



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

WALACE JORDÃO JÚNIOR

**Retrato das equipes de Atenção Primária à Saúde do Brasil
que possuem integração ensino-serviço**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre(a) em Saúde da Família. Linha de pesquisa: Gestão e avaliação de serviços na estratégia de saúde da família/atenção básica

Orientador(a): Dra. Patricia Rodrigues Sanine

**Botucatu
2024**

WALACE JORDÃO JÚNIOR

Retrato das equipes de Atenção Primária à Saúde do
Brasil que possuem integração ensino-serviço

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu,
para obtenção do título de Mestre(a) em
Saúde da Família. Linha de pesquisa:
Gestão e avaliação de serviços na
estratégia de saúde da família/atenção
básica

Orientador(a): Dra. Patricia Rodrigues Sanine

Botucatu
2024

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Jordão Júnior, Wallace.

Retrato das equipes de Atenção Primária à Saúde do Brasil que possuem integração ensino-serviço / Wallace Jordão Júnior. - Botucatu, 2024

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu

Orientador: Patrícia Rodrigues Sanine

Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Preceptoría. 3. Serviços de saúde comunitária. 4. Serviços de integração docente-assistencial.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Integração ensino-serviço; Preceptoría; Serviços de integração docente-assistencial; Serviços de saúde.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA


Câmpus de Botucatu



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE WALACE JORDÃO JÚNIOR, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, DA FACULDADE DE MEDICINA - CÂMPUS DE BOTUCATU.

Aos 09 dias do mês de agosto do ano de 2024, às 09:00 horas, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de WALACE JORDÃO JÚNIOR, intitulada **Retrato das equipes de Atenção Primária à Saúde do Brasil que possuem integração ensino-serviço**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. PATRICIA RODRIGUES SANINE (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) OPAS/OMS, Prof. Dr. TIAGO ROCHA PINTO (Participação Presencial) do(a) Depto. de Saúde Pública / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Dr. MARCO AKERMAN (Participação Virtual) do(a) Depto. de Prática de Saúde Pública / FSP/São Paulo - USP. Após a exposição pelo mestrando e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, o discente recebeu o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. PATRICIA RODRIGUES SANINE

Documento assinado digitalmente
 PATRICIA RODRIGUES SANINE
Data: 09/08/2024 11:23:18-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

RESUMO

A demanda por uma assistência integral, centrada na pessoa e no conceito ampliado de saúde determinou a necessidade de mudanças na formação em saúde. Nesse contexto, o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), destacou-se como cenário propício para a construção de diferentes competências. A atualização das diretrizes curriculares em consonância com as políticas públicas preconizadas na área da saúde estimulou ainda mais a inserção das pessoas em formação nestes serviços. Entretanto, não foi identificado na literatura nenhum estudo em âmbito nacional que caracterizasse os serviços de APS que acolhem esta proposta de integração com o ensino em saúde. Assim, objetivou-se analisar a integração de sujeitos em formação nas equipes de atenção primária à saúde em todo território brasileiro, criando um mecanismo de disseminação das suas características estruturais e organizacionais por meio de um infográfico retratar. Realizou-se um estudo de caso, de abordagem quantitativa com caráter exploratório e descritivo, e corte transversal. Utilizou-se dados secundários decorrentes da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no ano de 2018, em todo o território nacional. Considerou-se como caso os serviços de APS e as variáveis de interesse foram os diferentes níveis de sujeitos do ensino que integram os serviços. Selecionou-se como variáveis exploratórias as características estruturais e organizacionais dos serviços, bem como as ações de planejamento e atividades comunitárias. Das 36.355 equipes que participaram do PMAQ-AB, quase metade informou não possuir integração ensino-serviço em suas rotinas de trabalho (n=17.076; 46,7%). Entre os que informaram tal integração, a região sudeste do país foi a que apresentou maior concentração, com destaque para a residência médica (61,5%). Em todo o país, os sujeitos em graduação (21%), seguido dos técnicos (18%) foram apontados em maior número, sendo que em 54% das equipes havia sujeitos de diferentes níveis de ensino. Os resultados evidenciaram que 28,3% das equipes foram qualificadas em tutoria/preceptoria e que a maioria das equipes estavam localizadas em municípios com <100 mil habitantes (64,1%) e que possuíam unidades de ensino superior (61,5%) e uma minoria com hospital de ensino e pesquisa (16,5%). Houve o predomínio de equipes com composição mínima (69,5%), que incluía agente comunitário (99,5%). A maioria utiliza mecanismos de planejamento para a organização de suas práticas (83,7%), apesar de só 60% realizar reuniões com periodicidade semanal e/ou quinzenal (59,8%). Cerca de 78% delas organizam atenção às vulnerabilidades do território e dos usuários, mas só 15,6% discute com a escola as situações detectadas nos educandos. Constatou-se predomínio das ações de vigilância em saúde (média=94,0%) e menor número das que ofertavam as de promoção em saúde e prevenção de agravos (média=59,6%). Em relação ao acesso e a qualidade dos serviços, as equipes que possuem maior número de integração se concentraram naquelas com desempenho regular (32,0%), seguido do bom (30,6%).

Desta forma, conclui-se que os perfis estruturais e condições organizacionais identificadas podem fomentar reflexões críticas e práticas de cuidado mais coerentes com o preconizado do SUS reafirmando a importância da integração ensino-serviço como uma estratégia essencial para a qualificar a formação dos profissionais de saúde e o fortalecimento do SUS. Ao mesmo tempo, alertam para a falta de preparação dos profissionais de saúde para atuarem enquanto preceptores, assim como uma organização que tende a reproduzir um modelo de atenção ainda hegemônico, cujo foco se mantém no atendimento individual centrado na doença ao invés das ações de promoção à saúde.

Palavras-chave: Integração ensino-serviço. Preceptoria. Serviços de integração docente-assistencial. Atenção primária à saúde. Serviços de saúde.

ABSTRACT

Analysis of the Primary Health Care Teams in Brazil that Integrate Teaching and Service

The demand for comprehensive, person-centered care, based on an expanded concept of health, has led to the need for changes in health education. In this context, the Primary Health Care (PHC) service has stood out as a favorable setting for the development of various competencies. The update of curricular guidelines, in line with public health policies, has further encouraged the integration of students in training into these services. However, no national study has been identified in the literature that characterizes the PHC services that embrace this proposal of integration with health education. Therefore, the objective was to analyze the integration of trainees into primary health care teams across Brazil, creating a mechanism for disseminating their structural and organizational characteristics through an infographic. A case study with a quantitative, exploratory, and descriptive approach and a cross-sectional design was conducted. Secondary data from the external evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) in 2018, throughout the national territory, were used. The case considered was the PHC services, and the variables of interest were the different levels of students integrated into the services. The exploratory variables selected included the structural and organizational characteristics of the services, as well as planning actions and community activities. Of the 36,355 teams that participated in the PMAQ-AB, nearly half reported no integration of teaching and service into their work routines (n=17,076; 46.7%). Among those reporting such integration, the Southeast region of the country had the highest concentration, with a focus on medical residency (61.5%). Across the country, undergraduate students (21%), followed by technical students (18%), were the most represented, with 54% of the teams having students from different educational levels. The results showed that 28.3% of the teams were trained in tutoring/preceptorship, and the majority were located in municipalities with fewer than 100,000 inhabitants (64.1%) and that had higher education institutions (61.5%), with a minority linked to teaching and research hospitals (16.5%). Most teams had a minimum composition (69.5%), including community health workers (99.5%). The majority used planning mechanisms to organize their practices (83.7%), although only 60% held weekly and/or biweekly meetings (59.8%). About 78% organized care to address territorial and user vulnerabilities, but only 15.6% discussed detected situations with schools. There was a predominance of health surveillance actions (average=94.0%), with fewer teams offering health promotion and disease prevention actions (average=59.6%). Regarding access and service quality, teams with a higher level of integration were concentrated among those with regular performance (32.0%), followed by good performance (30.6%). Thus, it is concluded that the identified structural profiles and organizational

conditions may foster critical reflections and care practices more aligned with the principles of the SUS, reaffirming the importance of teaching-service integration as an essential strategy to qualify the training of health professionals and strengthen the SUS. At the same time, they highlight the lack of preparation among health professionals to act as preceptors, as well as an organization that tends to reproduce a still hegemonic care model focused on individual, disease-centered care rather than on health promotion actions.

Keywords: Teaching Care Integration Services. Preceptorship. Primary health care. Health services.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária no país por unidade federativa, conforme nível de ensino dos sujeitos em formação integrados às equipes. PMAQ-AB. Brasil 2018. 33
- Tabela 2** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária que foram qualificadas na formação em tutoria e/ou preceptoria no último ano, conforme os níveis de ensino dos sujeitos em formação. PMAQ-AB. Brasil 2018. 61
- Tabela 3** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme o porte populacional e a cobertura populacional estimada na atenção primária à saúde, segundo o o nível de ensino dos sujeitos em formação, PMAQ-AB. Brasil 2018. 66
- Tabela 4** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme a existência de unidades de ensino superior no mesmo município e de hospital de ensino e pesquisa credenciado pelo Ministério da saúde e pelo Ministério da Educação e sob responsabilidade da gestão municipal, PMAQ-AB. Brasil 2018. 68
- Tabela 5** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme o perfil dos profissionais segundo o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018. 71
- Tabela 6** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme o perfil dos usuários vulnerabilizados cadastrados no território, segundo o o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018. 73
- Tabela 7** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme a infraestrutura dos serviços, segundo o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018. 76
- Tabela 8** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme as condições organizacionais para o planejamento do processo de trabalho, segundo o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018. 79
- Tabela 9** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme o apoio externo recebido pelos serviço, segundo o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018. 82
- Tabela 10** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme as condições organizacionais para a atenção às vulnerabilidades do território e dos usuários, segundo o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018. 85
- Tabela 11** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme as condições organizacionais para as ações de promoção em saúde e prevenção de agravos, segundo o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018. 88

- Tabela 12** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme as condições organizacionais para as ações de vigilância em saúde, segundo o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 201890
- Tabela 13** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme o grau de desempenho em relação ao acesso e à qualidade, segundo o nível de ensino dos sujeitos em formação, PMAQ-AB. Brasil 2018.92

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Detalhamento das fontes utilizadas para a obtenção dos dados coletados.....22
- Quadro 2** - Relação das variáveis que abordam os diferentes níveis de ensino dos sujeitos em formação integrados às equipes de Atenção Primária do Brasil e respectivo número da alternativa no instrumento. PMAQ-AB, 2018.23
- Quadro 3** - Categorização das variáveis referentes à caracterização dos municípios. Brasil, 2018.24
- Quadro 4** - Relação das variáveis que abordam o perfil estrutural dos serviços de Atenção Primária do Brasil que possuem equipes com integração ensino-serviço e respectivo número da alternativa no instrumento. PMAQ-AB, 2018.....26
- Quadro 5** - Relação das variáveis que abordam as condições organizacionais das equipes de Atenção Primária do Brasil que possuem integração ensino-serviço e respectivo número da alternativa no instrumento. PMAQ-AB, 2018.....27
- Quadro 6** - Critérios de classificação do grau de desempenho das equipes de Atenção Primária do Brasil em relação ao acesso e à qualidade. PMAQ-AB, 2018.....29

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária por unidade federativa, que possuem sujeitos em formação integrados à suas rotinas de trabalho, PMAQ-AB. Brasil 2018.....32
- Figura 2** - Distribuição das equipes de atenção primária conforme o nível de ensino dos sujeitos integrados no serviço, PMAQ-AB. Brasil 2018.....41
- Figura 3** - Distribuição dos sujeitos em formação integrados aos serviços de atenção primária por região do país, segundo o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018.43
- Figura 4** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária por unidade federativa, que possuem sujeitos em formação do nível profissional técnico, PMAQ-AB. Brasil 2018.....45
- Figura 5** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária por unidade federativa, que possuem sujeitos em formação do nível da graduação, PMAQ-AB. Brasil 2018.47
- Figura 6** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária por unidade federativa, que possuem sujeitos em formação do nível da residência médica, PMAQ-AB. Brasil 2018.52
- Figura 7** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária por unidade federativa, que possuem sujeitos em formação do nível residência multidisciplinar, PMAQ-AB. Brasil 2018.....55
- Figura 8** - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária por unidade federativa, que possuem sujeitos em formação do nível da pesquisa, PMAQ-AB. Brasil 2018.58

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1	16
INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA	16
OBJETIVOS.....	20
Geral.....	20
Específicos:	20
MATERIAIS E MÉTODOS	21
CAPÍTULO 2	30
RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
Os serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil	31
A inserção dos sujeitos em formação nos serviços de atenção primária.....	37
Nível de educação técnica profissional.....	44
Nível de Graduação.....	46
Nível de pós-graduação: Residência Médica	51
Nível de pós-graduação: Residência Multiprofissional	53
Nível de pós-graduação: Pesquisa	55
Preceptor: o sujeito responsável pela integração ensino-serviço	58
A Integração na perspectiva dos sujeitos que integram o ensino e o serviço	62
Preceptores	62
Profissionais dos serviços que não atuam como preceptores.....	63
Perspectiva do discente e egressos do Ensino Técnico profissional e/ou Superior.....	64
Fatores que podem exercer influência nestes processos.....	65
Limitações	93
CAPÍTULO 3	95
Título.....	95
Tipo de produção	95
Objetivo do produto.....	95
Público-alvo	95
Aplicabilidade para o campo profissional	95
Relevância para o campo profissional	95
Especificações da construção e do desenvolvimento	96
Situação do produto	98
Produto	98
CAPÍTULO 4	101
Considerações Finais.....	101

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	111
Anexo 1 – Quadro dos estudos identificados em revisão bibliográfica sobre integração ensino-serviço na APS.	111
Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/Unesp Botucatu	118

APRESENTAÇÃO

Natural de Belo Horizonte/MG, concluí minha graduação em medicina, no ano de 2006. Desde então, atuo em serviços de atenção primária à saúde, no município de Poços de Caldas, região do sul de Minas Gerais, o que me motivou buscar a especialização em Medicina de Família e Comunidade. Apesar de ser egresso de uma formação tradicional, ao longo de minha carreira, também, procurei me aproximar das metodologias ativas de ensino, me pós-graduando em Educação na Saúde para Preceptores no SUS.

Participar do processo de inserção precoce dos alunos de graduação de medicina no ambiente de assistência, promovendo atividades de integração ensino-serviço, me conduziu para a academia, onde desenvolvo atividades como docente e coordenador do internato no curso de graduação em medicina.

A oportunidade de realizar articulação intersetorial entre instituição de ensino superior e serviço, me motivou participar como representante dos preceptores na elaboração do Projeto Pedagógico do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, em 2019.

Essa trajetória profissional e acadêmica, com ênfase no ensino e assistência, naturalmente, me direcionou ao mestrado profissional em saúde da família, pois o aprofundamento teórico-prático oferecido pelo curso poderia favorecer minha atuação na interface ensino-serviço, especialmente no ambiente da atenção primária à saúde, meu principal local de atuação.

Mais especificamente, enquanto profissional da assistência inserido em uma equipe da atenção primária, procuro o crescimento e qualificação profissional, com intuito de oferecer respostas às demandas da comunidade. Concomitantemente anseio qualificar minhas atividades docentes voltadas à melhor formação profissional.

Considerando a importância dessa integração entre ensino e serviço, com vistas à qualificação tanto dos sujeitos em formação, quanto dos profissionais já inseridos nos serviços de APS e fortalecimento do SUS, pretendo que este trabalho apresente subsídios para uma maior compreensão sobre os diferentes contextos que perpassam este cenário.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

As limitações dos profissionais de saúde em compreender às demandas sociais a partir da concepção de multi-causalidade, em especial, que considerasse os determinantes sociais como condicionantes do processo de saúde e adoecimento (BUSS, 2007; GORBOIS et al., 2017; PELLEGRINI FILHO, 2024) e que respeitasse uma abordagem baseada na perspectiva da saúde ampliada, com cuidado mais integral, centrado na pessoa e na comunidade, evidenciaram a necessidade de que tais princípios fossem incorporados na proposta de formação profissional (BRASIL, 2015; CECCIM; FEUERWERKER, 2014; OPAS/OMS, 1978; PESSOA et al., 2022).

Destaca-se que nossa Constituição Federal confere ao Sistema Único de Saúde (SUS) a atribuição de ser o ordenador da formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Reforça essa prerrogativa, o Artigo 27 da Lei nº 8.080/1990, que estabelece que os serviços públicos que integram o SUS sejam campos de prática destinados ao ensino e pesquisa, sob a orientação de normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1996).

Dessa forma, as legislações que instituíram as diretrizes do SUS não apenas asseguram sua competência na ordenação da formação em saúde, mas ainda destacam a importância dos serviços de saúde como ambientes propícios para atividades de ensino e pesquisa (BRASIL, 1988; 1990). A regulamentação garantida pela Portaria Interministerial nº 1.124/2015 marca um grande avanço no fortalecimento desta integração entre ensino e os serviços de saúde do SUS, instituindo as normativas para os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde – COAPES (BRASIL, 2015).

Assim, a partir desta nova proposta de abandono do modelo flexneriano - tecnicista, hospitalocêntrico, voltado à doença (FLEXNER, 1910; PAGLIOSA, 2008)), vem-se buscando um trabalho colaborativo e mais holístico. Esse trabalho, pactuado e integrado entre estudantes e professores de cursos de formação e profissionais dos serviços de saúde (PIZZINATO et al., 2012; FAVERO, 2006), edifica uma base sólida para a melhoria da formação dos estudantes e dos trabalhadores (PIZZINATO et al., 2012; ALBUQUERQUE et al., 2008).

Nesse contexto, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), definidos como porta de entrada do sistema de saúde e integrador dos outros níveis de atenção, pela sua atuação de forma longitudinal, próxima às famílias e comunidade, destacou-se como cenário privilegiado para o aprendizado significativo e a construção de diferentes competências (GIOVANELLA, 2020; MENDES et al., 2020; CECCIM; FEUERWERKER, 2014).

As diretrizes curriculares (BRASIL, 2001), em consonância com as políticas públicas preconizadas na área da saúde (CECCIM, 2004), reforçam este nível de atenção como ambiente propício para o aprendizado, justificando tal afirmação por representarem um espaço capaz de promover a conexão entre os conhecimentos trazidos pelos estudantes e as demandas reais do serviço de saúde e dos seus usuários (VIEIRA et al., 2016; BRAVO; CYRINO; AZEVEDO, 2014; ALBUQUERQUE et al., 2008).

Entretanto, uma série de desafios são levantados em relação a esta integração. A limitação de espaço dos serviços para receber os estudantes é apontada por vários estudos como fator negativo (MENDES et al., 2020; PINTO; CYRINO, 2014; PIZZINATO et al., 2012), que resulta, muitas vezes, na dificuldade de inserção de docentes e estudantes em alguns serviços de saúde (PIZZINATO et al., 2012). Também são relatadas tensões entre a equipe de trabalho pela falta de reconhecimento e/ou envolvimento de algumas categorias profissionais nas ações de ensino, além de mudança na rotina dos profissionais, que assumem uma dupla função no serviço (PINTO; CYRINO, 2014; BARRETO et al., 2011).

A grande demanda de atividades na rotina diária dos serviços e a falta de formação pedagógica adequada por parte dos seus profissionais, são relatadas pela literatura como aspectos que dificultam o envolvimento e dedicação da equipe para além das ações assistencialistas voltadas para a “queixa-conduta” (MOREIRA et al., 2022; PIZZINATO et al., 2012). Outra questão evidenciada neste sentido foi a falta de contrapartida por parte da gestão para os profissionais que, muitas vezes, sentem apenas o aumento em suas atribuições (BARRETO et al., 2011).

Somam-se a estas dificuldades, a desarticulação entre as ações da instituição de ensino e do serviço, decorrentes da carência de um planejamento participativo e pactuado, do desconhecimento do profissional sobre o seu papel educacional na execução das atividades junto aos estudantes (SIQUEIRA et al., 2022), da resistência de alguns docentes em participar das atividades do serviço e de superarem o modelo

de atenção hospitalocêntrico e centrado no trabalho do médico, além da fragmentação dos conteúdos nas disciplinas e o pouco tempo para abordar metodologias de ensino mais articuladas com a prática (MENDES et al., 2020).

Todavia, apesar de todos estes obstáculos envolvendo a integração entre ensino e serviço, a literatura apresenta consenso sobre seus benefícios, apontando que esta integração permite a transformação e consolidação de um novo modelo de atenção à saúde, tanto ofertado pelos estudantes, quanto pelos profissionais atuantes nestes serviços (VIEIRA et al., 2016; BRAVO; CYRINO; AZEVEDO, 2014; PIZZINATO et al., 2012; ALBUQUERQUE et al., 2008).

Nesta perspectiva da melhor formação profissional, alguns exemplos de benefícios aos sujeitos do ensino integrados aos serviços de APS podem ser listados, como na maior segurança dos futuros profissionais na comunicação com os usuários e na conduta nos atendimentos (PINTO; CYRINO, 2014), na maior compreensão sobre as práticas colaborativas e multiprofissionais, incluindo as interdisciplinares e intersetoriais (VIEIRA et al., 2016; MENDES et al., 2020), na investigação da influência dos aspectos biopsicossociais e das diferentes realidades sociais sobre o processo de saúde e adoecimento das pessoas e suas famílias, e de como realizar um acompanhamento centrado nestas necessidades identificadas em cada uma das pessoas atendidas no serviço (MENDES et al., 2020).

A literatura também evidencia que esta integração propicia vantagens em relação a qualificação dos profissionais atuantes nos serviços e, conseqüentemente, na qualidade da atenção ofertada nos serviços de saúde. Exemplificam este movimento, o estímulo aos profissionais para se manterem atualizados, as novas perspectivas levantadas pelas reflexões críticas dos estudantes (PINTO; CYRINO, 2014), a ampliação das ações ofertadas, principalmente, daquelas relacionadas à educação e promoção da saúde, além de possíveis melhorias na própria estrutura dos serviços, por meio da aquisição de alguns equipamentos pela instituição de ensino (PIZZINATO et al., 2012).

Entretanto, uma busca no repositório SciELO identificou que mais de 60% das publicações abordavam a presença de sujeitos do ensino de graduação junto aos serviços de APS, com uma pequena parcela sobre a integração de residentes e nenhum sobre os sujeitos que frequentam o ensino técnico ou o nível de pesquisa (Anexo 1).

Apesar da existência de estudos abordando esta integração em relação a formação técnica (FRANCO; MILÃO, 2020; FERREIRA et al., 2019; CAMARGO et al., 2015), tais publicações não foram localizadas na busca sistematizada da literatura. Ademais, tais estudos não abordavam especificamente os serviços de APS, o que demonstra uma lacuna importante neste cenário. Ainda em relação a esta publicações, destaca-se que tão pouco encontrou-se estudos que caracterizavam os serviços de APS que acolheram esta proposta de integração com o ensino em saúde, em âmbito nacional, reforçando a necessidade de desvelar este cenário de integração no país como um todo.

Desta forma, Retratar a realidade das equipes de APS que recebem estes sujeitos em seus serviços permitirá um mapeamento detalhado destes cenários, além de subsidiar o levantamento de hipóteses para fomentar análises que possam favorecer a melhoria estrutural e organizacional das equipes e dos serviços de APS, proporcionando uma melhor formação aos sujeitos do ensino inseridos nestes serviços.

OBJETIVOS

Geral

Analisar a integração de sujeitos em formação nas equipes de atenção primária à saúde em todo território brasileiro, criando um mecanismo de disseminação das suas características estruturais e organizacionais por meio de um infográfico.

Específicos:

1. Levantar a existência de estudos que retratem a realidade das equipes de APS do país que integram sujeitos em formação em suas rotinas de trabalho;
2. Caracterizar os municípios que possuem equipes de APS que integram sujeitos do Ensino Técnico profissional e/ou Superior em suas rotinas de trabalho;
3. Mapear a distribuição territorial das equipes de APS que integram sujeitos do Ensino Técnico profissional e/ou Superior em suas rotinas de trabalho, conforme os níveis de ensino inseridos nestes serviços;
4. Descrever as condições estruturais das equipes de APS que integram sujeitos do Ensino Técnico profissional e/ou Superior em suas rotinas de trabalho, conforme os níveis de ensino inseridos nestes serviços;
5. Caracterizar as condições organizacionais das equipes de APS que integram sujeitos do Ensino Técnico profissional e/ou Superior em suas rotinas de trabalho, conforme os níveis de ensino inseridos nestes serviços.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de caso, de abordagem quantitativa com caráter exploratório e descritivo, e corte transversal, que utilizou dados secundários decorrentes da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), aplicado em todo o território nacional, no ano de 2018.

Pontua-se que o PMAQ-AB não é um instrumento específico para análise da integração ensino-serviço. Ele tem como objetivo incentivar gestores municipais a ampliarem o acesso da população aos serviços de APS e a melhoria da qualidade organizacional das práticas prestadas pelas equipes desse nível de atenção.

Desta forma, a escolha pela utilização de tais dados levou em consideração a potencialidade do instrumento ao retratar a diferenciação entre os níveis de ensino dos sujeitos inseridos nestes serviços (técnico, graduação, pós-graduação e pesquisa), além de incluir questões como as atividades de formação em tutoria/preceptoria junto ao padrão de qualidade das equipes (BEZERRA; MEDEIROS, 2018). Outro critério para sua eleição foi por referir-se a um instrumento validado nacionalmente, com grande abrangência territorial e facilidade no acesso dos dados, que são disponibilizados em portal público, sem a necessidade de nenhuma autorização prévia ou de cadastro e/ou senha.

O processo avaliativo do PMAQ-AB é composto por ciclos divididos em três etapas: de adesão e pactuação dos compromissos de melhoria para o município, autoavaliação das equipes indicadas com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ativo no período e, finalmente, a avaliação externa, que resulta na certificação das equipes que participaram de todo o processo avaliativo, com a divulgação do grau de desempenho alcançado e do valor do incentivo financeiro que receberá - proporcional ao desempenho (BRASIL, 2017a).

No presente estudo foi utilizado os dados da avaliação externa que é padronizada em todo país e que parametriza todos os serviços de APS conforme a carga horária dos profissionais (médico e enfermeiro), considerando para cada equipe a permanência por 40 horas semanais, mesmo que somada a carga horária de vários deles (BRASIL, 2017a). Esta parametrização garante que características mínimas (preconizadas no modelo da Estratégia Saúde da Família) sejam mantidas.

A coleta dos dados primários pelo PMAQ-AB foi realizada *in locu*, por entrevistadores treinados, que utilizavam um questionário composto por perguntas

fechadas que abordavam toda a infraestrutura do serviço e a organização do processo de trabalho dos profissionais (enfermeiro, médico e dentista), além de usuários dos serviços. As respostas eram registradas em tablet e após as validações das informações e a análise do desempenho das equipes, o Ministério da Saúde divulgava a certificação das equipes. Todos os dados do processo avaliativo e o resultado da certificação são disponibilizados de forma aberta para domínio público no site: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.

Como tais dados são fornecidos no programa Excel®, em bancos separados, estes arquivos foram compilados em um banco único utilizando como referência para o linkage: 1) código do município do IBGE; 2) número do Identificador Nacional de Equipe (INE); 3) número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e 3) coordenadas GPS (latitude e longitude do serviço de APS), contida na questão I.2.0.

Após a construção de um banco único com os dados do PMAQ-AB, foram acrescentados dados complementares coletados de outras fontes. As fontes e tipo de informações que compuseram o banco final são apresentados no quadro a seguir:

Quadro 1 - Detalhamento das fontes utilizadas para a obtenção dos dados coletados.

Informação	Fonte	Link de acesso
Estrutura e Organização das equipes de APS	PMAQ-AB	http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq
		https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/1o-ciclo/listas-de-certificacao-pmaq-ab
Níveis de ensino dos sujeitos que integram o serviço de APS	PMAQ-AB	http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq
Localização e características dos municípios	E-gestor-AB	https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml
	IBGE	(https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=downloads)

Legenda: APS=Atenção Primária à Saúde; PMAQ-AB= Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; E-gestor-AB= Sistema e-Gestor Atenção Básica; IBGE= Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A versão final do banco de dados foi constituída após a exclusão das equipes “desclassificadas” - já que por alguma razão, não completaram o processo avaliativo até o final.

Para a identificação dos diferentes níveis de ensino dos sujeitos em formação que integram os serviços de APS utilizou-se as informações contidas nas alternativas da questão II.4.5. Cabe destacar que para evitar vieses de sobreposição dos níveis de ensino dos sujeitos que integram os serviços, criou-se uma nova variável binária para as equipes que possuíam sujeitos de diferentes níveis de ensino (II.4.5.Mais), sendo 1 quando possuía 2 ou mais níveis de ensino e 0 quando possui apenas um ou nenhum nível de ensino integrado, conforme detalhamento no Quadro 2.

Quadro 2 - Relação das variáveis que abordam os diferentes níveis de ensino dos sujeitos em formação integrados às equipes de Atenção Primária do Brasil e respectivo número da alternativa no instrumento. PMAQ-AB, 2018.

Questão	Variável nível de ensino dos sujeitos integrados à equipe de APS
II.4.5.1	Graduandos
II.4.5.2	Técnicos
II.4.5.3	Residentes medicina
II.4.5.4	Residentes multiprofissional
II.4.5.5	Pesquisadores
II.4.5.Mais	Vários (mais que um nível de ensino dos sujeitos em formação)
II.4.5.6	Não possui integração ensino-serviço

Fonte: Brasil [2023a].

Legenda: II.4.5.Mais = soma das variáveis II.4.5.1(1), II.4.5.2(1), II.4.5.3(1), II.4.5.4(1), II.4.5.5(1).

Considerando que as características do município, de certa forma, podem influenciar na estrutura dos serviços e organização das equipes de APS que integram sujeitos de diferentes níveis de ensino em suas rotinas de trabalho, foram selecionadas as seguintes informações: localização do serviço (região do país e estado), porte populacional (POP EST¹), cobertura populacional estimada na APS

¹ Número da população estimada=relação da tendência de crescimento populacional do município, observada entre dois censos demográficos consecutivos, com a tendência de crescimento de uma área geográfica maior, as Unidades da Federação, considerando o remanejamento da população resultado de alterações de limite territorial que ocorrem entre os municípios no ano de 2018.

(PC_COBERTURA_AB²), existência de unidade de ensino superior (MCUL3915), existência de hospital de ensino e pesquisa credenciado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação (MSAU49-13) e existência de hospital de ensino e pesquisa de responsabilidade da gestão municipal (MSAU491).

Buscando uma melhor compreensão sobre as especificidades dos cenários locais de cada equipe de APS, as variáveis sobre porte populacional e coberturas populacionais estimadas na APS foram categorizadas no banco, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Categorização das variáveis referentes à caracterização dos municípios. Brasil, 2018.

Variável	Categoria
Porte populacional	
<10.000 habitantes	1
entre 10.000 e <20.000 habitantes	2
entre 20.000 e <100.000 habitantes	3
entre 100.000 e <500.000 habitantes	4
entre 500.000 e <1.000.000 habitantes	5
entre 1.000.000 e <5.000.000 habitantes	6
≥5.000.000	7
Cobertura populacional estimada na APS	
entre 100% e 80%	1
entre 79% e 60%	2
<60%	3
Existência de unidade de ensino superior	
Sim	1
Não	0
Existência de hospital de ensino e pesquisa credenciado pelo MS e ME	
Sob responsabilidade de outra instituição	1
Sob responsabilidade da gestão municipal	2

Fonte: E-gestor-AB [2023b]; IBGE [2023c].

Legenda: APS=Atenção Primária à Saúde; MS=Ministério da Saúde/ ME=Ministério da Educação

² Cobertura populacional estimada na APS= percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica tradicional equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional do ano.

Buscando selecionar variáveis mais sensíveis, ou seja, que melhor representassem a caracterização do perfil estrutural e as condições organizacionais das equipes de APS que integravam ensino-serviço em suas rotinas, assim como trouxessem as especificidades sobre a integração ensino-serviço, realizou-se uma busca na literatura brasileira por meio do repositório SciELO.

A busca foi realizada durante o mês de abril de 2023 e utilizou a estratégia: ((Integração ensino-serviço) OR (Preceptoria) OR (Serviços de integração docente-assistencial)) AND (Atenção primária à saúde). Definiu-se como critério de exclusão não abordar nenhum tipo nível de ensino ou preceptoria e não ser um estudo realizado no Brasil. Optou-se em manter as publicações que não abordassem os serviços de APS, uma vez que poderia contribuir para reflexões futuras. Não foram definidos outros critérios de exclusão, como idioma ou ano de publicação.

Após a eliminação das duplicidades, realizou-se a leitura do texto completo e, de forma independente pelos dois revisores, foram extraídas as informações para matrizes do Excel® contendo: ID, título, autor, ano da publicação, idioma, nível de integração que abordava (Graduação, Técnico, Residência Médica, Residência Multidisciplinar, Pesquisa ou Preceptoria), a referência completa do estudo e o conteúdo abordado na publicação. Adicionalmente, a partir da leitura das referências dos artigos, outras publicações foram sendo incluídas para leitura completa do texto e extração do conteúdo, quando de acordo aos interesses do estudo.

O conteúdo coletado foi trocado entre os extratores para que o resultado fosse checado por ambos. Os desacordos foram analisados pelo orientador e decididos por consenso. A análise do conteúdo foi realizado por meio do agrupamento das similaridades seguido da respectiva distribuição entre os grupos de “caracterização do perfil estrutural das equipes de APS” e “caracterização das condições organizacionais das equipes de APS”.

Após a conclusão desta etapa, realizou-se a comparação do conteúdo identificado nas publicações com as questões existentes nos instrumentos do PMAQ-AB. Este processo resultou na seleção de 25 questões que se desdobraram em 57 variáveis.

Para a caracterização do perfil estrutural das equipes de APS que afirmaram possuir integração ensino-serviço foram selecionadas 29 variáveis do instrumento. Esclarece-se que o conceito de perfil estrutural utilizado no presente trabalho considera todos os recursos necessários para realizar processos, atividades e

intervenções, incluindo a estrutura física, material, financeira, humana, mercadológica e administrativa (BRASIL, 2022). Estas variáveis foram agrupadas em quatro subgrupos (perfil da equipe, perfil dos usuários, infraestrutura do serviço e apoio externo que o serviço recebe). A relação dessas variáveis dentro de cada subgrupo, e suas localizações no instrumento, é apresentada no Quadro 4.

Quadro 4 - Relação das variáveis que abordam o perfil estrutural dos serviços de Atenção Primária do Brasil que possuem equipes com integração ensino-serviço e respectivo número da alternativa no instrumento. PMAQ-AB, 2018.

Questão	Variável
Perfil da equipe (n=03 variáveis)	
I.3.1(1)	Atuação de profissional que não faz parte da equipe mínima e/ou do NASF
II.25.1(1)	Existência de ACS na equipe
I.3.3(1)	Existência de gerente no serviço
Perfil dos usuários (n=13 variáveis)	
II.31.2(1)	Possui população de quilombolas cadastrada no território
II.31.2(2)	Possui população de indígenas cadastrada no território
II.31.2(3)	Possui população de pescadores cadastrada no território
II.31.2(4)	Possui população de ribeirinhos cadastrada no território
II.31.2(5)	Possui população de assentados da reforma agrária cadastrada no território
II.31.2(6)	Possui população rural cadastrada no território
II.31.2(7)	Possui população de caboclos cadastrada no território
II.31.2(8)	Possui população de caiçaras cadastrada no território
II.31.2(9)	Possui população de extrativistas cadastrada no território
II.31.2(10)	Possui população de acampados sem terra cadastrada no território
II.31.2(11)	Possui população de ciganos cadastrada no território
II.24(1)	Possui pessoas com deficiência cadastradas no território
II.31.2(12)	Não possui estas populações vulnerabilizadas cadastradas no território
Infraestrutura do serviço (n=07 variáveis)	
I.6.3(12)	Existência de sala exclusiva para atividades coletivas
I.10.0(1)	Disponibiliza vacinação
I.4.5_FDS	Funcionamento aos finais de semana
I.4.6(1)	Funcionamento no horário do almoço
II.6.6(1)	Quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe definido por critérios de risco e vulnerabilidade
II.32.5(1)	Existência de Conselho Local e/ou outros espaços de participação popular

Questão	Variável
II.32.2(1)	Existência de mecanismos de participação popular (canais de comunicação para usuários expressarem demandas, reclamações e/ou sugestões)
Apoio externo recebido pelo serviço (n=6 variáveis)	
II.3.1(1)	Disponibilidade de apoio externo nos casos mais complexos (NASF, CAPS, telessaúde, etc)
II.4.3(6)	Qualificação da equipe na formação em tutoria/preceptoria (no último ano)
II.4.3_Outros	Qualificação da equipe em outros temas* de formação (no último ano)
II.4.4(1)	Disponibilidade de ações de educação permanente que contemplam muito as demandas e necessidades da equipe
II.27.3(1)	Parceria com o Programa Academia da Saúde
II.28.2(1)	Parceria com Programa Saúde na Escola

Legenda: I.4.5_FDS=I.4.5(6)+I.4.5(7); II.4.3_Outros=II.4.3(1)+ II.4.3(2)+ II.4.3(3)+ II.4.3(4)+ II.4.3(5)+; NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ACS=Agente Comunitário de Saúde; ESF=Estratégia Saúde da Família; UBS=Unidade Básica de Saúde que tem possui componentes da ESF; CAPS= Centros de Atenção Psicossocial. *Outros temas = Telessaúde, Rede Universitária de Telemedicina, Cursos presenciais ou Troca de experiência. Fonte: Brasil [2023].

A caracterização das condições organizacionais das equipes de APS que integram sujeitos do ensino em suas rotinas de trabalho, foi realizada por meio de 28 variáveis, conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 - Relação das variáveis que abordam as condições organizacionais das equipes de Atenção Primária do Brasil que possuem integração ensino-serviço e respectivo número da alternativa no instrumento. PMAQ-AB, 2018.

Questão	Variável
Planejamento do processo de trabalho (n=08 variáveis)	
II.8.4_menor	Realização de planejamento das ações bimestralmente ou em menor periodicidade
II.8.4_maior	Realização de planejamento das ações trimestralmente ou em maior periodicidade
II.8.3(2)	Organização do trabalho sem planejamento das ações
II.8.2_SQ	Realização de reunião de equipe semanal e/ou quinzenal
II.8.7(1)	Realização de autoavaliação da equipe no último ano
II.8.6(1)	Utilização das avaliações anteriores para o planejamento do processo de trabalho
II.32.4(1)	Realização de discussão com a gestão sobre as demandas e reclamações dos usuários
II.28.3(1)	Envolvimento dos profissionais da educação no planejamento das ações na escola
Atenção às vulnerabilidades do território e dos usuários (n=05 variáveis)	
II.7.1(1)	Organização dos prontuários por núcleos familiares
II.10.4(3)	Acolhimento à demanda espontânea por identificação de risco e/ou vulnerabilidade
II.25.4(1)	Distinção na periodicidade das visitas domiciliares conforme avaliações de risco e/ou vulnerabilidade das famílias

Questão	Variável
II.30.1(1)	Identificação e encaminhamento das famílias elegíveis ao Programa Bolsa Família
II.28.5(4)	Realização de discussão com a escola sobre as vulnerabilidades e situações de risco detectadas nos educandos
Ações de promoção em saúde e prevenção de agravos (n=12 variáveis)	
II.26.2(1)	Oferta ações de apoio ao autocuidado
II.26.2(2)	Oferta ações de promoção da Cultura de Paz e dos Direitos Humanos
II.26.2(3)	Oferta ações de promoção do Desenvolvimento Sustentável
II.26.2(4)	Realiza mobilização e discussão de questões de saúde que afetam à coletividade
II.26.2(5)	Realiza articulação com outros serviços públicos para ações de promoção em saúde
II.26.2(6)	Realiza escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas do território
II.19.3(6)	Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso
II.19.3(2)	Oferta ações voltadas à atividade física
II.23.3(3)	Oferta atendimento em grupo para pessoas em sofrimento psíquico
II.29.1(1)	Oferta Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
II.28.5(3)	Realiza discussão de casos identificados nos estudantes com os profissionais da escola
II.28.5(5)	Envolvimento da família e da escola no cuidado com o educando
Ações de vigilância em saúde (n=03 variáveis)	
II.BuscaAtiva	Realização de busca ativa para o acompanhamento de crianças, pessoas em tratamento e identificação de sintomas de tuberculose e/ou hanseníase
II.22.2(3)	Realização de ações de conscientização, informação e educação para combate à dengue
II.8.5(1)	Realização de monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde

Legenda: II.8.4_menor=II.8.4(1)+II.8.4(2)+II.8.4(3)+ II.8.4(4); II.8.4_maior= II.8.4(5)+ II.8.4(6)+ II.8.4(7); II.8.2_SQ= II.8.2(1)+II.8.2(2); II.BuscaAtiva=II.14.6(4)+II.16.8(6)+II.20.7(5)+II.21.7(5) invertidas.

Fonte: Brasil [2023].

Além das variáveis apresentadas no Quadro 4 e Quadro 5, acrescentou-se na análise o grau de desempenho do acesso e da qualidade, uma vez que apresenta a capacidade de refletir de forma mais abrangente, toda a capacidade estrutural e organizacional preconizada para as equipes de APS. O grau de desempenho das equipes é classificado em cinco categorias (ótimo, muito bom, bom, regular, ruim e insatisfatório), conforme os critérios apresentados no Quadro 6.

Quadro 6 - Critérios de classificação do grau de desempenho das equipes de Atenção Primária do Brasil em relação ao acesso e à qualidade. PMAQ-AB, 2018.

Grau de desempenho	Descrição dos Critério para a classificação
Ótimo	Equipe atingiu nota maior ou igual a 8 e percentual dos padrões estratégicos maior ou igual a 50)
Muito Bom	Equipe atingiu nota maior que 7 e menor que 8 ou maior ou igual a 8, porém não atingiu 50) dos padrões estratégicos
Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7
Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6
Ruim	Equipe não atingiu 90) dos padrões essenciais ou atingiu nota menor ou igual a 4 ou menor de 4 dos padrões essenciais ou dividia cadeira odontológica
Insatisfatório	Equipe não enviou informação ao SISAB/e-SUS AB

Fonte: Brasil [2023].

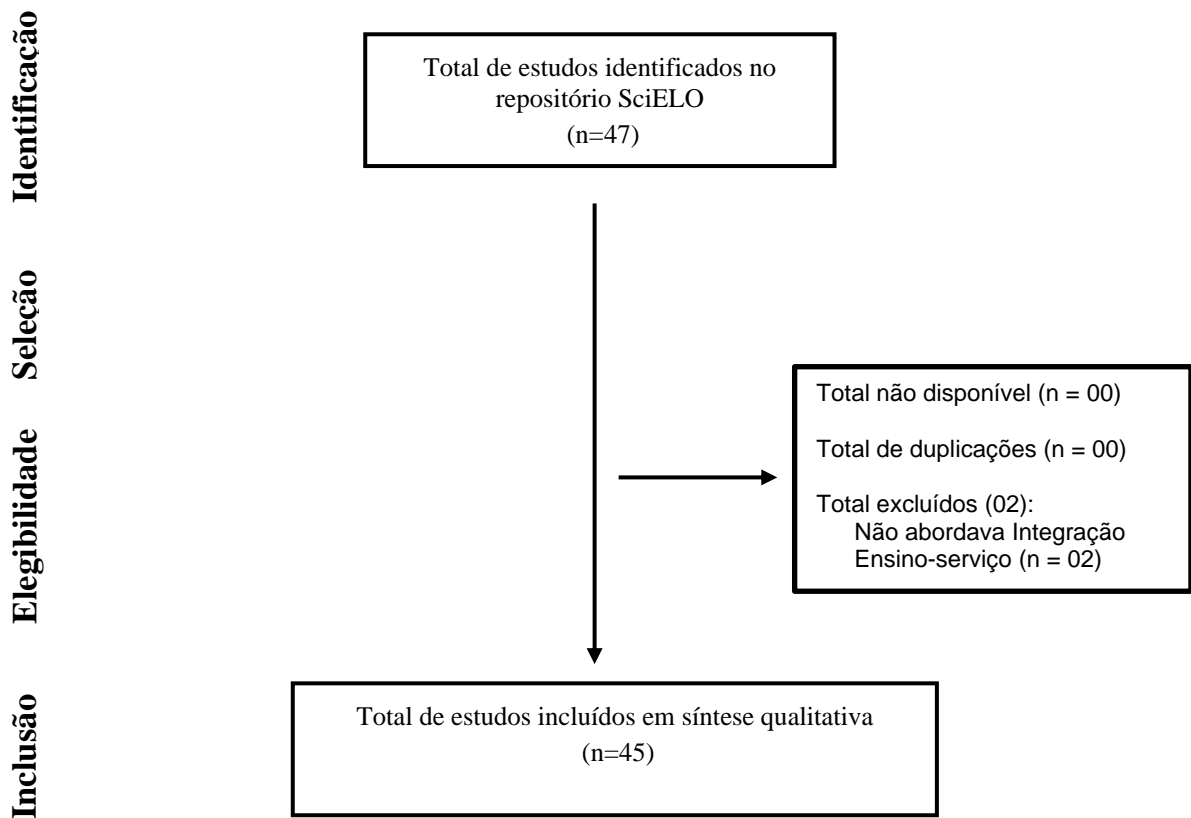
Todas as análises descritivas foram realizadas utilizando o pacote estatístico IBM/SPSS® v.25.0 (<https://www.ibm.com/>).

Apesar do estudo utilizar dados secundários, fato que prevê a dispensa da submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, para cumprir os requisitos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, o presente trabalho seguiu todas as etapas de tramitação. Considerou-se um risco de grau mínimo, uma vez que utilizou dados secundários, retrospectivos, de domínio público, que não envolvem nenhuma intervenção ou contato com os indivíduos e cujos dados foram analisados de forma agrupados para a totalidade do país (o que impede qualquer tipo de identificação das equipes, serviços, municípios ou estados) e o projeto foi apreciado sob CAAE nº 7 0708023.0.0000.5411, tendo seu início somente após sua aprovação (Anexo 1).

CAPÍTULO 2

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca realizada na literatura localizou 47 publicações, das quais duas foram excluídas por não referirem-se ao escopo do estudo, conforme apresentado no fluxograma abaixo.



Fonte: Revisão da literatura, 2024. Adaptação do fluxograma proposto pelo modelo PRISMA-ScR (TRICCO et al., 2018).

Entre as 45 publicações incluídas, foi possível extrair conteúdos que permitiram embasar as principais características dos serviços de APS e de suas equipes, como também dos sujeitos em formação que podem estar integrados a esses serviços. Tais conteúdos são apresentados a seguir articulados aos resultados encontrados nas análises estatísticas das 36.355 equipes que participaram do PMAQ-AB, sendo que quase metade delas informaram não possuir integração ensino-serviço em suas rotinas de trabalho (n=17.076; 46,7%).

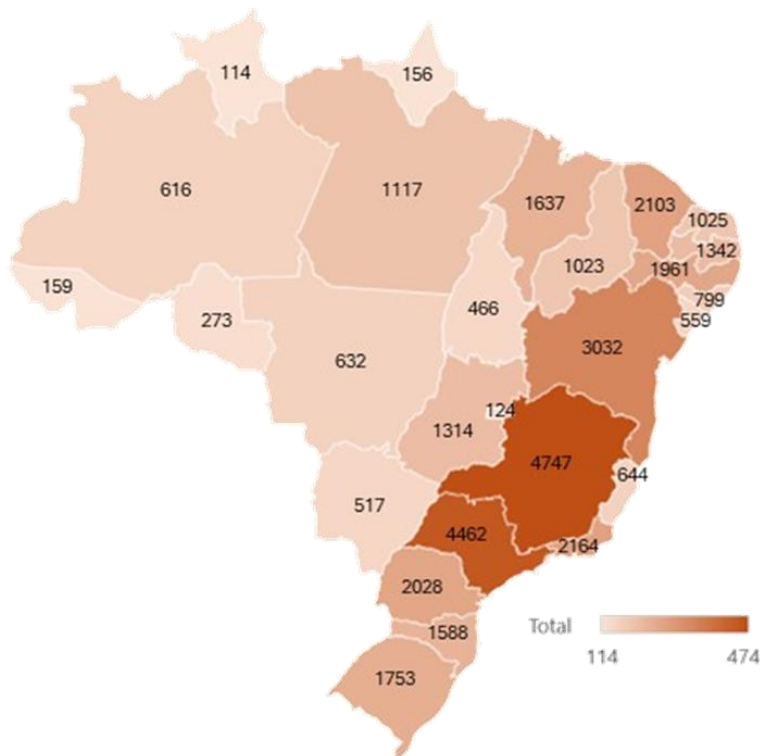
Os serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil

Considerando que no sistema de saúde brasileiro os serviços de APS devem ser compreendidos como a sua principal porta de entrada e o grande integrador com os serviços dos outros níveis de atenção (GIOVANELLA, 2020; STARFIELD, 2002), seria esperado que os municípios brasileiros, independente de seu porte populacional apresentassem altas coberturas populacionais estimadas na APS.

Entretanto, a literatura demonstra que esta não é a realidade dos municípios brasileiros. Análises entre os anos de 2008 e 2019 mostram ampliação da cobertura da APS no Brasil, com maior destaque aos municípios com mais de 20.000 habitantes (BARROS, 2022) e uma distribuição muito desigual, destacando variações interestaduais e intra-estaduais, com a existência de municípios que possuem mais de 80% da população descoberta (AMARAL, 2021).

Ao analisar o universo de estudo é possível notar que há equipes de APS em todos os estados brasileiros. Porém, também com desigualdades entre eles, especialmente entre os estados das regiões Norte e Centro-Oeste do país (**Figura 1**). Os estados de Minas Gerais, São Paulo, Bahia e Ceará possuíam maior número de equipes participantes (n=4747; n=4462; n=3032; n=2103, respectivamente) (**Figura 1**).

Figura 1 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária por unidade federativa, que possuem sujeitos em formação integrados à suas rotinas de trabalho, PMAQ-AB. Brasil 2018.



Fonte: PMAQ-AB, 2018.

Na Tabela 1 é possível analisar mais detalhadamente esta distribuição das equipes de APS e dos sujeitos em formação que integram suas rotinas nos serviços dos estados brasileiros. Além da mesma desigualdade na distribuição e o destaque para os estados de Minas Gerais, São Paulo, Bahia e Ceará como os que concentraram maiores números de equipes com ensino integrado (**Tabela 1**), nota-se que apesar da maior prevalência de equipes que informaram ter sujeitos de diferentes níveis de ensino inseridos no mesmo serviço, quando analisado a distribuição separada dos níveis de ensino entre os estados, é possível observar que alguns deles integram maior número de pessoas em nível de graduação (Minas Gerais $n=818$; São Paulo $n=688$; e Bahia $n=237$), mas que não necessariamente, estes também concentraram maiores números em outros níveis de ensino, como no técnico no qual São Paulo se destacou ($n=249$), por situar abaixo de outros estados, como Ceará ($n=307$) e Alagoas ($n=112$).

Tabela 1 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária no país por unidade federativa, conforme nível de ensino dos sujeitos em formação integrados às equipes. PMAQ-AB. Brasil 2018.

Estado	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total da integração 19279 (53.03%)	Nenhum 17076 (46.97%)	Total de equipes n=36355(100%)
	Graduação 4169 (11.47%)	Técnico 3540 (9.74%)	Res. Médica 340 (0.94%)	Res. Multi. 336 (0.92%)	Pesquisa 544 (1.50%)	Vários 10350 (28.47%)			
AC	8 (5.03%)	13 (8.18%)	1 (0.63%)	2 (1.26%)	0 (0.0%)	49 (30.82%)	73 (45.91%)	86 (54.09%)	159 (100%)
AL	72 (9.01%)	112 (14.02%)	3 (0.38%)	2 (0.25%)	17 (2.13%)	232 (29.04%)	438 (54.82%)	361 (45.18%)	799 (100%)
AM	55 (8.93%)	74 (12.01%)	4 (0.65%)	2 (0.32%)	8 (1.3%)	241 (39.12%)	384 (62.34%)	232 (37.66%)	616 (100%)
AP	6 (3.85%)	20 (12.82%)	1 (0.64%)	1 (0.64%)	4 (2.56%)	79 (50.64%)	111 (71.15%)	45 (28.85%)	156 (100%)
BA	237 (7.82%)	440 (14.51%)	10 (0.33%)	22 (0.73%)	32 (1.06%)	625 (20.61%)	1366 (45.05%)	1666 (54.95%)	3032 (100%)
CE	144 (6.85%)	307 (14.6%)	12 (0.57%)	26 (1.24%)	34 (1.62%)	617 (29.34%)	1140 (54.21%)	963 (45.79%)	2103 (100%)
DF	23 (18.55%)	1 (0.81%)	1 (0.81%)	0 (0.0%)	1 (0.81%)	31 (25.0%)	57 (45.97%)	67 (54.03%)	124 (100%)
ES	96 (14.91%)	42 (6.52%)	11 (1.71%)	3 (0.47%)	4 (0.62%)	93 (14.44%)	249 (38.66%)	395 (61.34%)	644 (100%)
GO	159 (12.1%)	92 (7.0%)	9 (0.68%)	5 (0.38%)	12 (0.91%)	315 (23.97%)	592 (45.05%)	722 (54.95%)	1314 (100%)
MA	78 (4.76%)	258 (15.76%)	5 (0.31%)	4 (0.24%)	10 (0.61%)	289 (17.65%)	644 (39.34%)	993 (60.66%)	1637 (100%)
MG	818 (17.23%)	315 (6.64%)	72 (1.52%)	25 (0.53%)	65 (1.37%)	890 (18.75%)	2185 (46.03%)	2562 (53.97%)	4747 (100%)
MS	71 (13.73%)	43 (8.32%)	2 (0.39%)	5 (0.97%)	10 (1.93%)	161 (31.14%)	292 (56.48%)	225 (43.52%)	517 (100%)
MT	69 (10.92%)	57 (9.02%)	9 (1.42%)	1 (0.16%)	11 (1.74%)	168 (26.58%)	315 (49.84%)	317 (50.16%)	632 (100%)
PA	75 (6.71%)	244 (21.84%)	6 (0.54%)	7 (0.63%)	12 (1.07%)	258 (23.1%)	602 (53.89%)	515 (46.11%)	1117 (100%)
PB	121 (9.02%)	104 (7.75%)	14 (1.04%)	4 (0.3%)	44 (3.28%)	580 (43.22%)	867 (64.61%)	475 (35.39%)	1342 (100%)
PE	227 (11.58%)	203 (10.35%)	10 (0.51%)	13 (0.66%)	27 (1.38%)	755 (38.5%)	1235 (62.98%)	726 (37.02%)	1961 (100%)
PI	59 (5.77%)	233 (22.78%)	1 (0.1%)	8 (0.78%)	12 (1.17%)	246 (24.05%)	559 (54.64%)	464 (45.36%)	1023 (100%)
PR	229 (11.29%)	174 (8.58%)	12 (0.59%)	22 (1.08%)	27 (1.33%)	692 (34.12%)	1156 (57.0%)	872 (43.0%)	2028 (100%)
RJ	204 (9.43%)	148 (6.84%)	27 (1.25%)	39 (1.8%)	52 (2.4%)	572 (26.43%)	1042 (48.15%)	1122 (51.85%)	2164 (100%)
RN	136 (13.27%)	114 (11.12%)	3 (0.29%)	3 (0.29%)	13 (1.27%)	421 (41.07%)	690 (67.32%)	335 (32.68%)	1025 (100%)
RO	41 (15.02%)	9 (3.3%)	0 (0.0%)	10 (3.66%)	5 (1.83%)	85 (31.14%)	150 (54.95%)	123 (45.05%)	273 (100%)
RR	4 (3.51%)	18 (15.79%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (1.75%)	46 (40.35%)	70 (61.4%)	44 (38.6%)	114 (100%)

Estado	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total da integração 19279 (53.03%)	Nenhum 17076 (46.97%)	Total de equipes n=36355(100%)
	Graduação 4169 (11.47%)	Técnico 3540 (9.74%)	Res. Médica 340 (0.94%)	Res. Multi. 336 (0.92%)	Pesquisa 544 (1.50%)	Vários 10350 (28.47%)			
RS	287 (16.37%)	102 (5.82%)	5 (0.29%)	27 (1.54%)	20 (1.14%)	567 (32.34%)	1008 (57.5%)	745 (42.5%)	1753 (100%)
SC	182 (11.46%)	83 (5.23%)	19 (1.2%)	30 (1.89%)	42 (2.64%)	533 (33.56%)	889 (55.98%)	699 (44.02%)	1588 (100%)
SE	49 (8.77%)	39 (6.98%)	4 (0.72%)	7 (1.25%)	9 (1.61%)	158 (28.26%)	266 (47.58%)	293 (52.42%)	559 (100%)
SP	688 (15.42%)	249 (5.58%)	88 (1.97%)	64 (1.43%)	64 (1.43%)	1473 (33.01%)	2626 (58.85%)	1836 (41.15%)	4462 (100%)
TO	31 (6.65%)	46 (9.87%)	11 (2.36%)	4 (0.86%)	7 (1.5%)	174 (37.34%)	273 (58.58%)	193 (41.42%)	466 (100%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018

Esta diferença apresentada na **Tabela 1** corrobora estudos que evidenciam desigualdades na distribuição das escolas médicas e dos programas de residência, que acabam por ficarem concentrados em grandes centros urbanos, especialmente nas regiões Sul e Sudeste do país (LEITE, 2021; SILVA,2016).

Para os estudiosos da área, estas diferenças na distribuição das escolas (e conseqüentemente, da inserção dos sujeitos em formação nos serviços de APS), pode ser considerado um reflexo da constituição política e econômica do país, e um dos principais amplificadores das desigualdades sociais (LEITE, 2021; SILVA,2016).

A alta rotatividade de médicos também pode ser considerada um reflexo deste contexto, uma vez que frequentemente encontra-se associada à insatisfação no trabalho em decorrência do aumento da carga horária e a falta de autonomia profissional, mas, principalmente, mantendo um perfil de rotatividade exacerbada em regiões economicamente mais dinâmicas, já que há abundância de oportunidades para formação (Tabela 1) e, conseqüentemente, no mercado de trabalho nestes locais (OLIVEIRA, 2016; PIZZINATO et al., 2012).

Além dessa carência na cobertura populacional estimada na APS, é preciso considerar a existência de outros fatores que exercem reflexos na organização das práticas ofertadas e, conseqüentemente, na atenção prestada à população, mesmo nos locais onde há cobertura destes serviços (CASTANHEIRA et al., 2024; FACCHINI et al., 2018; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; MIRANDA, 2021).

Esse olhar quanto as limitações na atuação dos serviços também é percebida por alguns profissionais, uma vez que apenas cerca de 5% consideram que os serviços onde atuam possuem acessibilidade satisfatória, destacando uma baixa disponibilidade de serviços frente à alta demanda reprimida (OLIVEIRA, 2016).

A integralidade dos serviços, embora bem avaliada pelos profissionais no que tange à abordagem dos problemas de saúde e seus determinantes sociais, mostra-se por outro lado ineficiente na oferta de serviços. Isso indica uma lacuna entre a autoavaliação dos profissionais e as condições reais de trabalho oferecidas pela gestão, afetando a integralidade do cuidado. A coordenação do cuidado é um ponto de destaque por estes profissionais, onde os médicos relatam melhores percepções devido à sua atuação na coordenação do fluxo de consultas especializadas, ao mesmo tempo em que se percebe uma possível subutilização das competências dos enfermeiros (OLIVEIRA, 2016).

Tais situações evidenciam a importância dos processos formativos, especialmente, com suas atividades práticas sendo desenvolvidas de forma integrada às rotinas dos serviços de APS e reforçam o quanto a formação e qualificação dos profissionais de saúde permanecem como um desafio premente para a consolidação de uma APS forte, que atenda os princípios preconizados pelo SUS (CASTANHEIRA et al., 2024; BARREIROS et al., 2020; OLIVEIRA, 2016; PIZZINATO et al., 2012.).

Para alcançar essa atuação tão desejada e já preconizada no SUS, é preciso romper com a prática clínica tradicional, que historicamente se concentrou no ato prescritivo e na abordagem biológica, a substituindo por um modelo de cuidado mais holístico e centrado no usuário (FERREIRA, 2010). Para tanto, a formação profissional precisa participar de forma efetiva de todo o contexto relacional, social e cultural que circunda os serviços de APS. Esta vivência permite aos sujeitos em formação uma compreensão mais profunda das necessidades de saúde, facilitando um cuidado mais eficaz e integral (FERREIRA, 2010).

Desenvolver habilidades de trabalho em equipe e colaborativo, capacidade de integrar diferentes pontos de cuidado e de estabelecer vínculos estáveis e de confiança com os usuários se tornam fundamentais na formação dos profissionais que atuarão nos serviços de APS (FERREIRA, 2010; SOUZA et al., 2020).

Assim, a formação destes sujeitos precisa enfatizar o acolhimento, a corresponsabilização pelo cuidado e a autonomização dos usuários, os capacitando para promover o autocuidado e a compreensão do processo saúde-enfermidade de uma forma que respeita as singularidades de cada usuários e seus familiares, bem como todo o contexto cultural, religioso e social ao qual estão inseridos (FERREIRA, 2010; SOUZA et al., 2020).

Ademais, torna-se essencial que seja estimulado nestes sujeitos um olhar crítico e reflexivo, capaz de desenvolver a sensibilidade de repensarem suas práticas continuamente e de as adapta-las às necessidades emergentes da comunidade. Para tanto, deve possuir uma sólida formação técnica e científica, equilibrando o conhecimento biomédico com os saberes da saúde coletiva, o que engloba a base do planejamento, da gestão, da epidemiologia dos serviços e das ciências sociais e políticas públicas (IZECKSOHN, 2017; FERREIRA, 2010).

Neste sentido, reafirma-se o preconizado dos serviços do SUS como campo de qualificação profissional, quer seja para a prática do ensino ou da pesquisa (BRASIL, 1996).

A inserção dos sujeitos em formação nos serviços de atenção primária

A educação engloba os processos de formação que ocorrem no ambiente familiar, mas também na interação entre as pessoas nos diferentes espaços sociais ocupados, como no ambiente de trabalho, nas instituições dedicadas ao ensino e pesquisa, nos ambientes sociais, nas organizações da sociedade e nas suas expressões culturais (DESSEN, 2007).

Neste contexto, em decorrência da necessidade em reestruturar as práticas de saúde a partir da formação de recursos humanos conscientes de seu papel de atuação embasado nas premissas do SUS, a integração entre ensino e serviços de saúde apresenta o poder de interferir sobre o mundo da formação profissional, ao mesmo tempo em que também intervir no ambiente do trabalho.

Reconhecido já na Constituição Federal como o responsável por coordenar a formação na área da saúde (BRASIL, 1988), o SUS apresenta em sua legislação normas específicas sobre tais prerrogativas, destacando a importância em serem elaboradas em conjunto com o sistema educacional (BRASIL, 1996; 1990).

Desta forma, as legislações que estabeleceram as diretrizes do SUS não apenas garantem sua competência na organização da formação em saúde, mas também ressaltam a relevância dos serviços de saúde como ambientes adequados para atividades educacionais e de pesquisa (BRASIL, 1988; 1990).

Neste sentido, a regulamentação instituída pela Portaria Interministerial nº 1.124/2015 representa um significativo avanço no fortalecimento da integração entre o ensino e os serviços de saúde do SUS, estabelecendo as normativas para os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde – COAPES (BRASIL, 2015).

Assim, as concepções dessa integração e as experiências de articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde instauraram um grande movimento de mudança nas universidades e na gestão da saúde rumo às transformações desejadas por esses setores (BREHMER, 2014).

Neste cenário, as instituições de ensino superior, tanto públicas quanto privadas, se apresentam como promotoras de avanços no âmbito do SUS, mediante a introdução de novas tecnologias, estudos e procedimentos inovadores, além de contribuir para o aprimoramento contínuo dos profissionais inseridos na rede de saúde (CYRINO; GODOY; CYRINO, 2014; ALBUQUERQUE, 2008). Os serviços de saúde, em contrapartida, se destacam por seu potencial de proporcionar aos estudantes o

acesso a preceptores e a infraestrutura adequados, à formação (ARGENTON et al., 2018; CODATO, 2017; SILVA; OLIVEIRA; MELO, 2020).

O compartilhamento de saberes e experiências entre os atores, a adscrição que proporciona informações sobre as reais condições de vida e da situação de saúde da população, e o cuidado e trabalho colaborativo em equipe, também, são aspectos valiosos envolvidos nesse processo. Esta integração contribui, ainda, para uma aprendizagem ativa dos estudantes, que em co-participação com profissionais dos serviços de saúde, também se configura estratégia para a efetivação da educação permanente para profissionais da rede de serviços (CYRINO; GODOY; CYRINO, 2014; CODATO, 2017; SANTOS, 2010).

A apropriação dos distintos saberes profissionais e a transdisciplinaridade das ações são metodologias que privilegiam a construção coletiva, a co-responsabilização e o diálogo democrático nessa relação (VENDRUSCOLO, 2018).

Esse contato do discente com trabalhadores, que descrevem suas ferramentas e estratégias para atuação em contextos e demandas reais, favorece o aprendizado significativo e aquisição de competências alinhadas às necessidades de saúde da população. Ademais, a aproximação entre discentes e diferentes atores como os representantes da comunidade, profissionais dos serviços, bem como a articulação intersetorial que envolve a gestão pública e as instituições de ensino, configura exatamente aquilo que é preconizado pelo quadrilátero da formação em saúde (CECCIM, 2004; SOUZA et al., 2020), pois destaca a importância da integração entre os envolvidos no processo educacional e a responsabilidade da gestão, dos profissionais da atenção e dos representantes do controle social na formação de profissionais aptos a atuarem no SUS (MADRUGA, 2015).

Na área da educação, estas transformações na formação foram marcadas pela implementação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), publicada em 1996. Mais especificamente, no contexto das instituições de ensino superior, as novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN), nos quais os cursos de graduação em saúde se reestruturaram em relação aos processos de trabalho, currículos e métodos de ensino, tornando-se mais alinhados com a realidade social e do trabalho na área de saúde do SUS (BRASIL, 2001; BRASIL, 2017c; COSTA, 2018).

Entre os objetivos dessas mudanças está o de incentivar um processo de desenvolvimento pessoal, convivência e conhecimento, capacitando profissionais

com independência e habilidade para garantir uma assistência integral e de qualidade à saúde, no qual ganha destaque os programas conjuntos entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde na promoção da integração entre ensino e serviço dentro do contexto social de atuação dos profissionais (BREHMER, 2014).

Para o bom funcionamento desta integração, de maneira pragmática, a instituição de ensino deve se empenhar em identificar as necessidades dos serviços de saúde e dos cenários de prática, estabelecendo acordos de atuação entre professores e alunos nesses serviços. Essa percepção deve englobar a negociação de espaços, horários e tecnologias visando adequar tanto as atividades do serviço quanto as práticas educacionais, envolvendo também a corresponsabilização dos profissionais dos serviços pela formação destes sujeitos. Os usuários, enquanto beneficiário de ambos os processos que se organizam no mesmo espaço deve ser sempre priorizado por essas ações (ALBUQUERQUE, 2008).

Para que essa integração seja efetiva e harmoniosa é fundamental criar espaços de interlocução entre os cursos de formação, os serviços, e os gestores. Essa interlocução, em termos institucionais, devem ocorrer por contratos formais que busquem organizar a relação ensino-serviço (AUTONOMO, 2015; VENDRUSCOLO, 2018). Estes contratos asseguram, também, uma certa estabilidade diante de mudanças políticas (BRASIL, 2015).

Uma proposta para este tipo de contrato foi originada na Lei do Programa Mais Médicos que instituiu o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde - COAPES. Conforme este documento, para a pactuação desse compromisso, o gestor municipal do SUS deve nomear um Comitê Gestor municipal com representações de todas as instituições de ensino do território que se relacionam com a rede de serviços do SUS, além de representações do nível gestor do SUS (BRASIL, 2015).

Esse instrumento prevê a seleção dos serviços de saúde nos quais as instituições de ensino atuarão, estipulando em seu Art. 13 as competências da gestão em saúde estadual e municipal, a saber:

I - mobilizar o conjunto das instituições de ensino e municípios como campo de prática no seu território para discussão e organização da integração entre ensino, serviço e comunidade, com vistas à celebração de 1 (um) único COAPES;

III - definir critérios equânimes relativos à inserção das instituições de ensino nos cenários de prática nos quais serão desenvolvidas as atividades acadêmicas, com

base nas DCN e nos parâmetros do Ministério da Educação, priorizando as instituições de ensino públicas, conforme preceitos do SUS;

IV - definir de forma articulada com as instituições de ensino os critérios para seleção de profissionais dos serviços de saúde para desenvolvimento das atividades de supervisão/tutoria/preceptoria;

V - estimular a atividade de preceptoria mediante sua inclusão nas políticas referentes à qualificação e valorização dos profissionais de saúde por meio de medidas como gestão de carga horária, incentivos de qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira, dentre outras possibilidades, considerando como indissociável a relação entre ensino e serviço;

VIII - disponibilizar as instalações e equipamentos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) para o desenvolvimento das atividades acadêmicas teóricas e práticas dos cursos de graduação e de programas de residência em saúde, e serviço.

Para além de tais instruções, visando o desenvolvimento prático da formação, determina:

- as responsabilidades dos serviços e das instituições formadoras, abrangendo gestão, assistência, ensino, educação continuada, pesquisa e extensão;
- os critérios para seleção e nomeação dos preceptores da rede de saúde;
- as definições de como vincular à instituição de ensino com o serviço;
- orientações de como elabora os planos para as atividades de integração entre ensino, serviços de saúde e as atividades com a comunidade.

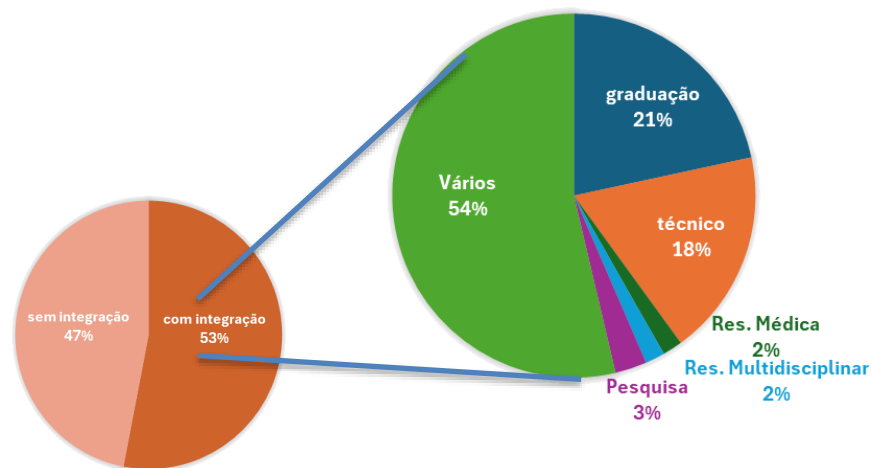
A partir de tais pressupostos, compreende-se como integração ensino-serviço o trabalho colaborativo, pactuado e integrado entre estudantes e professores de cursos de formação e profissionais que atuam nos serviços de saúde (PIZZINATO et al., 2012).

Existem duas modalidades de integração entre ensino e serviço, que variam conforme o nível de formação, a saber: nível médio, onde se insere o ensino técnico profissional e, nível superior. Essa classificação é definida pela Lei nº 9.394/1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e define os níveis e modalidades de educação e ensino no país (BRASIL, 1996).

Em seu Art. 21 determina que a educação escolar é compreendida pela educação básica (formada pela educação infantil), ensino fundamental e médio, sendo que a educação profissional técnica fica alocada no nível médio. Na educação superior, por sua vez, estão inseridos os níveis de graduação e de pós-graduação. Da pós graduação fazem parte as residências médicas e multiprofissionais (BRASIL, 1996).

O universo estudado identificou entre as aproximadamente 50% de equipes que afirmaram possuir sujeitos em formação integrados em suas rotinas de trabalho, uma certa proximidade entre aqueles que cursavam graduação e ensino técnico (21% e 18%, respectivamente) e uma grande maioria (54%) com múltiplas formas de integração (**Figura 2**).

Figura 2 - Distribuição das equipes de atenção primária conforme o nível de ensino dos sujeitos integrados no serviço, PMAQ-AB. Brasil 2018.



Fonte: PMAQ-AB, 2018.

Nesta figura (**Figura 2**) é possível notar a maior concentração de equipes que possuem sujeitos de mais de um nível de ensino integrados em suas rotinas sinaliza nesta diversidade de categorias, uma oportunidade enriquecedora de troca de saberes e práticas, potencializadas por atuações clínicas colaborativas e compartilhadas, fomentadas por discussões multiprofissionais, nas quais a oferta de um cuidado interdisciplinar e integral também impactaria na qualidade do cuidado recebido pela população (FASSINA; MENDES; PEZZATO, 2021; PIZZINATO, 2012).

Ao mesmo tempo, observa-se o grande potencial de expansão desse cenário como promotores de formação profissional, uma vez que quase metade das equipes (**Figura 2**) pode não estar se beneficiando diretamente das vantagens desta integração, como a atualização contínua, o suporte institucional e as discussões de práticas baseadas em evidências, promovidas pelas instituições de ensino, além de estarem deixando de oportunizar espaços para a formação e o crescimento profissional (BORGES, 2021).

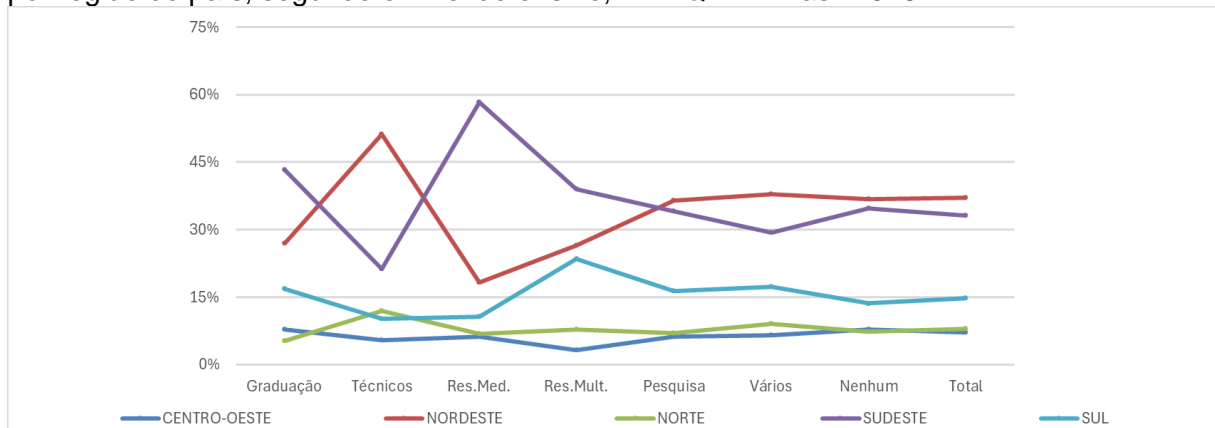
Neste sentido, considerando que um dos desafios dos serviços de APS que merece destaque refere-se a força de trabalho (ELY, 2018), a inserção de sujeitos em formação nestas equipes poderia favorecer a fixação de profissionais, uma vez que o treinamento especializado e o envolvimento de sujeitos em formação apresenta-se como uma estratégia considerada propícia para tal fim (FASSINA, 2021).

Buscando superar este desafio de formação e de fixação de profissionais, principalmente, de médicos em áreas remotas, nos últimos 20 anos, várias iniciativas federais foram desenvolvidas, como por exemplo, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), o Programa Mais Médicos e o Programa Médicos pelo Brasil (FLOR, 2021; FAE, 2016; SILVA, 2016).

Apesar destas iniciativas terem objetivos específicos que as diferenciam entre si, é importante destacar que todas elas reforçam a qualidade na formação profissional, além de indiretamente favorecer a distribuição e a fixação de profissionais nas equipes de APS. Entretanto, embora estas iniciativas sejam de extrema relevância, os resultados encontrados no universo estudado evidenciaram que tais proposições ainda não estão sendo suficientes para superar as desigualdades na

distribuição dos sujeitos, uma vez que regiões do país como a norte e centro-oeste concentram baixíssimas porcentagens de sujeitos em formação inseridos em suas equipes de APS (**Figura 3**).

Figura 3 - Distribuição dos sujeitos em formação integrados aos serviços de atenção primária por região do país, segundo o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018.



Fonte: PMAQ-AB, 2018

Ainda sobre a **Figura 3**, é interessante notar que as maiores taxas de integração ensino-serviço no nível de graduação, de ensino técnico, de residências e de pesquisa encontraram-se nos estados das regiões nordeste (28,4%; 20,3%; 24,3%; 15,4%, respectivamente) e sudeste (28,7%; 18,6%; 25,2%; 15,8%, respectivamente).

Tais resultados encontram-se alinhados com os dados apresentados em estudos que mostram concentrações similares de programas de residência nestas regiões do país e reiteram evidências que demonstram que, para além das disparidades regionais, que a integração entre ensino, pesquisa e extensão é frequentemente descontextualizada das reais demandas dos serviços e da população (FLOR, 2023; ORLANDIN, 2017), persistindo problemas significativos, tais como a dissociação entre a teoria e prática, a falta de interdisciplinaridade nos currículos e a predominância de uma formação hospitalocêntrica e super-especializada (PEREIRA, 2022).

A perpetuação de tais problemas se justifica pelo fato destas limitações na atuação profissional passarem aos sujeitos em formação que estão inseridos nos serviços uma visão distorcida da atuação profissional, resultando em profissionais

insuficientemente preparados para atuar na APS, instituindo como padrão um modelo de atenção fragmentado e ineficiente (AUTÔNOMO, 2016).

Neste sentido, torna-se imperativo aprofundar as estratégias de ensino-aprendizagem e promover uma maior integração curricular para fortalecer a prática profissional e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos serviços prestados na APS (CARVALHO, 2021; BARREIROS et al., 2020; OLIVEIRA, 2016; PIZZINATO et al., 2012).

Este cenário específico dos sujeitos em formação que integram os serviços de APS será apresentado a seguir de forma mais detalhada conforme o nível de ensino ao qual estão inseridos.

É importante destacar que a composição da equipe prevista para atuar na APS pode variar conforme o arranjo organizacional operacionalizado pelo serviço, como por exemplo, nas equipes de atenção básica que podem ter médicos especialistas, assistentes sociais, entre outros profissionais vinculados em sua composição, enquanto é previsto para as equipes de saúde da família apenas a presença de

“médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.” (BRASIL, 2017b).

Nível de educação técnica profissional

A formação técnica profissional engloba a preparação geral para o trabalho, e, opcionalmente, a obtenção de habilidades profissionais, as quais podem ser adquiridas tanto nos estabelecimentos de ensino médio quanto em colaboração com instituições especializadas em educação profissional (BRASIL, 1996).

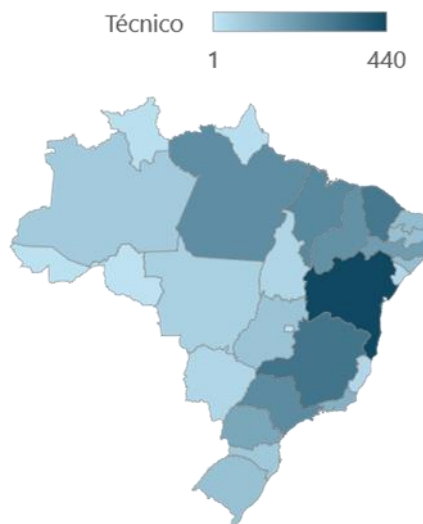
Desta forma, a educação profissional técnica é planejada de maneira integrada ao ensino médio ou, posteriormente, em cursos destinados a indivíduos que já concluíram o ensino médio.

Considerando que pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é previsto para integrar os serviços de APS profissionais com formação técnica em enfermagem e em saúde bucal (BRASIL, 2017), a integração destes sujeitos em formação junto à rotina de atuação das equipes, torna-se fundamental.

No contexto da assistência à saúde, estes profissionais exercem suas funções predominantemente em contato direto com o usuário do serviço, especificamente em relação aos técnicos de enfermagem, estes participam das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, esterilização de materiais, entre vários outros (BRASIL, 2017c), o que reforça a necessidade de uma formação qualificada, que assegure competências técnicas e humanas para garantir o adequado cuidado em sua prática diária.

Na **Figura 4** é possível observar que entre as equipes analisadas que informaram possuir sujeitos do ensino técnico profissional integrados em suas rotinas, há uma maior concentração nos estados da Bahia (n=440), seguidos de Minas Gerais (315) e Ceará (307), entretanto quando analisado proporcionalmente ao número de equipes de APS, é possível destacar o estado do Maranhão, onde 258 das 1637 equipes (15,8%) informaram receber sujeitos que frequentam o ensino técnico, correspondendo a 15,8%, seguido do Ceará (14,6%) e da Bahia (14,5%).

Figura 4 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária por unidade federativa, que possuem sujeitos em formação do nível profissional técnico, PMAQ-AB. Brasil 2018.



Fonte: PMAQ-AB, 2018

Em contrapartida, chamou muita atenção o Distrito Federal que apresentou apenas uma equipe com sujeito inserido no ensino técnico profissional integrado, de um total de 124 equipes de APS participantes (**Figura 4**).

Esta falta de oportunidade de integração ensino-serviço já foi discutido acima, entretanto, cabe destacar que mesmo em serviços onde elas existem, há o risco de não estarem oportunizando de fato uma formação apropriada, como é destacado em estudos que apontam que muitas vezes o serviço se torna apenas um local de prática, sem transformação nos processos de atenção à saúde, correndo o risco de se tornar um mero apêndice da escola (LAWALL, 2023; TRAHMAN, 2009; VELÔSO, 2020).

Especificamente para este nível de ensino, a resistência de alguns profissionais em receber estudantes é identificada como uma dificuldade importante a ser considerada (FRANCO, 2020). Dessa forma, torna-se imperativo que os profissionais do serviço se reconheçam como sujeitos integrantes do processo educativo, superando a fragilidade na educação do discente e demonstrando comprometimento com práticas de cuidado alinhadas aos valores e preceitos profissionais da profissão.

Como estratégia para superar tais desafios, a literatura propõem a implementação de espaços permanentes de diálogo e ações coletivas no âmbito de gestão, transformando a integração em uma prática significativa nos processos de trabalho e ensino-aprendizagem (FRANCO, 2020).

Nível de Graduação

A formação em nível de graduação engloba a preparação da pessoa para o exercício profissional regulamentado a partir do domínio específico de uma área do conhecimento. Tais conhecimentos e habilidades só podem ser adquiridas em estabelecimentos de ensino superior (BRASIL, 1996).

Considerando que pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é previsto para integrar os serviços de APS, enquanto equipe mínima, profissionais graduados em medicina, enfermagem e odontologia (BRASIL, 2017b), a integração especialmente destes sujeitos em formação junto à rotina de atuação das equipes, torna-se fundamental.

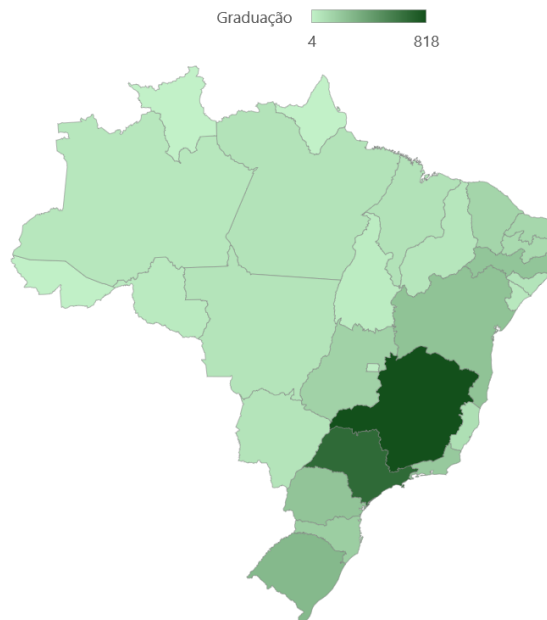
Os profissionais médicos e enfermeiros são responsáveis pela atenção à saúde das pessoas e famílias, realizada por meio de consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, solicitação de exames e prescrição de medicações, além de atividades em grupo na unidade e em outros espaços comunitários. Eles

estratificam o risco e elaboram planos de cuidados para pessoas com condições crônicas, encaminham usuários a outros pontos de atenção, quando necessário, indicando a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, além de acompanharem o usuário neste processo desde o planejamento, até o gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas por ele e pelos outros membros da equipe (BRASIL, 2017c).

Já os cirurgiões-dentistas possuem como atribuição toda a organização do processo de trabalho voltado à saúde bucal, o qual incorpora a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhando dos usuários, reabilitando e mantendo a saúde bucal de indivíduos e grupos, além de supervisionarem os técnicos e auxiliares em saúde bucal e realizarem o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações dos ACS e ACE. Estas ações também podem ser desenvolvidas na própria unidade de saúde, quanto em outros espaços comunitários. (BRASIL, 2017c).

Conforme apresentado na **Figura 5**, Minas Gerais (n=818), seguido por São Paulo (n=688), foram os estados que concentraram equipes de APS com maior número sujeitos em formação em nível de graduação.

Figura 5 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária por unidade federativa, que possuem sujeitos em formação do nível da graduação, PMAQ-AB. Brasil 2018.



Fonte: PMAQ-AB, 2018

Especificamente em relação a inserção de sujeitos da graduação em medicina, a importância dos ambientes que integram ensino e serviço na construção de um aprendizado significativo durante a graduação é ratificada pela diretriz que estipula a obrigatoriedade de se dedicar 30% da carga horária de estágio do curso à serviços deste nível de atenção e aos de Urgência e Emergência (BRASIL, 2014).

Entretanto, é importante ponderar que tais resultados também são reflexos da organização das escolas médicas. Um recente levantamento das características da implementação de novos cursos de medicina em universidades federais brasileiras, com especial atenção ao Programa Mais Médicos, revelou que os projetos pedagógicos de curso valorizavam a formação de profissionais com uma abordagem humanista, crítica e reflexiva, comprometidos eticamente com um modelo de atenção à saúde equânime e voltada para a comunidade, na integração entre ensino, pesquisa e extensão, assim como na responsabilidade social, mas apresenta adaptação limitada em relação às particularidades locais (ALMEIDA et al., 2020; CYRINO, 2020).

Identificaram, ainda, fragilidades, como rearranjos frequentes nos cursos, desafios nas relações com a comunidade, desenvolvimento docente fragilizado, dificuldades na estrutura e localização, falta de padronização na metodologia e centralização na gestão (CYRINO, 2020).

Por outro lado, as novas escolas médicas revelam potencialidades, como relações efetivas entre ensino e serviço de saúde, engajamento dos estudantes e professores, currículos integrados, metodologias ativas, inserção precoce nos serviços de saúde, e articulação com demandas sociais (ALMEIDA et al., 2020; CYRINO, 2020).

É interessante notar que enquanto estratégia de superação destas dificuldades destacam-se a realização de reuniões frequentes para planejamento, mas também, a implementação de residências médicas e multiprofissionais, além de programas de ações afirmativas, estímulo ao ingresso de estudantes locais e a realização de atividades de promoção de saúde em diversas regiões dos municípios (CYRINO, 2020).

Tais resultados conversam com estudo sobre a percepção de médicos e enfermeiros que destacam que, embora a qualidade dos serviços de APS seja considerada satisfatória, a experiência e qualificação dos enfermeiros são superiores às dos médicos. Isso se reflete no vínculo mais estável que os enfermeiros têm com a equipe, em contraste com os médicos, que são, em geral, mais jovens, têm menos

tempo de formados, menor proporção de pós-graduação e menor tempo de trabalho na APS (BARRETO, 2011; PEREIRA, 2022).

Neste sentido, a integração entre ensino e serviço nos cursos de graduação em enfermagem desempenha um papel crucial (FRANCO, 2020; ARAÚJO, 2021). Para estes sujeitos em formação, o estágio supervisionado surge como um ponto de integração profunda, oportunizando um papel ativo na formação. Esta experiência não só fortalece os laços com a comunidade atendida, mas também contribui para o desenvolvimento da autonomia estudantil. Com o tempo, à medida que o relacionamento se consolida, a compreensão mútua e a confiança entre discentes e profissionais de saúde aumentam, facilitando a comunicação informal e a resolução de questões que possam surgir ao longo do processo. A continuidade das equipes ao longo dos semestres é vista como positiva, favorecendo a negociação e a realização de atividades de forma mais fluida (FRANCO, 2020; ARAÚJO, 2021).

A inserção precoce dos estudantes de enfermagem nos serviços de APS já na etapa inicial do curso é uma potente estratégia para aproxima-los do mundo do trabalho e das realidades que compõem a assistência à saúde, permitindo uma visão ampliada sobre as necessidades de saúde da população, da atuação dentro da RAS e do SUS como um todo. Esta imersão assegura uma trajetória acadêmica enriquecedora e prepara os futuros profissionais para uma atuação competente nestes cenários. Além disso, a presença dos estudantes nos serviços de saúde promove rupturas no cotidiano dos profissionais, desafiando e transformando suas práticas em saúde (ANDRADE, 2015; ARAÚJO, 2021).

Já em relação a integração com sujeitos em formação na odontologia, a literatura aponta que esta integração ensino-serviço tem sido aprimorada ao longo de várias décadas, buscando maior alinhamento da formação profissional com as realidades do mercado de trabalho (FAE, 2016).

No Brasil, essa integração teve seus primórdios nas décadas de 1950 e 1960, quando os cursos de saúde começaram a criar serviços cuja função assistencial era secundária em relação ao suporte às atividades de ensino. Na década de 1970, surgiram serviços de extensão universitária que combinavam serviços comunitários, ensino e pesquisa e a partir de então, diversas mudanças políticas, institucionais e legais ocorreram nos cenários da educação e da saúde (FAE, 2016).

Entre 1985 e 1997, o Projeto Integração Docente-Assistencial (IDA), promovido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde, focou

na formação de profissionais de saúde por meio de um novo processo de ensino-aprendizagem, com vivências práticas e mudanças curriculares. Até a década de 1990, as mudanças ocorreram de forma lenta, ganhando maior impulso com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2002 e a subsequente reestruturação dos cursos de odontologia (FAE, 2016).

Essa utilização da rede pública de saúde como espaço de ensino-aprendizagem, principalmente de atuação externa às unidades de saúde, torna-se essencial e um grande diferencial na formação dos cirurgiões dentistas, uma vez que proporciona uma visão ampla da realidade local, incluindo espaços comunitários, escolas, domicílios e conselhos de saúde. O conhecimento da realidade social é limitado quando os cursos de odontologia focam apenas em disciplinas de clínica integrada no final do curso (FAE, 2016).

Entretanto, assim como discutido em relação a formação dos médicos e enfermeiros, dentre os desafios para integração ensino-serviço incluem a formação acadêmica dos docentes com ênfase no biologicismo, baixa adesão dos docentes à tutoria acadêmica, falta de valorização do papel dos preceptores pelos gestores de saúde, desigualdade na distribuição dos alunos nas regiões brasileiras e dificuldade de avaliar os benefícios para o ensino e os serviços de saúde. Dessa forma, superar o paradigma flexneriano, que prioriza o setor privado, e melhorar a formação didático-pedagógica dos docentes é essencial.

Entretanto, é importante considerar que essa adesão dos professores ao estágio extramuros também depende do apoio institucional e da participação de todo o corpo docente. Assim, a formação docente deve ser repensada para incluir aspectos críticos, reflexivos e didáticos, além das técnicas e políticas em que a odontologia está inserida (FAE, 2016).

Outro fator influenciado por esta experiência durante a graduação refere-se a escolha pelo setor público após a formação, uma vez que muitas vezes ela só ocorre após experiências positivas neste período. Desta forma, para minimizar o descompasso entre a formação profissional e as necessidades de saúde da população, é crucial aumentar a conscientização sobre a importância da integração ensino-serviço, através de capacitações para a preceptoria e melhorias na infraestrutura dos serviços de saúde, assegurando incentivos e valorização dos profissionais envolvidos (FAE, 2016).

Nível de pós-graduação: Residência Médica

A pós-graduação enquanto residência médica consiste na preparação do profissional já formado em medicina em se especializar em uma área de atuação. No Brasil esta modalidade não é obrigatória para a prática da profissão (LEITE, 2021).

Essa formação é considerada a mais adequada para garantir a qualidade da prática profissional e dos cuidados prestados à população. Especialmente na APS, que apresenta uma grande complexidade de contextos, a residência médica em Medicina de Família e Comunidade é a mais indicada (LEITE, 2021; SILVA JUNIOR; ANDRADE, 2016).

Na perspectiva dos gestores, a implantação desta modalidade de formação impacta positivamente nos serviços de saúde locais e, conseqüentemente, no sistema de saúde do município, fortalecendo os atributos como acesso, qualidade e satisfação do cuidado prestado à população (LEITE, 2021).

Quanto à formação profissional e médica continuada, os programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade exercem papel motivador para os profissionais das equipes, reorganizando o processo de trabalho, qualificando o acolhimento dos usuários e elaborando projetos de intervenção na comunidade. Potencializam a formação multiprofissional e promovem a integração das múltiplas políticas de saúde que operam nos serviços (LEITE, 2021).

Os residentes promovem reflexões sobre os processos e dinâmicas de atendimentos e propõem intervenções que contribuem para o fortalecimento dos princípios e modelos de atenção à saúde. Também atuam como profissionais que aumentam o acesso aos atendimentos e a resolubilidade do cuidado, o que mostra uma visão mais instrumental neste modelo de formação (LEITE, 2021).

Pontua-se, ainda, a existência de estudo que comprova a oferta de residência médica em saúde da família e comunidade como fator que favorece a manutenção de médicos na equipe de APS local (LEITE, 2021).

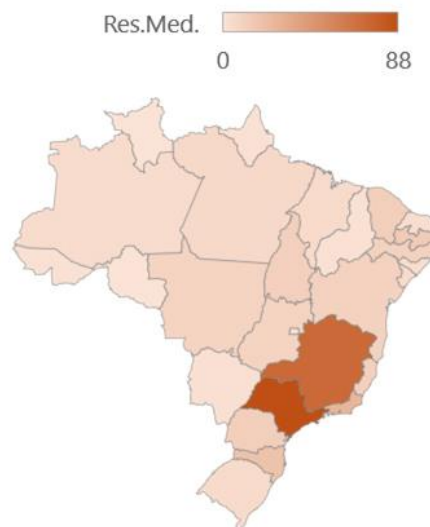
Apesar de todas essas vantagens, é interessante notar que apenas 30% das vagas de residência médica são ofertada para esta área, o que reflete em um número de especialistas no país ainda insuficiente para suprir as necessidades do sistema (LEITE, 2021), além de mal distribuídos, uma vez que as vagas de residência encontram-se concentradas nos grandes centros urbanos e capitais, especialmente, das regiões Sul e Sudeste (LEITE, 2021; SILVA, 2016).

E que mesmo os gestores reconhecendo a importância de estratégias de fixação de profissionais no serviço, por meio da realização de concursos para médicos de família, ainda assim preferem optar pela disponibilização de bolsas complementares aos residentes como recurso ao invés de investir na melhoria estrutural dos serviços (LEITE, 2021).

Cabe pontuar que diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelecem que pelo menos 40% da força de trabalho médico esteja loco-regionalmente situada na APS (OPAS/OMS, 2007).

Para atender a esse direcionamento, o programa Mais Médicos além de ofertar milhares de profissionais da medicina, para atuarem na APS em regiões mais vulnerabilizadas, introduziu mudanças fundamentais na graduação médica e ofereceu contribuições para transformações estruturais na regulamentação da formação de especialistas no país, incluindo a implementação da exigência da residência em medicina de família e comunidade como requisito para o acesso à maioria das demais especialidades, que na ocasião permitiam o acesso direto. O cenário apresentado na **Figura 6** demonstra uma distribuição das equipes de APS que informaram possuir integração com sujeitos em formação do nível de residência médica ainda baixa em todo país, uma vez que o estado que apresentou maior número foi São Paulo, com apenas 88 equipes, seguido por Minas Gerais (n=72).

Figura 6 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária por unidade federativa, que possuem sujeitos em formação do nível da residência médica, PMAQ-AB. Brasil 2018.



Ainda em relação a **Figura 6**, observa-se em âmbito nacional uma distribuição muito desigual, com concentração significativa nestes dois estados. Este resultado além de refletir disparidades estruturais e organizacionais no sistema de saúde e de educação em saúde do país, corrobora com estudos que sugerem necessidade de políticas públicas que promovam a equidade na distribuição dos programas de residência médica, especialmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, que apresentam menores números de integração ensino-serviço (CASTELLS, 2016; IZECKSOHN,2017).

Nível de pós-graduação: Residência Multiprofissional

A pós-graduação enquanto residência multiprofissional em saúde constitui uma modalidade de formação que surge em resposta às mudanças nos modelos de atenção, que desafia o paradigma biomédico. Sua proposta é comprometer-se com a perspectiva mais abrangente do processo saúde-doença-cuidado, guiada pelos princípios de descentralização, regionalização e interiorização do trabalho, favorecendo a fixação de profissionais em áreas remotas e de maior complexidade em saúde (TAMARIA, 2017).

Desde 2002, o Ministério da Saúde iniciou o apoio às residências multiprofissionais em saúde por meio do projeto ReforSUS. Em 2003, foi estabelecida a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, conforme expresso na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004).

O processo de regulamentação da RMS teve início com a promulgação da Lei nº 11.129, em 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A intrínseca característica da interdisciplinaridade confere um caráter inovador aos programas dessas residências, destacando-se principalmente pela inclusão de 14 categorias profissionais da saúde, conforme estabelecido na Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 287/1998 (BRASIL, 2006).

Assim, os programas de residência multiprofissional em saúde destacaram-se como alternativas capazes de promover transformações nas práticas assistenciais e favorecer o trabalho em equipe. Isso ocorre por meio de trocas efetivas e colaborativas de saberes, experiências e práticas, contribuindo para a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Com potencial para aprimorar a qualidade da atenção nos serviços de saúde ao romper com paradigmas na formação de novos

profissionais do SUS, atuando de forma colaborativa, intersetorial e com um olhar diferenciado para questões socioeconômicas, culturais (SILVA, 2019).

Entretanto, a inserção da residência nos serviços de saúde enfrenta desafios estruturais e processuais. A alta rotatividade de gestores devido a frequentes rupturas de alianças políticas é um obstáculo, assim como a predominância de profissionais com vínculos temporários, que contribui para a descontinuidade das atividades de preceptoria, impactando negativamente nas ações e projetos voltados para a população (PIZZINATO, 2012).

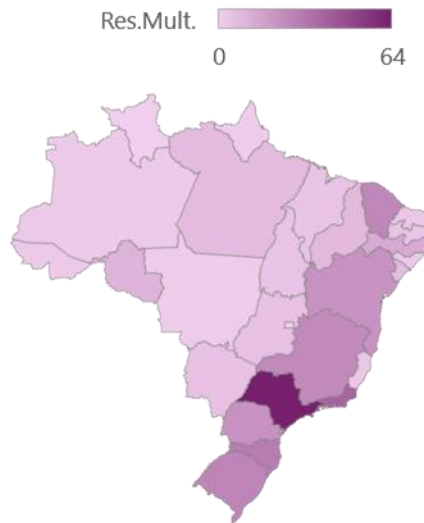
No que tange às potencialidades, destaca-se a atualização do processo de trabalho pelos conhecimentos oriundos de experiências prévias dos residentes, aliados aos saberes científicos, recém adquiridos na academia (AUTONOMO, 2015).

O protagonismo do preceptor é destacado como primordial no ensino em serviço, sendo responsável por estabelecer a ponte entre o residente e o serviço de saúde, potencializando discussões e reflexões acerca das vivências no campo de prática. Contudo, outra fragilidade identificada inclui a centralização da preceptoria em apenas um membro, limitando a interação com a equipe técnica, bem como, a falta de integração entre universidade e serviços (AUTONOMO, 2015).

A preceptoria no âmbito da saúde enfrenta desafios complexos, como vínculos precários, baixa remuneração, sobrecarga de atividades com tripla função assistencial, gerencial e pedagógica, e a desvalorização profissional, com baixo incentivo às atividades de educação permanente em saúde. O desconhecimento dos objetivos e competências dos residentes pelos gestores e preceptores, a ausência de qualificação e desentendimento em relação ao papel dos residentes, além das limitações na articulação da teoria/prática e entre ensino/serviço, são apontados como desafios que afetam a integração ensino-serviço-comunidade (CARVALHO, 2021).

Os resultados do universo estudo reafirmam este cenário já que apresentam em termos quantitativos, uma distribuição um pouco maior entre os estados (**Figura 7**), quando comparado com a residência médica (**Figura 6**).

Figura 7 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária por unidade federativa, que possuem sujeitos em formação do nível residência multidisciplinar, PMAQ-AB. Brasil 2018.



Fonte: PMAQ-AB, 2018

O estado de São Paulo lidera o ranking daqueles com maior número de equipes que afirmaram possuir sujeitos vinculados à residência multiprofissional em seus serviços (n=64), representando 19% do total de equipes nacional que possuem sujeitos neste nível de ensino. Sinalizando esta disparidade entre os estados, cabe destacar que o segundo estado com maior concentração deste nível de integração ensino-serviço foi o Rio de Janeiro (n=39 equipes), seguido do Rio Grande do Sul (n=27) **(Figura 7)**.

Reafirma-se a partir de tais resultados, a necessidade de políticas públicas ainda mais indutoras no sentido de incentivarem a expansão e a equidade na distribuição de programas de residência multiprofissional, visando fortalecer a formação e fixação de profissionais de saúde em todas as regiões do Brasil, especialmente nas áreas mais remotas e carentes de serviços de saúde.

Nível de pós-graduação: Pesquisa

A pós-graduação enquanto campo de formação em pesquisa, quer seja acadêmica ou profissional, exige a formação prévia em um curso de graduação e consiste no aperfeiçoamento profissional enquanto desenvolvimento de competências

teóricas e práticas a partir de domínios metodológicos e análises críticas, fomentando uma atuação reflexiva e investigativa (BRASIL, 2024).

É preconizado ao SUS o papel de "impulsionar o desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação" (BRASIL, 1988), além do fomento da transferência de conhecimento entre instituições educacionais, centros de pesquisa, serviços de saúde e empresas nacionais (BRASIL, 1990).

Para tanto é fundamental ter uma variedade de elementos essenciais no processo de produção, comunicação e utilização dos resultados de estudos. Entre esses elementos, destaca-se o compromisso de desenvolver conhecimento em áreas prioritárias e compartilhar os resultados, juntamente com a vontade dos gestores de aplicar essas pesquisas (MORAIS, 2018).

Entretanto, apesar de tal premissa, as universidades e os serviços de APS operam de forma isolada, dificultando a incorporação dos resultados das pesquisas. Estudiosos do tema apontam uma lacuna entre a academia - muito focada na produção científica - e o mundo das políticas e serviços de saúde - baseado em normas e protocolos generalistas que não abordam as especificidades dos territórios e das populações. Para além desta falta de integração, os gestores mostram pouco interesse na produção científica e na utilização do conhecimento adquirido por meio das pesquisas (MORAIS, 2018).

É essencial destacar a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Com frequência, observa-se uma priorização da pesquisa científica, especialmente em temas de alta tecnologia, e do ensino, muitas vezes descontextualizado das reais demandas dos serviços de saúde e da população. No entanto, a extensão universitária, indispensável para uma formação profissional, deve ser desenvolvida de forma integrada ao ensino e à pesquisa.

O Plano Nacional de Educação, aprovado pela Lei nº 13.005/2014, estabelece como uma de suas estratégias assegurar que, no mínimo, 10% dos créditos curriculares exigidos para a graduação sejam destinados a programas e projetos de extensão universitária, orientados prioritariamente para áreas de grande pertinência social (BRASIL, 2014).

O desenvolvimento de pesquisas favorece o pensamento científico e crítico, além da produção de novos conhecimentos voltados para as necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade. A investigação de problemas de

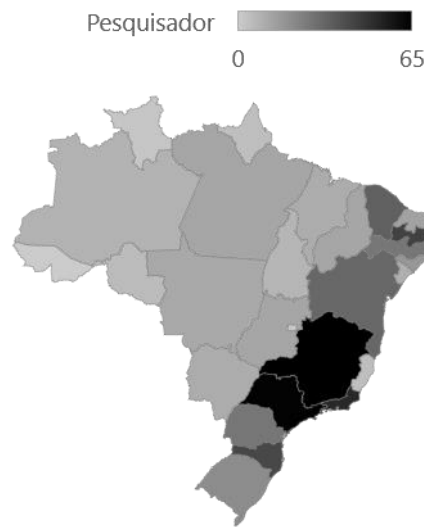
saúde coletiva deve ser pautada nos pressupostos teórico-metodológicos da pesquisa-ação e da pesquisa-intervenção, configurando processos capazes de promover a transformação social (BRASIL, 2017b).

Entretanto, não há consenso sobre a priorização de pesquisas direcionadas à APS, apesar da literatura sugerir a construção de uma agenda de prioridades em pesquisa que contemple o nível municipal, justificando que tal procedimento poderia ser uma estratégia para aproximar academia, serviços de saúde e gestão, investigando problemas específicos da APS com uma abordagem participativa o que poderia tornar seus resultados mais interessantes aos envolvidos (ORLANDIN, 2017).

Especificamente em relação aos sujeitos deste nível de ensino, apesar da existência de estudos que apresentam o perfil dos pesquisados de pós-graduação (ABC, 2023; DELGADO et al., 2023; DESLANDES et al., 2024), reforça-se que a revisão bibliográfica realizada neste estudo não identificou nenhuma publicação que abordassem diretamente a inserção destes pesquisadores junto aos serviços de APS **(Anexo 1)**.

Talvez por este ser um reflexo do cenário encontrado no país, uma vez que o universo estudado demonstrou percentuais baixos de integração ensino-serviço envolvendo este nível de formação. Entre os estados com maior presença de integração ensino-serviço em nível de pesquisa, destacou-se Rio de Janeiro, com 52 equipes (2,4% do total do estado), seguido por São Paulo, com 64 equipes (1,43% do total de equipes no estado) e Minas Gerais, com 65 equipes (1,37% do total de equipes no estado) **(Figura 8)**.

Figura 8 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária por unidade federativa, que possuem sujeitos em formação do nível da pesquisa, PMAQ-AB. Brasil 2018.



Fonte: PMAQ-AB, 2018

Cabe destacar que mais do que a desigualdade entre os estados, a distribuição apresentada na **Figura 8** demonstra uma desigualdade regional, uma vez que os três estados com maior concentração de sujeitos integração no serviço em nível de pesquisa estavam todos localizados na região sudeste do país.

Assim como em relação a outros níveis de ensino integrados aos serviços de APS, essas distribuições refletem não apenas a concentração populacional e a presença de grandes centros urbanos nesses estados, mas também a disponibilidade de instituições de ensino superior e hospitais de ensino, que são fundamentais para a implementação de programas de pesquisa.

Preceptor: o sujeito responsável pela integração ensino-serviço

Os preceptores são profissionais do serviço de saúde que utilizam seus conhecimentos e experiências para orientar a formação de outras pessoas dentro do ambiente de trabalho. Para além de orientar e apresentar-se como um modelo de profissional, cabe ao preceptor instigar os sujeitos em formação à se tornarem mais reflexivos, promovendo a aplicação do conhecimento teórico em atividades práticas para que se consolidem de fato aquele aprendizado (PEREIRA, 2022).

Compreendido como a pessoa responsável pela interlocução entre academia e serviços de saúde, há um debate sobre o local de inserção do preceptor – se deve estar vinculado ao serviço ou à academia, com vantagens e desvantagens em ambos os casos (AUTONOMO, 2015; PEREIRA, 2022, BORGES, 2021)).

A atuação como preceptor exige não apenas conhecimentos técnicos, mas também habilidades didático-pedagógicas e embora, frequentemente, se exija especialização ou experiência na área para desempenhar tal papel, a formação pedagógica do preceptor costuma ser negligenciada, o que pode prejudicar o processo formativo adequado, uma vez que apenas inserir alunos nos serviços não garante a transformação do processo de formação (AUTONOMO, 2015; PEREIRA, 2022).

É necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para exercer essa função, principalmente em relação a estarem sensíveis às necessidades individuais dos sujeitos que integram o ensino e a buscar ferramentas que atendam tais necessidades para que a formação ideal seja alcançada. Outra característica importante diz respeito as condutas éticas e morais, uma vez que este profissional servirá como modelo para o desenvolvimento pessoal e ético do sujeito em formação (AUTONOMO, 2015; PIZZINATO et al., 2012).

Apesar do reconhecimento da importância do preceptor nos programas de formação em saúde, ainda falta uma regulamentação abrangente para sua formação e desenvolvimento. Normalmente, o sujeito responsável pela preceptoria desempenha uma variedade de atividades, incluindo a assistência e a docência, apesar desta última ser incipiente no Brasil, associar práticas assistenciais ao ensino pode ser desafiador, especialmente quando há uma demanda crescente por trabalho assistencial, que muitas vezes se somam ao de gerência do serviço (PEREIRA, 2022).

É importante destacar que ser um bom profissional no exercício assistencial não garante automaticamente ser um bom preceptor, pois essa função demanda competências distintas, como a capacidade de reflexão e proposição de alternativas de ensino-aprendizagem.

A exigência de tais habilidades somada à falta de formação pedagógica destes sujeitos e de outros desafios postos pelo ensino, como a visão hierarquizada do processo ensino-aprendizagem, formação fragmentada dos profissionais de saúde e à complexidade das funções de preceptoria, além da dificuldade em lidar com novos métodos pedagógicos direcionados de forma verticalizada pela instituição de ensino,

são alguns dos fatores que acarretam muitas vezes sentimentos de insegurança aos preceptores (PEREIRA, 2022).

Neste sentido, uma compreensão mais precisa do papel do preceptor e suas responsabilidades torna-se fundamental para orientar efetivamente a qualificação destes sujeitos, subsidiando de forma mais resolutiva a formação em saúde. A manutenção de encontros periódicos com coordenadores, docentes e preceptores apresenta-se como uma estratégia vital para refletir sobre a prática e identificar lacunas na formação e na atuação deste profissional.

Ainda sobre mecanismos de qualificação dos profissionais enquanto preceptores, destacam-se os cursos de formação pedagógica, que devem ser realizados para ajudar na identificação das fragilidades de aprendizado de cada aluno e na implementação de estratégias de ensino eficazes (PEREIRA, 2022).

Estudos demonstram que quando é estabelecido um bom vínculo entre o serviço de saúde e a instituição de ensino, configurada por suporte pedagógico e pela capacitação prévia e acesso a conteúdos didáticos, facilita-se o aprendizado dos estudantes na prática profissional, reforçando o papel fundamental da capacitação dos preceptores previamente à inserção dos estudantes no serviço de saúde para uma experiência mais enriquecedora para ambos (PEREIRA et al., 2022; VELÔSO et al., 2020).

Conforme o universo analisado, apenas 28,3% das equipes participantes informaram terem sido qualificadas com formação em tutoria/preceptoria no último ano, com destaque positivo para as equipes que concentravam sujeitos de diferentes níveis de ensino em seus serviços (15,0%), enquanto as que possuíam integração nos níveis de residência médica, residência multiprofissional e pesquisa, se destacaram por representar o grupo com menores percentuais de e equipes com este tipo de formação (0,3%) **(Tabela 2)**.

Tabela 2 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária que foram qualificadas na formação em tutoria e/ou preceptoria no último ano, conforme os níveis de ensino dos sujeitos em formação. PMAQ-AB. Brasil 2018.

Qualificação da equipe no último ano	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total da integração 19279 (53.03%)	Nenhuma integração 17076 (46.97%)	Total de equipes n=36355(100%)
	Graduação 4169 (11.47%)	Técnico 3540 (9.74%)	Res. Médica 340 (0.94%)	Res. Multi. 336 (0.92%)	Pesquisa 544 (1.50%)	Vários 10350 (28.47%)			
em tutoria/preceptoria	1407 (13.69%)	726 (7.06%)	96 (0.93%)	112 (1.09%)	117 (1.14%)	5453 (53.04%)	7911 (76.95%)	2370 (23.05%)	10281 (100%)
em outros temas*	4051 (11.51%)	2907 (8.26%)	281 (0.8%)	279 (0.79%)	463 (1.32%)	10891 (30.96%)	18872 (53.64%)	16311 (46.36%)	35183 (100%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018.

*Outros temas: Telessaúde, Rede Universitária de Telemedicina, Cursos presenciais ou Troca de experiência

Ainda sobre as oportunidades de qualificação dos profissionais dos serviços de APS no último ano, chama atenção a diferença entre o número de equipes que informaram ter recebido capacitação sobre o tema tutoria e/ou preceptoria (28,3%) em relação aos que receberam sobre outros conteúdos, como Telessaúde, Rede Universitária de Telemedicina, Cursos presenciais ou Troca de experiência (96,8%) **(Tabela 2)**.

A escassez de formação de preceptores é um dos desafios mencionados em diversos estudos, resultando em uma preparação inadequada para desempenhar funções didático-pedagógicas efetivas (ARAÚJO, 2021; PEREIRA, 2022; AUTONOMO, 2015) Assim, tais resultados reforçam a afirmação da necessidade de políticas que incentivem a formação pedagógica dos preceptores, visando melhorar a qualidade da integração ensino-serviço na APS.

Outro fator importante levantado pela literatura sobre a falta de capacitação adequada dos preceptores, diz respeito tanto em termos didático-pedagógicos quanto no conhecimento da proposta pedagógica da instituição de ensino. Esta mudança de perspectiva requer um engajamento contínuo da instituição de ensino junto aos serviços de saúde e vice-versa, estendendo-se além dos períodos de aula através de atividades planejadas, como capacitações, seminários e discussões sobre Projetos Pedagógicos de Cursos (ANDRADE, 2015; FRANCO, 2020).

Assim, evidencia-se que é essencial superar a visão restrita dos serviços de saúde apenas como campos de estágio e valorizá-los como espaços fundamentais para a formação profissional, na qual alcançar uma integração efetiva requer mudanças estruturais e funcionais significativas, bem como uma construção conjunta envolvendo gestores, trabalhadores, docentes e estudantes.

A Integração na perspectiva dos sujeitos que integram o ensino e o serviço

Preceptores

Alguns preceptores destacaram que o aprendizado inter-profissional oportunizado pela colaboração entre os profissionais da equipe de APS contribui para a formação de uma visão mais ampla e integral das práticas de saúde. Entretanto, apesar de reconhecerem benefícios para o aprendizado, alguns preceptores demonstraram uma preocupação com a manutenção do acesso dos usuários aos serviços, especialmente durante as atividades de preceptoria, uma vez que acaba por

reduzir o tempo para a abordagem assistencial (BARRETO et al., 2011; MOREIRA et al., 2022; TRAJMAN et al., 2009).

Por outro lado, também a evidências de que a sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde, especialmente para os que exercem duplas funções, apresenta-se como uma barreira significativa para a preceptoria, resultando na indisponibilidade de tempo protegido para o ensino (ANDRADE et al., 2014; MOREIRA, 2022) .

A falta de infraestrutura adequada dos serviços, também, foi destacada como uma barreira para a integração ensino-serviço, incluindo problemas relacionados à ambiência, espaço físico insuficiente e falta de estrutura para acomodar os sujeitos do ensino durante as atividades de preceptoria (PIZZINATO, 2012).

Outro fator que dificulta esse processo de integração refere-se ao distanciamento entre a instituição de ensino e os serviços, causando ainda mais sobrecarga de trabalho para os preceptores, mas ao mesmo tempo sinaliza a desvalorização da saúde pública enquanto área de atuação por parte da instituição de ensino, o que também se reflete na falta de comprometimento com a formação voltada para o SUS e na ênfase excessiva em especialidades médicas em detrimento da atenção primária, retroalimentando um modelo de ensino hospitalocêntrico, com foco na hiper-especialização e na assistência voltada para a doença, em vez das necessidades de saúde da sociedade (PEREIRA, 2022).

A desvalorização da APS por parte da instituição de ensino também pode ser observada em relação aos sujeitos em formação, o que pode afetar negativamente suas inserções nesse cenário.

Profissionais dos serviços que não atuam como preceptores

Muitas categorias profissionais atuantes nos serviços demonstram interesse em atuar como preceptores. Entretanto ocorre entre médicos e psicólogos, uma menor motivação, justificada por dificuldades na infraestrutura, sobrecarga de trabalho e falta de tempo para conciliar as atividades de ensino ao serviço (ANDRADE et al., 2014; VASCONCELOS, 2016). Preocupam-se ainda com a possibilidade de prejuízo na relação com o usuário do serviço, com a fragmentação do cuidado e com impacto negativo na formação dos futuros profissionais de saúde.

Os profissionais de APS que não exercem preceptoria, também identificam a falta de apoio institucional para ampliar as oportunidades de formação especializada

na área da saúde da família, saúde coletiva e clínica generalista como um obstáculo para a integração ensino-serviço.(ANDRADE et al., 2014; VASCONCELOS, 2016).

Nesse cenário, cobram implementação de projetos de formação que compreendam a potencialidade dos estágios na formação de profissionais alinhados com as diretrizes político-sanitárias e com benefícios diretos para a população atendida pelo SUS. Acrescentam que incentivos para a preceptoria deveriam incluir melhorias nas condições de trabalho, remuneração adequada, capacitação profissional, ampliação da infraestrutura e fomentação à formação pedagógica para os preceptores (VASCONCELOS, 2016).

Perspectiva do discente e egressos do Ensino Técnico profissional e/ou Superior

É interessante notar que o contrário da percepção dos profissionais, o ambiente da APS tem sido descrito como motivador pelos sujeitos em formação, incentivando-os a considerar o trabalho no serviço público de saúde após a graduação (CAMPEDELLI-LOPES et al., 2016; SILVA, 2021; VASCONCELOS, 2016).

Especificamente em relação a graduação em medicina, um estudo demonstrou que quase metade dos discentes do sexto ano expressam vontade em seguir carreira na APS e realizar residência voltada para o atuação neste nível de complexidade (EUA = 14%; Alemanha = 12%; Brasil = 47%), indicando uma evolução significativa em relação aos outros países (MIRANDA, 2021; SILVA et al., 2021).

Fatores como sexo feminino, ingresso pelo Prouni e experiências positivas na APS durante a graduação estão associados ao maior interesse em prosseguir na carreira em APS (MIRANDA, 2021).

Os sujeitos em formação egressos deste processo relatam satisfação quanto às experiências com a abordagem pedagógica e a formação prática, apontando o serviço de APS como um ambiente rico para a aprendizagem, onde puderam se integrar às equipes de saúde e participar ativamente do planejamento e execução das ações (CAMPEDELLI-LOPES et al., 2016; FLOR, 2023).

Segundo eles, o ensino junto aos serviços de APS, especificamente na saúde da família, os expôs aos problemas de saúde mais prevalentes na área, permitindo maior entendimento sobre a especificidade e complementaridade das profissões de saúde e principalmente, valorizando o trabalho em equipe. O ganho crescente de autonomia e complexidade, a construção de novas relações e a compreensão de como os condicionantes de saúde influenciam aquela comunidade foram outras

características destacadas no estudo e que mostram que a integração ensino-serviço está cumprindo seu papel de aproximá-los do contexto real da atuação profissional (FLOR, 2023; FASSINA, 2021).

Em relação à formação ao programa de residência em medicina de família e comunidade, além de contribuições semelhantes, os egressos ressaltaram algumas deficiências, como inadequação dos conteúdos relacionados à abordagem familiar e saúde coletiva, indicando a necessidade de maior ênfase nesses temas ou na falta de integração entre o manejo clínico e o contexto familiar e comunitário, além da falta de habilidades pedagógicas de alguns professores, com predomínio de aulas expositivas, que limitam a participação ativa dos alunos (LEITE, 2021).

Fatores que podem exercer influência nestes processos

Para além de questões já abordadas como as relacionadas à formação dos preceptores, características dos municípios onde o serviço e a instituição de ensino estão inseridos, também, exercem um papel fundamental na forma como ocorre tal integração.

Considerando estimativas realizadas no ano de 2018 que mostraram que 3.879 municípios (69,6%) tinham mais equipes de APS do que o necessário, enquanto havia 57 municípios, principalmente no estado de São Paulo e do Rio Grande do Sul, que não possuíam nenhuma, evidencia disparidades na população coberta por serviços de APS em algumas áreas (AMARAL, 2021).

Partindo do pressuposto que desigualdades como esta também ocorrem na rede de ensino e pesquisa, é preciso entender que a infraestrutura presente no município pode ser um importante indutor na integração ensino-serviço, levantando a hipótese de que municípios de grande porte populacional tenderiam a concentrar maiores números de instituições de ensino, assim como de redes de serviços de saúde.

Entretanto, o universo analisado evidenciou um cenário um tanto diferenciado no qual municípios com população entre 500.000 e menos de 1.000.000 de habitantes foram os que concentraram maior percentual de equipes que informaram ter sujeitos em formação integrado aos seus serviços (70.92%), enquanto os que possuíam maior população apresentam percentuais mais baixos (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme o porte populacional e a cobertura populacional estimada na atenção primária à saúde, segundo o nível de ensino dos sujeitos em formação, PMAQ-AB. Brasil 2018.

Características do município	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total de integração n=19279(%)	Nenhuma integração n=17076(%)	Total de equipes n=36355(%)
	Graduação n=4169(%)	Técnico n=3540(%)	Res.Med. n=340(%)	Res.Mult. n=336(%)	Pesquisa n=544(%)	Vários n=10350(%)			
Porte populacional									
<10.000 habitantes	422 (9.12%)	479 (10.35%)	21 (0.45%)	15 (0.32%)	46 (0.99%)	830 (17.93%)	1813 (39.17%)	2816 (60.83%)	4629 (100%)
10.000 e <20.000 hab.	420 (6.96%)	739 (12.24%)	15 (0.25%)	26 (0.43%)	56 (0.93%)	1093 (18.10%)	2349 (38.90%)	3689 (61.10%)	6038 (100%)
20.000 e <100.000 hab.	1225 (9.67%)	1423 (11.24%)	75 (0.59%)	80 (0.63%)	154 (1.22%)	3297 (26.04%)	6254 (49.39%)	6409 (50.61%)	12663 (100%)
100.000 e <500.000 hab.	1178 (16.80%)	216 (3.08%)	91 (1.30%)	69 (0.98%)	122 (1.74%)	3034 (43.27%)	4710 (67.17%)	2302 (32.83%)	7012 (100%)
500.000 e <1.000.000 hab.	278 (15.43%)	41 (2.28%)	20 (1.11%)	24 (1.33%)	29 (1.61%)	886 (49.17%)	1278 (70.92%)	524 (29.08%)	1802 (100%)
1.000.000 e <5.000.000 hab.	409 (17.38%)	25 (1.06%)	26 (1.10%)	35 (1.49%)	24 (1.02%)	1084 (46.07%)	1603 (68.13%)	750 (31.87%)	2353 (100%)
≥5.000.000	237 (12.69%)	71 (3.80%)	43 (2.30%)	41 (2.20%)	40 (2.14%)	849 (45.47%)	1281 (68.61%)	586 (31.39%)	1867 (100%)
Cobertura populacional da APS									
entre 100% e 80%	2421 (9.59%)	2459 (9.75%)	151 (0.60%)	165 (0.65%)	326 (1.29%)	6703 (26.57%)	12225 (48.45%)	13007 (51.55%)	25232 (100%)
entre 79% e 60%	993 (16.48%)	313 (5.20%)	67 (1.11%)	58 (0.96%)	86 (1.43%)	2162 (35.89%)	3679 (61.07%)	2345 (38.93%)	6024 (100%)
<60%	755 (14.78%)	222 (4.35%)	73 (1.43%)	67 (1.31%)	59 (1.16%)	2208 (43.23%)	3384 (66.25%)	1724 (33.75%)	5108 (100%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018

Legenda: APS=Atenção Primária à Saúde

Por outro lado, as equipes que informaram possuir maior percentual de sujeitos da residência médica e residência multiprofissional estavam localizadas em municípios com população entre 20.000 e menos de 500.000 habitantes (**Tabela 3**).

Ainda nesta Tabela é possível constatar que as equipes localizadas em municípios com maiores coberturas populacionais estimadas na APS foram os que também concentraram maiores números de sujeitos em formação.

Tais resultados - que evidenciam maior frequência de integração ensino-serviço em municípios de médio porte e em áreas com alta cobertura de APS - associado a estudo que evidencia que os municípios de pequeno porte apresentam serviços de APS de melhor qualidade (CASTANHEIRA et al., 2014), sugerem que as grandes cidades possuem desafios organizacionais ainda maiores a serem superados, especialmente em relação a um número insuficiente de serviços de APS (RAMOS; DE SETA, 2019), o que pode exercer reflexos diretos na quantidade de serviços que abrem espaço para receber sujeitos em formação.

Nesta mesma perspectiva, é interessante notar que cerca de 61% das equipes entrevistadas estavam localizadas em municípios que possuíam unidades de ensino superior, o que apesar de ainda representar um número baixo, pode sinalizar uma facilidade para estes sujeitos em formação estarem integrados as equipes. Este resultado associado ao fato de quase 40% das equipes que possuem instituições de ensino superior no mesmo município não ter nenhum tipo de integração ensino-serviço reafirma um cenário ainda subutilizado enquanto potencializador do aprendizado (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme a existência de unidades de ensino superior no mesmo município e de hospital de ensino e pesquisa credenciado pelo Ministério da saúde e pelo Ministério da Educação e sob responsabilidade da gestão municipal, PMAQ-AB. Brasil 2018.

Característica do município	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total de integração n=19279(%)	Nenhuma integração n=17076(%)	Total de equipes n=36355(%)
	Graduação n=4169(%)	Técnico n=3540(%)	Res.Med. n=340(%)	Res.Mult. n=336(%)	Pesquisa n=544(%)	Vários n=10350(%)			
Existência de unidades de ensino superior no mesmo município	2957 (13.27%)	1449 (6.50%)	235 (1.05%)	235 (1.05%)	331 (1.49%)	8214 (36.87%)	13421 (60.24%)	8858 (39.76%)	22279(100.00%)
Existência de hospital de ensino e pesquisa credenciado pelos Ministérios da saúde e Educação	923 (15.42%)	160 (2.67%)	110 (1.84%)	94 (1.57%)	98 (1.64%)	2850 (47.60%)	4235 (70.74%)	1752 (29.26%)	5987(100.00%)
Existência de hospital de ensino e pesquisa Sob responsabilidade da gestão municipal	608 (16.81%)	113 (3.12%)	48 (1.33%)	41 (1.13%)	58 (1.60%)	1705 (47.15%)	2573 (71.16%)	1043 (28.84%)	3616(100.00%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018

Essa aparente subutilização dos serviços como ambientes propício para a formação profissional quando analisada a luz da literatura - que demonstra que a gestão municipal se sente corresponsáveis no planejamento da abertura dos cursos e na elaboração do projeto pedagógico e processo seletivo para ingressos, definindo o número de vagas oferecidas e planejando a inserção nos diferentes cenários de prática, mesmo daqueles que não são diretamente ligados ao município (LEITE, 2021) – parece contraditório.

Porém, é interessante notar que os resultados são coerentes no sentido de mostrar esta influência da infraestrutura do município com as oportunidades de integração ensino-serviço, uma vez que apenas 10% das equipes participantes estavam localizadas em municípios que possuíam hospital de ensino e pesquisa sob responsabilidade da gestão municipal, ao mesmo tempo em que esta estruturação do município demonstrou associação com o nível de ensino dos sujeitos que se integram aos serviços de APS, sugerindo uma certa influência neste processo, como no caso das equipes localizadas em municípios com hospital de ensino e pesquisa, que concentraram mais sujeitos da graduação, enquanto as que informaram possuir instituição de ensino, se destacaram por concentrar sujeitos em formação também do ensino técnico profissional (**Tabela 4**).

Da mesma forma que as características do município podem exercer algum tipo de influência sobre a conformação da rede de serviços de saúde e de instituições de ensino, o perfil estrutural dos serviços de APS poderão induzir formas da equipe organizar o processo de trabalho que impactarão, também, na capacidade de inserção de sujeitos em formação e nas condições de aprendizagem destes espaços (CASTANHEIRA et al., 2024).

A distribuição dos profissionais nos serviços é uma delas. Neste sentido é preciso reconhecer que diversos estudos indicam que a permanência dos médicos está mais vinculada ao local onde realizam a residência médica, em comparação com o local da graduação. Evidências como esta contribuem para uma maior equidade nesta distribuição, uma vez que a implantação de programas em áreas remotas, por exemplo, contribuiria para a descentralização e regionalização do trabalho em saúde (PIZZINATO et al., 2012; ALBUQUERQUE et al., 2008).

No universo de equipes de APS analisadas em todo país foi possível observar um perfil de profissionais que atuam nos serviços conforme a composição preconizada como “equipe mínima” (BRASIL, 2017b), ou seja, com profissionais que não são

especialistas e/ou que não fazem parte do NASF (69,5%), incluindo a presença de ACS em quase a totalidade delas (99,5%), o que oportuniza para os sujeitos em formação conhecerem o funcionamento de um modelo de APS preconizado como o mais resolutivo para este nível de atenção **(Tabela 5)**.

Tabela 5 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme o perfil dos profissionais segundo o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018.

Perfil da equipe	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total de integração n=19279(%)	Nenhuma integração n=17076(%)	Total de equipes n=36355(%)
	Graduação n=4169(%)	Técnico n=3540(%)	Res.Med. n=340(%)	Res.Mult. n=336(%)	Pesquisa n=544(%)	Vários n=10350(%)			
Atuação de profissional que não faz parte da equipe mínima e/ou do NASF	1494 (13.47%)	736 (6.63%)	118 (1.06%)	106 (0.96%)	146 (1.32%)	3784 (34.11%)	6384 (57.54%)	4710 (42.46%)	11094(100%)
Existência de ACS na equipe	4145 (11.46%)	2984 (8.25%)	289 (0.80%)	290 (0.80%)	470 (1.30%)	11016 (30.45%)	19194 (53.05%)	16984 (46.95%)	36178(100%)
Existência de gerente no serviço	3708 (11.22%)	2803 (8.48%)	263 (0.8%)	269 (0.81%)	426 (1.29%)	10034 (30.35%)	17503 (52.95%)	15554 (47.05%)	33057 (100%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018

Legenda: NASF=Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ACS=Agente Comunitário de Saúde

Especialmente em relação a presença dos ACS, cabe destacar que em vários estudos eles são apontados como um dos fatores preditivos para a qualidade organizacional do serviço de APS (SANINE et al., 2019; FEUERWERKER, 2014), mas sinaliza também, uma provável existência de práticas embasadas na abordagem comunitária e na construção do vínculo, o que proporcionaria aos sujeitos em formação, uma maior compreensão do contexto e dos determinantes sociais de uma população adscrita.

O acolhimento e escuta qualificada dos usuários é outra parte crucial do trabalho desempenhado por esses profissionais e que permite melhor direcionamento das práticas ofertadas às pessoas, famílias e grupos sociais (BRASIL, 2017b).

Considerando que estas e outras atribuições, como o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação para conhecer as potencialidades e barreiras estruturais existentes na área de cobertura e a identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades são comuns a todos os profissionais da APS e essenciais para garantir a integralidade e continuidade do cuidado à saúde da população, as ações a serem ofertadas pelo serviço precisam ser bem planejada, conforme a necessidade da população local (BRASIL, 2017b).

Para tanto, conhecer os grupos populacionais que historicamente são mais vulnerabilizados e, conseqüentemente, mais propensos ao adoecimento, torna-se fundamental (BRASIL, 2022).

Em relação ao perfil do usuário dos serviços de APS analisados destaca-se a informação sobre a existência de populações vulnerabilizadas cadastradas no território de atuação das Equipes de APS. Dentre esses grupos populacionais, a presença da população indígena, caboclos e com deficiência se destacam como presente na maioria das equipes participantes (média=54,16%) (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme o perfil dos usuários vulnerabilizados cadastrados no território, segundo o o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018.

População vulnerabilizada cadastrada no território	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total de integração n=19279(%)	Nenhuma integração n=17076(%)	Total de equipes n=36355(%)
	Graduação n=4169(%)	Técnico n=3540(%)	Res.Med. n=340(%)	Res.Mult. n=336(%)	Pesquisa n=544(%)	Vários n=10350(%)			
quilombolas	66 (5.16%)	151 (11.81%)	4 (0.31%)	9 (0.7%)	21 (1.64%)	294 (22.99%)	545 (42.61%)	734 (57.39%)	1279 (100.0%)
indígenas	117 (6.61%)	210 (11.86%)	6 (0.34%)	13 (0.73%)	24 (1.36%)	587 (33.16%)	957 (54.07%)	813 (45.93%)	1770 (100.0%)
pescadores	188 (5.83%)	424 (13.16%)	9 (0.28%)	16 (0.5%)	51 (1.58%)	922 (28.62%)	1610 (49.97%)	1612 (50.03%)	3222 (100.0%)
ribeirinhos	111 (5.27%)	302 (14.33%)	7 (0.33%)	7 (0.33%)	35 (1.66%)	634 (30.09%)	1096 (52.02%)	1011 (47.98%)	2107 (100.0%)
assentados da reforma agrária	169 (6.31%)	299 (11.17%)	11 (0.41%)	7 (0.26%)	40 (1.49%)	643 (24.02%)	1169 (43.67%)	1508 (56.33%)	2677 (100.0%)
rural	1430 (8.21%)	1783 (10.24%)	83 (0.48%)	94 (0.54%)	224 (1.29%)	3804 (21.84%)	7418 (42.58%)	10002 (57.42%)	17420 (100.0%)
caboclos	29 (3.92%)	93 (12.58%)	1 (0.14%)	0 (0.0%)	10 (1.35%)	266 (35.99%)	399 (53.99%)	340 (46.01%)	739 (100.0%)
caiçaras	11 (4.35%)	31 (12.25%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (1.98%)	85 (33.6%)	132 (52.17%)	121 (47.83%)	253 (100.0%)
extrativistas	23 (3.97%)	75 (12.95%)	0 (0.0%)	2 (0.35%)	11 (1.9%)	197 (34.02%)	308 (53.2%)	271 (46.8%)	579 (100.0%)
acampados sem terra	90 (6.16%)	147 (10.06%)	9 (0.62%)	1 (0.07%)	22 (1.51%)	432 (29.57%)	701 (47.98%)	760 (52.02%)	1461 (100.0%)
ciganos	87 (7.51%)	133 (11.49%)	4 (0.35%)	5 (0.43%)	14 (1.21%)	375 (32.38%)	618 (53.37%)	540 (46.63%)	1158 (100.0%)
deficiência	3587 (11.64%)	2515 (8.16%)	250 (0.81%)	261 (0.85%)	419 (1.36%)	9751 (31.63%)	16783 (54.44%)	14044 (45.56%)	30827 (100.0%)
Não possui populações vulnerabilizadas	17 (16.35%)	3 (2.88%)	2 (1.92%)	0 (0.0%)	3 (2.88%)	34 (32.69%)	59 (56.73%)	45 (43.27%)	104 (100.0%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018.

Resultados como os apresentados, os quais apenas 0,3% das equipes informaram não ter pessoas vulnerabilizadas cadastradas em suas áreas (**Tabela 6**), reforçam a necessidade de políticas de saúde que atendam às particularidades das áreas mais afastadas dos centros urbanos (BRASIL, 2023). Ao mesmo tempo, cabe destacar que apesar de menor número de equipes com integração ensino-serviço terem informado possuir populações pertencentes a comunidades quilombolas (42,51%), alerta para o risco aumentando destas pessoas em desenvolverem uma série de doenças de determinação social, como hanseníase e tuberculose (BRASIL, 2023).

Para além de sugerir que estas equipes de APS estão sensibilizadas à identificarem tais perfis populacionais entre seus usuários, os resultados apresentados na **Tabela 6**, principalmente em relação a maior centralização de equipes que possuem sujeitos da graduação inseridos em suas rotinas, sinalizam um cenário propício ao ensino, uma vez que permite aos sujeitos em formação terem contato com as singularidades dos sujeitos e vivenciarem uma formação que considera os determinantes sociais e as iniquidades em saúde no planejamento de suas condutas.

Ainda em relação ao perfil estrutural dos serviços de APS analisados, questões relacionadas à infraestrutura e o apoio externo recebido pelas equipes torna-se fundamental para lidar com toda complexidade envolvida no acompanhamento aos usuários deste nível de atenção.

Segundo o capítulo sobre infraestrutura e ambiência da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017b), um serviço de APS deve possuir:

“quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível técnico profissional e ensino superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.” (BRASIL, 2017b).

A partir de tais recomendações, pesa pontuar que a literatura traz que fatores como especificidades epidemiológicas e barreiras geográficas podem influenciar a real capacidade de cobertura - que podendo esta estar superestimada – ao mesmo tempo em que pondera que a análise intra-municipal pode revelar que, mesmo onde

a quantidade de equipes é suficiente, pode haver concentração desigual, favorecendo algumas áreas (AMARAL, 2021).

Assim, considerando tais ponderações é preciso o cuidado em identificar regiões específicas desatendidas e considerar determinados locais para se qualificar as populações descobertas, especificamente aquelas que concentram populações mais vulnerabilizadas, como as apresentadas.

Alinhado a essas reflexões, nota-se que apesar dos serviços sugerirem ter um tamanho relativamente bom (já que 88,9% possui condições para disponibilizar vacinação), apenas aproximadamente 40,0% tem sala exclusiva para atividades coletivas (**Tabela 7**), fato que constitui um potencial para que estas equipes desenvolvam atividades mais colaborativas, como realização de reuniões de equipe, discussão de casos com equipes externas, atividades de formação e qualificação da equipe, além de práticas educacionais destinadas aos usuários e toda a comunidade.

Tabela 7 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme a infraestrutura dos serviços, segundo o o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018.

Infraestrutura	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total da integração 19279(53.03%)	Nenhuma integração 17076(46.97%)	Total de equipes n=36355(100%)
	Graduação 4169(11.47%)	Técnico 3540 (9.74%)	Res. Médica 340(0.94%)	Res. Multi. 336(0.92%)	Pesquisa 544 (1.50%)	Vários 10350(28.47%)			
Existência de sala exclusiva para atividades coletivas	1831(11.99%)	122(8.03%)	13(0.89%)	14(0.96%)	18(1.23%)	5387(35.27%)	8915(58.37%)	6359(1.63%)	15274(100.0%)
Disponibiliza vacinação	3703(11.45%)	268(8.29%)	26(0.82%)	27(0.84%)	414(1.28%)	10407(32.18%)	17741(54.86%)	14595(45.14%)	32336(100.0%)
Funcionamento aos finais de semana	120(13.0%)	64(6.93%)	10(1.08%)	15(1.63%)	19 (2.06%)	306 (33.15%)	534 (57.85%)	389 (42.15%)	923 (100.0%)
Funcionamento no horário do almoço	2272(12.41%)	1326(7.24%)	196(1.07%)	173(0.95%)	254 (1.39%)	5676(31.01%)	9897 (54.07%)	8408 (45.93%)	18305(100.0%)
Quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe definido por critérios de risco e vulnerabilidade	294(11.25%)	225(8.61%)	20(0.78%)	19(0.75%)	346(1.32%)	8526(32.6%)	14466(55.32%)	11685(44.68%)	26151(100.0%)
Existência de Conselho Local e/ou outros espaços de participação popular	2317(12.23%)	1476(7.79%)	171(0.9%)	188(0.99%)	265(1.4%)	6854(36.19%)	11271(59.52%)	7667(40.48%)	18938(100.0%)
Existência de mecanismos de participação popular (canais de comunicação para usuários expressarem demandas, reclamações e/ou sugestões)	3900(11.62%)	2744(8.18%)	267(0.8%)	277(0.83%)	453(1.35%)	10532(31.39%)	18173(54.16%)	15384(45.84%)	33557(100.0%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018

O funcionamento dos serviços de analisados aos finais de semana é relativamente raro (média=3,09%), entretanto, no horário do almoço cerca de metade das equipes informaram não fecharem (**Tabela 7**), demonstrando uma organização destas equipes para facilitar o acesso de primeiro contato os serviços de APS, que é considerado porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Entretanto, cabe salientar que a outra metade das equipes podem estar deixando de oportunizar o acesso a grupos populações importantes, como de pessoas trabalhadoras que só possuem o horário do almoço para procurarem o serviço de saúde.

Desta forma, ao constatar que os sujeitos em formação no nível de residência concentram-se em maior parte naquelas equipes com este perfil (**Tabela 7**), alertar-se que este modelo organizacional pode ser naturalizado em suas formações como sendo um procedimento padrão.

Do mesmo modo, aproximadamente metade das equipes (52,1%) informaram ter conselho local, entretanto, apesar de baixo percentual, a maioria delas (92,3%) utilizavam mecanismos de participação popular em suas rotinas (**Tabela 7**).

Ressalta-se que este resultado pode ser um reflexo da PNAB que prevê que os serviços de APS devem:

“ monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.” (BRASIL, 2017b).

O Ministério da saúde ressalta, ainda, a importância dos serviços de APS garantirem o contato primário dos usuários com os sistemas de saúde, devendo ser orientados pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, mas acima de tudo, da participação social (BRASIL, 2006).

Neste sentido, considerando evidências que demonstram que serviços de APS que possuem mecanismos que promovem participação população estão associados a um modelo de atenção mais resolutivo conforme os preceitos do SUS (CASTANHEIRA et al., 2024), pode-se que os sujeitos em formação integrados a estas equipes estão vivenciando uma experiência prática de envolvimento comunitário e governança participativa que valoriza e implementa ferramentas que garantam que

as demandas dos usuários sejam ouvidas e atendidas, promovendo uma cultura de maior transparência nas decisões e co-responsabilização pela organização do processo de trabalho em saúde.

Devendo ser desenvolvida em equipe, por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, e direcionadas a populações específicas, a APS utiliza tecnologias complexas para resolver problemas de saúde relevantes em seu território, adaptadas conforme a singularidade do sujeito e a sua inserção sociocultural (LAVRAS, 2011).

Para tanto, mecanismos de participação no planejamento e execução do trabalho em equipe, também, tornam-se cruciais para o desenvolvimento de práticas mais resolutivas, e portanto, fundamentais para o desenvolvimento profissional do sujeito em formação (PEREIRA, 2022).

De modo geral, o universo estudado corrobora este cenário ao demonstrar que as equipes que possuem maior número de sujeitos de diferentes níveis de ensino demonstram práticas organizacionais mais coerentes com preconizado pelo SUS, com maiores concentração de equipes quando comparado às que realizam outros níveis de integração (**Tabela 8**).

Tabela 8 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme as condições organizacionais para o planejamento do processo de trabalho, segundo o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018.

Planejamento do processo de trabalho	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total de integração n=19279(%)	Nenhuma integração n=17076(%)	Total de equipes n=36355(%)
	Graduação n=4169(%)	Técnico n=3540(%)	Res.Med. n=340(%)	Res.Mult. n=336(%)	Pesquisa n=544(%)	Vários n=10350(%)			
Realização de planejamento das ações									
bimestralmente ou em menor periodicidade	3349(11.01%)	2587 (8.5%)	214 (0.7%)	251 (0.83%)	411 (1.35%)	9345 (30.72%)	16157(53.11%)	14262(46.89%)	30419(100.0%)
trimestralmente ou em maior periodicidade	677 (14.48%)	303 (6.48%)	61 (1.3%)	31 (0.66%)	54 (1.16%)	1520 (32.51%)	2646 (56.6%)	2029 (43.4%)	4675 (100.0%)
Organização do trabalho sem planejamento das ações	143 (11.26%)	104 (8.19%)	16 (1.26%)	8 (0.63%)	6 (0.47%)	208 (16.38%)	485 (38.19%)	785 (61.81%)	1270 (100.0%)
Realização de reunião de equipe semanal e/ou quinzenal	2761 (12.7%)	1609 (7.4%)	192 (0.88%)	210 (0.97%)	307 (1.41%)	7579 (34.87%)	12658(58.23%)	9079 (41.77%)	21737(100.0%)
Realização de autoavaliação da equipe no último ano	3719(11.51%)	2665 (8.25%)	248 (0.77%)	258 (0.8%)	436 (1.35%)	10210 (31.6%)	17536(54.28%)	14772(45.72%)	32308(100.0%)
Utilização das avaliações anteriores para o planejamento do processo de trabalho	2886(11.43%)	2084 (8.26%)	186 (0.74%)	207 (0.82%)	342 (1.36%)	8293 (32.86%)	13998(55.46%)	11241(44.54%)	25239(100.0%)
Realização de discussão com a gestão sobre as demandas e reclamações dos usuários	3773(11.51%)	2702 (8.25%)	260 (0.79%)	266 (0.81%)	447 (1.36%)	10367(31.64%)	17815(54.37%)	14954(45.63%)	32769(100.0%)
Envolvimento dos profissionais da educação no planejamento das ações na escola	3437(11.26%)	2648 (8.67%)	236 (0.77%)	249 (0.82%)	402 (1.32%)	9672 (31.68%)	16644(54.52%)	13883(45.48%)	30527(100.0%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018

No que tange à regularidade no planejamento das ações, constatou-se que a maioria das equipes que integram ensino e serviço em suas rotinas de trabalho realizavam o planejamento das ações de forma bimestral ou com maior frequência (76,15%), o que demonstra um compromisso contínuo com a análise da realidade e a adaptação das suas estratégias de trabalho (**Tabela 8**).

A realização de reuniões de equipe semanal e/ou quinzenal é uma prática adotada por aproximadamente 60% das equipes analisadas. Essas reuniões favorecem a discussão de casos, o ajuste de planos de ação e a promoção da coesão entre os membros da equipe. Permitem, ainda, um acompanhamento contínuo das atividades e facilitam a comunicação interna, essencial para a integração ensino-serviço.

Desta forma, ao realizarem um planejamento com periodicidade mais frequente, permitiria uma maior agilidade na resposta às necessidades da comunidade e uma melhor coordenação das práticas. É interessante notar que apesar da maioria das equipes afirmarem que realizam planejamento bimestralmente ou em menor periodicidade (n=83,7%), quase metade delas não se reúnem semanalmente e/ou quinzenalmente (n=40,2%), o que permitira adequações oportunas às mudanças de cenário comuns de ocorrer na rotina do serviço. Entretanto, constata-se que entre 30% a 40% dos sujeitos que estão cursando o ensino técnico ou a residência não estão incorporados a equipes que possuem tais práticas em suas rotinas (**Tabela 8**).

Na mesma tabela é possível observar que a autoavaliação do processo de trabalho no último ano foi realizada por cerca de 82,17% das equipes que acolhem atividades de integração com ensino, indicando uma cultura de auto-reflexão e melhoria contínua. Além disso, 64,57% das equipes recorrem às avaliações anteriores para o planejamento do processo de trabalho, demonstrando um uso efetivo de dados redirecionar estratégias futuras (**Tabela 8**).

Ainda no escopo do planejamento, destaca-se a importância do diálogo contínuo com a gestão para alinhar as ações da equipe com as políticas e prioridades da instituição, além de assegurar que as preocupações dos usuários sejam abordadas de maneira eficiente. Tal prática de inter-locação com a gestão sobre demandas e reclamações dos usuários é adotada por 54,37% das equipes que possuem integração com ensino (**Tabela 8**), sugerindo que grande parte dos sujeitos em formação que encontram-se integrados a estas equipes podem estar incorporando esta abordagem em sua atuação.

Outra estrutura presente na maioria destas equipes que integram ensino-serviço de fundamental importância na vivência prática dos sujeitos em formação, refere-se ao engajamento da equipe com profissionais externos, nos casos mais complexos, como no apoio externo pelo NASF, CAPS e telessaúde (57,54%) (**Tabela 9**).

Tabela 9 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme o apoio externo recebido pelos serviço, segundo o o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018.

Apoio externo	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total de integração n=19279(53.03%)	Nenhuma integração 17076(46.97%)	Total de equipes n=36355(100%)
	Graduação n=4169(11.47%)	Técnico n=3540(9.74%)	Res. Médica n=340(0.94%)	Res. Multi. n=336(0.92%)	Pesquisa 544(1.50%)	Vários n=10350(28.47%)			
Disponibilidade de apoio externo nos casos mais complexos (NASF, CAPS, telessaúde, etc)	4067(11.43%)	2952 (8.29%)	283 (0.8%)	288 (0.81%)	466 (1.31%)	10914(30.66%)	18970(53.29%)	16627(46.71%)	35597(100.0%)
Disponibilidade de ações de educação permanente que contemplam muito as demandas e necessidades da equipe	1441(11.0%)	1200 (9.16%)	90 (0.69%)	104 (0.79%)	173 (1.32%)	4515(34.47%)	7523(57.44%)	5574(42.56%)	13097(100.0%)
Parceria com o Programa Academia da Saúde	1048(11.44%)	836 (9.13%)	85 (0.93%)	98 (1.07%)	128 (1.4%)	3346(36.53%)	5541(60.5%)	3618(39.5%)	9159(100.0%)
Parceria com Programa Saúde na Escola	3450(11.05%)	2664 (8.54%)	241 (0.77%)	259 (0.83%)	411 (1.32%)	9736 (31.2%)	16761(53.71%)	14447(46.29%)	31208(100.0%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018

Nesta mesma perspectiva de integração e apoio externo (**Tabela 9**), a existência de parceria com o programas como a Academia da Saúde (60,5%) e Saúde na Escola (53,71%) das equipes que possuem integração ensino-serviço, sinalizam diferentes oportunidades de integração dos sujeitos em formação com outros ambientes escolares, bem como a oportunidade de incorporarem em suas práticas uma abordagem que valoriza as atividades e promoção da saúde e prevenção de agravos ao público que vai da infância à adolescência.

A literatura evidencia que esta situação estrutural insuficiente ao aprendizado, gera o sofrimento por parte dos docentes e discentes (CYRINO, 2020), mas que por outro lado, quando o serviço se torna apenas um local de prática, sem transformação nos processos de atenção à saúde, há o risco de se tornar uma mera extensão da escola. A resistência de alguns profissionais em receber estudantes é identificada como uma dificuldade. É imperativo que os profissionais do serviço se reconheçam como sujeitos integrantes do processo educativo, superando a fragilidade na educação básica do discente e demonstrando comprometimento com práticas de cuidado alinhadas aos valores e preceitos profissionais . Contradições e obstáculos podem ser superados com a implementação de espaços permanentes de diálogo e ações coletivas no âmbito de gestão, transformando a integração em uma prática significativa nos processos de trabalho e ensino-aprendizagem (FRANCO, 2020).

Essa situação, quando analisada em conjunto com as críticas identificadas na literatura, sobre a forma fragmentada com o qual os conteúdos são apresentados durante a formação, que dificulta que o sujeito em formação tenha uma visão holística da saúde ao invés de centrada na doença para a atenção ao indivíduo dentro do contexto familiar (CAMPOS et al., 2019; CASTRO, 2009), reforça a importância da equipe organizar seu processo de trabalho de forma planejada e participativa, com reuniões periódicas (CYRINO, 2020), principalmente, naquelas equipes que possuem sujeitos em formação integrados em suas rotinas.

Porém, para que tal planejamento seja efetivado de forma a organizar as práticas ofertadas de forma a melhor responder as necessidades da comunidade atendida pelos serviços, este planejamento deve considerar a diversidade local, incluindo a territorialização com adscrição de clientela, organização do trabalho conforme perfil epidemiológico, acolhimento ao usuário com atendimento à demanda espontânea, análise de risco nos processos assistenciais e uso de dispositivos de

gestão. Tais medidas visam garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial (LAVRAS, 2011).

Neste sentido, torna fundamental a análise dos territórios para se pensar tanto a oferta das práticas disponibilizadas pelos serviços de APS, quanto a distribuição destes serviços no município, principalmente relacionado a oferta de uma atenção apropriada as necessidades do território e dos usuários.

Este cenário organizativo das equipes é retratado na **Tabela 10** que demonstra que grande parte das equipes entrevistadas que possuem sujeitos em formação ordenam seus prontuários por núcleos familiares (53,22%), permitindo assim estruturar a abordagem familiar, assegurando que os dados sejam registrados conforme as necessidades específicas das famílias.

Tabela 10 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme as condições organizacionais para a atenção às vulnerabilidades do território e dos usuários, segundo o o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018.

atenção às vulnerabilidades do território e dos usuários	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total de integração 19279(53.03%)	Nenhuma integração 17076(46.97%)	Total de equipes n=36355(%)
	Graduação 4169(11.47%)	Técnico 3540(9.74%)	Res. Médica 340 (0.94%)	Res. Multi. 336 (0.92%)	Pesquisa 544 (1.50%)	Vários 10350(28.47%)			
Organização dos prontuários por núcleos familiares	3572(11.35%)	2595(8.24%)	257 (0.82%)	249 (0.79%)	427 (1.36%)	9654(30.67%)	16754(53.22%)	14725(46.78%)	31479(100.0%)
Acolhimento à demanda espontânea por identificação de risco e/ou vulnerabilidade	3886(11.34%)	2840(8.29%)	273 (0.8%)	271 (0.79%)	459 (1.34%)	10600(30.94%)	18329(53.5%)	15931 (46.5%)	34260(100.0%)
Distinção na periodicidade das visitas domiciliares conforme avaliações de risco e/ou vulnerabilidade das famílias	4102(11.47%)	2948(8.24%)	286 (0.8%)	286 (0.8%)	466 (1.3%)	10946(30.59%)	19034(53.2%)	16744 (46.8%)	35778(100.0%)
Identificação e encaminhamento das famílias elegíveis ao Programa Bolsa Família	4064(11.47%)	2926(8.26%)	285 (0.8%)	286 (0.81%)	463 (1.31%)	10844(30.61%)	18868(53.26%)	16556(46.74%)	35424(100.0%)
Realização de discussão com a escola sobre as vulnerabilidades e situações de risco detectadas nos educandos	696 (12.28%)	462 (8.15%)	41 (0.72%)	40 (0.71%)	75 (1.32%)	1924(33.96%)	3238(57.15%)	2428 (42.85%)	5666 (100.0%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018

Essa sistematização dos prontuários (**Tabela 10**), além de favorecer uma abordagem mais integral, que considera o contexto familiar e social em conjunto ao individual, é essencial para fortalecer o vínculo e a longitudinalidade do cuidado. Essa organização associado a práticas de análise familiar para o planejamento das visitas domiciliares conforme as avaliações de risco e vulnerabilidade das famílias e o acolhimento à demanda espontânea com foco na identificação de risco e vulnerabilidade, apresentam-se como outros grandes diferenciais na qualidade da assistência ofertada pelo serviço, pois permitem um acompanhamento mais próximo e frequente das famílias em maior situação de vulnerabilidade.

Situação semelhante ocorre em relação as equipes que informaram realizar a identificação e o encaminhamento das famílias elegíveis ao Programa Bolsa Família (53,26%). Esse indicador destaca o papel das equipes de APS na ampliação da proteção social, assegurando que as famílias em situação de vulnerabilidade e/ou risco socioeconômico tenham acesso aos benefícios sociais que as asseguram uma redução em muitos dos determinantes sociais vinculados à uma série de doenças (BRASIL, 2023).

Outro dado preocupante é que apenas 57.15% das equipes que possuem integração ensino-serviço realizavam discussões com a escola sobre as vulnerabilidades e situações de risco detectadas nos educandos (**Tabela 10**). Resultados como estes demonstram que os sujeitos em formação estão perdendo a oportunidade de vivenciarem experiências de engajamento multisetorial, o que pode favorecer a perpetuação de práticas mais individualizadas e focadas nas demandas do serviço.

Cabe lembrar que este perfil de atuação encontra-se consolidado em grande parte dos serviços de APS, ao invés de valorizarem ações voltadas à promoção e proteção da saúde, prevenção dos agravos, precocidade diagnóstica, acompanhamento durante o tratamento, e principalmente, a manutenção da saúde, além do acompanhamento longitudinal tanto a nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2006; GIOVANELLA, 2018).

Neste sentido, o cenário identificado entre as equipes participantes no presente estudo reforça um pouco esta hipótese, uma vez que poucas equipes afirmaram ofertar ações de promoção em saúde e prevenção de agravos (média = 60%). Esta desvalorização das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos fica ainda

mais evidente se comparado com as ações de vigilância em saúde, na qual cerca de 94% das equipes afirmaram realiza-las (**Tabela 11 e Tabela 12**).

Tabela 11 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme as condições organizacionais para as ações de promoção em saúde e prevenção de agravos, segundo o o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018.

Ações de promoção em saúde e prevenção de agravos	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total de integração N19279(%)	Nenhuma integração n=17076(%)	Total de equipes n=36355(%)
	Graduação n=4169(%)	Técnico n=3540(%)	Res.Med. n=340(%)	Res.Mult. n=336(%)	Pesquisa n=544(%)	Vários n=10350(%)			
Oferta ações de apoio ao autocuidado	3922 (11.4%)	2833 (8.23%)	268 (0.78%)	271 (0.79%)	452 (1.31%)	10720(31.16%)	18466 (53.67%)	15941 (46.33%)	34407(100.0%)
Oferta ações de promoção da Cultura de Paz e dos Direitos Humanos	2518 (10.95%)	2010 (8.74%)	188 (0.82%)	181 (0.79%)	311 (1.35%)	7844 (34.12%)	13052 (56.78%)	9935 (43.22%)	22987(100.0%)
Oferta ações de promoção do Desenvolvimento Sustentável	2369 (10.75%)	1944 (8.82%)	167 (0.76%)	181 (0.82%)	313 (1.42%)	7543 (34.22%)	12517 (56.79%)	9524 (43.21%)	22041(100.0%)
Realiza mobilização e discussão de questões de saúde que afetam à coletividade	3357 (11.25%)	2520 (8.45%)	235 (0.79%)	254 (0.85%)	403 (1.35%)	9689 (32.48%)	16458 (55.17%)	13375 (44.83%)	29833(100.0%)
Realiza articulação com outros serviços públicos para ações de promoção em saúde	3289 (11.31%)	2487 (8.55%)	228 (0.78%)	230 (0.79%)	412 (1.42%)	9547 (32.84%)	16193 (55.69%)	12882 (44.31%)	29075(100.0%)
Realiza escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas do território	3198 (11.09%)	2451 (8.5%)	228 (0.79%)	248 (0.86%)	398 (1.38%)	9551 (33.13%)	16074 (55.75%)	12758 (44.25%)	28832(100.0%)
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	2412 (11.36%)	1735 (8.17%)	184 (0.87%)	196 (0.92%)	303 (1.43%)	7635 (35.97%)	12465 (58.72%)	8763 (41.28%)	21228(100.0%)
Oferta ações voltadas à atividade física	2965 (11.49%)	2123 (8.23%)	220 (0.85%)	210 (0.81%)	358 (1.39%)	8810 (34.13%)	14686 (56.9%)	11124 (43.1%)	25810(100.0%)
Oferta atendimento em grupo para pessoas em sofrimento psíquico	2280 (11.22%)	1615 (7.94%)	184 (0.91%)	196 (0.96%)	281 (1.38%)	7430 (36.55%)	11986 (58.96%)	8343 (41.04%)	20329(100.0%)
Oferta Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	1375 (12.0%)	803 (7.01%)	128 (1.12%)	135 (1.18%)	174 (1.52%)	4932 (43.04%)	7547 (65.86%)	3912 (34.14%)	11459(100.0%)
Realiza discussão de casos identificados nos estudantes com os profissionais da escola	346 (12.06%)	213 (7.42%)	26 (0.91%)	35 (1.22%)	35 (1.22%)	886 (30.88%)	1541 (53.71%)	1328 (46.29%)	2869 (100.0%)
Envolvimento da família e da escola no cuidado com o educando	1136 (10.11%)	1010 (8.99%)	81 (0.72%)	79 (0.7%)	144 (1.28%)	3306 (29.43%)	5756 (51.25%)	5476 (48.75%)	11232(100.0%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018

Primeiramente, em relação a oferta de ações de apoio ao autocuidado e promoção da cultura de paz e dos direitos humanos, e ações voltadas ao desenvolvimento sustentável pelas equipes que integram ensino e serviço (53,67%; 56,7%; 56,7%), os resultados sugerem que cerca da metade das equipes está engajada em atividades que incentivam os usuários a assumirem um papel ativo no cuidado com sua própria saúde (**Tabela 11**), contribuindo para que os sujeitos em formação desenvolvam habilidades para apoiar a promoção da autonomia, responsabilidade individual, o respeito mútuo, que permitem também a elaboração do manejo conjunto dos problemas, itens presente na abordagem centrada na pessoa (CONCEIÇÃO, 2015; MOREIRA, 2022; VENDRUSCOLO, 2018).

A mobilização e a discussão de questões de saúde que afetam à coletividade são práticas adotadas por 55,17% das equipes. Este dado evidencia o esforço das equipes em promover diálogos comunitários e incentivar a participação social em questões de saúde pública, essenciais para a construção de políticas mais eficazes e inclusivas. Além disso, 55,69% das equipes realizam articulações com outros serviços públicos para ações de promoção em saúde, indicando uma abordagem intersetorial que potencializa os resultados das ações de saúde ao integrar diferentes áreas e recursos. A escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas do território também foi uma prática adotada por cerca da metade das equipes (55,75%), ressaltando a importância da incorporação das necessidades vivenciadas pelos usuários no processo de aprimoramento contínuo dos serviços ofertados (**Tabela 11**).

A oferta de práticas mais tradicionais, como os grupos de educação em saúde para pessoas que querem perder peso (58,72%), ações voltadas à atividade física (56,90%) e uma abordagem mais inclusiva e acolhedora para o bem-estar geral das pessoas em sofrimento psíquico (58,96%), também, foi oferecida por aproximadamente metade das das equipes participantes. Entretanto, atividades como a discussão de casos identificados nos estudantes com os profissionais da escola e o envolvimento da família e da escola no cuidado com o educando foram prática que merecem maior atenção (**Tabela 11**).

Por outro lado, as ações de vigilância em saúde realizadas pelas equipes participantes reforçam um modelo de atenção focado na doença, uma vez que a quase totalidade das equipes afirmaram a incorporação de tais práticas em suas rotinas de trabalho (**Tabela 12**).

Tabela 12 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme as condições organizacionais para as ações de vigilância em saúde, segundo o o nível de ensino, PMAQ-AB. Brasil 2018

Ações de vigilância em saúde	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total de integração n=19279(%)	Nenhuma integração n=17076(%)	Total de equipes n=36355(%)
	Graduação n=4169(%)	Técnico n=3540(%)	Res.Med. n=340(%)	Res.Mult. n=336(%)	Pesquisa n=544(%)	Vários n=10350(%)			
Realização de busca ativa	4161(11.46%)	2994 (8.25%)	290 (0.8%)	289 (0.8%)	470 (1.29%)	11069(30.49%)	19273(53.09%)	17031(46.91%)	36304(100.0%)
Realização de ações de conscientização, informação e educação para combate à dengue	3929(11.47%)	2843 (8.3%)	271 (0.79%)	279 (0.81%)	455 (1.33%)	10671(31.16%)	18448(53.87%)	15799(46.13%)	34247(100.0%)
Realização de monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	3609(11.27%)	2667 (8.33%)	257 (0.8%)	269 (0.84%)	435 (1.36%)	10211(31.88%)	17448(54.48%)	14578(45.52%)	32026(100.0%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018.

Legenda: Busca ativa= busca ativa para o acompanhamento de crianças, pessoas em tratamento e identificação de sintomas de tuberculose e/ou hanseníase

Apesar da necessidade de análises mais robustas, resultados apresentados na **Tabela 12**, como a constatação de que todas as equipes que possuíam sujeitos vinculadas a programas de graduação realizavam de busca ativa, enquanto as equipes que não possuem qualquer nível de integração com sujeitos em formação apresentaram menores frequências na realização destas ações de vigilância, reafirmam o papel inverso nesse processo, onde a inserção de sujeitos em formação contribui para a qualificação do processo de trabalho em saúde (ARAÚJO, 2021; RAMOS, 2022).

Tal suposição fica melhor evidenciada quando analisada a distribuição destas equipes conforme o grau de desempenho em relação ao acesso e à qualidade é possível observar que aquelas que possuem maior número de integração se concentraram naquelas com desempenho bom (32,0%), seguido do regular (30,6%) e que as que concentram maior número de sujeitos com diferentes níveis de ensino apresentaram a maior proporção de desempenho considerado bom (37,1%), enquanto aquelas sem qualquer integração com sujeitos em formação mostraram uma predisposição a se concentrarem nos graus regular (34,1%) e ruim (20,8%), (**Tabela 13**).

Tabela 13 - Distribuição das equipes dos serviços de atenção primária conforme o grau de desempenho em relação ao acesso e à qualidade, segundo o nível de ensino dos sujeitos em formação, PMAQ-AB. Brasil 2018.

Grau de desempenho	Níveis de Ensino dos sujeitos em formação						Total de integração n=19279(%)	Nenhuma integração n=17076(%)	Total de equipes n=36355(%)
	Graduação n=4169(%)	Técnico n=3540(%)	Res.Med. n=340(%)	Res.Mult. n=336(%)	Pesquisa n=544(%)	Vários n=10350(%)			
Ótimo	157 (11.65%)	150 (11.13%)	4 (0.3%)	11 (0.82%)	27 (2.0%)	459 (34.05%)	808 (59.94%)	540 (40.06%)	1348 (100.0%)
Muito bom	735 (11.97%)	485 (7.9%)	55 (0.9%)	68 (1.11%)	94 (1.53%)	2359 (38.43%)	3796 (61.84%)	2342 (38.16%)	6138 (100.0%)
Bom	1341 (12.06%)	807 (7.26%)	104 (0.94%)	99 (0.89%)	154 (1.39%)	3841 (34.54%)	6346 (57.07%)	4773 (42.93%)	11119 (100.0%)
Regular	1320 (11.35%)	1041 (8.95%)	92 (0.79%)	72 (0.62%)	132 (1.14%)	3130 (26.92%)	5787 (49.78%)	5838 (50.22%)	11625 (100.0%)
Ruim	610 (10.01%)	508 (8.34%)	34 (0.56%)	40 (0.66%)	63 (1.03%)	1272 (20.88%)	2527 (41.48%)	3565 (58.52%)	6092 (100.0%)
Insatisfatório	6 (14.29%)	3 (7.14%)	2 (4.76%)	0 (0.0%)	1 (2.38%)	12 (28.57%)	24 (57.14%)	18 (42.86%)	42 (100.0%)

Fonte: PMAQ-AB, 2018

Desta forma, os resultados retrataram um cenário ainda pouco utilizado e com muitos benefícios, quer seja para os sujeitos em formação, para os profissionais das equipes, gestores e mesmo o usuário.

Limitações

Reconhece-se que o presente trabalho apresenta limitações metodológicas comuns a estudos puramente quantitativos, que impossibilitam aprofundar a compreensão de fatores externos que podem exercer influência na decisão do gestor de inserir atividades de ensino no serviço de saúde, por exemplo.

Para além desta limitação metodológica, há de se pontuar a carência de algumas variáveis. Para minimizar essa ausência, buscou-se com a incorporação de variáveis *proxy*, ou seja, informações que apresentam algum grau de semelhança com a de real interesse - que por algum motivo não se encontrava disponível para utilização (BRUC, P.; BRUCE, 2019), como apresentado a seguir:

1) o número de usuários e/ou famílias cadastradas – para ter uma noção do porte do serviço analisado e, conseqüentemente, da existência de serviços de APS que comportem maior número de usuários e profissionais do que outros, utilizou-se variáveis de infraestrutura (existência de sala exclusiva para atividades coletivas e disponibilidade de vacinação) considerando que os serviços com maior infraestrutura tendem a ser os de maior porte, com maior número de profissionais e usuários;

2) informações como o sexo biológico, a idade e as comorbidades de saúde dos usuários cadastrados - para traçar um esboço do perfil dos usuários utilizou-se as variáveis sobre a existência de grupos populacionais minoritários e/ou vulnerabilizados considerando que a existência deste público entre os usuários denotaria a necessidade da oferta de uma atenção diferenciada;

3) o tipo de arranjo organizacional do serviço – para ter uma noção da diferença entre as equipes de saúde da família daqueles do modelo tradicional utilizou-se a variável “existência de ACS na equipe”, considerando que este profissional só encontra-se presente nos serviços que atendem ao modelo saúde da família ou aqueles tradicionais que aderiram ao Programa Estratégia da Família ou que possui equipes de Saúde da Família integradas a sua equipe.

4) detalhamento das instituições e cursos que possuem sujeitos inseridos nos serviços – para traçar este perfil da estrutura de ensino do município e/ou região utilizou-se as variáveis que mostrassem a existência de unidade de ensino superior e

hospitais de ensino e pesquisa, considerando que a tendência seria que os sujeitos destes estabelecimentos não fossem inseridos em redes de serviço de municípios muito distantes.

Apesar da tentativa de contemplar ao máximo os fatores que pudessem exercer algum grau de influência sobre o cenário de integração ensino-serviço, reconhece-se que o estudo não permitiu um retrato sobre algumas diferenças inerentes ao modelo organizacional dos serviços de APS, como pertencer a um centro de saúde escola, assim como influências relacionadas à escolha pelo gestor municipal do serviço para a integração com ensino, ou mesmo a adesão do serviço ao processo avaliativo do PMAQ- que muitas vezes são impostos pelos gestores municipais, mobilizados pelo incentivo financeiro ou pela visibilidade política, o que pode favorecer a participação de serviços com melhores desempenho.

Apesar de tais limitações, acredita-se que a magnitude do universo avaliado garanta um grande poder de generalização, permitindo, efetivamente, avaliar o perfil dos diferentes tipos de integração ensino-serviço em relação à estrutura, planejamento e desempenho do acesso e qualidade das equipes de APS do Brasil.

Espera-se que a partir de tais resultados, possa ser construído um produto técnico no formato de infográfico destinados aos preceptores e gerentes dos serviços de APS. Acredita-se que tal material possa potencializar a integração serviço-ensino em busca de melhores desempenhos no acesso e na qualidade organizacional dos serviços de APS.

CAPÍTULO 3

Título

Retrato da Atenção Primária e da integração ensino-serviço.

Tipo de produção

Editoração de infográfico.

Objetivo do produto

Divulgação das principais características do perfil estrutural dos serviços de APS e das condições organizacionais de suas equipes que possuem integração ensino-serviço, visando mobilizar gestores e profissionais dos serviços de APS, em especial, aqueles que acolhem sujeitos em formação em suas rotinas de trabalho à refletirem sobre seu papel na formação destes sujeitos.

Público-alvo

Gestores municipais da saúde, gerentes e profissionais dos serviços de APS, em especial aqueles que desempenham o papel de preceptores. Como público secundário estima-se os docentes de universidades e pesquisadores da área da formação e educação em saúde.

Aplicabilidade para o campo profissional

A aplicabilidade da divulgação proposta pelo produto se mostra viável por referir-se a um produto digital que será compartilhado com seu público por meio do endereço eletrônico disponibilizado no cadastro das equipes de APS do próprio instrumento de análise. Vislumbra-se, ainda, a divulgação do material junto às universidades públicas do país (via contatos do site Escolas Médicas do Brasil - <https://www.escolasmedicas.com.br>) e à espaços de grande repercussão como para a comunicação do site da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) - <https://abrasco.org.br/>.

Relevância para o campo profissional

O produto se mostra de grande relevância em nível nacional devido ao ineditismo e robustez das informações, uma vez que possui representatividade em

âmbito nacional e apresenta um cenário de todo o país - até então não publicado -, já que não identificou-se na literatura estudos que apresentassem tal perfil nacional, nem tanto, publicações sobre a integração nos serviços de APS de sujeitos que frequentavam o ensino técnico profissional e a pesquisa. Soma-se a essa relevância o fato de que além das reflexões propostas, ao desvelar este contexto de integração fomentará o levantamento de hipóteses para novas pesquisas sobre o tema.

Especificações da construção e do desenvolvimento

O termo “infográfico” é derivado de "informational graphics" em inglês, e descreve a combinação de texto e imagem para transmitir uma mensagem densa, mas visualmente atrativa e de fácil compreensão (MÓDOLO, 2007). Desta forma, representa uma ferramenta de apresentação de dados técnicos e conceituais em um formato atraente e conciso no qual todo seu conteúdo é transmitido por meio de recursos verbais e visuais que utilizam além do texto, gráficos, ilustrações, ícones e outros tipos de mídia de uma forma autoexplicativa, permitindo uma rápida compreensão pelo leitor (MÓDOLO, 2007; CARVALHO, 2013).

Sua utilização no meio acadêmico esta ganhando relevância e cada vez mais adeptos devido à sua eficácia na comunicação de dados, favorecendo a disseminação de evidências de uma forma rápida e mais palatável ao público em geral, além de estimular a busca pelo aprofundamento do conteúdo, já que por trazer elementos mais atrativos à leitura, captura a atenção inicial do leitor influenciando sua decisão de continuar a leitura. Este perfil tem feito com que os infográficos atendam à demanda de uma nova geração de leitores visualmente orientados, que buscam informações práticas e de fácil assimilação, auxiliando no impacto social das produções científicas (MÓDOLO, 2007; CARVALHO, 2013).

Especificamente para este material que possui como público gestores e profissionais dos serviços, que comumente acumulam muitas atribuições, a disponibilidade de um material com tais características (resultados concisos e linguagem simples) facilitará sua utilização por um número maior de pessoas.

É importante destacar que a criação dessa representação visual da informação não se limita à simples tradução do texto para o visual (DOMINGOS, 2004), pois envolve a filtragem da informação, o estabelecimento de relações, a identificação de padrões e sua representação de maneira que facilite ao leitor a compreensão e a atribuição de significado aos dados apresentados (RAJAMANICKAM, 2005).

Desta forma, o atual material foi construído seguindo os critérios metodológicos que dividem seu processo em três etapas: concepção, execução e acabamento. Na fase de concepção, o foco foi a definição e compreensão do tema a ser abordado, com atenção redobrada em entender o assunto do estudo e o que se desejava transmitir sobre ele para o público ao qual foi destinado (TWYMAN, 1985; HORN,1998).

A partir da fundamentação teórica do trabalho e dos elementos do infográfico (HORN, 1998; TWYMAN, 1985), todo o conteúdo do trabalho (incluindo as análises estatísticas) foram sendo organizados hierarquicamente e de uma forma que pudessem ser selecionados os elementos gráficos mais eficaz para transmitir tal conteúdo de uma maneira harmoniosa para que não sobrecarreguem visualmente o layout ao mesmo tempo que conste todas as informações necessárias para que o conteúdo seja compreendido (TWYMAN, 1985; HORN,1998).

Desta forma, partiu-se do conteúdo teórico e analítico produzido no capítulo 2 para avançar no processo de execução do infográfico. A próxima etapa constou da definição dos objetivos do infográfico, ou seja, o que se desejava transmitir ao leitor e quais informações seriam necessárias para alcançar este objetivo, já que precisaria ser um conteúdo atraente para chamar atenção e disparar reflexões nos gestores e profissionais de saúde para a forma como suas rotinas de trabalho estavam organizadas, já que muitos serviços presentes no universo analisado, também, desempenhavam um papel de instituição de formação e qualificação profissional.

Para tanto, selecionou-se ícones, gráficos, mapas e figuras para ilustrar o conteúdo que foi todo produzido na versão gratuita do software Canva®. O conteúdo foi subdividido espacialmente por sessões referentes ao tipo de informação que se pretendia transmitir, iniciando pela informações referentes a um contexto de âmbito mais abrangentes e/ou de menor governabilidade das equipes até chegar naquelas as quais as equipes possuem maior autonomia para reorganizarem. Para melhor organização dessas sessões utilizou-se caixas com o título em destaque do conteúdo apresentado e linhas simples para separar os sub-conteúdos dentro de uma mesma caixa.

Após este primeiro esboço, realizou-se a fase de acabamento a qual todos os elementos foram adequados para manter uma sintonia entre suas cores e estilos, possibilitando maior destaque às informações consideradas importantes. Ajustes finos na integração entre texto e imagem foram realizados, o que incluiu a revisão do

tamanho, cor e fonte das legendas, além da revisão quanto a clareza das informações e sua harmonia visual geral.

Por referir-se a um trabalho de conclusão de mestrado, tomou-se o cuidado em acrescentar além das informações de autoria, um Qrcode de direcionamento para o repositório da Unesp, permitindo assim que o leitor possa acessar todo o trabalho na sua íntegra.

Situação do produto

Concluído.

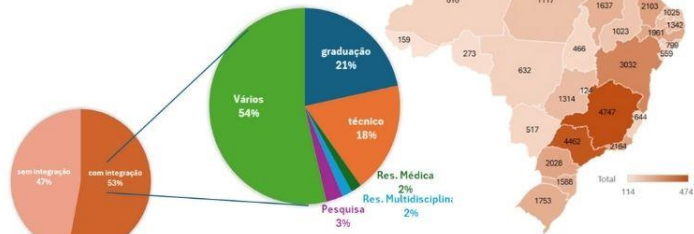
Produto

RETRATO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO*

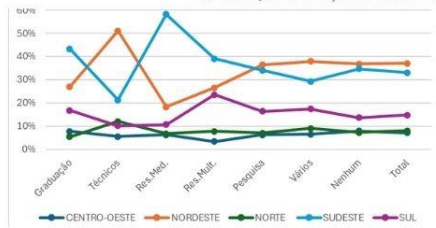
APRESENTA-SE AS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DOS SERVIÇOS DE APS E A ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES QUE ACOLHERIAM OS SUJEITOS DOS DIFERENTES NÍVEIS DE ENSINO (MÉDIO E/OU SUPERIOR) EM SUAS ROTINAS DE TRABALHO, SEGUNDO DADOS DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ-AB) NO ANO DE 2018.

DO TOTAL DE 36.355 EQUIPES SO PAÍS - 17.076 NÃO POSSUI INTEGRAÇÃO COM ENSINO

EQUIPES COM INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO



Distribuição dos sujeitos em formação integrados ao serviços de APS segundo o nível de ensino

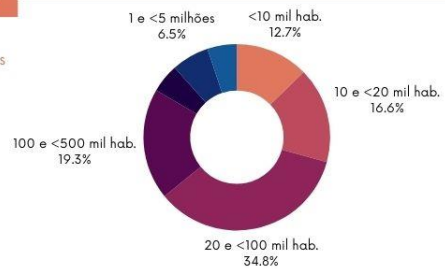


28,3% das equipes foram qualificadas na formação em tutoria/preceptoria

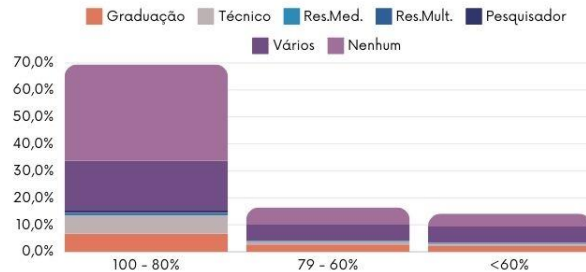


PERFIL DOS MUNICÍPIOS

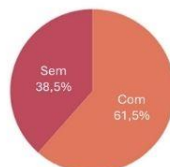
Distribuição das equipes conforme o porte populacional do município



Distribuição das equipes conforme a cobertura populacional estimada na atenção primária municipal, segundo os níveis de ensino



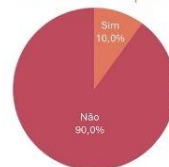
Existência de Unidade de ensino superior



Existência de hospital de ensino e pesquisa credenciado (Ministérios Saúde e Educação)



Hospital de ensino e pesquisa sob Responsabilidade da Gestão Municipal



PERFIL DOS SERVIÇOS

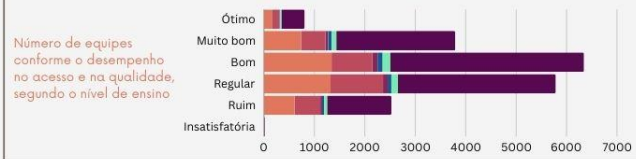
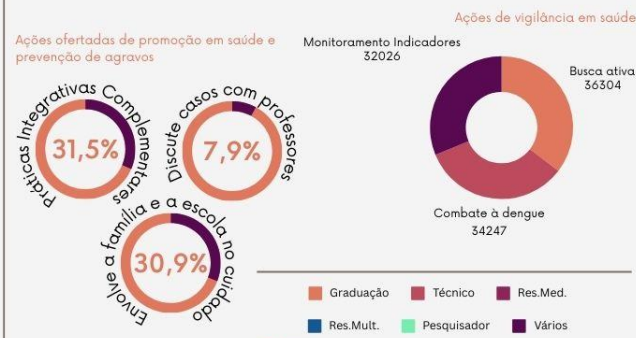


Número de equipes que possuem populações vulnerabilizadas cadastradas

0,3% não possui populações vulnerabilizadas cadastradas



CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DAS EQUIPES



*Produzido por Wallace Jordão Júnior com orientação de Patricia Rodrigues Sanine como produto do Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Faculdade de Medicina de Botucatu | Unesp

Acesso ao trabalho completo



CAPÍTULO 4

Considerações Finais

O método utilizado mostrou-se adequado para elucidar um retrato das equipes de APS do Brasil que possuem integração ensino-serviço em suas rotinas de trabalho. Constatou-se que praticamente metade delas possuíam sujeitos em formação, porém, com uma distribuição territorial bastante desigual - maior concentração nos estados das regiões sudeste e nordeste.

Os municípios com menor porte populacional e maior cobertura populacional estimada para APS foram os que apresentaram maior número de integração ensino-serviço. A existência de instituição de ensino superior e hospital de ensino e pesquisa no município parece ser um fator que favorece a existência de sujeitos em formação integrados ao serviço.

A maioria das equipes que possuíam integração ensino-serviço informaram haver diversidade dos níveis de ensino dos sujeitos em formação, seguidos dos sujeitos que frequentavam a graduação. Um número bastante reduzido de equipes foram qualificadas em tutoria/preceptorial no último ano.

A organização e a prática das equipes que integram ensino e serviço se caracterizaram por um planejamento bimestral e/ou com maior frequência, entretanto, com realização de reuniões de equipe com periodicidade semanal e/ou quinzenal. A maioria das equipes encontram-se atentas às vulnerabilidades do território e dos usuários, mas a minoria discute com a escola as situações detectadas nos educandos.

Constatou-se predomínio das ações de vigilância em saúde e menor número das que ofertavam as de promoção em saúde e prevenção de agravos, estando distribuídas na maioria entre os serviços com desempenho regular e bom em relação ao acesso e a qualidade da atenção prestada pela equipe.

A identificação no processo de trabalho das equipes de perfis estruturais e condições organizacionais que podem fomentar reflexões críticas e práticas de cuidado mais coerentes com o preconizado do SUS reafirma a importância da integração ensino-serviço como uma estratégia essencial para a qualificar a formação dos profissionais de saúde e o fortalecimento do SUS. Ao mesmo tempo, os resultados alertam para a falta de preparação dos profissionais de saúde para atuarem enquanto preceptores, assim como uma organização que tende a reproduzir um

modelo de atenção ainda hegemônico, cujo foco se mantém no atendimento individual centrado na doença ao invés das ações de promoção à saúde.

Desta forma, espera-se que as questões identificadas possam auxiliar gestores e os profissionais de saúde/preceptores a melhorarem suas práticas de ensino e assistência, ao mesmo tempo em que permita maior compreensão sobre as atribuições dos profissionais preceptores e a integração dos demais membros da equipe do serviço, potencializando suas experiências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC - Academia Brasileira de Ciências. Perfil do Cientista Brasileiro em início e meio de carreira. 2023. Disponível em: <https://www.abc.org.br/wp-content/uploads/2023/10/Perfil-do-Cientista-Brasileiro-ABC-2023.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2024.

ALBUQUERQUE, V. S.; REZENDE, C. H.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ALMEIDA, F.; SILVA, C.; SOUZA, D. Integração entre Currículos na Educação de Profissionais da Saúde: A Potência para Educação Interprofissional na Graduação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, n. 3, 2020.

AMARAL, P.; CARVALHO, L. R.; LUZ, L.; BARBOSA, A. C. Q. Estrutura espacial e provisão de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, v. 23, 2021.

ANDRADE, S. R.; BOEHS, A. E.; BOEHS, C. G. Percepções de Profissionais sobre o Aprendizado de Estudantes de Graduação na Atenção Básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 4, p. 520-527, 2014.

ANDRADE, S. R.; BOEHS, A. E.; BOEHS, C. G. E. Percepções de enfermeiros docentes e assistenciais sobre a parceria ensino-serviço em unidades básicas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 54, p. 537-547, jul. 2015.

ARAÚJO, J. A. D. et al. Strategies for changing the nursing preceptorship activity in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, p. e20210046, 2021.

ARGENTON, I. S.; PILECCO, R. L.; DOLINSKI, C.; MEDEIROS, C. R. G. A Análise de Trajetórias Assistenciais como Metodologia de Integração Ensino-Serviço na Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2018.

AUTONOMO, F. R. de O. M. et al. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 2, p. 316-327, abr. 2015.

BARREIROS, B. C.; DIERCKS, M.; SILVA, M. B. F.; FAJARDO, A. P. Active Teaching-Learning Strategies for Family Medicine Preceptors in the EURACT. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, n. 3, 2020.

BARRETO, V. H. L. et al. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 4, p. 578-583, dez. 2011.

BARROS, R. D.; AQUINO, R.; SOUZA, L. E. P. F. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 27, n. 11, p. 4289-4301, 2024.

BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. *Saúde Debate*, v. 42, n. esp. 2, p. 188-202, 2018.

BORGES, F. Q. et al. Negociações (im)possíveis: a preceptoria e os desafios na relação entre ensino e serviço. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 45, n. 4, p. e234, 2021.

BOTTI SH, R. S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Aprovado em 7 de agosto de 2001.

BRASIL. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. História e missão. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/historia-e-missao>. Acesso em: 16 jun. 2024.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. 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*, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário temático: monitoramento e avaliação. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. *Diário Oficial da União*, p. 26, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006. 414 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 569, de 08 de dezembro de 2017. Aprova os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde. Brasília, DOU, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2022: análise da situação de saúde e uma visão integrada sobre os fatores de risco para anomalias congênitas. Brasília, 2023. 502 p.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015.

BRASIL. Portaria n. 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 fev. 2004.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 05 mar. 2024.

BRAVO, V. A. A.; CYRINO, E. G.; AZEVEDO, M. A. R. Ensino na atenção primária à saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais: o papel do projeto político-pedagógico. In: CYRINO, A. P.; Godoy, D.; Cyrino, E. G. (orgs.). Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. Cultura Acadêmica, p. 25-48, 2014.

BREHMER, L. C. de F.; RAMOS, F. R. S. Teaching-service integration: implications and roles in experiences of Undergraduate Courses in Nursing. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, n. 1, p. 118-124, fev. 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan. 2007.

BRUC, P.; BRUCE, A. Estatística Prática para Cientista de Dados: 50 Conceitos Essenciais. 1. ed. Alta Books Editora, 2019.

CAMARGO, R. A. A. de et al. Avaliação da formação do técnico de enfermagem por enfermeiros da prática hospitalar. Revista Mineira de Enfermagem, v. 19, n. 4, p. 962-968, 2015.

CARVALHO, J.; ARAGÃO, I. Infografia: Conceito e Prática. InfoDesign - Revista Brasileira de Design da Informação, v. 9, n. 3, p. 160-177, 2013.

CARVALHO, M. A. P. de; GUTIÉRREZ, A. C. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 6, p. 2013-2022, jun. 2021.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira

aplicação do instrumento QualiAB. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, p. 679-691, out. 2014.

CASTELLS, M. A.; CAMPOS, C. E. A.; ROMANO, V. F. Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoria. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 3, p. 461-469, jul. 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CODATO, L. A. B.; GARANHANI, M. L.; GONZÁLEZ, A. D. Percepções de profissionais sobre o aprendizado de estudantes de graduação na Atenção Básica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 605-619, jul. 2017.

CONCEIÇÃO, M. R. et al. Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, p. 845-855, 2015.

COSTA DAS, S. R. F.; LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. O. National curriculum guidelines for health professions 2001-2004: an analysis according to curriculum development theories. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, 2018.

DELGADO, I. F. et al. Trajetória profissional e impacto da formação em egressos da Especialização da Fiocruz. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 4, p. 1253-1264, abr. 2023.

DESLANDES, S. et al. Perfil e percurso profissional de egressos dos cursos de mestrado e doutorado da Fundação Oswaldo Cruz. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. e00209222, 2024.

DOMINGOS, A. A. A linguagem sincrética do jornal impresso. *Revista de Comunicação Midiática, Bauru, Programa de Pós-Graduação em Comunicação*, 2004.

ELY, L. I.; TOASSI, R. F. C. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 1563-1575, 2018.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 208-223, set. 2018.

FAE, J. M. et al. A integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil. *Rev. ABENO [online]*, v. 16, n. 3, p. 07-18, 2016.

FASSINA, V.; MENDES, R.; PEZZATO, L. M. Formação médica na atenção primária à saúde: percepção de estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 45, n. 3, p. e141, 2021.

FAVERO, M. L. A universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. *Educação & Realidade*, v. 28, p. 17-36, dez. 2006.

FERREIRA, M. R.; FAJARDO, A. P.; WARMLING, C. M. O agir docente e a integração ensino-serviço na formação técnica em enfermagem para o SUS. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, v. 3, n. 2, p. 36-51, 2019.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 2, p. 207-215, abr. 2010.

FLOR, T. B. M. et al. Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 1, p. 281-290, 2023.

FRANCO, E. C. D. et al. A integração ensino-serviço-comunidade no curso de enfermagem: o que dizem os enfermeiros preceptores. *Enferm Foco*, v. 11, n. 3, p. 35-38, 2020.

FRANCO, M. T.; MILÃO, L. F. Integração ensino-serviço na formação técnica de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 22, p. 55299, 2020.

FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910.

FRANCIS, K.; BONNER, A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: Clarifying the conceptual definitions for Australian Rural Nurses. A review of the literature. [s.l.: s.n.].

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

HORN, R. E. *Visual Language: Global communication for the 21st Century*. Washington: Macro VU, Inc., 1998.

IZECKSOHN, M. M. V. et al. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 737-746, mar. 2017.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LAWALL, P. Z. M. et al. A preceptoría médica em medicina de família e comunidade: uma proposta dialógica com a andragogia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 47, n. 1, p. e015, 2023.

MADRUGA, L. M. de 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, p. 805-816, 2015.

MENDES, T. M. C.; FERREIRA, T. L. S. F.; CARVALHO, Y. M.; SILVA, L. G.; SOUZA, C. M. C. L.; ANDRADE, F. B. Contribuições e desafios da integração ensino-serviço-comunidade. *Texto Contexto Enferm*, v. 29, p. e20180333, 2020.

MIRANDA, C. Z. de et al. Factors associated with career intention in primary health care among medical students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 45, n. 3, p. e146, 2021.

MÓDOLO, C. M. Infográficos: características, conceitos e princípios básicos. In: CONGRESSO REGIONAL DE COMUNICAÇÃO, 2007, São Paulo. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sudeste2007/resumos/r0586-1.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2024.

MOREIRA, K. F. A.; MOURA, C. O. D.; FERNANDES, D. E. R.; FARIAS, E. D. S.; PINHEIRO, A. D. S.; BRANCO JUNIOR, A. G. Percepções do preceptor sobre o processo ensino-aprendizagem e práticas colaborativas na atenção primária à saúde. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 43, p. e20210100, 2022.

OLIVEIRA, M. P. R. de et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 4, p. 547-559, out. 2016.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.

OPAS/OMS. Metas Regionais: 2007-2015.

ORLANDIN, E. A. S.; MOSCOVICI, L.; FRANZON, A. C. A.; PASSOS, A. D. C.; DAL FABRO, A. L.; VIEIRA, E. M. A research agenda for Primary Health Care in the state of São Paulo, Brazil: the ELECT study. *Interface (Botucatu)*, v. 21, n. 61, p. 349-361, 2017.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 492-499, out. 2008.

PELLEGRINI FILHO, A. Determinantes sociais da saúde e determinantes sociais das iniquidades em saúde: a mesma coisa? In: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Portal e observatório sobre iniquidades em saúde. Fiocruz, 2024. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/determinantes-sociais-da-saude-e-determinantes-sociais-das-iniquidades-em-saude-a-mesma-coisa/>. Acesso em: 05 mar. 2024.

PEREIRA, A. L. P. et al. A integração ensino-serviço-gestão-comunidade na percepção de preceptores de graduandos na Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 3, p. e320305, 2022.

PESSOA, T. R. R. F.; CASTRO, R. D.; FREITAS, C. H. S. M.; REICHERT, A. P. S.; FORTE, F. D. S. Formação em Odontologia e os estágios supervisionados em serviços públicos de saúde: percepções e vivências de estudantes. *Rev ABENO*, v. 18, n. 2, p. 144-155, 2019.

PINTO, T. R.; CYRINO, E. G. Os profissionais de saúde no ensino na atenção primária à saúde: tensões e potencialidades nas práticas pedagógicas-assistenciais. In: CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. (orgs.). Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. Cultura Acadêmica, p. 93-132, 2014.

PIZZINATO, A. et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, 2012.

RAJAMANICKAM, V. Infographics Seminar Handout. Disponível em: <http://www.albertocairo.com/infografia/noticias/2005/infographichandout.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2024.

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. D. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 4, p. e00089118, 2019.

ROSÁRIO, C.A.; BAPTISTA, T.W.F.; MATTA, G.C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. Saúde Debate, v.44 n.124 p.17-31 2020.

SANINE, P. R. et al. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 10, p. e00103118, 2019.

SANTOS, P. T. dos; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 6, p. 788-795, 2010.

SILVA, J.; GARCIA, M.; SANTOS, L. Factors Associated with Career Intention in Primary Health Care Among Medical Students. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 45, n. 3, 2021.

SILVA JUNIOR, A. G. da; ANDRADE, H. S. de. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 9, p. 2670-2671, set. 2016.

SIQUEIRA, G. C.; SOUZA, D. F.; SÁ, A. M. M.; RODRIGUES, R. M.; FREITAS, J. J. S.; KIETZER, K. S. Research, Society and Development, v. 11, n. 13, p. e559111335840, 2022.

SOUZA, M.; COSTA, F.; MORAES, E. Health Teaching-Service Integration: Possible Dialogues from Collective Co-Management. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 44, n. 2, 2020.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TAMARIA, M. S. G.; COSTA, H. M. D. Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersetorialidade no contexto do SUS. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 16, n. 2, p. 454-469, 2017.

TRAJMAN, A.; ASSUNÇÃO, N.; VENTURI, M.; TOBIAS, D.; TOSCHI, W.; BRANT, V. A Preceptoria na Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Opinião dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.*, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

TWYMAN, M. Using pictorial language: a discussion of the dimensions. In: DUFTY, T. M.; WALLER, R. (Ed.). *Designing usable text*. Orlando, Florida: Academic Press, 1985. p. 245-312.

VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. Mudança de Paradigma na Formação de Profissionais de Saúde: Uma Experiência de Integração Ensino-Serviço. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 56, p. 147-158, 2016.

VELÔSO, R. B. P. et al. Contributions of the Education through Work for Health Program to the preceptors of Primary Healthcare. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, p. e03596, 2020.

VENDRUSCOLO, C. et al. Rethinking the Health Care Model through the reorientation of training. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 1580-1588, 2018.

VIEIRA, L. M.; SGAVIOLI, C. A. P. P.; SIMIONATO, E. M. R. S. et al. Formação profissional e integração com a rede básica de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. 1, p. 293-304, 2016.

ANEXOS

Anexo 1 – Quadro dos estudos identificados em revisão bibliográfica sobre integração ensino-serviço na APS.

Título	Autor	Referência	ano	Tema					
				Graduação	Técnico	Res. Méd.	Res. Mult.	Pesquisa	Preceptor
A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde	Trajman, Anete, Assunção, Naima, Venturi, Monique, Tobias, Diogo, Toschi, Walria, Brant, Victoria	Revista Brasileira de Educação Médica; 33(1); 24-32	2009	0	0	0	0	0	Multi
Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular	Ruiz, Danilo Garcia, Farenzena, Gilmor José, Haeffner, Léris Salete Bonfanti	Revista Brasileira de Educação Médica; 34(1); 21-27	2010	1	0	0	0	0	Médica
Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente	Santos, Patricia Tavares dos, Bertolozzi, Maria Rita, Hino, Paula	Acta Paulista de Enfermagem; 23(6); 788-795	2010	0	0	0	0	0	Médica
Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência	Barreto, Vitor Hugo Lima, Monteiro, Regina Onezifora da Silva, Magalhães, Gustavo Sérgio de Godoy, Almeida, Rodrigo Cariri Chalegre de, Souza, Lara Neves	Revista Brasileira de Educação Médica; 35(4); 578-583	2011	1	0	1	0	0	Médica
A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS	Pizzinato, Adolfo, Gustavo, Andréia da Silva, Santos, Beatriz Regina Lara dos, Ojeda, Beatriz Sebben, Ferreira, Eliana, Thiesen, Flávia Valladão, Creutzberg, Marion, Altamirano, Marisa, Paniz, Oscar, Corbellini, Valéria Lamb	Revista Brasileira de Educação Médica; 36(1); 170-177	2012	1	0	0	0	0	Multi / PET

Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde	Pinto, Anna Carolina Martins, Oliveira, Isabela Viana, Santos, Ana Luiza Soares dos, Silva, Luiza Eunice Sá da, Izidoro, Gabriela da Silva Lourelli, Mendonça, Raquel de Deus, Lopes, Aline Cristine Souza	Ciência & Saúde Coletiva; 18(8); 2201-2210	2013	1	0	0	0	0	Multi / PET
Programa de Educação para o Trabalho e Vigilância em Saúde	Linhares, Maria Socorro Carneiro, Freitas, Cibelly Aliny Siqueira Lima, Teixeira, Ana Karine Macedo, Dias, Raimundo Vieira, Flor, Sandra Maria Carneiro, Soares, João Sérgio Araújo, Cavalcante, Francisco Roger Aguiar	Trabalho, Educação e Saúde; 11(3); 679-692	2013	1	0	0	0	0	Multi / PET
Relacionamento interorganizacional na integração ensino-serviço de enfermagem na atenção primária à saúde	Andrade, Selma Regina de, Boehs, Astrid Eggert, Coelho, Bruna, Schmitt, Isabel Maria, Boehs, Carlos Gabriel Eggert	Revista Brasileira de Enfermagem; 67(4); 520-527	2014	1	0	0	0	0	Enfermagem
Teaching-service integration: implications and roles in experiences of Undergraduate Courses in Nursing	Brehmer, Laura Cavalcanti de Farias, Ramos, Flávia Regina Souza	Revista da Escola de Enfermagem da USP; 48(1); 118-124	2014	1	0	0	0	0	Enfermagem
A Preceptoría na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras	Autonomo, Francine Ramos de Oliveira Moura, Hortale, Virginia Alonso, Santos, Gideon Borges dos, Botti, Sergio Henrique de Oliveira	Revista Brasileira de Educação Médica; 39(2); 316-327	2015	0	0	0	0	0	graduação médica
Control mechanisms for the integration of teaching and service in the Pró-Saúde nursing programme	Andrade, Selma Regina de, Boehs, Astrid Eggert, Boehs, Carlos Gabriel Eggert, Gorris, Pollyana Plautz	Revista Gaúcha de Enfermagem; 36(3); 56-62	2015	1	0	0	0	0	Enfermagem
Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores	Camara, Ana Maria Chagas Sette, Grosseman, Suely, Pinho, Diana Lucia Moura	Interface - Comunicação, Saúde, Educação;	2015	0	0	0	0	0	Multi / PET

		19()); 817-829							
Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)	Conceição, Mírian Ribeiro, Vicentin, Maria Cristina Gonçalves, Leal, Bianca Mara Maruco Lins, Amaral, Marcos Martins do, Fischer, Andreia Badan, Kahhale, Edna Maria Peters, Rosa, Elisa Zaneratto, Spolaor, Jussara, Saes, Debora	Interface - Comunicação, Saúde, Educação; 19()); 845-855	2015	1	0	0	0	0	Multi / PET
O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes	Madruga, Luciana Margarida de Santana, Ribeiro, Kátia Suely Queiroz Silva, Freitas, Cláudia Helena Soares de Moraes, Pérez, Ingrid de Almeida Becerra, Pessoa, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes, Brito, Geraldo Eduardo Guedes de	Interface - Comunicação, Saúde, Educação; 19()); 805-816	2015	1	0	0	0	0	Enfermagem
A Avaliação Global da Pessoa Idosa como Instrumento de Educação Médica: Relato de Experiência	Pereira, Rodrigo Pastor Alves, Savassi, Leonardo Cançado Monteiro, Santos, Álisson Oliveira dos, Barbosa, Estevão Ferreira, Salomão, Camila Abrão Borges, Ciarlariello, Vinícius Boaratti, Mendes, Luiz Felipe MIRANDA, 2021	Revista Brasileira de Educação Médica; 40(2); 314-320	2016	1	0	0	0	0	Médica
A Evolução do Interesse do Estudante de Medicina a respeito da Atenção Primária no Decorrer da Graduação	Campedelli-Lopes, Andréa Maria, Bicudo, Angélica Maria, Antônio, Maria Ângela R. de Góes M.	Revista Brasileira de Educação Médica; 40(4); 621-626	2016	1	0	0	0	0	Médica
Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoría	CASTELLSIIs, Maria Alicia, Campos, Carlos Eduardo Aguilera, Romano, Valéria Ferreira	Revista Brasileira de Educação Médica; 40(3); 461-469	2016	0	0	1	0	0	Médica

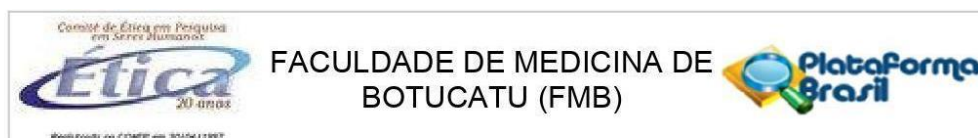
Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde	Vasconcelos, Ana Claudia Freitas de, Stedefeldt, Elke, Frutuoso, Maria Fernanda Petrolí	Interface - Comunicação, Saúde, Educação; 20(56); 147-158	2016	1	0	0	1	0	Multi
Estudantes, docentes e profissionais na atenção básica: coexistência segundo a fenomenologia heideggeriana	Codato, Lucimar Aparecida Britto, Garanhani, Mara Lúcia, González, Alberto Durán, Fernandes, Maria de Fátima Prado	Trabalho, Educação e Saúde; 15(2); 519-536	2017	1	0	0	0	0	Multi
Percepções de profissionais sobre o aprendizado de estudantes de graduação na Atenção Básica	Codato, Lucimar Aparecida Britto, Garanhani, Mara Lúcia, González, Alberto Durán	Physis: Revista de Saúde Coletiva; 27(3); 605-619	2017	1	0	0	0	0	Muti
Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção	Izecksohn, Mellina Marques Vieira, Teixeira Junior, Jorge Esteves, Stelet, Bruno Pereira, Jantsch, Adelson Guaraci	Ciência & Saúde Coletiva; 22(3); 737-746	2017	0	0	1	0	0	Médica
A Análise de Trajetórias Assistenciais como Metodologia de Integração Ensino-Serviço na Saúde	Argenton, Isabel Schuster, Pilecco, Romualdo de Lima, Dolinski, Carolina, Medeiros, Cássia Regina Gotler	Revista Brasileira de Educação Médica; 42(4); 184-190	2018	1	0	0	0	0	Médica
Health teaching-service integration: possible dialogues from collective co-management	Vendruscolo, Carine, Ferraz, Fabiane, Trindade, Letícia de Lima, Khalaf, Daiana Kloh, Kleba, Maria Elisabeth, Prado, Marta Lenise do	Escola Anna Nery; 22(4); -	2018	0	0	0	0	0	Enferma gem
Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação	Ely, Luciane Ines, Toassi, Ramona Fernanda Ceriotti	Interface - Comunicação, Saúde, Educação; 22(); 1563-1575	2018	1	0	0	0	0	Multi
Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde	Bezerra, Merielly Mariano, Medeiros, Katia Rejane de	Saúde em Debate; 42(spe2); 188-202	2018	0	0	0	0	0	

Nurses' knowledge and competencies for preceptorship in the basic health unit	Ferreira, Francisco Das Chagas, Dantas, Fernanda de Carvalho, Valente, Geilsa Soraia Cavalcanti	Revista Brasileira de Enfermagem; 71(); 1564-1571	2018	0	0	0	0	0	Enfermagem
Rethinking the Health Care Model through the reorientation of training	Vendruscolo, Carine, Trindade, Letícia De Lima, Prado, Marta Lenise do, Kleba, Maria Elisabeth	Revista Brasileira de Enfermagem; 71(); 1580-1588	2018	0	0	0	0	0	Multi
PET-Saúde/GraduaSUS na visão de atores do serviço e do ensino: contribuições, limites e sugestões	Magnago, Carinne, França, Tania, Belisário, Soraya Almeida, Santos, Maria Ruth dos	Saúde em Debate; 43(spe1); 24-39	2019	1	0	0	0	0	Multi / PET
Active Teaching-Learning Strategies for Family Medicine Preceptors in the EURACT	Barreiros, Bárbara Cristina, Diercks, Margarita Silva, Biffi, Maríndia, Fajardo, Ananyr Porto	Revista Brasileira de Educação Médica; 44(3); -	2020	0	0	0	0	0	MFC
Contributions of the Education through Work for Health Program to the preceptors of Primary Healthcare	Velôso, Rafaela Braga Pereira, Fernandes, Josicélia Dumê, Silva, Rosana Maria de Oliveira, Cordeiro, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira, Silva, Gilberto Tadeu Reis da, Silva, Elaine Andrade Leal	Revista da Escola de Enfermagem da USP; 54(); -	2020	0	0	0	0	0	Multi
Factors associated with career intention in primary health care among medical students	MIRANDA, 2021, Camila Zamban de, Santos, Frantchesca Fripp dos, Pertile, Karina Cenci, Costa, Simone de Melo, Caldeira, Antônio Prates, Barbosa, Mariane Silveira	Revista Brasileira de Educação Médica; 45(3); -	2021	1	0	0	0	0	Médica
Formação médica na atenção primária à saúde: percepção de estudantes	Fassina, Vanessa, Mendes, Rosilda, Pezzato, Luciane Maria	Revista Brasileira de Educação Médica; 45(3); -	2021	1	0	0	0	0	Médica
Implementation of COVID-19 telemonitoring: repercussions in Nursing academic training	Silva, Clarissa Bohrer da, Trindade, Letícia de Lima, Kolhs, Marta, Barimacker, Saionara Vitória, Schacht, Lígia, Bordignon, Micheli	Revista Gaúcha de Enfermagem; 42(spe); -	2021	1	0	0	0	0	Enfermagem

Negociações (im)possíveis: a preceptoría e os desafios na relação entre ensino e serviço	Borges, Flávia Queiroz, Hasse, Mariana, Silva, Janaína Paula Costa da, Machado, Maria de Fátima Antero Sousa, Teixeira, Flávia do Bonsucesso	Revista Brasileira de Educação Médica; 45(4); -	2021	0	0	0	0	0	Médica
Nursing supervised curricular internship in the Covid-19 pandemic: experience in the program Brasil Conta Comigo	Souza, Lara Arcipreti Boel, Neves, Heliny Carneiro Cunha, Aredes, Natália Del Angelo, Medeiros, Isabel Cristina Lima Jobim, Silva, George Oliveira, Ribeiro, Luana Cássia MIRANDA, 2021	Revista da Escola de Enfermagem da USP; 55(); -	2021	1	0	0	0	0	Enfermagem
Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz	Carvalho, Maria Alice Pessanha de, Gutiérrez, Adriana Coser	Ciência & Saúde Coletiva; 26(6); 2013-2022	2021	0	0	0	1	0	Multi
Strategies for changing the nursing preceptorship activity in Primary Health Care	Araújo, Juliana Andréa Duarte, Vendruscolo, Carine, Adamy, Edlamar Kátia, Zanatta, Leila, Trindade, Leticia de Lima, Khalaf, Daiana Kloh	Revista Brasileira de Enfermagem; 74(); -	2021	1	0	0	0	0	Enfermagem
Vacinação contra influenza no enfrentamento da COVID-19: integração ensino-serviço para formação em enfermagem e saúde	Rodríguez, Anna Maria Meyer Maciel, Cardoso, Tauani Zampieri, Abrahão-Curvo, Patricia, Gerin, Larissa, Palha, Pedro Fredemir, Segura-Muñoz, Susana Inés	Escola Anna Nery; 25(spe); -	2021	1	0	0	0	0	Multi
A integração ensino-serviço-gestão-comunidade na percepção de preceptores de graduandos na Atenção Primária à Saúde	Pereira, Afonso Luís Puig, Zilbovicius, Celso, Carnut, Leonardo, de Souza Neto, Antonio Carlos	Physis: Revista de Saúde Coletiva; 32(3); -	2022	1	0	0	0	0	Med, enf, odont
Multicampi Saúde da Criança: contribuições extensionistas na formação médica no Norte do Brasil	Gonçalves, Lídia Dias, Bahia, Sílvia Helena Arias	Saúde em Debate; 46(spe5); 260-269	2022	1	0	0	0	0	Médica

Preceptor's perceptions about the teaching-learning process and collaborative practices in primary health care	Moreira, Katia Fernanda Alves, Moura, Cleson Oliveira de, Fernandes, Daiana Evangelista Rodrigues, Farias, Edson dos Santos, Pinheiro, Aldrin de Sousa, Branco Junior, Arlindo Gonzaga	Revista Gaúcha de Enfermagem; 43(); -	2022	0	0	0	0	0	Multi
Preceptoria na atenção primária durante as primeiras séries de um curso de Medicina	Gaion, João Pedro de Barros Fernandes, Kishi, Renata Giannecchini Bongiovanni, Nordi, Aline Barreto de Almeida	Revista Brasileira de Educação Médica; 46(3); -	2022	1	0	0	0	0	Médica
Teaching-service integration in supervised internship in nursing: the perspective of nursing supervisors, professors and managers	Ramos, Tierle Kosloski, Nietsche, Elisabeta Albertina, Backes, Vânia Marli Schubert, Cogo, Silvana Bastos, Salbego, Cléton, Antunes, Andrei Pompeu	Texto & Contexto - Enfermagem; 31(); -	2022	1	0	0	0	0	Enfermagem
A preceptoria médica em medicina de família e comunidade: uma proposta dialógica com a andragogia	Lawall, Paula Zeni Miessa, Pereira, Adelyne Maria Mendes, Oliveira, Josué Miguel de, Gasque, Kellen Cristina da Silva	Revista Brasileira de Educação Médica; 47(1); -	2023	1	0	0	0	0	graduação médica
Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos	Flor, Taiana Brito Menêzes, MIRANDA, 2021, Nirond Moura, Sette-de-Souza, Pedro Henrique, Noro, Luiz Roberto Augusto	Ciência & Saúde Coletiva; 28(1); 281- 290	2023	0	0	0	1	0	Multi

Anexo 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/Unesp Botucatu



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do perfil dos diferentes tipos de integração ensino-serviço nas equipes de atenção primária à saúde do Brasil

Pesquisador: WALLACE JORDAO JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70708023.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.590.574

Apresentação do Projeto:

As informações descritas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa com data de 13/12/2023.

Introdução:

Compreende-se como integração ensino-serviço o trabalho colaborativo, pactuado e integrado entre estudantes e professores de cursos de formação e profissionais que atuam nos serviços de saúde (PIZZINATO et al., 2012). Tem como principal finalidade a melhoria da formação dos estudantes e dos trabalhadores, além da qualificação da atenção ofertada no serviço (PIZZINATO et al., 2012; ALBUQUERQUE et al., 2008). No Brasil, teve início na década de 1960, por meio do movimento da Reforma Universitária que, entre uma série de modificações na estruturação e financiamento das universidades, trouxe mudanças também na perspectiva da formação profissional (FAVERO, 2006). A necessidade de profissionais de saúde com perfil de competências que atendessem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial que considerassem os determinantes sociais e a intervenção sobre os condicionantes do processo de saúde e adoecimento, respeitando uma abordagem baseada na integralidade, contribuiu para que tais princípios fossem incorporados na proposta de formação profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2014; PESSOA et al., 2022; BRASIL, 2015). Desta forma, a partir da integração entre as reflexões

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

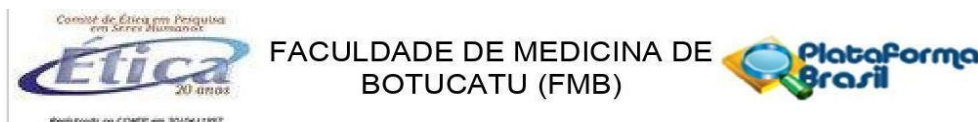
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

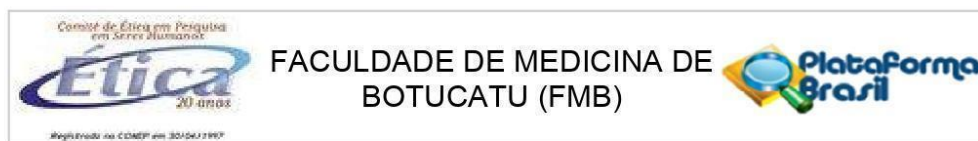
E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.590.574

sobre as vivências da realidade nos serviços e o conhecimento construído no cenário de aprendizagem, buscou-se a quebra de paradigmas representados pelo abandono do modelo flexneriano, tecnicista, hospitalocêntrico, voltado à doença (FLEXNER, 1910), para a adoção de uma assistência integral, centrada na pessoa, na família e na comunidade, considerando o conceito ampliado de saúde (GIOVANELLA, 2020; OPAS/OMS, 1978). Nesse contexto, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), definido como porta de entrada do sistema de saúde e integrador dos outros níveis de atenção, pela sua atuação de forma longitudinal, próxima às famílias e comunidade, destaca-se como cenário privilegiado para o aprendizado significativo (STARFIELD, 2002). A atualização das diretrizes curriculares (BRASIL, 2001) em consonância com as políticas públicas preconizadas na área da saúde (CECCIM, 2004) reforçam este modelo de integração entre ensino e serviço ao assegurar que os serviços de APS sejam ambiente de aprendizado (MENDES et al., 2020; CECCIM; FEUERWERKER, 2014 REF). Justificado por representarem um espaço capaz de promover a conexão entre os conhecimentos trazidos pelos estudantes e as demandas reais do serviço de saúde e dos seus usuários, esta integração permite a transformação e consolidação de um novo modelos de atenção à saúde tanto ofertado pelos estudantes, quanto pelos profissionais atuantes nestes serviços (Ref; VIEIRA et al., 2016; CYRINO et al., 2014; ALBUQUERQUE et al., 2008). Na perspectiva da melhor formação profissional, existe consenso na comunidade acadêmica sobre os benefícios das atividades de ensino desenvolvidas no cenário de assistência, em especial da APS. Alguns exemplos de benefícios aos estudantes podem ser listados, como na maior segurança dos profissionais na comunicação com os usuários e na conduta nos atendimentos (CYRINO et al., 2014), na maior compreensão sobre as práticas colaborativas e multiprofissionais, incluindo as interdisciplinares e intersetoriais (ref; VIEIRA et al., 2016; MENDES et al., 2020), aprofundamento da influência dos aspectos biopsicossociais e das diferentes realidades sociais sobre o processo de saúde e adoecimento das pessoas e suas famílias e de como realizar um acompanhamento centrado nestas necessidades evidenciadas (Ref; MENDES et al., 2020). A literatura evidencia benefícios propiciados por esta integração, também, em relação a qualificação dos profissionais e, conseqüentemente, na qualidade da atenção ofertada nos serviços de saúde. Estímulo aos profissionais à se manterem atualizados, novas perspectivas levantadas pelas reflexões críticas dos estudantes (CYRINO et al., 2014), ampliação das ações ofertadas, principalmente daquelas relacionadas à educação e promoção da saúde, e melhoria na estrutura dos serviços, por meio da aquisição de alguns equipamentos (PIZZINATO et al., 2012), são algumas delas. Apesar de todos estes benefícios, uma série de desafios são levantados. A limitação de espaço dos serviços para receber os estudantes é apontada por vários estudos (MENDES et al., 2020; CYRINO et al., 2014;

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.590.574

PIZZINATO et al., 2012), resultando na dificuldade de inserção de docentes e estudantes em alguns serviços (PIZZINATO et al., 2012). Tensões entre a equipe de trabalho pela falta de reconhecimento e/ou envolvimento de algumas categorias profissionais nas ações de ensino, além de mudança na rotina dos profissionais, que assumem uma dupla função no serviço (CYRINO et al., 2014; BARRETO et al., 2011), também são relatadas. A grande demanda de atividades na rotina diária dos serviços e a falta de formação pedagógica adequada por parte dos seus profissionais, são questões que dificultam o envolvimento e dedicação da equipe para além das orientações assistencialistas voltadas para a “queixa-conduta” (MOREIRA et al., 2022; PIZZINATO et al., 2012). Outra questão evidenciada neste sentido foi a falta de contrapartidas para os profissionais que, muitas vezes, sentem um aumento em suas atribuições (BARRETO et al., 2011). Somam-se a estes desafios, a desarticulação entre as ações da instituição de ensino e do serviço, decorrentes da falta de um planejamento participativo e pactuado, do desconhecimento do profissional sobre o seu papel educacional na execução das atividades junto aos estudantes (SIQUEIRA et al., 2022), da resistência de alguns docentes em participar das atividades do serviço e de superarem o modelo de atenção hospitalocêntrico e centrado no trabalho do médico, além da fragmentação dos conteúdos nas disciplinas e o pouco tempo para abordar metodologias de ensino mais articuladas com a prática (MENDES et al., 2020). Desta forma, partindo do pressuposto da existência de potencialidades e fragilidades em um ambiente que concentra essa dupla função, associado a falta de estudos em âmbito nacional, questiona-se se há diferenças entre os vários tipos de integração ensino-serviço operacionalizados pelas equipes de APS brasileiras.

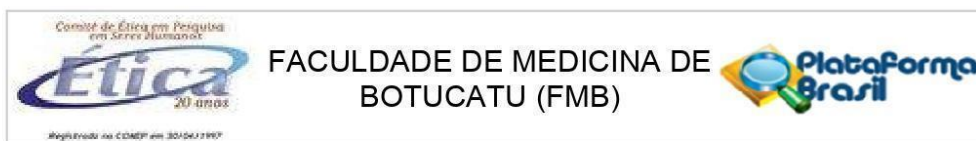
Hipótese:

Diferentes perfis de integração ensino-serviço operacionalizados pelas equipes de APS brasileiras podem estar associados a diferenças na estrutura, planejamento, acesso, qualidade e desempenho das equipes de Atenção Primária à Saúde do Brasil

Metodologia Proposta:

Pesquisa avaliativa, de corte transversal, que utilizará dados secundários decorrentes da avaliação externa do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), aplicado em todo o território nacional, no ano de 2018. O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar gestores municipais a ampliarem o acesso da população aos serviços de APS e a melhoria da qualidade organizacional das práticas prestadas pelas equipes desses serviços. O PMAQ-AB é composto por três etapas: de adesão e pactuação dos compromissos, autoavaliação

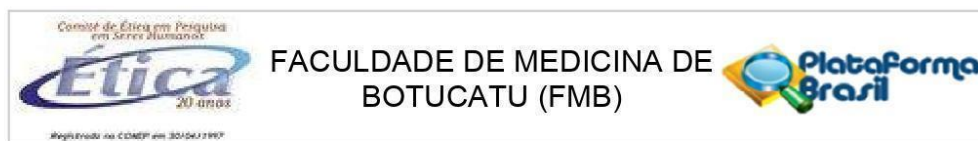
Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.590.574

das equipes e, a avaliação externa, que resulta na certificação das equipes (BRASIL, 2017). A avaliação externa é padronizada em todo país. Realizada in locu, por entrevistadores treinados, utiliza um questionário composto por perguntas fechadas que abordam toda a infraestrutura do serviço e a organização do processo de trabalho dos profissionais (enfermeiro, médico e dentista). Após a análise do desempenho das equipes, o Ministério da Saúde divulga a certificação das equipes. Todos os dados do processo avaliativo e o resultado da certificação são disponibilizados para domínio público no site: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>. Os bancos de dados com as respostas sobre a estrutura do serviço, sobre o processo de trabalho e o resultado da certificação serão compilados em um banco único. Na sequência, serão acrescentadas as regiões do país nas quais as equipes encontram-se localizadas, além de informações sobre os respectivos municípios. Tais informações serão extraídas dos bancos de dados do IBGE (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=downloads>) e do E-gestor-AB (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico>). Para a versão final do banco de dados, as equipes que foram “desclassificadas” serão excluídas. Para caracterização do perfil dos diferentes tipos de integração ensino-serviço, serão utilizadas informações sobre o município que, podem influenciar na estrutura dos serviços: localização do serviço (região do país), porte populacional, cobertura populacional estimada na APS (PC_COBERTURA_AB), cobertura populacional estimada por agente comunitário de saúde (PC_COBERTURA_ACS_AB), existência de unidade de ensino superior (MCUL3915), existência de hospital de ensino e pesquisa credenciado pelo Ministério da Saúde e da Educação (MSAU49-13) e de hospital de ensino e pesquisa de responsabilidade da gestão municipal (MSAU491). Tais informações serão extraídas dos bancos de dados do IBGE (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/10586-pesquisa-de-informacoesbasicas-municipais.html?=&t=downloads>) e do E-gestor-AB. Para a avaliação das equipes serão consideradas as variáveis que abordam sua Estrutura: composição da equipe (I.3.2), horários alternativos de funcionamento (I.4.5.6 e/ou I.4.5.7 e I.4.6(1)) e disponibilidade de sala exclusiva para atividades coletivas (1.6.3(12)); Planejamento: periodicidade das reuniões de equipe (II.8.2), participação nos processos avaliativos anteriores (II.8.6(3)), utilização dos resultados avaliativos na organização das práticas (II.8.6(1)), realização de planejamento das ações no último ano (II.8.3(1) – II.8.3/1(1)) e participação dos profissionais em atividade de formação em tutoria/preceptoria (II.4.3); além do Grau de desempenho do acesso e da qualidade: ótimo, muito bom, bom, regular, ruim e insatisfatório. A análise do perfil dos diferentes tipos de integração ensino-serviço em relação à estrutura, planejamento e desempenho do acesso e qualidade das equipes será calculada por testes qui-

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.590.574

quadrado com correção de Bonferroni, seguidos de Z, quando $p < 0,05$ utilizando o pacote estatístico IBM/SPSS® v.25.0 (<https://www.ibm.com/>). Apesar de utilizar dados secundários, de domínio público, seu início só ocorrerá após o recebimento do parecer emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP aprovando sua execução,

País de origem do estudo: Brasil

Número de participantes do estudo: 38.865

Não haverá retenção de amostra em Biorrepositório/Biobanco.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o perfil dos diferentes tipos de integração ensino-serviço em relação à estrutura, planejamento e desempenho do acesso e qualidade das equipes de atenção primária à saúde do Brasil

Objetivo Secundário:

Construção de um guia de boas práticas destinados aos preceptores e gestores dos serviços de APS para potencializar a integração serviço-ensino em busca de melhores desempenhos no acesso e na qualidade organizacional dos serviços de APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Apresenta um risco de grau mínimo, uma vez que utiliza dados retrospectivos, que não envolve nenhuma intervenção ou contato com os indivíduos, além de sua análise considerar os dados agrupados para a totalidade do país, o que impede qualquer tipo de identificação dos serviços, municípios ou estados.

Benefícios:

Compreender a associação entre os diferentes perfis de integração ensino-serviço em relação à estrutura, planejamento e desempenho do acesso e qualidade das equipes de atenção primária à saúde do Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de mestrado com objetivo de avaliar o perfil dos diferentes tipos de integração ensino-serviço em relação à estrutura, planejamento e desempenho do acesso e

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

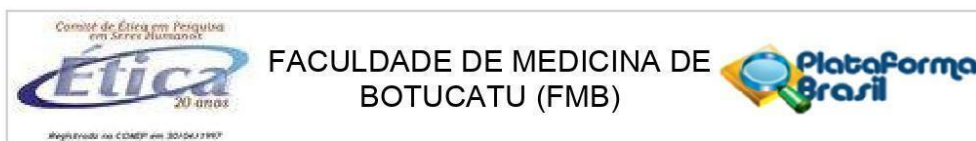
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.590.574

qualidade das equipes de atenção primária à saúde do Brasil. Pesquisa avaliativa, de corte transversal, que utilizará dados secundários decorrentes da avaliação externa do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), aplicado em todo o território nacional, no ano de 2018.

O custo será de R\$100,00 , com financiamento próprio.

Cronograma de execução na PB: 11/06/2023 a 11/12/2023 (coleta de dados deverá ser iniciada após aprovação do CEP).

Pendências Anteriores:

Pendência 1 – Para a realização do estudo, será necessária a autorização para a obtenção dos dados da instituição que disponibiliza os dados? Como será o acesso para obtenção dos dados (necessidade de senha, autorização, etc....)

Resposta: Conforme apresentado na página 08 do projeto “Todos os dados do processo avaliativo e o resultado da certificação são disponibilizados para domínio público no site: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.”, esclarece-se que o banco de dados é de domínio público, ou seja, disponibilizado no site do Ministério da Saúde para que qualquer pessoas possa utiliza-lo, sem a necessidade de autorizações ou senhas de acesso.

Análise:

Pendência 2 – Esclarecer se haverá riscos da pesquisa quanto aos dados a serem coletados e o sigilo das informações contidas no banco de dados.

Resposta: Esclarece-se que a pesquisa apresenta um risco de grau mínimo, uma vez que utiliza dados retrospectivos, que não envolve nenhuma intervenção ou contato com os indivíduos, além de sua análise considerar os dados agrupados para a totalidade do país, o que impede qualquer tipo de identificação dos serviços, municípios ou estados.

Análise:

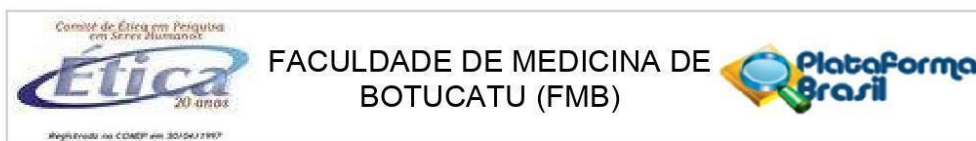
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados: folha de rosto, anuência institucional, projeto de pesquisa, cronograma e o pedido de dispensa de TCLE.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.590.574

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do PROJETO de Pesquisa apresentado.

Pendência 1 – Para a realização do estudo, será necessária a autorização para a obtenção dos dados da instituição que disponibiliza os dados? Como será o acesso para obtenção dos dados (necessidade de senha, autorização, etc....)

Resposta do pesquisador: Conforme apresentado na página 08 do projeto "Todos os dados do processo avaliativo e o resultado da certificação são disponibilizados para domínio público no site: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.", esclarece-se que o banco de dados é de domínio público, ou seja, disponibilizado no site do Ministério da Saúde para que qualquer pessoas possa utiliza-lo, sem a necessidade de autorizações ou senhas de acesso.

Análise: pendência atendida.

Pendência 2 – Esclarecer se haverá riscos da pesquisa quanto aos dados a serem coletados e o sigilo das informações contidas no banco de dados.

Resposta do pesquisador: Esclarece-se que a pesquisa apresenta um risco de grau mínimo, uma vez que utiliza dados retrospectivos, que não envolve nenhuma intervenção ou contato com os indivíduos, além de sua análise considerar os dados agrupados para a totalidade do país, o que impede qualquer tipo de identificação dos serviços, municípios ou estados.

Análise: pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, o PROJETO de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO.

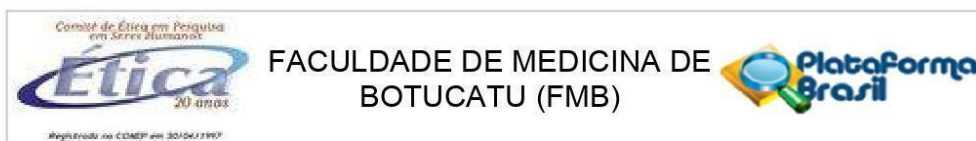
O projeto de pesquisa deverá ter início somente após aprovação deste CEP.

Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.590.574

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2159605.pdf	13/12/2023 08:58:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	10/07/2023 15:19:39	WALACE JORDAO JUNIOR	Aceito
Outros	cartarespostapendenciasCEP.pdf	10/07/2023 15:18:00	WALACE JORDAO JUNIOR	Aceito
Parecer Anterior	PARECERCEP6169658.pdf	10/07/2023 15:12:06	WALACE JORDAO JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	12/06/2023 14:28:29	WALACE JORDAO JUNIOR	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuenciainstitucional.pdf	12/06/2023 14:27:55	WALACE JORDAO JUNIOR	Aceito
Outros	dispensacep.pdf	12/06/2023 12:14:09	WALACE JORDAO JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	11/06/2023 17:32:46	WALACE JORDAO JUNIOR	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/06/2023 16:11:01	WALACE JORDAO JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 19 de Dezembro de 2023

Assinado por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br