

### Formación médica en la Atención Primaria de la Salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad

**Marcelo Torres Peixoto<sup>(a)</sup>**

<marcelotpeixoto@gmail.com> 

**Washington Luiz Abreu de Jesus<sup>(b)</sup>**

<washingtonluiz.abreudejesus@gmail.com> 

**Rosely Cabral de Carvalho<sup>(c)</sup>**

<roselycarvalho056@gmail.com> 

**Marluce Maria Araújo Assis<sup>(d)</sup>**

<aassis@uefs.br> 

<sup>(a)</sup> Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (doutorado), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Avenida Transnordestina, s/no, Novo Horizonte. Feira de Santana, BA, Brasil. 44036-900.

<sup>(b)</sup> Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil.

<sup>(c, d)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, UEFS. Feira de Santana, BA, Brasil.

El Sistema Brasileño de Salud (SUS), como sistema público y universal, adopta la Atención Primaria de la Salud (APS), como coordinadora del cuidado, demanda de las universidades brasileñas un nuevo modelo de formación profesional. El objetivo de este artículo es discutir la formación médica en una institución del interior del Estado de Bahia, tomando como base orientadora la APS y las Directrices Curriculares Nacionales para los cursos de Medicina. La experiencia de las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad (Piesc) reúne a estudiantes, profesores, profesionales de la salud y usuarios del SUS, integrando las diferentes miradas sobre el proceso salud-enfermedad-cuidado en el contexto de la Salud de la Familia. Las Piesc incluyen conocimientos de Salud Colectiva y Medicina General de Familia y Comunidad, comprendiendo diversos territorios y sujetos sociales en el proceso de cuidado, colaborando con el cambio de la formación médica para el SUS.

**Palabras clave:** Atención primaria de la salud. Educación médica. Salud de la familia. Sistema Brasileño de Salud.

## Introducción

El Sistema Único de Salud (SUS), como sistema público y universal, demanda de las universidades brasileñas la formación de profesionales cada vez más comprometidos con una perspectiva humanista y de calidad, regida por los principios de la integralidad y de la equidad que se coadunen con las necesidades de salud de la población y de los servicios, en los diferentes contextos y con los distintos papeles de los sujetos que protagonizan la formación profesional en este campo<sup>1</sup> y que sigan directrices que estén de acuerdo con las demandas actuales de regulación del trabajo y de la educación en salud, así como para la gestión de personas, en el ámbito público<sup>2,3</sup>.

Ese ideario, consolidado a partir de la Reforma Sanitaria Brasileña y sus movimientos constitutivos<sup>4,5</sup>, se conforma como un legado de discusiones alrededor de las necesidades de formación profesional en salud, construida de forma contradictoria en el último siglo, principalmente a partir del modelo Flexneriano, que privilegió el escenario hospitalario y la formación especializada.

La formación médica tradicional se insiere en esa perspectiva de valorización de la especialidad y de la súper-especialidad que son incorporadas por el mercado de trabajo “en distintas modalidades, llevando a una estratificación técnica y social del trabajo médico”<sup>6</sup> (p. 124). Por lo tanto, se observan diferentes modalidades de trabajo médico: “asalariados, autónomos individuales, organizados en cooperativas de diferentes tipos y médicos empresarios que actúan como prestadores de servicios, tanto en el ámbito del SUS como en el del sector privado”<sup>6</sup> (p. 124).

El trabajo médico se expresa en el cotidiano de los servicios de salud como constituyente de las relaciones entre los diferentes saberes y prácticas, envolviendo a otros profesionales de salud y usuarios en la concepción del proceso salud-enfermedad y en el modo como se organizan los servicios para atender las demandas/necesidades de la población. Además, “el hacer salud siempre estará relacionado con las condiciones de vida y con sus múltiples dimensiones: social, biológica, ético-política”<sup>7</sup> (p. 444).

En lo que se refiere a la Atención Primaria de la Salud (APS), se puede decir que es un espacio privilegiado de formación para los profesionales de salud, de acuerdo con las suposiciones orientadoras del SUS, puesto que se caracteriza como puerta de entrada preferencial de la red de atención de la salud, acogiendo a los usuarios y familias, buscando establecer vínculos y responsabilidad por la atención, individual y colectiva<sup>8</sup>. Es un nivel de atención y un modelo de gestión cuyo objetivo es coordinar el cuidado en la red, de forma longitudinal, incluyente e interdisciplinaria, valorizando a la persona y respetando su contexto sociocultural e histórico<sup>9</sup>.

La formación y la calificación en la APS se asocian a la búsqueda por la garantía de la universalidad e integralidad del SUS, puesto que comprende un territorio vinculado, a partir del enfoque familiar y comunitario, como espacio de construcción colectiva, en donde los diversos sujetos están envueltos en la producción de los diferentes modos de proporcionar el cuidado de salud<sup>10</sup>.

Estudios sobre experiencias internacionales<sup>11,12</sup>, realizados en diversos países, han demostrado que el cuidado realizado en la APS produce resultados positivos en la atención a las necesidades de las personas, impactando también los procesos de calificación profesional. En Brasil, algunos estudios<sup>13,14</sup> que evaluaron la calidad de los servicios, por medio de sus atributos y que utilizan el Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria (PCATool), revelan que el factor más importante de calidad de los

servicios está relacionado con una mejor formación y calificación de sus profesionales. En ese sentido, es de gran interés de los gestores admitir a profesionales con formación adecuada para el trabajo en ese nivel de atención. No obstante, incluso después de significativos cambios epidemiológicos y de avances en las políticas y prácticas de APS en Brasil, en los últimos años, hay obstáculos para su consolidación, tanto sociopolíticos y estructurales como los relacionados a la organización del trabajo<sup>15,16</sup>.

Además de la Medicina, otras profesiones también han buscado diversificar sus campos de actuación, principalmente en lo que se refiere a la APS. Sin embargo, esa discusión debe profundizarse, puesto que además de una demanda social, hay una necesidad real de readecuación de los currículos de los cursos de graduación en el área de la salud<sup>17</sup>. Los resultados de este amplio proceso académico y social produjeron un conjunto de propuestas de cambios en los currículos de formación médica que influyó sobre las premisas de las nuevas Directrices Curriculares Nacionales (DCN)<sup>18</sup>, instituidas en 2014, y ha orientado la implantación de nuevos cursos de Medicina por medio de cambios en los Proyectos Políticos Pedagógicos de instituciones establecidas en el escenario brasileño.

El objetivo de este artículo es discutir la formación médica en una institución del interior del Estado de Bahía, tomando como base orientadora la Atención Primaria de la Salud y las Directrices Curriculares Nacionales para los cursos de Medicina. Se contextualiza la experiencia de las Prácticas de Integración, Enseñanza, Servicio y Comunidad (PIESC), explicando la dinámica de las relaciones entre los estudiantes, profesores, profesionales de salud y usuarios del SUS, envueltos en el proceso mutuo de aprendizaje, en un mapa conceptual.

### **Cómo situar el curso de medicina de la Universidad Estadual de Feira de Santana y los nuevos desafíos para la formación del médico: una mirada metodológica**

Analizar un curso de Medicina en la región del semiárido del Estado de Bahía, bajo la forma de estudio de caso, representa la integración de análisis críticos articulados a extractos teóricos y prácticos de una propuesta de formación médica, en la línea del tiempo, asegurando oportunidades significativas de aprendizaje sobre asuntos y cuestiones de interés<sup>19</sup>. Esa experiencia se centra en el aprendizaje activo y crítico en el que el estudiante de Medicina tiene el papel de protagonista. Desde los primeros días de su formación, es incentivado a pensar, reflexionar, discutir, analizar y actuar sobre las temáticas y los contenidos relacionados con la realidad sociosanitaria local en la que está inserido. Ese es el punto de partida necesario para la construcción de prácticas integrales y coherentes con el SUS.

Desafíos iniciales de un grupo de doce profesores médicos, enfermeros y cirujanos-dentistas, con maestría y doctorado en salud colectiva y medicina, mediadores del proceso de enseñanza-aprendizaje que actuaban como facilitadores del aprendizaje de manera mutua e integrada en la planificación de las actividades de enseñanza. De esa forma, el Curso de Medicina de la Universidad Estadual de Feira de Santana (UEFS) se implantó en 2003, con oferta de 30 plazas anuales, mantenidas hasta el momento actual (2018), orientado por las Directrices Curriculares Nacionales adoptadas por el Ministerio de la Educación (MEC) en 2001<sup>20</sup>. El curso adoptó como

premisa metodologías activas en el proceso de educar-aprender-reflexionar-cuidar, más específicamente, el Aprendizaje Basado en Problemas y la Metodología de la Problematización.

De tal forma, el Proyecto Político Pedagógico vislumbra la formación del futuro médico comprometido en los territorios sociales, en donde emergen los problemas y necesidades locales del SUS, con ejes de visión humanista y adherencia a las políticas de salud, en el contexto municipal, estadual y nacional. El curso se estructura en dos momentos. El ciclo básico, vivido en los cuatro primeros años, se organiza en tres ejes: 1) actividad en grupos tutoriales; 2) habilidades y actitudes clínicas; 3) Prácticas de Integración Enseñanza, Servicio y Comunidad. En el ciclo profesionalizante, en los dos últimos años del curso, el estudiante ejerce su práctica en el internadomédico, por medio de la realización de actividades clínicas, en la forma de pasantía supervisada.

Las PIEESC presentan en la base de su aprendizaje una metodología de enseñanza activa que influye positivamente sobre la comprensión y la mirada del educador y del educando para el contexto social, a partir de la educación problematizadora, como parte de la vivencia de experiencias significativas que envuelvan campos de conocimiento interdisciplinarios. Las combinaciones de las diferentes miradas señalan hacia una perspectiva crítica, una apertura para el diálogo, teniendo como horizonte prácticas creativas e innovadoras que buscan las conexiones entre el hombre-mundo-sociedad-educación entrelazadas<sup>21</sup>.

La educación problematizadora se orienta por el Arco de Magueres<sup>22</sup>, en la idea de teorización/elaboración de respuestas, hacia una mirada de la realidad y de los problemas analizados como hilos conductores del proceso de aprendizaje, articulando la planificación de los temas a discutir de forma participativa y dialógica, valorizando los diferentes núcleos de conocimientos y prácticas, fundamentado en el trabajo en equipo, con reflexión continua del papel de cada profesional, adherente a la idea de un trabajo interprofesional<sup>23</sup>.

La brújula de las PIEESC nace del proceso de formación de profesionales de salud colectiva de la región de Feira de Santana, que desarrollaron proyectos de planificación local, con elaboración de instrumentos de intervención eficientes y viables, en los territorios sociales circunvecinos de la Universidad. Se puede decir que la acumulación de experiencias de los cursos de graduación de Enfermería y Odontología suministraron regla y compás al recién creado curso de Medicina, con la adopción de la APS como uno de los ejes de orientación del proceso de formación.

En síntesis, la formación en el curso de Medicina de la UEFS busca comprender el proceso salud-enfermedad-cuidado a partir de factores determinantes sociales, culturales, históricos, biológicos, comportamentales, psicológicos, ecológicos y éticos, actuando en los niveles individual y colectivo, prestando atención en toda la línea de la vida, desde la gestación hasta el envejecimiento, buscando siempre la integralidad de la atención de la salud, con acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y entendiendo la Atención Primaria como eje regidor del cuidado en su dinámica relacional: estudiante, profesor, equipo de salud y personas que necesitan atención<sup>24</sup>.

## Resultados y discusión

Las PIESC son el principal componente curricular del curso de Medicina de la UEFS, situadas en el espacio social de intervención de la APS. Las prácticas operadas por los estudiantes son mediadas por los profesores e integradas con los profesionales de la estrategia de Salud de la Familia (ESF), del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) y miembros de la comunidad local. Se discuten saberes, habilidades, actitudes y valores, articulando las diferentes miradas sobre los problemas/necesidades exigidos por los diferentes sujetos (personas, familias y comunidad) y sus relaciones con los profesionales que buscan atenderlos, en el ejercicio cotidiano del cuidado, en sus diferentes facetas y complejidades.

La diferencia en el contexto de esa realidad puede denotarse por la idea de colectivo articulado, no en el sentido de agrupación de personas, sino en un movimiento inventivo de valorización de las singularidades, sin perder la idea del todo. Un proceso continuo de desterritorialización, en el cual cada persona, en su complejidad y multiplicidad, busca la co-gestión con producción de subjetividades<sup>25</sup>.

Las PIESC se proponen contribuir con la formación médica para APS, desvelando la complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidado, a lo largo de toda la línea de la vida. El objetivo es formar a un médico que entienda el concepto ampliado de salud, sepa acoger y establecer vínculos de responsabilización, en la coordinación de las acciones necesarias para mejorar la calidad de vida de las personas/familias/comunidades.

El ideario de las PIESC sobre la formación médica en la APS se alinea con las concepciones de la Academia Europea de Profesores de Medicina General y Familiar que proponen seis categorías de competencias nucleares, para la enseñanza de Medicina de Familia: gestión en cuidados primarios, cuidados centrados en la persona, aptitudes para la resolución de problemas específicos, abordaje incluyente, orientación comunitaria y abordaje holístico<sup>26</sup>.

En el inicio del curso, en 2003, la planificación de las actividades de enseñanza-aprendizaje de las PIESC tuvo como referencia las DCN publicadas en 2001, cuyos contenidos esenciales para la formación del médico deberían abordar el proceso salud-enfermedad del ciudadano, de la familia y de la comunidad, de forma articulada con la realidad epidemiológica y profesional, proporcionando prácticas integrales. Siendo así, el curso propicia interacción activa del alumno con usuarios y profesionales de salud, desde el inicio de su formación, posibilitándole enfrentar problemas reales y asumiendo responsabilidades crecientes, como agente prestador de cuidados y atención<sup>27</sup>.

En la trayectoria de nuevos ciclos incorporados en el desarrollo de las PIESC, los profesores adoptaron una postura de vanguardia y de visión crítica de los problemas de salud de las personas/familias de los territorios trabajados, al madurar las actividades de enseñanza-aprendizaje y formación, teniendo como referencia los cambios de las directrices, protocolos y de las políticas de salud implantadas por el Ministerio de la Salud en el ámbito de la atención primaria y considerando las necesidades epidemiológicas y sociales de las comunidades locales. De esa forma, fue posible incorporar nuevos conocimientos y prácticas implantados y/o actualizados por el SUS y, de esa forma, ampliar la resolutivez de las acciones desarrolladas por las PIESC en la ESF, en un proceso continuo y dialogado de reestructuración curricular.

Las Prácticas de Integración, Enseñanza, Servicio y Comunidad se desarrollan en dieciséis Unidades de Salud de la Familia (USF), durante los cuatros primeros años del curso, con una carga horaria de 150h/año (05h/semanales). La población de treinta alumnos se divide en cuatro grupos y cada uno de ellos se asigna a una USF. De esa forma, es posible construir vínculos y asumir responsabilidades con el equipo de salud de la familia, con los profesionales del NASF y con las personas/familias/comunidad.

En los dos primeros años, en las PIEESC I y II, el enfoque central es la construcción del conocimiento cuya referencia es la dinámica de la comunidad, a partir de los parámetros teórico-conceptuales de la Salud Colectiva, cuya trayectoria se confunde con la propia construcción del SUS, constituyéndose en un campo de saberes y prácticas sociales, multiprofesional e interdisciplinario. De esta forma, el objeto de intervención es la salud, en el ámbito de los grupos y clases sociales y sus prácticas enfocadas en el análisis de situaciones de salud de la población, incorporando el conocimiento producido sobre los factores determinantes sociales y biológicos de la salud-enfermedad, la formulación de políticas y la gestión de procesos enfocados hacia el control de los problemas<sup>28</sup>.

Durante el tercero y el cuarto año, en las PIEESC III y IV, el enfoque del aprendizaje son las personas/familias, a partir de la mirada de la Medicina General de Familia y Comunidad, especialidad médica que privilegia a la APS, considerándose estratégica en la conformación de los sistemas de salud. El médico de familia debe ser responsable por el primer contacto, cuidar de forma longitudinal, integral y coordinada de la salud de una persona, considerando su contexto familiar y comunitario<sup>29</sup>.

El proceso de aprender haciendo, reflexionando y resignificando, posibilitó el diseño de un mapa conceptual (Figura 1), con definición de objetivos, actividades teóricas y prácticas y productos finales.

En las actividades teóricas, los debates se problematizan a partir de una pregunta guía y se alinean a las políticas, protocolos y directrices del SUS. Las capacitaciones y talleres las desarrollan profesores con diferentes formaciones (Medicina, Odontología, Enfermería, Sociología) y profesionales de la red SUS, con *expertises* sobre los temas generadores.

Las actividades prácticas son mediadas por los profesores y acompañadas por los profesionales de ESF y NASF, propiciando la interlocución e integración con las personas/familias/comunidades de los territorios. Todas las actividades, individuales o colectivas, se discuten y pactan con todos los sujetos envueltos en el proceso de cuidado.

Al final de cada curso escolar, los profesores revisan los componentes del mapa conceptual y/o las actividades realizadas, a partir de las fichas de evaluación respondidas por los estudiantes, de las necesidades de los servicios de salud y de los problemas/agravaciones/riesgos de salud de las personas/familias/comunidad, haciendo que la herramienta de planificación pedagógica y de la evaluación de las PIEESC sea dinámica y contextualizada.

De tal forma, las figuras de la episteme evocadas en los diagramas presentados en el mapa conceptual tienen sistemas postulados en los campos teórico/prácticos y en las racionalidades de la dimensión social y política de organización de la salud, en el SUS y de la formación médica brasileña<sup>30</sup>. Se constituye en un mosaico de aprendizajes, antes y durante el proceso de vivencia, presente en la sociedad, en la promoción de la salud y

en el cuidado de personas/familias en territorios sociales de intercambios de la realidad histórica, social y dialéctica postulado y defendido por Santos (2004)<sup>31</sup>.



**Figura 1.** Mapa conceptual de la construcción del conocimiento en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad del curso de Medicina de la Universidad Estadual de Feira de Santana, Estado de Bahia, Brasil

Una cuestión que merece ser discutida se refiere a la creación del Programa Más Médicos (PMM), en 2013, con la finalidad de fortalecer y ampliar la formación de

médicos para el SUS, con el propósito de: disminuir la carencia de médicos en el país, fortalecer la atención básica de salud, perfeccionar la formación médica, ampliar la inserción del alumno de graduación en las unidades de salud del SUS y fortalecer la política de educación permanente con la integración enseñanza-servicio<sup>32</sup>.

Las acciones del PMM, en la graduación en Medicina, se dirigen al aumento de la oferta de plazas, con el establecimiento de criterios para la apertura de nuevos cursos y nuevos parámetros para las Directrices Curriculares Nacionales, redefiniendo el perfil del médico en formación, fortaleciendo al SUS como escenario prioritario para la formación profesional, con énfasis en la atención primaria de la salud y urgencia / emergencia<sup>32</sup>.

Por consiguiente, las nuevas DCN de 2014 establecen la necesidad de articulación entre conocimientos, habilidades y actitudes, en tres áreas específicas: atención, gestión y educación para la salud. El futuro médico debe considerar en la atención de la salud “las dimensiones de la diversidad biológica, subjetiva, étnico-racial, de género, orientación sexual, socioeconómica, política, ambiental, cultural, ética”<sup>18</sup>(p. 2). La Gestión de Salud tiene el propósito de “comprender los principios, directrices y políticas del sistema de salud y participar en acciones de gestión y administración”<sup>18</sup> (p. 3). La Educación para la Salud busca comprometerse con la “formación inicial, continuada y en servicio, con autonomía intelectual y compromiso social”<sup>18</sup> (p. 4).

El mapa conceptual de las PIESC revela que las actividades pedagógicas teóricas y prácticas incluyen las directrices del MEC<sup>18,27</sup> y también están en consonancia con las políticas de salud adoptadas por el Ministerio de la Salud. Al insertar al estudiante, desde el primer año del curso, en el cotidiano de una USF, dialogando con los profesionales de salud, con líderes comunitarios y usuarios del sistema de salud, se establece una nueva forma de protagonismo en el proceso de aprender, cuidar y producir conocimiento<sup>6</sup>.

En el primer año del curso, en las PIESC I, buscamos desarrollar competencias relativas al compromiso social del médico, formación de valores ético-humanísticos, conocimiento de la realidad del territorio de la USF, identificando los problemas/ agravaciones/riesgos y prácticas de salud existentes y elaboración de planes de intervención que se discuten y pactan con el equipo de salud de la familia y con los miembros de la comunidad. Siendo así, se converge con el artículo 14 de las DCN, según el cual, la investigación de problemas de Salud Colectiva “comporta el desempeño de análisis de las necesidades de salud de grupos de personas y las condiciones de vida y de salud de comunidades, considerando dimensiones de riesgo, vulnerabilidad, incidencia y prevalencia de las condiciones de salud”<sup>18</sup> (p. 9).

En las PIESC II, los alumnos desarrollan competencias relativas a la planificación local, con puesta en operación de acciones e instrumentos de intervención adecuados a la realidad y viables, conjuntamente con la comunidad y el equipo de la USF/NASF, teniendo como estrategias reuniones/talleres comunitarios y rondas de conversación, espacios de conflictos y consensos interprofesionales. Esas actividades incluyen el artículo 15 de las DCN que trata de la participación del educando en la discusión y construcción de proyectos de intervención en grupos sociales, considerando siempre la autonomía y los aspectos culturales, con incentivo a la inserción de acciones de promoción y educación de salud, en todos los niveles de atención, enfatizando la atención primaria<sup>18</sup>.

Las vivencias de las PIESC I y II sedimentan el conocimiento en el campo de salud colectiva, con base en las acciones de planificación estratégica, cuando a partir del diagnóstico situacional, los diversos sujetos sociales (estudiantes, profesores, equipo de salud, usuarios y comunidad) construyen las diversas explicaciones para la realidad del territorio social y negocian soluciones viables de realización, monitoreo y evaluación<sup>33</sup>.

Las actividades de las PIESC III y IV se enfocan en las familias/personas, a partir de la elaboración, discusión, pacto y realización de Proyectos Terapéuticos Familiares (PTF), con la realización de acciones integrales (individuales y colectivas) de promoción de la salud, identificación de riesgos y vulnerabilidades, prevención de enfermedades y agravaciones, diagnóstico, tratamiento y mantenimiento de la salud en la USF (consultas médicas), en el domicilio (actividades educativas) y en servicios de referencia (acompañamiento de procedimientos clínicos, sociales y de imagen), de forma articulada con la red de atención de la salud.

La utilización del PTF refuerza la práctica establecida en el artículo 5 de las DCN, buscando el cuidado centrado en la persona, en la familia y en la comunidad, énfasis en el trabajo interprofesional, con el desarrollo de relación horizontal compartida, respetándose las necesidades y deseos de la persona bajo cuidado, de la familia y de la comunidad, la comprensión de ellos sobre el enfermarse, la identificación de objetivos y responsabilidades comunes entre profesionales de salud y usuarios en el cuidado<sup>18</sup> (p. 3).

El PTF se constituye como instrumento de puesta en operación de la gestión del cuidado, buscando la provisión y/o la puesta a disposición de las tecnologías de salud, de acuerdo con las necesidades singulares de cada persona, en diferentes momentos de su vida<sup>34</sup>. Es un movimiento de coproducción y gestión del proceso terapéutico de personas/familias que funciona como un dispositivo de integración y organización de los equipos de salud<sup>35</sup>. Su utilización en el cotidiano de las PIESC hace concreto el cuidado compartido entre estudiantes, profesores, equipo de salud y personas/familias y permite la construcción de competencias y habilidades esenciales para que el médico actúe en la APS y ESF.

Además de estar en sintonía con las DCN y las Políticas Públicas de Salud, el Mapa Conceptual de las PIESC se encuentra en consonancia con las Directrices para la enseñanza de la APS en la graduación en Medicina propuestas por la Asociación Brasileña de Educación Médica (ABEM) y la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad (SBMFC)<sup>29</sup>.

Las referidas directrices establecen tres dimensiones de conocimiento para la enseñanza en APS. En el abordaje individual, el alumno debe “conocer y utilizar el abordaje clínico centrado en la persona integral, complejo, interdisciplinario, longitudinal y resolutivo, con base en evidencias científicas, pero singularizando el proceso de cuidado<sup>29</sup> (p. 144-5). En el abordaje familiar, enfrentar las distintas fases del ciclo de vida, reconocer la estructura y la dinámica familiar, utilizar instrumentos del diagnóstico familiar e identificar la influencia de las relaciones intrafamiliares en el proceso de salud-enfermedad-cuidado<sup>29</sup>. En el abordaje comunitario, conocer y trabajar con instrumentos de diagnóstico de salud de la comunidad, identificar la organización de la sociedad/comunidad y sus factores determinantes sociales, en el proceso salud/enfermedad, identificar y respetar la diversidad cultural, comprender que el territorio

es dinámico, desarrollar acciones de vigilancia de salud y participar en actividades de educación popular para la salud<sup>29</sup>.

La experiencia de las PIESC en los últimos 15 años consistió en participación dialógica y articulada a las necesidades de las comunidades y del proceso de formación médica. Sin embargo, las dificultades y tensiones estaban presentes, principalmente en la comprensión por parte de los alumnos sobre la importancia del SUS y de la APS para su formación, en la articulación del proceso de trabajo entre PIESC/ESF/NASF, en el pacto y puesta en operación de las actividades de los PTF agregando las diferentes miradas sobre los problemas priorizados y en la adhesión de las personas/familias a un nuevo proceso de cuidado basado en un modelo de cogestión

Esos obstáculos exigieron de los diferentes sujetos negociaciones y evaluaciones continuas que solamente fueron posibles debido al trabajo longitudinal e interprofesional<sup>23</sup> de las PIESC, que propició la construcción de vínculos, con gestión y asunción de responsabilidades por el cuidado, elementos necesarios para la formación médica en la APS y coherentes con los preceptos del aprender-haciendo<sup>21</sup>.

## Consideraciones finales

El objetivo de las Prácticas de Integración, Enseñanza, Servicio y Comunidad es contribuir con la formación de un médico enfocado en las necesidades del SUS. Comprendiendo, como señala Almeida Filho<sup>36</sup>, que son indispensables los sentidos de la interdisciplinariedad de la docencia y de los campos teóricos y prácticos, en la producción del conocimiento sobre un problema concreto y complejo.

El ejercicio de la práctica médica en las PIESC incluye la Salud Colectiva y la Medicina General de Familia y Comunidad, teniendo como eje el mapa conceptual (Figura 1), y sigue las propuestas de las Directrices Curriculares Nacionales (2001 y 2014) y las orientaciones del SUS. Se constituye, por lo tanto, el relato de la experiencia vivida, que aborda el desarrollo de la formación médica y demarca las prácticas con las comunidades, familias y personas, en la dimensión de las vulnerabilidades y del cuidado en alianza con la estrategia de salud de la familia y las redes de atención de la salud en el ámbito local.

La vinculación de las actividades de enseñanza-aprendizaje a la realidad de salud y a las prácticas del trabajo en equipo, marcadas por la reflexión de qué hacer y cómo hacerlo de manera compartida, señalan hacia la asunción de responsabilidad del cuidado, importante suposición de la formación en salud, en particular, del médico, en la APS. En esos escenarios, la articulación de la universidad a los servicios de salud ante las necesidades y problemas de la comunidad/familias/personas constituye un gran desafío.

El trabajo de las PIESC presenta una agenda de nuevas perspectivas y potencialidades basada en el fortalecimiento del vínculo con los profesionales de la ESF/NASF y la ampliación del trabajo interdisciplinario. Se constata que las demandas de los PTF necesitan continuidad, como parte de la red de los servicios de salud, para asegurar la capacidad de resolución de las acciones pensadas, planificadas y realizadas. De cierta forma, el desarrollo de proyectos terapéuticos compartidos depende del grado de responsabilidad de los sujetos envueltos en la gestión y en el acto del cuidado. Significa formar profesionales de salud y, en especial, médicos, que incorporen

nuevas formas de hacer salud, abriendo posibilidades de encuentros creativos para problematizar y reflexionar continuamente sobre los procesos de producción del pensar y hacer salud.

Las Directrices Curriculares de los Cursos de Medicina de 2014 ampliaron la discusión político-pedagógica sobre la formación médica, llegando a todo el territorio nacional e instando a todos los cursos de graduación en medicina a rediscutir sus bases curriculares. Eso señala la importancia de la APS como coordinadora del cuidado en el SUS, puesto que exige nuevos arreglos institucionales y la ampliación de las estrategias que puedan formar profesionales de salud comprometidos con prácticas integrales, de calidad y resolutivas.

### Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron activamente en todas las etapas de elaboración del manuscrito.

### Agradecimientos

A los estudiantes, profesores, profesionales de salud de la Estrategia Salud de la Familia y del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia y a los usuarios del SUS que construyen y reconstruyen el PIEESC en el cotidiano de las unidades de salud.

### Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



## Referencias

1. Vendruscolo C, Prado ML, Kleba ME. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Educ Rev.* 2014; 30(1):215-44.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1996, de 20 de Agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist Cienc Saude - Manguinhos.* 2014; 21(1):15-35.



5. Silva CC, Silva ATMC, Braga JEF. Revisitando a formação de recursos humanos de saúde no Brasil. *Rev Bras Cienc Saude*. 2009; 13(3):23-30.
6. Feuerwerker LCM. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2014.
7. Capozzolo AA, Casetto SJ, Imbrizi JM, Henz AO, Kinoshita RT, Queiroz MFF. Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. *Trab Educ Saude*. 2014; 2(2):443-56.
8. Fertonani HP, Pires DER, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(6):1869-78.
9. Mendes EV. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: Conass; 2015.
10. Organización Panamericana de la Salud. *La renovación de atención primaria de salud em las Américas*. Washington: Opas; 2007.
11. Trivedi D. Cochrane review summary: interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Prim Health Care Res Dev*. 2017; 18(2):109-11.
12. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009; 32(2):150-71.
13. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):244-55.
14. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):285-93.
15. Macinko J, Harris MJ, Phil D. Brazil's family health strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-81.
16. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014; 349:g4014.
17. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 1.133, de 7 de Agosto de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
18. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
19. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5a ed. Porto Alegre: Bookman; 2015. p. 29-74.
20. Universidade Estadual de Feira de Santana - Uefs. *Projeto de credenciamento do curso de medicina*. Feira de Santana: Prograd; 2015.
21. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
22. Farias PAM, Martin ALAR, Cristo CS. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. *Rev Bras Educ Med*. 2015; 39(1):143-58.



23. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):601-13.
24. Peixoto MT, Santos JLP, Rocha MRR, Carvalho RC. Práticas de integração ensino, serviço e comunidade (PIESC): fundamentos da atenção básica à saúde na formação do médico. *Rev Saude Colet Uefs*. 2017; 7(2):1.
25. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1997.
26. European Academy of Teachers in General Practice - Euract. *The euract educational agenda of general practice/family medicine*. Lisboa: Adso; 2006.
27. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 4, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
28. Vieira MLS, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida Filho N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3-12.
29. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et. al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(19):145-50.
30. Bordin TM. O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. *Saberes*. 2014; 1(10):225-35.
31. Santos M. *A natureza do espaço: técnica, razão e emoção*. 4a ed. São Paulo: Edusp; 2004.
32. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013, Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013. (ano CL, n. 206).
33. Teixeira CF, Vilasboas ALQ, Abreu de Jesus WL. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS. In: Teixeira CF. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba; 2010. p. 51-75.
34. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):589-99.
35. Peixoto MT, Carvalho RC, Vilasboas ALQ. Projeto terapêutico familiar: uma experiência de atenção integral em uma unidade de saúde da família num município do semiárido baiano. *Rev Saude Colet Uefs*. 2017; 7(2):35-43.
36. Almeida Filho N. Interdisciplinaridade na universidade nova: desafios para a docência. In: Cervi G, Rausch RB, organizadores. *Docência universitária: concepções, experiências e dinâmicas de investigação*. Blumenau: Meta Editora; 2014. p. 21-8.



**Traductor:** Maria Jesus Carbajal Rodriguez

Presentado el 09/11/17.  
Aprobado el 14/08/18.