuação, dificultando o desenvolvimento de processos pedagógicos que respondam às necessidades do ensino, e tampouco qualificam os serviços. Na incerteza da qualidade da atenção, a comunidade também resiste a integração, mantendo-se apartada dos processos de articulação. Predominam os desafios relacionados à gestão, compatível ao subfinanciamento da APS, como estrutura física deficiente, escassez de recursos, equipes desfalcadas e cenários insuficientes para demanda de ensino.

À luz da neoseletividade, e da instituição do Previne Brasil, prevê-se o desfinanciamento imediato da APS na maioria dos municípios brasileiros, e o retrocesso das práticas de atenção à saúde, descaracterizando suas ações, destituindo a ESF como prioridade e fracionando suas equipes.

A reorganização dos processos de trabalho terá impacto direto nas ações de ensino, limitando propostas interprofissionais, desconsiderando espaços de reflexão restringindo o aluno ao ambiente clínico, estimulando práticas individuais, pontuais e procedimentais, voltadas a atender as demandas de mercado e de desempenho, resultando na inserção meramente protocolar do aluno na APS.

Para além de garantir espaços e cenários de prática para atuação do ensino e formação profissional, torna-se imprescindível que gestores, trabalhadores do SUS, instituições de ensino e comunidade organizem-se em defesa de uma APS universal e integral, coordenadora e ordenadora do cuidado, resolutiva e comprometida às necessidades reais da população.

Diante do novo contexto de atuação, o diálogo entre o ensino e o serviço tem papel decisivo na garantia da sobrevivência da APS universal e integral, coordenadora e ordenadora do cuidado, resolutiva e comprometida às necessidades reais da população.

Com base nesses pressupostos, a matriz de solução de problemas aqui apresentada é mais uma alternativa para efetivação da IESC, a partir da realidade local, possibilitando a conjugação de esforços para superação dos problemas de

racionalização de custos e recursos, além dos ideais privatistas e mercantilistas que assombram a universalidade do SUS.

1. Adorno TW. Notas de literatura I. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003.
2. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHAI de, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev bras educ med* 2008 Jul/Set;32(3):356-362.
3. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad Saude Pub (Rio de Janeiro)* 2010 Dez;26(12):2234-2249.
4. Almeida MM de, Morais RP, Guimarães DF, Machado MFAS, Diniz, RCM, Nuto SAS. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. *Rev bras educ med* 2012;36(1, Supl. 1):119-126.
5. BANCO MUNDIAL. Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Banco Mundial. 21 de novembro, 2017. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/884871511196609355/volume-i-s%c3%adntese> Acesso em: 28 ago. 2020.
6. BARROS, N. F., SPADACIO, C.; COSTA, M. V. da. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 163-173, set., 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>>. Acesso em: 21 mai. 2021.
7. BATISTA, S. H. S. S. et al. Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface*. Botucatu, v. 19, p. 743-752, 2015.
8. Beccaria LM, Trevizan MA. Ações do Processo de Integração Docente Assistencial entre um Curso de Graduação em Enfermagem e um Hospital de Ensino. *Arq Cienc Saúde* 2006;13(2):89-96.
9. BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2011, p.147-164.
10. Boschetti I. Seletividade e focalização das políticas de assistência social. In: Birche DB (Org.). *Novos paradigmas da Política Social*. Brasília: Capes; 2002.
11. BOUSQUAT, A. et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: Os 5 R. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n.8, p. 1-15, 2017.
12. Brasil, Agência Saúde. MS abre consulta pública para Carteira de Serviços da Atenção Primária. 19 ago 2019b [acesso em 30 jan 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45687-ms-abre-consulta-publica-para-carteira-de-servicos-da-atencao-primaria>.

13. Brasil, Ministério Da Educação e Cultura, Secretaria do Ensino Superior. Programa de Integração Docente-Assistencial - IDA. Brasília: MEC/SESU/CCS; 1981; (3).
14. Brasil, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
15. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os cursos da modalidade educação a distância na área da saúde. Diário Oficial da União 26 fev 2018; Seção 1:85.
16. Brasil, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Dispõe sobre os profissionais que compõem a Comissão Executiva do Pró-Saúde. Diário Oficial União 4 nov 2005; seção 2:25
17. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Instrutivo Gestores Municipais - Manual de apoio aos gestores para a implementação do Coapes. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 13 nov 2019; Seção 1.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 21 set. 2017.
20. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 set. 1990.
21. BRASIL. Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS, 2019a.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. MS abre consulta pública para Carteira de Serviços da Atenção Primária. Agência Saúde. 19 de agosto de 2019a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45687-ms-abre-consulta-publica-para-carteira-de-servicos-da-atencao-primaria>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica n. 03/2020-DESF/SAPS/MS. Publicada em 28 de janeiro de 2020. Dispõe sobre Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne. Brasília: DESF, 2020.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: MS, 2008.
25. Brasil. Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de Agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Diário Oficial da União 26 ago. 2008.
26. BRAVO, V. Â. A. et al . Produzindo pesquisa, formação, saúde e educação na integração ensino, serviço e comunidade. Interface, Botucatu , v. 22, supl. 1, p. 1481-1491, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501481&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2021.
27. Brehmer LCF, Ramos FRS. Experiências de Integração Ensino-Serviço no Processo de Formação Profissional em Saúde. Revisão Integrativa. Rev Eletr Enf 2014;16(91):228-237.
28. Buccinni GS, Martins MCF, Sanches, MTC. O processo de educação permanente em saúde: percepção de equipes de saúde da família. BIS. Boletim do Instituto de Saúde 2009; 48:51-54.
29. Cabral PE, Machado JLM, Machado VMP, Pompílio MA, Vinha JM, Ayach W, Mattos MCI de. Serviço e Comunidade, Vetores para a Formação em Saúde: o Curso de Medicina da Uniderp. Rev bras educ med 2008;3(375 Supl. 32):374-382.
30. CAMPOS, L. C. B.; BARBA, P. C. de S. D.; MARTINEZ, C. M. S. A formação do Terapeuta Ocupacional com ênfase na atenção básica em saúde: o ponto de vista de docentes. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 9-17, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/61995>>. Acesso em: 7 maio. 2021.
31. Carnut L, Masseran JAM. Entre a Filosofia Jurídica e a Saúde Coletiva: O conceito de desempenho no decreto n. 7.508/2011 vis-à-vis a integralidade da assistência à luz do pós-positivismo. R Dir Sanit (São Paulo) 2017;18(1-Supl I):37-56.
32. CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, p. 1177-1186, 2017.
33. CARNUT, L.; MENDES, A. N.; LEITE, M. G. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, p. 902-918, 2020.

34. CARPINETTI, L. C. R. Gestão da Qualidade ISO 9001:2008: Princípios e requisitos. São Paulo: Atlas, 2011.
35. CARVALHO, Y. M, CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.) Tratado de saúde coletiva. 2ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 137-170. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5512550/mod_resource/content/1/Formac%CC%A7a%CC%83o%20e%20educac%CC%A7ao_Ceccim%202012.pdf>. Acesso em: 6 mai. 2021.
36. Cavaleiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. Cad FNEPAS 2011;1:19-27.
37. CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai 2021.
38. CLARKE, M.; OXMAN, A.D. (ed.) Cochrane Reviewers 'Handbook 4.1 [atualizado em junho de 2000]. In: Review Manager (RevMan) [programa de computador]. Versão 4.1. Oxford, Inglaterra: The Cochrane Collaboration, 2000. Disponível em: <<http://www.cochrane.dk/cochrane/handbook/hanbook.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2020.
39. CODATO, L. A. B.; GARANHANI, M. L.; GONZALEZ, A. D. Percepções de profissionais sobre o aprendizado de estudantes de graduação na Atenção Básica. Physis, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 605-619, jul., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai. 2021.
40. CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, suppl 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>>. Acesso: 18 jul. 2021.
41. DE SETA, MH et al. Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? Ciênc. saúde coletiva 26 (suppl 2) 30 Ago 2021
42. DE-CARLI, A. D. et al. Integração ensino-serviço-comunidade, metodologias ativas e Sistema Único de Saúde: percepções de estudantes de Odontologia. Cad. saúde colet. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.476-483, out./dez., 2019.
43. Ellery AEL, Bosi MLM, Loiola FA. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. Saude soc (São Paulo) 2013 Mar;22(1):187-196.
44. Elster J. Marxismo, funcionalismo e teoria dos jogos Argumentos em favor do individualismo metodológico. Lua Nova (São Paulo) 1989 Jun;(17):163-204.

45. Ferreira JBB, Forster AC, Santos JS. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. *Rev bras educ med (Rio de Janeiro)* 2012 Mar;36(1 supl. 1):127-133.
46. Feuerwerker LCM. Gestão dos Processos de Mudanças na Graduação em Medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JP, et al. (Org). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004:17-39.
47. Fonsêca GS, Junqueira SR, Zilbovicius C, Araujo ME de. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. *Interface (Botucatu)* 2014;18(50):571-583.
48. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3. ed. São Paulo: Centauro; 2001.
49. FREIRE P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 65ed. São Paulo: Paz e Terra; 2020.
50. GAUER, A. P. M.; FERRETTI, F.; TEO, C. R. P. A. Professional training in physiotherapy: barriers to the diversification of practical learning scenarios and for teaching-service integration. *Fisioter. mov., Curitiba*, v. 31, p. 1-11, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502018000100220&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2021.
51. Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Orquiza SMC. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Rev Bras Educ Med* 2008; 32(2):230-239.
52. Gonçalves MB, Moraes AMSM. Inserção dos Alunos da Primeira Série do Curso de Medicina em Serviços de Saúde. *Rev Bras Educ med* 2003;27(2):83-90.
53. Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, Puccini RF, Martins MA, Ferreira JR, Campos FE de. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. *Rev bras educ med (Rio de Janeiro)* 2012 Mar;36(1, supl. 1):3-4.
54. Henriques RLM. Interlocução Entre Ensino e Serviço: Possibilidades de Ressignificação do Trabalho em Equipe na Perspectiva da Construção Social da Demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005.
55. Junqueira SR, Oliver FC. A preceptoria em saúde em diferentes cenários de prática. *Rev Docência Ens Sup* 2020;10:e013483.
56. KLEBA, M. E. et al. Práticas de reorientação na formação em saúde: relato de experiência da universidade comunitária da região de Chapecó. *Cienc. Cuid. Saude*, v. 11, n. 2, p. 408-414, abr./jun., 2013.

57. Kuabara CTM, Sales PRS, Marin MJS, Tonhom SFR. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Min Enf* 2014 Jan/Mar;18(1):195-201.
58. LAVAL, C. A Escola não é uma empresa: o neoliberalismo em ataque ao ensino público. Londrina: Editora Planta, 2004.
59. LIMA, C. A. et al. O processo ensino-aprendizagem nos cuidados primários de saúde: a vivência do graduando em enfermagem. *Rev. APS*, v. 22, n. 2, p. 333-354, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15826>>. Acesso em: 6 mai. 2021.
60. LUZ, G. W. da; TOASSI, R. F. C. Percepções sobre o preceptor cirurgião-dentista da Atenção Primária à Saúde no ensino da Odontologia. *Rev. da ABENO*. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 2–12, 2016.
61. Macêdo BC. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: a experiência de Pernambuco. Recife. Monografia [Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS] - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
62. Machado JLM, Caldas JR AL, Bortoncello NMF. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)* 1997 Ago;1(1):147-156.
63. MADRUGA, L. M. S. et al. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 19, suppl 1, p. 805-816, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0161>>. Acesso em: 7 fev. 2021.
64. MARIN, M. J. S. et al. Aspectos da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 37, n. 4, p. 501-508, dez., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai. 2021.
65. MASSOTE, A. W.; BELISARIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro. v. 35, n. 4, p. 445-453, dez., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2021.
66. MATHEUS, M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 22, p.543-545, 2009.
67. MELO, E et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde debate* 43 (spe5) • Dez 2019

68. Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Social* 2020 Jan;22(46):9-32.
69. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
70. Mendes NA, Carnut L. Crise do Capital, Estado e Neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. *Rev Soc Bras Econ Polit* 2020;57:174-210.
71. MENDES, Á. A persistência da aniquilação da saúde pública na crise pandêmica do capital: o neofascismo de Bolsonaro. NIEP-Marx, 2021. Disponível em: <https://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2021/Anais_MM2021/MC14_3.pdf>. Acesso em 01 jul. 2021.
72. MENDES, A. N.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 27, p. 1105-1119, 2018.
73. MENDES, Á. Aquilas. A persistência da aniquilação da saúde pública na crise pandêmica do capital: o neofascismo de Bolsonaro. https://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2021/Anais_MM2021/MC14_3.pdf
74. MENDES, T. M. C. et al. Interação ensino-serviço-comunidade no Brasil e o que dizem os atores dos cenários de prática: uma revisão integrativa. *Rev Ciência Plural*, Rio Grande do Norte, v. 4, n. 1, p. 98-116, 2018.
75. Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico. *Rev adm contemp* 2011;15(2):320-332.
76. MIRA, Q. L. M.; BARRETO, R. M. A.; VASCONCELOS, M. I. O. Impacto Do Pet-saúde Na Formação Profissional: Uma Revisão Integrativa. *Rev. baiana saúde pública*, Salvador, v. 40, n. 2, p. 514-531, 2016. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1682/1889>>. Acesso em: 6 mai. 2021.
77. MIRANDA, A. S. “Médicos pelo Brasil”: simulacro reciclado e agenciamento empresarial”. ABRASCO. 9 de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/medicos_brasil__bolsonaro_alcides_miranda/42108/>. Acesso em: 19 set. 2019.
78. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* (Rio de Janeiro) 2018 Jan;42(116):11-24.
79. MOROSINI, MVGC et al. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública* 36 (9), 2020

80. NASCIMENTO, A .P. S.; SANTOS, L. F. ; CARNUT, L. Atenção primária à saúde via estratégia saúde da família no Sistema Único de Saúde: uma introdução sobre os problemas inerentes à operacionalização de suas ações. *JMPHC - Journal of Management And Primary Health Care*, v. 2, p. 18-24, 2011.
81. NETTO, Otacílio Batista de Sousa et al. O pró-saúde no curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI): relato de uma vivência de cinco anos. *Ciênc. cuid. saúde*, v. 12, n. 2, p. 391-397, jun. 2013. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612013000200024&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 out. 2021
82. Offe C. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1984
83. OLLAIK, L. G.; ZILLER, H. M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 229-241, 2012.
84. Olschowsky A, Silva GB. Integração Docente-Assistencial: um estudo de caso. *Rev Esc Enf USP* 2000 Jun;34(2):128-37.
85. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev bras educ med (Rio de Janeiro)* 2008 Dez;32(4):492-499.
86. PEIXOTO, M. T. et al. Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade. *Interface, Botucatu*, v. 23, supl. 1, e170794, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2021.
87. Pereira JG, Fracolli LA. Contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: perspectiva dos docentes. *Rev Latino-am Enfermagem (Ribeirão Preto)* 2009 Mar/Abr;17(2).
88. PEREIRA, A. L. P. A preceptoria para a graduação na atenção primária à saúde: perfil, processo de ensino-aprendizagem e o quadrilátero da formação a partir da percepção do dos sujeitos no serviço. 2020. 212p. Dissertação (Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.
89. PIRES, R. R. GOMIDE, A. A. *Texto para Discussão: Burocracia, democracia e políticas públicas: arranjos institucionais de políticas de desenvolvimento*. Rio de Janeiro: IPEA, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2939/1/TD_194_0.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.
90. Porto S, Martins MS, Travassos CMR, Viacava F. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro)* 2007 Jun;23(6):1393-1404.

91. POZZEBON, M.; PETRINI, M. C. Critérios para Condução e Avaliação de Pesquisas Qualitativas de Natureza Crítico-Interpretativa. In: TAKAHASHI, A. R. W. Pesquisa Qualitativa em Administração: fundamentos, métodos e usos no Brasil. São Paulo: Atlas, 2013, p. 1-72.
92. REDE DE PESQUISA EM APS DA ABRASCO (REDE APS). Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 8., 2019, João Pessoa. Anais [...]. João Pessoa: ABRASCO, 2019.
93. Reis V. Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de Atenção Primária. [acesso em 30 jan 2019]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/contribuicao-dos-pesquisadores-da-rede-aps-ao-debate-sobre-as-recentes-mudancas-na-politica-de-atencao-primaria/43125/>.
94. REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F. dos; RAMOS, A. R. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20170441, 2018
95. Rodrigues CM. Conceito de Seletividade de políticas públicas e suas aplicações no contexto da política de extensão rural no Brasil. Cad Cienc Tecn (Brasília) 1997;14(1):113-154.
96. Rodrigues MA. Integração docente-assistencial: abordagem conceitual. Rev Esc Enf USP 1993 Abr;27(1):15-24.
97. RODRIGUES, H. C. et al. Internato de enfermagem na atenção básica: desafios da sua efetividade. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 26, e26979, 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26979/281>> 93>. Acesso em: 6 mai. 2021.
98. ROSA, E. M.; CARNUT, L. Integrative Review about Life-Cycle Cost Approaches in Healthcare Units: Evolution, Limits and Reflections for Public Health in Brazil. Theoretical Economics Letters, v. 10, p. 1113-1135, out., 2020.
99. SEIBEL, E. J. A redefinição do conceito “Offeano” de seletividade diante de uma conjuntura globalizada. Revista Organizações e sociedade. v. 8, n. 20, 2001. Disponível em: <<https://aratupe.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/10541/7557>>. Acesso em: 13 dez. 2020.
100. SILVA, J. A. M da et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 16-24, dez., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai. 2021.

101. SILVEIRA, J. L. G. C. et al. Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 24, e190499, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190499>>. Acesso em: 20 fev. 2020.
102. Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L, et al, orgs. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2º edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Pag 547.
103. SOUZA, L. B. A interface ensino-serviço na formação farmacêutica: revisão integrativa. *Saúde Redes, Porto Alegre*, v. 4, n. 2, p. 157-169, abr./jun., 2018. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1712>>. Acesso em: 7 fev. 2020.
104. STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
105. TOASSI, R. F. C. et al. Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. *Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro*, v. 18, n. 2, e0026798, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000200505&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2021.
106. TRAGTENBERG, M. *Sobre Educação, Política e Sindicalismo*. 3.ed. São Paulo: Editora UNESP, 2004.
107. VASCONCELOS, A. C. F. de; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface, Botucatu*, v. 20, n. 56, p. 147-158, mar., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100147&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai. 2021.
108. Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML do, Kleba ME. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. *Ciênc saúde coletiva (Rio de Janeiro)* 2016 Set;21(9):2949-2960.
109. VENDRUSCOLO, C. et al. Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na Saúde. *Interface, Botucatu*, v. 22, supl. 1, p. 1353-1364, 2018a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501353&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2019.
110. VENDRUSCOLO, C. et al. Integração ensino-serviço em saúde: possíveis diálogos a partir da cogestão coletiva. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 22, n. 4, e20180237, 2018a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400230&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mai. 2021.

ANEXOS

ANEXO 1

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Título do Projeto de Pesquisa: Desafios dos cenários de práticas no ensino superior na Atenção Primária à Saúde à luz da neoseletividade

Pesquisador Responsável: Prof Dr Leonardo Carnut

Campus UNIFESP/ Departamento: Centro De Desenvolvimento Do Ensino Superior Programa De Pós-graduação Ensino Em Ciências Da Saúde/ CEDESS - Campus São Paulo

Objetivo acadêmico: Projeto de pesquisa de dissertação apresentado para qualificação e obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós Graduação Ensino em Ciências da Saúde, modalidade Mestrado Profissional

Nome do aluno: Karina Magrini Carneiro Mendes

E-mail para contato: karina.mendes@unifesp.br

Eu, **pesquisador responsável** pelo projeto acima especificado, **declaro que:**

1. O projeto de pesquisa não incluirá participantes de pesquisa, nem utilizará materiais obtidos diretamente de seres humanos (por exemplo células, sangue periférico, tecidos, entre outros), nem utilizará imagem/som/questionários/entrevistas/grupo focal que permitam sua identificação individual, dados de prontuários de assistência do paciente, fichas de cadastros pessoais e/ou fichas escolares;
2. O projeto de pesquisa não utilizará animais vertebrados não humanos nem materiais obtidos diretamente de animais vertebrados não humanos (por exemplo células, sangue periférico, tecidos, entre outros);
3. Estou ciente de que se nesta pesquisa houver manipulação genética (organismos geneticamente modificados), será necessário obter carta de aprovação da Comissão Interna de Biossegurança da Unifesp (CIBio), e que é minha responsabilidade obtê-la antes do início da pesquisa (Lei nº 11.105/2005 <http://www2.unifesp.br/reitoria/orgaos/comissoes/cibio/index.php?cod=apresenta>);
4. Estou ciente de que caso a pesquisa envolva acesso a patrimônio genético brasileiro e/ou conhecimento tradicional, o projeto deverá ser cadastrado no sistema auto declaratório SisGen, conforme Lei nº 13.123/2015, antes da sua publicação e/ou comercialização do produto, sendo de minha responsabilidade realizar e manter este cadastro atualizado (<https://sisgen.gov.br/>);
5. Estou ciente de que caso os dados utilizados nesta pesquisa não forem de acesso público e/ou se a pesquisa não for realizada em local público, será necessário obter o documento de autorização emitido pela instituição em que será realizada a pesquisa e/ou detentora dos dados a serem utilizados, onde deverá conter as atividades que serão desenvolvidas e assinatura do dirigente institucional ou pessoa por ele delegada, com identificação de cargo/função e respectiva assinatura, antes do início da pesquisa (Lei no 12.527/2011);
6. Estou ciente de que se houver coleta de exemplares biológicos e/ou se a pesquisa for realizada em unidades de conservação federais ou em cavidade natural subterrânea, será necessário obter documento de autorização do Ministério do Meio Ambiente, conforme Instrução Normativa nº 03/2014 do Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade, e é de minha responsabilidade obter este documento antes do início da pesquisa (<https://www.icmbio.gov.br/sisbio/>);

7. Estou ciente de que se o projeto tiver a possibilidade de gerar conhecimento passível de proteção intelectual (patentes, direito autoral, novos tratamentos, marcas, softwares, cultivares, segredo industrial), é minha responsabilidade entrar em contato com a Agência de Inovação Tecnológica e Social (Agits);
8. Estou ciente de que se houver uso do Hospital São Paulo ou algum de seus ambulatórios ou setores será necessário anexar autorização expedida pelo Comitê de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital São Paulo (CoEPE/HSP), e é minha responsabilidade obter este ofício antes do início da pesquisa (email: coep@huhsp.org.br);
9. Estou ciente de que se houver o uso de agentes radioativos, será necessário obter documento de autorização do Núcleo de Proteção Radiológica (NPR) e é minha responsabilidade obter este documento antes do início da pesquisa (para maiores informações sobre o NRP, contato: npr@unifesp.br; VOIP:2882);
10. O referido projeto cumpre as normas legais vigentes relacionadas à proteção intelectual, boas práticas e ética em pesquisa e que será minha responsabilidade zelar pela correta condução do projeto de pesquisa;
11. Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados e gerados pela pesquisa bem como manter a privacidade de seus conteúdos. Também é minha a responsabilidade não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa;
12. Declaro a precisão de todas as informações acima fornecidas e comprometendo-me a informar todos os demais pesquisadores envolvidos no projeto sobre elas.

São Paulo, 10 de fevereiro de 2021.

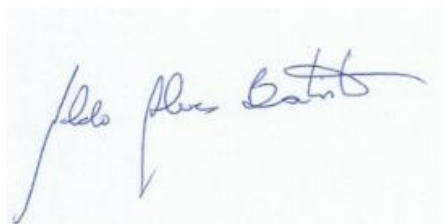


Pesquisador Responsável
Prof Dr Leonardo Carnut
Assinatura do orientando
Karina Magrini Carneiro Mendes

De acordo,



Prof. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista
Coordenadora do Programa Ensino em Ciências da Saúde
Universidade Federal de São Paulo

A handwritten signature in blue ink on a light blue background. The signature reads "Nildo Alves Batista" in a cursive script.

Prof Dr Nildo Alves Batista
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde/CEDESS
Universidade Federal de São Paulo

