UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE

CONTRIBUIÇÕES À MUDANÇA CURRICULAR NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Lorene Louise Silva Pinto

Tese de Doutorado

Salvador (Bahia), 2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE

CONTRIBUIÇÕES À MUDANÇA CURRICULAR NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Lorene Louise Silva Pinto

Professor-orientador: José Tavares-Neto

Tese apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde, da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do grau de Doutor em Medicina, da área de concentração em Medicina e Saúde.

Salvador (Bahia), 2009

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Fátima Martinelli.
Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Medicina da Bahia.

Pinto, Lorene Louise Silva

P659a Contribuições à mudança curricular na Faculdade de Medicina da Bahia / Lorene Louise Silva Pinto. – Salvador, 2009.
vii, 151 f. : il.

Professor-orientador: José Tavares -Neto
Tese (Doutorado) Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde.

1. Atenção primária à saúde. 2. Pessoal técnico de saúde - Formação. 3. Currículo - Medicina. 4. Serviços de Saúde. I. Universidade Federal da Bahia II. Título.

CDU: 378.12:61

COMISSÃO EXAMINADORA

Membros Titulares

- **Jairnilson Silva Paim**. Professor Titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
- **André Luiz Peixinho**. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Luis Fernando Fernandes Adan**. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Alana Abrantes Nogueira Pontes**. Professora Adjunto do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande.
- **Ângela Maria Silva**. Professora Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

Membros Suplentes

- **Dione Tavares Maciel**. Professora Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Pernambuco.
- **José Tavares-Neto**. Professor Associado da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

As qualidades ou virtudes são construídas por nós no esforço que nos impomos para diminuir a distância entre o que dizemos e o que fazemos. Este esforço, o de diminuir a distância entre o discurso e a prática, é já uma dessas virtudes indispensáveis – a coerência.

(Paulo Freire, 1996:72)

Com carinho e admiração,

À minha família, a quem devo as marcas do compromisso, honestidade, humildade e perseverança;

A Vavá, Maíra e Gabriel que dão sentido especial a minha vida;

Aos verdadeiros professores com os quais tive oportunidades, do jardim de infância à universidade, de compartilhar utopias pela construção de uma vida digna e pela formação de cidadãos e profissionais comprometidos com a verdade, solidariedade e justiça social.

AGRADECIMENTOS

A José Tavares-Neto, Professor-orientador, companheiro e incentivador em todos os momentos deste trabalho e da transformação curricular na FMB.

Aos queridos colegas do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FMB por compartilhar utopias, em especial por uma outra formação médica.

Aos colegas da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia e da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, pelo apoio, respeito e afeto que manifestam com a minha presença e pelo meu trabalho na instituição.

Aos primeiros alunos do Internato em Medicina Social (2002 a 2004) que resistiram, porém acreditaram , participaram e contribuíram para a implantação do internato e deste trabalho.

Aos alunos do Programa Voluntário de Iniciação Científica (PVIC) e aos professores do Programa de Alunos Especiais Docentes (PAED) pelas contestações, colaborações e no efetivo trabalho de campo.

Aos gestores e equipes das Secretarias de Saúde dos municípios de Vitória da Conquista, Alagoinhas, Lauro de Freitas, Catu e Camaçari, que acreditaram na contribuição efetiva do Sistema Único de Saúde para a formação médica, apoiaram e sustentaram conosco a estruturação do Internato em Medicina Social em 2002.

Às equipes do Programa de Saúde da Família do bairro do Garcia em Salvador com destaque para os Agentes Comunitários de Saúde pela acolhida aos internos, aos alunos do PVIC e pelo acompanhamento nas visitas às famílias do bairro.

Às famílias do bairro do Garcia visitadas e entrevistadas que participaram do estudo.

Aos alunos, ex-alunos e docentes da FMB-UFBA que acreditam na possibilidade de formar médicos humanos, competentes e socialmente comprometidos.

SUMÁRIO

Índice de tabelas e gráficos 9

Lista de siglas e abreviaturas 10

I. RESUMO 11

II. INTRODUÇÃO 12

III. OBJETIVOS 17

IV. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE TENTATIVAS DE MUDANÇA NAS ESCOLAS MÉDICAS 18

V. CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS 22

VI. ARTIGOS 26

Artigo 1. Segunda Versão do Projeto de Transformação Curricular da Faculdade de Medicina da Bahia: Revisão da Proposta Preliminar 27

Artigo 2. Um exercício para o docente na perspectiva da transformação curricular do curso médico 52

Artigo 3. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos Internos em Medicina Social 57

Artigo 4. Busca pelo cuidado à saúde em área urbana do nordeste do Brasil 77

VII. DISCUSSÃO 107

VIII. CONCLUSÕES 112

IX. SUMMARY 114

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 115

XI. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA 120

XI. ANEXOS 124

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELAS

TABELA 1. Problemas referidos pela população nos últimos 30 dias. Garcia, Salvador, Bahia, 2006 99

TABELA 2. Distribuição de presença ou não de problema de saúde nos últimos 30 dias, segundo faixa etária e sexo. Garcia, Salvador, Bahia, 2006 100

TABELA 3. Distribuição dos tipos de problemas de saúde referidos nos últimos 30 dias segundo o sexo, Garcia, Salvador, 2006 101

TABELA 4. Comparação entre os dois grupos com e sem problema de saúde e a história prévia de doença crônica e ou gestação, Garcia, Salvador, Bahia, 2006 102

TABELA 5. Comparação entre os grupos com e sem doença crônica prévia e ou gestação, onde buscou ajuda e se teve ou não o problema de saúde resolvido (PSR), Garcia, Salvador, Bahia, 2006 103

TABELA 6. Distribuição das pessoas com relato de problema de saúde nos últimos 30 dias em relação a prévia morbidade e o tipo de serviço onde procurou ajuda, Garcia, Salvador, Bahia, 2006 105

TABELA 7. Distribuição das pessoas conforme relato de problema de saúde nos últimos 30 dias em relação a possuir ou não plano de saúde e doença crônica prévia, Garcia, Salvador, Bahia, 2006 106

GRÁFICO

GRÁFICO 1. Distribuição dos serviços de saúde procurados pela população que referiu problema de saúde nos últimos 30 dias, Garcia, Salvador, Bahia, 2006 104

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

APS – Atenção Primária à Saúde

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais de Saúde

FMB – Faculdade de Medicina da Bahia

GT – Grupo de Trabalho

MEC – Ministério da Educação

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

PAED – Programa de Alunos Especiais docentes

PPgMS – Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde

Pró-Saúde – Programa de Reorientação da Formação em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PVIC – Programa Voluntário de Iniciação Científica

SUS – Sistema Único de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

I. RESUMO

CONTRIBUIÇÕES À MUDANÇA CURRICULAR NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA. Este trabalho constitui-se numa proposta de diálogo com base no enfoque das experiências vivenciadas durante o período de 2002 a 2006, com docentes e discentes da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia e profissionais dos serviços de atenção primária à saúde em alguns municípios da Bahia utilizando diferentes metodologias. A mudança considerada necessária para formar médicos humanistas, críticos e reflexivos, preparados para os vários espaços de cuidado, com ênfase na atenção primária à saúde e capazes de resolver os problemas de saúde mais prevalentes na sua região, está explicitada nas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Medicina, publicadas em 2001. As experiências apresentadas sinalizam para limites e possibilidades e indicam desafios a serem enfrentados para construção de mudanças na formação médica e na gestão dos serviços de saúde; o entendimento da necessidade de mudança como processo social; a importância dos princípios do planejamento estratégico para construção das intervenções; compromisso da gestão da escola médica com novos processos formativos e seletivos para docentes, priorizar o diálogo, os espaços coletivos de reflexão e formulação de políticas nos campos da formação e sua relação com o sistema de saúde; a integração da graduação com as políticas de especialização e cursos de pós-graduação com estabelecimento de linhas e grupos de pesquisa em formação médica. O sistema único de saúde, como principal campo de práticas dos cursos, e, consequentemente, da formação, precisa ter esta ação como prioritária e com isto interferir de forma positiva na construção das mudanças necessárias. Para fundamentar esses valores e diretrizes, nesta tese foram apensados quatro trabalhos publicados ou submetidos. Em conclusão, é destacada a valorização da atenção primária à saúde na formação médica e a inserção desse nível de atenção no processo de mudança curricular.

Palavras-chaves: 1. Atenção primária à saúde; 2. Educação Médica; 3. Currículo Médico; 4. Serviços de saúde; 5. Faculdade de Medicina da Bahia.

II. INTRODUÇÃO

Ao iniciar este capítulo considero relevante fazer um pequeno relato sobre fatos que me levaram a realizar este trabalho. A raiz da motivação para a causa "formação médica" remonta meu período de estudante de graduação no curso de Medicina de 1977 a 1982 e todos os movimentos em que me envolvi na perspectiva de melhorar o curso. Em 1987, recém-saída do Programa de Residência Médica em Medicina Social, tornei-me docente no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), um departamento que discutia estas questões no seu cotidiano. Cada vez mais, o meu compromisso com o curso de graduação, como momento especial da formação, ficava evidente.

No ano de 2002, ao retomar minhas atividades como docente do Departamento, após passar sete anos (1995 a 2002) na função de Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, fui convidada a coordenar o processo de implantação do Internato em Medicina Social para os alunos do quinto ano médico. Uma pequena parte da Faculdade, principalmente estudantes, vivia a fase pós-publicação das diretrizes curriculares, em Novembro de 2001 (Brasil, 2001)[(1)], e uma outra parte nem sabia da sua existência.

Iniciar a implantação do Internato em Medicina Social permitiu retomar leituras, enfrentamentos e assumir o desafio de concretizar uma atividade prática no curso, com todas as dificuldades vividas pelas universidades públicas, pelo preconceito de muitos alunos e docentes para com a atenção primária à saúde e também pela dificuldade de compreensão e aceitação de vínculos da instituição acadêmica com o sistema de saúde e deste como um espaço de formação dos profissionais (Ceccin e Feuerwerker, 2004)[(2)]. Esse módulo do Internato, em alguma medida, provocou muitas discussões, insatisfações e questionamentos, principalmente pelo seu principal espaço de práticas ser a atenção primária estruturada pela estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) em alguns municípios do Estado da Bahia.

Motivada pela turbulência causada em decorrência desse Internato e ao mesmo tempo pelo movimento que se reiniciava na FMB de discutir o currículo, fiquei a imaginar formas de produzir evidências, sensibilizar colegas docentes e discentes e contribuir, considerando o discurso frequente nos vários ambientes da faculdade, tais como: de que o curso precisa melhorar; nossos alunos ficam "soltos"; o que estamos formando?; não temos bons campos de práticas; os professores não se dedicam, dentre outros. Precisávamos criar um clima de mudanças, um ambiente favorável e transformar a indignação em ação propriamente dita.

E assim comecei a pensar em propostas. Com o Internato, iniciamos a aproximação com várias secretarias municipais de saúde no Estado da Bahia, participamos de encontros, congressos e comissões para discutir as mudanças necessárias à formação dos profissionais de saúde e sobre o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na formação médica. Em 2004, como participante do grupo de trabalho (GT) para construção da primeira versão do projeto do novo currículo para a FMB, considerei que a atividade com o objetivo de **captar as percepções de alunos e professores sobre as diretrizes curriculares e a necessidade de mudança na formação**, poderia contribuir à mais ampla discussão interna e fomentar o que havíamos iniciado no GT. Esse foi o projeto inicial e, incentivada pelos colegas de Departamento, apresentei projeto ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde (PPgMS-FMB-UFBA) para seleção ao doutorado em 2005 (Pinto, 2005)[(3)]. Indagada por colegas sobre qual era a linha de pesquisa em que iria me enquadrar, respondi que gostaria muito de ver uma escola médica com uma linha de estudos e pesquisas sobre formação médica, sua razão de existir, e que eu me comprometia em participar dessa.

Nesse período, buscando-se criar o ambiente favorável às mudanças, alguns dispositivos foram pactuados entre os departamentos e instituídos na FMB. Após a estruturação do GT Transformação Curricular, o Programa de Alunos Especiais Docentes (PAED) e, associado a este, o Programa Voluntário de Iniciação Científica (PVIC), composto por 44 docentes e 170 alunos de graduação, respectivamente, foram também importantes para divulgar as diretrizes

curriculares e colocar em discussão o projeto preliminar para o novo curso (FAMEB, 2005)[4]. Os docentes do PAED, com o objetivo de preparar docentes não portadores de título de Doutor para a seleção de doutorado e alunos de graduação em iniciação científica, ao tempo em que cursavam disciplinas do doutorado como alunos especiais, construíam seus projetos que, obrigatoriamente, deveriam envolver esses alunos de graduação. Outro dispositivo utilizado nesses programas foi colocar no eixo condutor das disciplinas cursadas pelos docentes o projeto preliminar de transformação curricular para o curso médico na FMB e isto gerou sua segunda versão, da qual fui relatora (Pinto, 2005)[5]. Em paralelo, os docentes do PAED e os seus alunos do PVIC foram motivados a escrever temas de interesse da atenção primária à saúde relacionados com suas especialidades e esses foram publicados sob a forma de livro (Tavares-Neto, 2005)[6].

O meu envolvimento com os referidos programas provocou a revisão do projeto inicial apresentado ao PPgMS-FMB-UFBA, ao considerar que um dos seus objetivos já se encontrava comprometido com grande parte dos docentes e discentes que discutiam as diretrizes curriculares. Nessa trajetória, várias foram as tarefas, projetos, grupos de trabalho e a implantação do Internato já referido, todos construções coletivas percebidas como contribuições à transformação curricular em uma escola prestes a completar, à época, 200 anos, em que a força da tradição e a cultura institucional nem sempre colaboram a favor.

A elaboração e aprovação, em 2006, do projeto da FMB apresentado ao Programa de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde), do Ministério da Saúde (Brasil, 2005)[7], também foi um dispositivo relevante aos movimentos já iniciados e a forma concreta de financiar algumas atividades previstas para o novo projeto em curso.

Elegi quatro possibilidades de contribuir para o processo de mudanças neste conjunto de iniciativas com as quais me envolvi, para compor este trabalho apresentado sob a forma de tese de doutorado e manter permanente o desejo de ver um grupo de estudos e pesquisas sobre formação médica constituído na FMB.

Executar projetos no interior da Faculdade de Medicina da Bahia, que pudessem sensibilizar para a mudança do currículo médico foi o principal objetivo do trabalho.

Foram quatro projetos desenvolvidos, o que gerou um esforço muito grande na execução, pela dimensão que os estudos tomaram, principalmente por envolver muitos alunos, docentes e profissionais das unidades de saúde que participavam das atividades do Internato em atenção primária, do PAED e do PVIC. Cada um dos trabalhos buscou responder a questões específicas; porém, todos, com a finalidade de contribuir para o movimento de mudança na formação médica na FMB. Em cada artigo são apresentadas as questões conceituais, metodológicas e referências pertinentes.

O **primeiro** artigo apresentado constitui-se em produto de uma atividade realizada com os docentes do PAED durante a disciplina "Didática e Pedagogia Especial" (MED 626) que teve como eixo central a discussão da proposta preliminar do "Projeto de Transformação Curricular para o curso de graduação da FAMEB" e foi publicado na *Gazeta Médica da Bahia,* em 2005.

O **segundo** apresentado refere-se à reflexão sobre a pergunta formulada por docentes do PAED quando da exposição que fiz sobre o projeto preliminar para transformação curricular na FMB, no qual formar um médico generalista é a questão central: qual a contribuição do professor, médico-especialista na formação do médico generalista? Assumi o desafio de mostrar que era necessário o exercício de todos nós docentes nessa perspectiva, considerando, inclusive, que esses são os docentes que temos para formar os médicos que precisamos para a sociedade e que todos podemos contribuir. Tive como colaborador o aluno Júlio Leonardo Barbosa e publicamos como capítulo no livro produto do PAED[6], *Contribuições das Especialidades Médicas à Atenção Primária à Saúde*. Essa publicação foi assumida efetivamente como contribuição pela gestão do Sistema Único de Saúde na Bahia em 2007 e está sendo reproduzida para disponibilizar para as equipes do PSF no Estado da Bahia.

O **terceiro** artigo trata da percepção dos Internos em Medicina Social inseridos na atenção primária nos serviços municipais de saúde, alunos em fase final da formação, sobre a

integração ensino-serviço e o potencial desta no processo de formação dos médicos. Publicado, na *Revista Baiana de Saúde Pública,* em 2007, a experiência do Internato foi apresentada e discutida no Encontro Estadual de Saúde da Família na Bahia em 2005. Com outros produtos do Internato foi levado ao Congresso da Rede Unida em Londrina (2003) e aos de Educação Médica (COBEM), em Fortaleza (2002), em Vitória (2004) e Natal (2005).

O **quarto** se constitui em uma revisita ao clássico estudo de White et al., *A Ecologia do Cuidado Médico*, publicado em 1961[8] revisitado em 2001[9] em 2002[10] em 2003[11,12] e 2005[13]. Na nossa tentativa, em 2006-2007, com a *Busca do Cuidado à Saúde em uma Área Urbana do Nordeste do Brasil*, foi possível construir mais argumentos para mostrar para quem, como e para que espaços de cuidados à saúde formamos e para quais precisamos formar. Esse artigo foi submetido à *Revista Atenção Primária à Saúde* (UFMG) e aguarda publicação.

Consideramos que buscar evidências para mudanças na formação médica, tendo como princípios o envolvimento de docentes, discentes e profissionais dos serviços de saúde comprometidos com essa formação e tudo produzido ser necessariamente compartilhado com os envolvidos, seria mais uma estratégia para divulgação, sensibilização e construção de pactos para uma mudança necessária.

A satisfação de ter vivido mais esta etapa e constatar que os trabalhos realizados contribuíram com a construção de caminhos, pela sua natureza pública, concebidos, discutidos e já utilizados pelos vários segmentos envolvidos com a formação dos profissionais de saúde em especial dos médicos, permite-nos reiterar a busca pelas utopias.

Talvez não exista mais o ineditismo nesta produção, pois a sua publicização foi parte integrante de todas as etapas da sua construção.

Como um trabalho que se propôs a sensibilizar sujeitos para mudanças, acreditamos que, pelos passos já caminhados na FMB até o momento de finalização desta tese, valeu a pena todo o tempo e esforços investidos na sua realização.

III. OBJETIVOS

PRINCIPAL

Executar projetos no âmbito da Faculdade de Medicina da Bahia que contribuam para sensibilizar seus sujeitos para a mudança do curso médico.

SECUNDÁRIOS

1. Contribuir para a construção da nova proposta de currículo para a Faculdade de Medicina da Bahia (FMB);
2. Apoiar a organização de campos de práticas para o curso de Medicina da FMB no município de Salvador;
3. Apoiar o Programa de Alunos Especiais Docentes (PAED) e o Programa Voluntário de Iniciação Científica (PVIC) da FMB;
4. Contribuir para a consolidação das ações de atenção primária à saúde nos municípios participantes do Internato em Medicina Social.

IV. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE TENTATIVAS DE MUDANÇA NAS ESCOLAS MÉDICAS

Em revisão histórica da Medicina, as referências de que o século XX desnudou definitivamente a complexa relação entre Medicina e Sociedade e, em consequência, entre o modo de aprender e saber a Medicina e a forma de praticá-la. Nas primeiras décadas do século XX, a formação médica parecia haver alcançado o modelo definitivo, demonstrando todo o poder que o paradigma flexneriano imprimiu, requerendo apenas retoques de aperfeiçoamento. Entretanto, as crescentes novidades no saber e na prática da Medicina impuseram profunda revisão do modelo flexneriano. A fragmentação do saber em inúmeras especialidades, parte delas vinculadas apenas a operação de tecnologias diagnósticas, aprofundou a divisão do trabalho médico, contrapondo a tecnologia, o trabalho morto, ao trabalho vivo do clínico geral, que deveria assumir a regência na orquestração dos valiosos recursos disponíveis. Essa visão considera que os pilares da Medicina são também marcos da Educação Médica e não apenas o fato de boa parte do desenvolvimento da Medicina ter ocorrido no interior de escolas médicas e universidades, mas também porque são momentos culminantes na modificação de certas práticas e verdades e, assim, de sua reprodução nas escolas médicas e nos serviços de saúde. Por isso, há necessidade de que as deliberações sejam coletivamente tomadas e equilibradamente conduzidas. No entanto, a velocidade desse movimento deve ser lenta o bastante para permitir o amadurecimento coletivo das novas propostas e ágil o suficiente para que sua temporalidade política não se perca (Cinaem, 2000; Cruz, 2004)[14, 15].

O início do processo de mudança na Educação Médica deu-se já nos anos sessenta do século passado, quando, com base nas propostas discutidas na Conferência de Colorado Springs, em 1952, o conceito de Medicina Integral foi pela primeira vez utilizado. Segue-se uma série de conferências como as de Nancy, de Escolas Europeias, em 1953; o Primeiro Congresso Mundial sobre Educação Médica, em Londres, também em 1953; a Conferência de

Educação Médica, na Índia, em 1955; a Conferência Regional do Pacífico, em Manila, 1958; e a Conferência sobre o Ensino de Medicina Preventiva, no Irã. Na América Latina, destacam-se as reuniões que trataram do ensino da Medicina Preventiva, como os Seminários de Viña Del Mar, no Chile, em 1955; e Tehuacan, no México, em 1956 (Lampert, 2002)[16].

Nos anos oitenta, programas de integração docente-assistenciais ou ensino-serviço, baseados nas concepções da Conferência de Alma Ata (Rússia) e nas premissas da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS), visando a Saúde para todos no ano 2000, período em que mesmo não reconhecidas como agentes de mudanças pelo Ministério da Educação (MEC), algumas escolas de saúde foram incentivadas à inserção nas práticas de saúde como forma de induzir mudanças curriculares. Essas e várias outras iniciativas, seguindo a mesma lógica, mostraram impacto reduzido para as mudanças na formação e nas práticas de saúde (Paim, 1994)[17].

A Declaração de Edimburgo (1988)[18] enfatizou que a reforma da Educação Médica exigia mais do que consenso, notadamente um compromisso de ação, liderança e decisão política.

Segundo Feuerwerker (2002)[19], nas escolas médicas em geral, a maior parte das propostas de mudança se constituía na discussão do papel da escola e no perfil do médico, em torno disso se aglutinavam as disciplinas sem nenhuma crítica pedagógica ou sem um preparo específico para os docentes nesse campo. Como pano de fundo a concepção tradicional do ensino, baseada na transmissão de conhecimentos, na experiência do professor e a garantia dos espaços de poder.

O processo de formação médica e também suas escolas e universidades, entretanto, não conseguirão mudar e nem os sujeitos por ela formados, de forma mais ágil, apesar de tudo e de todos. O discurso de necessidades de mudanças na formação médica é relativamente antigo e o otimismo somente não basta. Também segundo Paim (2002)[20] não basta identificar *o que mudar*, o mais importante em cada espaço, escola, serviços, é *como mudar,* com quem e de que

forma, com base em análises concretas, construir caminhos na perspectiva do planejamento estratégico (Paim, 2002, 1993, 1996, 2001)[20-,23].

Dentre as várias tentativas e projetos de mudanças na formação médica, os enfoques e ênfases adotados evidenciaram ou uma postura tradicional, propondo um profissional inadequado aos serviços, ou tomaram como referência os determinantes políticos e econômicos da organização social, vinculando o médico ao modelo dominante (Silva, 1987)[24].

A proposta que mais se aproximou do *como mudar*, na perspectiva do planejamento estratégico, foi o Projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), executado entre 1991 e 2000 nas suas três fases, com o objetivo de preparar a transformação da Educação Médica brasileira. A CINAEM iniciou seus trabalhos reunindo entidades dedicadas ao ensino universitário em geral e na área médica em particular, representativas da formação ao modelo dominante, bem como docentes e alunos, por meio de suas entidades de representação sindical, reguladoras e associativas, todas com a seguinte visão: a formação do médico não é responsabilidade exclusiva da escola médica, mas também do Estado e da Sociedade Civil organizada. Em 1999, a CINAEM foi ampliada, com a entrada do Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais de Saúde (CONASEMS). Segundo Cruz (2004)[15], é possível afirmar que tanto a produção discursiva como a produção política da CINAEM introduziram no campo da Educação Médica significativas alterações, assentadas no desvelamento de suas estruturas de poder e no reposicionamento dos atores sociais no campo, possibilitando o surgimento, em seu interior, de novas estruturas que podem dar novos sentidos para a Educação Médica no Brasil (CINAEM, 2000; Cruz, 2004)[14,15].

A CINAEM optou por utilizar a **Avaliação Transformadora** como a primeira linha de ação a ser desencadeada no **Projeto de Transformação do Ensino Médico**. A seguir, quase de forma concomitante, a linha de ação que caracteriza a **Docência Médica Profissionalizada**, fornecendo melhor horizonte aos docentes, peças fundamentais em todo o processo. Com o número

maior de docentes vivenciando o cotidiano da Escola Médica sob nova perspectiva, serão reveladas outras necessidades, que por sua vez exigirão planejamento e gestão diferenciados. Caracteriza-se, assim, o momento de desencadear, de forma estruturada, a **Gestão Transformadora da Escola Médica**. Na perspectiva desse projeto, os desdobramentos dessas três linhas de ação provocariam a qualificação dos atores e o amadurecimento necessário das concepções, para que seja implantado um **Novo Processo de Formação na Escola Médica**. O processo, na sua abrangência, deveria mostrar-se capaz de formar um médico adequado às demandas sociais contemporâneas e competente o suficiente para influir positivamente na implantação e consolidação das políticas de saúde com relevância social, reiterando o compromisso com a construção do Sistema Único de Saúde (CINAEM, 2000; Cruz, 2004)[14,15].

A construção desse projeto da CINAEM, que não contou com a adesão de todas as escolas médicas do país, foi bastante comprometida em função de crises desencadeadas no colegiado da comissão, motivadas pelas disputas e divergências quanto à condução do processo na época – ano de 2002 – em sua quarta fase. Esperava-se que as escolas apresentassem seus projetos de transformação pactuados e seriam apoiados pela CINAEM na sua execução. Não obstante, até agora não foi publicado o relatório final dos trabalhos da comissão.

Foram muitas as tentativas de mudança nascidas de ideias dignas de atenção e outras nem tanto, porém, a grande maioria nunca conseguiu sair das gavetas. Feuerwerker (2002)[19] apontou problemas considerados "clássicos", com base nas análises das várias tentativas nesse campo, a exemplo de: construção de viabilidade de uma proposta de mudança que tem "proprietários"; trabalhar a proposta com o apoio da iniciativa de grupos não relacionados diretamente com o poder no âmbito da escola. Este último revela a importância do compromisso que o núcleo central de poder, a direção, precisa ter, para que a proposta de mudança seja viável, aliado à capacidade de criar massa crítica no interior da escola médica.

V. CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS

Pesquisas cujo objeto é o processo de Educação Médica e suas relações, denominadas de pesquisa sobre educação médica, devem ser acessíveis a qualquer instituição e serão tanto melhores quanto mais articuladas estiverem com os programas ou cursos de pós-graduação, principalmente no momento atual, de grandes reflexões e movimentos de transformação no ensino médico. Segundo Aguiar (2004)[25], muitos temas nessa área prestam-se como objeto de pesquisa.

Um referencial importante para explicar e entender os processos, fracassos e sucessos nos movimentos de transformação da educação médica, Testa (1992)[26] diz que é necessário entendê-los como movimentos que envolvem relações sociais e, portanto, necessitam da constituição de sujeitos sociais à uma ação transformadora. O autor [26] diz ainda que, para ser estratégico, precisa levar em conta as relações de determinação e condicionamento existentes. Ressalta o autor[26] que há dois níveis de condicionamento em relação às ações estratégicas: um relacionado ao Estado, à História e à Teoria; e outro relacionado aos objetivos e propósitos, métodos e organizações (Testa, 1992; Testa, 1995; Rivera, 1995)[26, 27, 28]. Para Testa (1992)[26], as organizações sofrem determinação pela história e pelo contexto. Quanto maior a determinação histórica, maiores estabilidade e conservadorismo e mais difíceis mudanças. Quanto maior a determinação contextual, maior a possibilidade de adaptações às novas situações e possíveis mudanças. No seu *Postulado de Coerência*, o autor[26] ressalta a necessidade de existir coerência entre propostas, métodos e organização. Ao considerar a formação de médicos como movimentos sociais, o poder e as estratégias como uma forma de distribuição do poder, precisam ser considerados para a análise e explicação dos processos e das possibilidades de mudança (Testa, 1995)[27].

Nessa perspectiva, as referências do planejamento estratégico em saúde, para pensar e construir os projetos e processos apresentados nesta tese, visualizados em cada um dos artigos, buscaram sensibilizar e construir caminhos para mudanças na formação dos agentes dessa prática.

Outra leitura que orientou o percurso dos trabalhos foi o conceito de *ação comunicativa*,formulado por Habermas (1989)[29]e também abordada por Seibeneichler(1994) [30]. Consoante esse conceito, ao elaborar seus planos de ação, os atores implicados não se coordenam em virtude de um cálculo egocêntrico de resultados, mas mediante *atos de entendimento*. A *ação comunicativa* pressupõe algum tipo de racionalidade, que Habermas (1989)[29] denomina *agir comunicativo*, ou seja, quando os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e se dispõem a alcançar suas metas, sob a condição obrigatória de acordo estabelecido ou da realização de negociação sobre a situação e as consequências dela esperadas; ou seja, quando os participantes não se orientam primariamente ao próprio êxito, mas perseguiriam seus fins individuais sob a condição de que seus respectivos planos de ação possam harmonizar-se entre si sobre a base de uma definição compartida da situação (Habermas, 1989; Seibeneichler, 1994)[29,30].

O planejamento em saúde, na perspectiva da racionalidade e ação comunicativas, se constituiria fundamentalmente na realização de acordos intersubjetivos entre os profissionais de saúde, docentes, discentes, gestores e as comunidades envolvidas e, desse modo, seria possível alcançar compromissos de ação entre todos os sujeitos envolvidos nos processos e dotados de legitimidade.

Entre as novas estratégias para a formação médica, é essencial a inserção dos cuidados primários à saúde como aprendizado fundamental. Em análise feita por Gil (2006)[31], sobre os conceitos de atenção primária à saúde (APS), atenção básica (AB) e saúde da família (SF), presentes no cenário da reforma sanitária brasileira, apoiado em documentos oficiais, são identificadas suas distintas lógicas e superposições, além de sequelas dos debates dos anos 70 e

80 do século XX sobre o caráter racionalizador de algumas propostas e suas influências na condução dos processos de implementação nos diferentes lugares. Concluiu a autora[31] que, no Brasil, há potencial esforço para a construção da agenda de mudanças mais efetivas que atendam as necessidades de saúde.

Para Mendes (2005)[32], no Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária denomina-se de atenção básica, o que reforça a concepção de algo simples, que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao "complexíssimo" princípio da APS, o do primeiro contato.

A expressão APS afirmou-se como alternativa ao conceito de "assistência médica primária", pioneiramente visualizado por White et al.(1961)[8], limitado então à atuação médica. Numa nova proposição, ampliou-se o conceito de saúde, destacaram-se seus determinantes e participação social, e atrelou-se a ideia de investimento em saúde com o desenvolvimento socioeconômico da comunidade (WHO, 1978)[33].

Starfield et al.[34], assinalam que o conceito de Atenção Primária (AP) circunscreve-se, no geral, aos indicadores assistenciais: oferta de serviços de cuidado à saúde integrados e acessíveis, por intermédio de clínicos responsáveis por abordar a maioria das necessidades de cuidados pessoais em saúde, desenvolvidos com a parceria sustentada, por pacientes e comunidade, praticados no contexto da família (Starfield et al. (2005)[34]. A autora defende que, ao modelar a AP em torno de quatro características elementares – primeiro contato, abrangência, continuidade e coordenação do cuidado, tanto no plano individual, quanto no coletivo – o sistema de saúde atingiria as principais ideias contidas na Declaração de Alma-Ata (Starfield, 1994)[35].

Se as diretrizes curriculares indicam que o médico a ser formado deve ser um profissional generalista, humanista, com capacidade crítica e reflexiva, capaz de atuar pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações

de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde na perspectiva da integralidade do cuidado, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, será grande o desafio das escolas médicas nos próximos anos (Brasil, 2001)[1].

Neste trabalho, a referência do conceito de atenção primária à saúde é o de Starfield (1994, 2004)[35, 36] e Starfield et al. (2005)[34], reiterado por vários autores (CINAEM, 2000; Cruz, 2004; Paim, 2001; Paim, 2002; Mendes, 2005; Conill, 2008)[14, 15, 23, 20, 32, 37], na perspectiva do potencial que pode representar esse espaço de cuidados à saúde, para o enfrentamento de problemas e para o reordenamento de modelos de atenção e formação profissional. Devem ser ressaltados os destaques feitos por Ceccim e Feuerwerker (2004)[38] e Merhy (2002)[39], sobre os limites e as possibilidades da transformação curricular ser capaz de formar o médico generalista plenamente capacitado à clínica integral ou à oferta de modelo médico de família que vai resolver tudo.

Concordamos com Ceccim e Fueurwerker (2004)[38] e Merhy (2002)[39] sobre a necessidade de uma abordagem integral, o que vai demandar transformação de conceitos e práticas para produzir profissionais capazes de atuar em todos os espaços de cuidados e da gestão da saúde.

VI. ARTIGOS

Artigo 1. Segunda Versão do Projeto de Transformação Curricular da Faculdade de Medicina da Bahia : Revisão da proposta preliminar, agosto de 2005.

Publicado como Relatório Técnico na *Gazeta Médica da Bahia,* 2005; 75 (2):195-218.

Segunda Versão do Projeto de Transformação Curricular da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB): Revisão da Proposta Preliminar, Agosto de 2005[A]

Lorene L. Silva Pinto, Grupo de Trabalho[B] e participantes do Programa de Alunos especiais-docentes (PAED)[C]
Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

Considerações Gerais

O Projeto de Transformação curricular da FAMEB faz parte de uma desafiadora jornada, com pensares e repensares, parcerias e novas inserções, objetivando a formação de futuros médicos, inseridos em uma realidade nacional, e comprometidos com o exercício da cidadania em sua plenitude.

Contextualização

Em maio de 2005, foram iniciadas as atividades do Programa de Alunos-Especiais Docentes (PAED) da ACPgMS-CPgMS da FAMEB – UFBA. Este programa congrega 44 docentes de todos os departamentos da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA que ainda não possuem o título de Doutor e estejam motivados a realizar o curso de pós-graduação a partir de créditos obtidos em disciplinas do curso de doutorado.

A disciplina "Didática e Pedagogia Especial" (MED 626) estruturou as atividades a partir de julho de 2005, utilizando como objeto de discussão e reflexão a proposta preliminar do "Projeto de Transformação Curricular para o Curso de Graduação da FAMEB"[3]. Em um processo de construção sucessiva, grupos de docentes foram constituídos para discutir o projeto por partes, dividindo-o por semestres, e formular sugestões para seu aperfeiçoamento; ao final, o produto do trabalho de cada grupo foi apresentado em seminário para a totalidade dos docentes do PAED. Na seqüência, novo rearranjo de grupos foi realizado, de forma a mesclar os grupos iniciais, realizando-se novas discussões e proposições, desta vez a partir do produto do trabalho dos primeiros grupos. Ao final, um segundo seminário foi constituído, com apresentação e debate das propostas formuladas. O produto destas discussões está aqui estruturado, constituindo a contribuição inicial destes 44 docentes ao Projeto de Transformação Curricular para o Curso de Graduação da FAMEB[3].

A estratégia pedagógica adotada permitiu, inicialmente, o conhecimento do conteúdo da proposta preliminar, a realização de outras atividades na disciplina "Didática e Pedagogia Especial", como seminários temáticos (Currículo), e propiciou a apropriação de conceitos fundamentais para a tarefa de "ressignificação". Um segundo ganho observado, a partir da apropriação dos conteúdos, foi a constituição de juízo de valor a respeito da proposta preliminar pelos diversos docentes. Os debates coletivos evidenciaram claramente as distintas visões do papel docente no curso de graduação e do próprio curso de graduação em Medicina da UFBA. Enfim, os sujeitos sociais haviam se apropriado das ferramentas indispensáveis para a escolha de suas posições: participar ou não do projeto, sob a forma de proposta preliminar que lhes havia sido apresentado, e contribuir ou não para a sua formulação teórica.

Os docentes participantes do PAED constituem em torno de 25% do quadro permanente da FAMEB/UFBA, daí a importância estratégica da apropriação dos conteúdos da proposta preliminar de Transformação Curricular por esse coletivo. Na seqüência do processo de Transformação Curricular

Recebido em 09/10/2005 Aceito em 11/12/2005
Endereço para correspondência: Profa. Lorene L. Silva Pinto, Departamento de Medicina Preventiva, Pavilhão de Aulas da Faculdade de Medicina da Bahia, Campus UFBA-Canela, Av. Reitor Miguel Calmon s/nº, bairro Canela, 40110-100 Salvador, Bahia, Brasil. Endereço eletrônico: lorene@UFBA.br.

Gazeta Médica da Bahia 2005;75(2):Jul-Dez:195-.
© 2005 Gazeta Médica da Bahia (ISSN0016-545X).
Todos os direitos reservados.

do curso de graduação em Medicina da FAMEB/UFBA, os debates deverão ser ampliados para conformar uma proposta institucional a ser discutida, referendada ou modificada pelo Colegiado do Curso de Graduação, instância responsável pela sua condução.

O processo de construção da proposta preliminar, com a participação de docentes de diversos departamentos do Instituto de Ciências da Saúde, Instituto de Biologia, FAMEB e discentes, contribuiu para delinear um cenário mais favorável que dantes, para a ampliação das possibilidades de transformação do atual currículo da FAMEB. A função política da Diretoria, engajada e capitaneando o processo, o Colegiado de Graduação favorável e o Diretório Acadêmico participando completam este cenário interno. Isto não significa que inexistam posições contrárias, conflitantes e obstaculizadoras ao processo de transformação curricular; todavia, por ser um "processo", os diversos atores sociais haverão de interagir para construir a proposta possível para FAMEB/UFBA.

Definição do Perfil Médico a Ser Formado pela FAMEB

Consideram-se indispensáveis à formação médica, as seguintes competências (conhecimentos e habilidades) e valores:

1. Conhecimento nas cinco principais áreas médicas (Clínica Médica Pediatria, Tocoginecologia, Cirurgia e Medicina Social).
2. Conhecimento em Ciências Humanas (Filosofia, Antropologia, Sociologia), Psicologia, Deontologia e Disceologia Médica.
3. Capacidade de atuar através da prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde, com ênfase na atenção básica nos diversos níveis de saúde.
4. Capacidade de prestar atendimento resolutivo aos problemas de saúde mais prevalentes na comunidade e saber encaminhar devidamente os demais casos.
5. Capacidade de reconhecer o indivíduo como um ser bio-psico-sócio-ambiental.
6. Capacidade de desenvolver uma relação médico-paciente-família, baseada no acolhimento (educação, escuta, empatia) e respeito.
7. Capacidade de realizar anamnese e exame físico minucioso e a partir destes dados construir um raciocínio lógico solicitando os recursos terapêuticos necessários para a elaboração de um diagnóstico.
8. Elaboração de uma linguagem oral e escrita, clara, objetiva e compreensível para os pacientes, familiares e demais profissionais da área da saúde.
9. Capacidade de interpretar os exames complementares.
10. Visão crítica da relação custo-benefício de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.
11. Capacidade de lidar com a dor, morte e sofrimento.
12. Treinamento em urgências e emergências.
13. Conhecimento das ferramentas de busca e estar apto para aquisição contínua do conhecimento.
14. Ter noções de metodologia científica.
15. Conhecimento e visão crítica das políticas públicas de saúde.
16. Noções de gerenciamento do SUS (estrutura de complexidade; mecanismos de referência, contra-referência e transferência de pacientes; disponibilidade de medicamentos).
17. Postura ética ante os pacientes, familiares e demais membros da equipe de saúde.
18. Conhecimento dos principais fundamentos da Bioética, Ética Médica e Ética em pesquisa.
19. Conhecimento sobre os direitos e deveres dos cidadãos.
20. Conhecimento para realizar defesa profissional.
21. Aptidão para atuar em uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, assumindo posição na equipe de saúde e com habilidade para tomar decisões.
22. Capacidade de autoconhecimento, autoconfiança e respeito aos próprios limites.

4. Diretrizes Pedagógicas

A partir da redefinição que tem ocorrido nos últimos anos, das concepções sobre o papel do médico na sociedade, tem sido reforçada a necessidade de mudanças na sua formação, que acompanhem o novo perfil do profissional e que ajudem a efetivar o modelo de atenção à saúde voltada para a população. De acordo com o novo enfoque sobre o objeto de trabalho da medicina, o exercício profissional do médico deixa de se organizar em torno da oferta de serviços e tecnologias de saúde, como ocorre atualmente, para se organizar em torno das necessidades do indivíduo em seu contexto biológico, psíquico e social[2]. Para contemplar este modelo, o ensino médico deve favorecer à incorporação e utilização do conhecimento pelo estudante para atender às necessidades da população e da comunidade, em oposição à simples memorização do conhecimento. A incorporação de novas técnicas pedagógicas, neste contexto, contribui para a efetivação das mudanças necessárias na educação médica, embora não seja suficiente por si só, sem que haja a reorientação em nível mais amplo, dos objetivos da formação do médico em si.

Nesse sentido, a pedagogia e as novas concepções de didática e processo de aprendizado têm contribuído enormemente para a concepção do novo modelo de ensino médico, voltado para a formação de profissional capaz de atender às demandas da sociedade. A principal chave para esse processo é a transição da didática tradicional, em que o professor é a figura central do processo de ensino, para a didática contemporânea, centralizada no aluno e sua realidade. O aprendizado deixa de ser entendido como a memorização, por parte do aluno, de informações selecionadas a partir de um programa a ser cumprido pelo professor, e passa a ser entendido como o processo de construção do conhecimento pelo estudante a partir da informação, cabendo ao professor a função de facilitador e orientador da ação educativa[4]. O conhecimento, dessa forma, se refere ao saber comprometido com a sociedade e se estabelece a partir da busca ativa pelo estudante, cujo ponto de partida é sua interação com a realidade.

É interessante ressaltar que a mudança do papel do educador no processo de ensino não significa a redução da responsabilidade do professor sobre o aprendizado do estudante; o tutor ganha o dever ainda mais árduo de garantir a aquisição de competências e habilidades por parte do aluno, bem como seu desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicomotor. Para esse fim, o resgate da relação professor-aluno no ensino médico é um dos principais pré-requisitos; o estudante, ao ser percebido e considerado como pessoa, poderá desenvolver a percepção do paciente também como pessoa, com todas as singularidades que esta relação implica.

O processo de avaliação deve contemplar todo o processo de aprendizagem, tendo como premissa principal a verificação da aquisição das habilidades e competências propostas a serem alcançadas no respectivo momento em análise.

A avaliação deve contemplar o desempenho dos alunos, dos tutores, dos processos de ensino-aprendizagem e da gestão. O sistema de avaliação, dessa forma, deve possibilitar a retro-alimentação permanente do processo de educação médica, deixando de ser um instrumento de poder e passando a ser estratégia de amadurecimento cognitivo, afetivo, psicomotor e social dos avaliados[2].

Com base nas considerações acima, são apresentadas as seguintes diretrizes pedagógicas para o projeto de currículo do curso de graduação em medicina a ser implementado na Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA.

Processo de Formação

1. Ensino centrado no aluno, sendo esse o sujeito do aprendizado.
2. Curso centrado em objetivos e aquisição de competências que envolvem conhecimentos, atitudes e habilidades, com ênfase na vivência prática como ponto de partida para a construção do saber.
3. Interação entre ensino, pesquisa e extensão.
4. Ensino tutelar, em pequenos grupos, com ajuste adequado entre o número de discentes e docentes, permitindo o estabelecimento de relações

interpessoais adequadas e com abertura para a discussão das vivências, o trabalho das dificuldades individualizadas e grupais.

O Professor no Processo Ensino-Aprendizagem

O professor deve atuar como facilitador no processo de ensino aprendizagem, com as seguintes tarefas e competências:

1. Ajudar o aluno "aprender a aprender".
2. Utilizar práticas pedagógicas que valorizem a criatividade, atitude crítica e reflexiva pelo estudante.
3. Dominar conhecimentos teóricos, habilidades práticas e uma boa relação médico-paciente e professor-aluno.
4. Ser capaz de comunicar-se de modo eficiente, organizado.
5. Ser pontual e cumprir a sua carga horária.
6. Atualizar-se permanentemente e analisar criticamente novas informações.
7. Ser capaz de trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Processo de Avaliação

1. Construção conjunta entre docentes e discentes dos instrumentos de avaliação.
2. Transformação da avaliação em instrumento de estímulo ao aprendizado.
3. Utilização de sistemas de auto-avaliação para docentes e discentes.
4. Avaliação quantitativa do conhecimento técnico-científico utilizando instrumentos variados.
5. Avaliação qualitativa, incluindo habilidades, postura (atitudes e valores) e cognição.
6. Avaliação periódica dos docentes e do conteúdo temático dos módulos.
7. Avaliação semestral do andamento do curso.

Proposta de Desenho Curricular

Além das diretrizes curriculares do MEC, alguns outros princípios/diretrizes foram estabelecidos para nortear o desenho do novo currículo da FAMEB:

1. Opção por um currículo avançado de implantação gradual, com etapas de transição.
2. Definição pela formação de um médico generalista, com ênfase na atuação em atenção primária e secundária voltada para o paciente, o usuário, o cidadão e a coletividade.
3. Ênfase maior na saúde que na doença.
4. Ruptura da dicotomia ciclo básico/ profissionalizante, através da integração dos respectivos conteúdos e práticas.
5. Inserção permanente dos alunos na rede de serviços do SUS com graus de complexidade crescente.
6. Na adoção do formato de eixos e módulos no período do 1° ao 8° semestres, foram observadas as seguintes definições:
   Eixos ⇒ unidades longitudinais que atravessam todos os semestres, garantindo o contato do aluno de forma contínua e articulada com seus respectivos componentes, não constituem estruturas rígidas e sim dimensões que não podem estar ausentes da formação;
   Eixo Prático-cognitivo ⇒ corresponde ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades; conteúdos teóricos inseridos principalmente a partir das demandas das vivências práticas; conteúdos teóricos indispensáveis, não suscitados diretamente pela vivência prática integram também esse eixo;
   Eixo Ético-humanístico ⇒ conteúdos humanísticos relacionados ao desenvolvimento pessoal, profissional e social do futuro médico;
   Eixo Formação-Científica ⇒ aprendizado de pesquisa bibliográfica, metodologia científica, interpretação de trabalhos científicos, etc.;
   Módulos ⇒ unidades curriculares que articulam os componentes dos eixos e possibilitam a integração dos conteúdos e práticas das atuais disciplinas.

Para a organização dos módulos/semestres, foi estabelecido que:

a) Devem ser sempre reservados dois turnos livres em cada semana para o estudante utilizar com estudos independentes, ou atividades pessoais.

b) Cada módulo deve ter um coordenador e cada semestre deve ter também uma coordenação responsável.
c) A última semana de cada semestre será sempre reservada para ajustes, para realização de uma atividade integradora de todos os alunos e para avaliação geral do semestre e planejamento do próximo.

São apresentados a seguir os objetivos e respectivos desenhos do 1º ao 8º semestres. Do 9° ao 12° semestres, correspondentes ao internato (desde o ano 2000, de 4 semestres), *vide* o desenho curricular no item 8 deste documento.

Os objetivos contemplam as dimensões cognitivas, psicomotoras e afetivas e se referem ao semestre como um todo. Posteriormente, devem ser desdobrados em objetivos específicos para cada módulo.

Objetivos e Conteúdos Curriculares por Semestre

Primeiro Semestre

Eixo Prático-Cognitivo

1. Exercitar o pensar a saúde sob a ótica do coletivo, nas suas dimensões sociais, ambientais, éticas e legais.
2. Compreender os determinantes sócio-ambientais, psicológicos, éticos e legais do processo saúde/doença.
3. Identificar os diferentes sentidos históricos, objetos de saber e de práticas da Medicina Social.
4. Contextualizar a formação e a prática médicas na sociedade brasileira, considerando os seus determinantes históricos e sociais.
5. Conhecer os itens relativos à saúde nos textos legais da República Federativa do Brasil e a sua incorporação na realidade atual.
6. Reconhecer o princípio de que "saúde é um direito de todos e dever do Estado".
7. Descrever a realidade de vida e de saúde de uma comunidade adscrita à unidade básica de saúde.
8. Saber realizar entrevistas com membros da comunidade, enfocando condições de vida e saúde.
9. Coletar histórias de vida dos usuários dos serviços de saúde, tendo em vista a percepção multidimensional do ser, observando sempre os aspectos humanísticos e éticos.
10. Saber avaliar sinais vitais e medidas antropométricas na população.
11. Saber realizar anamnese e exame físico normais.
12. Saber identificar as principais necessidades de saúde da comunidade.
13. Conhecer as bases moleculares, celulares e metabólicas do indivíduo normal.
14. Conhecer o processo de concepção e desenvolvimento embriológico do ser humano.
15. Conhecer as bases anatomo-fisiológicas das funções biológicas.
16. Conhecer os principais riscos à saúde, relacionados às atividades do estudante, e as respectivas medidas de proteção.
17. Aprender noções de primeiros socorros.
18. Estudo morfo-funcional dos tecidos epitelial e conjuntivo.
19. Estudo morfo-funcional do aparelho locomotor.

Eixo Ético-Humanístico

1. Desenvolver a percepção dos papéis sociais "estar médico" e "estar paciente", enfatizando as diferentes interações psicológicas, sociais e culturais para ambos.
2. Exercitar a prática do trabalho solidário e em equipe, como aprendizado para uma futura prática profissional com tarefas e responsabilidades compartilhadas.
3. Refletir sobre a identidade médica, as motivações para esta opção vocacional, como se dá o processo de formação, atributos esperados nesse profissional, implicações na vida pessoal e possibilidades de manter o exercício da prática médica com qualidade.
4. Refletir sobre a dimensão ética das práticas e *comportamento do estudante de medicina.*

Eixo Formação Científica

1. Habilitar-se a fazer pesquisas bibliográficas utilizando biblioteca, internet etc.
2. Habilitar-se no uso de aplicativos de informática.
3. Obter noções sobre métodos de aprendizagem.

Segundo Semestre

Eixo Prático-Cognitivo

1. Analisar os encontros e as diferenças conceituais e metodológicas entre a epidemiologia e a clínica.
2. Descrever o perfil sanitário e sócio-demográfico da população do Brasil, da Bahia e de Salvador e estabelecer comparação com outras populações.
3. Construir e interpretar indicadores de morbi-mortalidade.
4. Descrever a estrutura de saúde do município de Salvador, relacionando-a com os demais níveis de gestão do sistema de saúde no Brasil.
5. Saber preencher corretamente fichas de família.
6. Realizar levantamento de informações sobre o perfil epidemiológico e sócio-demográfico da área.
7. Saber calcular os principais indicadores de saúde.
8. Conhecer as características anatômicas, fisiológicas, histológicas e embriológicas dos sistemas cardiovascular, aparelho respiratório, trato gastrintestinal, gênito-reprodutor e urinário, linfático e hematopoiético.
9. Realizar anamnese e exame físico dos sistemas: cardiovascular, respiratório, gastrintestinal, gênito-reprodutor e urinário, linfático e hematopoiético do indivíduo normal.
10. Conhecer as técnicas laboratoriais e realizar e interpretar corretamente o hemograma, perfil lipídico, provas de função hepática e renal, uroanálise e parasitológico de fezes.
11. Correlacionar os exames de imagem dos sistemas: cardiovascular, respiratório, gastrintestinal, gênito-reprodutor e urinário, linfático e hematopoiético, com as respectivas estruturas anatômicas.
12. Interpretar o eletrocardiograma normal e correlacionar com a fisiologia cardiovascular.
13. Interpretar a espirometria normal e correlacionar com a fisiologia respiratória.
14. Iniciar a análise de pequenas situações- problema com ênfase na prevenção e promoção de saúde.

Eixo Ético-Humanístico

1. Compreender o paciente como cidadão, enquanto sujeito autônomo e consciente dos seus desejos e direitos, refletindo sobre alguns fatores que interferem na relação médico-paciente.
2. Desenvolver a relação médico-paciente, a relação profissional-usuário e a relação interprofissional.
3. Conhecer o Código de Ética Médica e outros instrumentos e recomendações do CRM e do CFM.
4. Ampliar a formação humanista.

Eixo Formação Científica

1. Conhecer as principais técnicas de Bioestatística aplicadas à interpretação de artigos científicos.
2. Interpretar criticamente artigos de relevância sobre os sistemas: cardiovascular, respiratório, gastrintestinal, gênito-reprodutor e urinário, linfático e hematopoético.
3. Aperfeiçoar a utilização de aplicativos gráficos.
4. Construir arquivos de questionários e de entrada de dados em EPI-INFO.
5. Habilitar-se em resenhas e artigos de revisão abrangendo os sistemas: cardiovascular, respiratório, gastrintestinal, gênito-reprodutor e urinário, linfático e hematopoiético.

Terceiro Semestre

Eixo Prático-Cognitivo

1. Explicar a importância das ações educativas em saúde no que se refere à prevenção de doenças, elevação da consciência sanitária e a conquista da cidadania.

PRIMEIRO SEMESTRE

	MÓDULO 1 5 semanas	MÓDULO 2 5 semanas	MÓDULO 3 5 semanas
Semana de introdução do aluno ao curso de Medicina: apresentação das instituições UFBA e FAMEB; currículo médico, direitos e deveres do aluno; DAMED; entidades médicas; relatos de vivências médicas; Conceito de Medicina como ciência e arte. História das descobertas, das inovações das várias áreas da Medicina; história da Medicina Brasileira e Baiana.	**EIXO PRÁTICO COGNITIVO**		
	A Medicina no contexto da ciência e da ética; Saúde, Estado e Sociedade; Determinação do processo saúde/doença, formação e prática médicas; ***Estrutura e função celular: evolução pré biótica e apresentação da célula;*** Expressões da informação genética; Divisão celular; Bases do metabolismo; Biossegurança – noções de risco e proteção.	*Medicina Social; Prevenção de doenças a nível individual e coletivo; Promoção de saúde;* *Concepção e formação do ser humano; Reconhecimento da comunidade, identificando as suas necessidades de saúde no seu contexto sócio - cultural e ambiental;* *Mensuração dos sinais vitais e de medidas antropométricas na população;* Noções de primeiros socorros; Biossegurança – noções de risco e proteção.	*Sistema Único de Saúde* *Os diferentes níveis de atenção em saúde; Reconhecimento da comunidade e do território;* Noções de anamnese e exame físico geral no indivíduo sadio; Estudo morfofuncional dos tecidos epitelial e conjuntivo; Estudo morfofuncional do sistema locomotor; Biossegurança – noções de risco e proteção.
	EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO		
	Relação médico-paciente; relação profissionais/usuários; relação entre membros da equipe de saúde; Ética e saúde; ética do estudante de medicina; Cultura, saúde e doença; Desenvolvimento pessoal e profissional.		
	EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA		
	Apresentação da biblioteca e habilitação em consulta; **habilitação básica em Internet: habilitação nos principais portais de busca de artigos científicos da área de Saúde; apresentação dos portais da Faculdade; inscrição em conta de e-mail e inserção e construção de grupo de e-mails (como o Grupo de Turma); construção e participação em Grupo de Discussão;** Manejo de principais configurações da Internet (HTML, PDF, Flash e outras animações, Gráficos e Áudio); habilitação básica em aplicativos: Word, Powerpoint, Excel.		

SEGUNDO SEMESTRE

MÓDULO 1 5 semanas	**MÓDULO 2** 3 semanas	**MÓDULO 3** 4 semanas	**MÓDULO 4** 4 semanas
EIXO PRÁTICO COGNITIVO			
Epidemiologia: conceituação e usos; raciocínio clínico e raciocínio epidemiológico; *Anamnese e exame físico geral com introdução de linguagem semiológica, interrogatório sistemático e exame físico segmentar normal do aparelho cardiovascular-ACV, sistemas linfático e hemopoiético;* Estudo morfo-funcional do ACV, sistemas linfático e hematopoiético; O hemograma normal; Estruturas anatômicas normais do ACV em exames de Imagem; traçado eletrocardiográfico normal.	Panorama da saúde no Brasil, na Bahia e em Salvador; Anamnese e exame físico geral com introdução de linguagem semiológica interrogatório sistemático e exame físico segmentar normal do sistemático e exame físico segmentar normal do trato gastrintestinal Estudo morfo-funcional do TGI; Interpretação do perfil lipídico, função hepática normal; Estruturas anatômicas normais do TGI em exames de imagem.	Estrutura de saúde do município; Medidas de morbidade e mortalidade; Anamnese e exame físico geral com introdução de linguagem semiológica, interrogatório sistemático e exame físico segmentar normal do aparelho respiratório; Estudo morfo-funcional do aparelho respiratório; Avaliação espirométrica; Estruturas anatômicas do Sistema Respiratório normal em exames de imagem.	Estrutura de saúde do município, Perfil epidemiológico e demográfico; Anamnese e exame físico geral com introdução de linguagem semiológica, interrogatório sistemático e exame físico segmentar normal do Sistema gênito reprodutor; Estudo morfo-funcional do Sistema gênito-reprodutor e urinário; Estudo da função renal normal e uroanálise; Estruturas anatômicas do Sistema gênito-reprodutor e urinário em exames de imagem;
EIXO ÉTICO HUMANÍSTICO			
Relação médico-paciente; relação profissionais /usuários; relação entre membros da equipe de saúde. Ética e saúde; Desenvolvimento pessoal e profissional; Código de Ética Médica			
EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA			
Introdução a programas de análise estatística; introdução à Bioestatística; questionários, avaliações e instrumentos de coleta e entrada de dados em EPI-INFO; SPSS **Leitura de artigos relevantes relacionados aos aparelhos estudados no eixo prático-cognitivo;** **Laboratório o de recursos audiovisuais relacionados à temática estuda da no eixo prático-cognitivo;** **Utilizaçãode programas de concepção de figuras e gráficos;** Elaboração e interpretação de resenhas e artigos de revisão relacionados à temática estudada no eixo prático-cognitivo.			

2. Descrever as características da gestão e organização dos serviços de saúde no Brasil.
3. Caracterizar os principais modelos assistenciais de saúde existentes no país.
4. Realizar ações de educação e comunicação em saúde na comunidade da área de abrangência da unidade básica de saúde.
5. Reconhecer as características da organização de serviços e modelos assistenciais presentes na área.
6. Conhecer unidades de saúde de diferentes perfis e níveis de complexidade do SUS.
7. Estruturar um instrumento de registro de dados médicos a partir da experiência vivida na relação médico-paciente com ênfase em antecedentes pessoais, história familiar e história patológica pregressa.
8. Documentar os relatos de adoecimento, segundo o saber médico estabelecido.
9. Executar o interrogatório e exame físico do sistema endócrino, nervoso e sentidos especiais.
10. Identificar os determinantes biopsicossociais das doenças imunes.
11. Identificar os determinantes imunológicos das doenças.
12. Identificar e valorizar as práticas e métodos imunoprofiláticas e imunoterapêuticas com habilitação na aplicação de vacinas.
13. Conhecer as características anatômicas, fisiológicas, histológicas e embriológicas dos sistemas: endócrino, nervoso e sentidos especiais.
14. Identificar a topografia do corpo humano.
15. Compreender os aspectos clínicos, epidemiológicos, imunológicos e parasitológicos das doenças infecciosas e parasitárias mais relevantes no perfil epidemiológico no país e no Estado da Bahia.
16. Realizar treinamento em procedimentos básicos (aplicação de injeções, sondagem uretral e enteral, punção venosa periférica).

Eixo Ético-Humanístico

1. Refletir e exercitar a multidisciplinaridade em saúde.
2. Exercitar a decisão pessoal na seleção de temas de estudo, atividades individuais de aprendizagem e cooperativismo na solução de problemas práticos de aprendizagem.
3. Reconhecer comportamentos que assegurem elevação da qualidade de vida de discentes e pacientes.
4. Desenvolver habilidades de comunicação sobre temas em saúde.
5. Sensibilizar para aspectos relacionados com a dor, o sofrimento, a perda e a morte.
6. Conhecer os aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre.

Eixo Formação Científica

1. Inserir-se em cenários de aprendizagem de práticas de produção científica para conhecimento e compreensão das etapas de produção científica.
2. Efetuar leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.

Quarto Semestre

Eixo Prático-Cognitivo

1. Definir programa de saúde e identificar os principais programas de saúde em execução no Brasil.
2. Discutir as características do Programa de Saúde da Família, seus limites e possibilidades enquanto estratégia de reordenação da atenção básica de saúde no país.
3. Conceituar planejamento e avaliação em saúde, exemplificando métodos e técnicas de realização.
4. Identificar os programas de saúde em execução na área.
5. Executar a programação de uma ação/serviço de saúde para a população da área.
6. Aplicar pelo menos um indicador de avaliação de um programa/serviço de saúde da unidade.
7. Conhecer a epidemiologia das causas externas.

TERCEIRO SEMESTRE

MÓDULO 1 5 semanas	**MÓDULO 2** 3 semanas	**MÓDULO 3** 4 semanas	**MÓDULO 4** 4 semanas
EIXO PRÁTICO COGNITIVO			
Educação e comunicação em saúde; Exame físico, linguagem semiológica segmentar e interrogatório sistemático dos Sistemas Endócrino, Nervoso e Sentidos Especiais, Aparelho psíquico e gênese da personalidade; Estudo Morfofuncional dos Sistemas Endócrino, Nervoso e Sentidos Especiais;	Gestão e organização dos serviços de de; reconhecimento da organização local dos serviços de saúde; Estudo topográfico do corpo humano; Treinamento de habilidades básicas (injeções, punção venosa periférica, sondagem enteral e uretral);	Modelos assistenciais de saúde; reconhecimento do modelo assistencial local; Promoção e prevenção de saúde: abordagem biopsicosocial de elementos predisponentes de doenças imunes. Antecedentes pessoais, história familiar e história patológica pregressa; Mecanismos imunológicos e determinantes das doenças; Práticas e métodos imunoprofiláticos e imunoterapêuticos;	Abordagem clínica, epidemiológica, imunológica e parasitológica das doenças infecciosas e parasitárias mais relevantes no perfil epidemiológico do país e do estado;
EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO			
Relação médico-paciente; relação profissionais/usuários; relação entre membros da equipe de saúde; Ética e saúde; ética do estudante de medicina; Desenvolvimento pessoal e profissional; Aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre.			
EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA			
Inserção em laboratórios de fisiologia, anatomia, histologia, embriologia, parasitologia, imunologia e de análise clínica; Leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo;			

8. Analisar criticamente os testes diagnósticos quanto à validade e à reprodutibilidade.
9. Reconhecer e interpretar o significado das principais manifestações de reação do organismo à agressão (dor, febre, inflamação, infecção).
10. Conhecer as peculiaridades semiológicas dos indivíduos nas diferentes fases do seu desenvolvimento.
11. Conhecer e realizar investigação semiológica, incluindo exames complementares, critérios diagnósticos, fisiopatologia, epidemiologia, prognóstico, prevenção e tratamento, sinais e sintomas do tegumento e do aparelho locomotor nas diferentes fases do desenvolvimento humano.
12. Compreender e aplicar os fundamentos da farmacocinética e da farmacodinâmica.
13. Conhecer técnicas de assepsia e antissepsia.
14. Saber paramentar-se e comportar-se em ambiente cirúrgico, aplicar injeções e realizar punções.
15. Adquirir noções gerais para diagnóstico e tratamento emergencial de queimaduras e traumas ortopédicos.
16. Conhecer as bases metabólicas da cirurgia.
17. Aplicar instrumentos de coleta e registro dos dados médicos especializados nas práticas semiológicas do tegumento e do aparelho locomotor.

Eixo Ético-Humanístico

1. Identificar as implicações psíquicas do adoecimento.
2. Identificar aspectos psicodinâmicos da relação médico-paciente.
3. Identificar a repercussão de valores, preconceitos e tabus na relação médico-paciente.
4. Desenvolver habilidades de comunicação de notícias adversas a pacientes e familiares.
5. Conhecer os fundamentos da Bioética e aprofundar os conhecimentos da Deontologia Médica.
6. Conhecer os aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre.

Eixo Formação Científica

1. Efetuar leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.
2. Discutir o delineamento da pesquisa epidemiológica e da causalidade.

Quinto Semestre

Eixo Prático-Cognitivo

1. Conceituar e discutir as origens das propostas de promoção e de vigilância da saúde.
2. Definir Vigilância Epidemiológica e identificar suas práticas.
3. Analisar as relações entre saúde e trabalho.
4. Realizar as etapas do processo de investigação epidemiológica.
5. Identificar fatores de risco à saúde: atuais e potenciais.
6. Saber preencher corretamente a declaração de óbito.
7. Conhecer e realizar investigação semiológica, incluindo exames complementares, critérios diagnósticos, fisiopatologia, epidemiologia, prognóstico, prevenção e tratamento das doenças do nariz, seios para-nasais, ouvido, faringe, aparelhos respiratório e cardiovascular nas diferentes fases do desenvolvimento humano.
8. Reconhecer o instrumental cirúrgico básico.
9. Coletar amostras biológicas.
10. Analisar as técnicas de cirurgia torácica.
11. Realizar tamponamentos, suturas, drenagens, sondagens, biópsias e outros pequenos procedimentos cirúrgicos.
12. Realizar atendimento de emergência cardio-respiratória com técnicas de suporte avançado de vida.
13. Adquirir noções gerais para diagnóstico e tratamento emergencial de problemas do nariz, seios para-nasais, ouvido, faringe, aparelho respiratório e cardiovascular.

QUARTO SEMESTRE

MÓDULO 1 5 semanas	**MÓDULO 2** 5 semanas	**MÓDULO 3** 6 semanas
EIXO PRÁTICO COGNITIVO		
Programas de saúde; o PSF; Estudo clínico em bases semiológicas: introdução ao método; Estudo da dor, febre, inflamação e infecção: aspectos clínicos, patogenia, noções básicas de tratamento; Semiologia da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Exame físico segmentar em pacientes com patologias variadas; Introdução à terapêutica: estudo da farmacocinética; Assepsia e antissepsia. Paramentação cirúrgica. Revisão de técnicas de aplicação de injeções e punções. Validade e reprodutibilidade dos testes diagnósticos.	Planejamento de ações e serviços de saúde; Epidemiologia, semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognostico, prevenção, das doenças da pele nas diferentes fases do desenvolvimento humano; Lesões elementares: aspectos clínicos e patogenia, noções básicas de tratamento; *Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, anátomo patológicos) na investigação diagnóstica do tegumento;* Queimaduras; Estudo da farmacodinâmica; Bases metabólicas da cirurgia; Comportamento em sala de cirurgia;	Avaliação de ações e serviços de saúde; Epidemiologia das causas externas; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças do aparelho locomotor nas diferentes fases do desenvolvimento humano; Abordagem do paciente com dor articular: etiopatogenia das dores articulares; *Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, anátomo patológicos) na investigação diagnóstica do sistema locomotor;* Traumas em geral. Atendimento pré-hospitalar e ambulatorial; Traumatologia forense; Manifestações c línicas ortopédicas que demandam intervenções de urgência e emergência;
EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO		
Relação médico-paciente; relação profissionais/usuários; relação entre membros da equipe de saúde; Ética e saúde; ética do estudante de medicina. Introdução à Bioética. Deontologia Médica; Aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre; Desenvolvimento pessoal e profissional.		
EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA		
Leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo; Bases da Pesquisa Epidemiológica I; Desenhos de estudos epidemiológicos clássicos; Bases da Pesquisa Epidemiológica II: viéses, confundimento; interação; Causalidade.		

14. Aplicar instrumentos de coleta e registro dos dados médicos especializados nas práticas semiológicas para problemas de nariz, seios para-nasais, ouvido, faringe, aparelho respiratório e cardiovascular.
15. Reconhecer as conseqüências psíquicas do adoecimento: regressão psicológica e depressão.

Eixo Ético-Humanístico

1. Desenvolver a relação médico-paciente (alteridade, empatia, transferência e contra-referência), profissional-usuário e interprofissional.
2. Desenvolver atividades culturais e artísticas para o aprimoramento pessoal.
3. Desenvolver habilidades de comunicação de notícias adversas a pacientes e familiares.
4. Conhecer os aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre.
5. Conhecer os aspectos éticos relacionados à pesquisa.

Eixo Formação Científica

1. Efetuar leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.
2. Habilitar-se em análise estatística básica.
3. Habilitar-se a participar de atividades de pesquisa.

Sexto Semestre

Eixo Prático-Cognitivo

1. Conhecer os principais aspectos clínicos e epidemiológicos das doenças crônico-degenerativas.
2. Conhecer os principais aspectos clínicos e epidemiológicos das causas externas.
3. Discutir a importância da informação em saúde para o planejamento, gestão e avaliação dos serviços e ações.
4. Identificar os principais sistemas de informação de saúde em uso no Brasil; reconhecer e exercitar o manejo dos principais sistemas de informação de saúde, especialmente aqueles relacionados à atenção básica.
5. Caracterizar epidemias.
6. Conhecer e realizar investigação semiológica incluindo exames complementares, critérios diagnósticos, fisiopatologia, epidemiologia, prognóstico, prevenção e tratamento dos sinais e sintomas gastrintestinais, doenças relacionadas com a nutrição, patologias do aparelho gênito-reprodutor e urinário nas diferentes fases do desenvolvimento humano.
7. Aplicar instrumento de coleta e registro dos dados médicos especializados nas práticas semiológicas do aparelho gênito-reprodutor e urinário.
8. Adquirir noções gerais para diagnóstico e tratamento emergencial de problemas gastrintestinais, doenças relacionadas com a nutrição, patologias do aparelho gênito- reprodutor, urinário e gastrintestinal.

Eixo Ético-Humanístico

1. Refletir sobre:
   a) Constrangimento na abordagem e realização de procedimentos do aparelho geniturinário e reprodutor; abordados com grupos de discussão e aulas práticas sob orientação adequada, com postura e discrição adequadas.
   b) Aspectos que envolvem a sexualidade na relação médico-paciente; extensamente discutidos.
   c) Relação mãe-filho (recém-nato).
   d) Manifestações psicossociais da gravidez e parto.
   e) Aspectos ético-legais e repercussões psicossociais do estupro, violência sexual e aborto.

Eixo Formação Científica

1. Efetuar leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.

QUINTO SEMESTRE

MÓDULO 1 3 semanas	**MÓDULO 2** 7 semanas	**MÓDULO 3** 6 semanas
EIXO PRÁTICO COGNITIVO		
Vigilância Sanitária; Fatores de risco à saúde; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças do nariz, seios paranasais, faringe, laringe e aparelho auditivo nas diversas fases do desenvolvimento humano; Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, histopatologia) na investigação diagnóstica das doenças do nariz, seios paranasais, faringe, laringe e aparelho auditivo; Manifestações clínicas relacionadas que demandam intervenções de urgência e emergência; Instrumental cirúrgico básico; Coleta de material biológico;	Vigilância Epidemiológica. Preenchimento da declaração de óbito incluindo aspectos legais e epidemiológicos; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças da traquéia, brônquios, pulmão nas diferentes fases do desenvolvimento humano; Tamponamentos, suturas, drenagens, sondagens, biópsias e ou tros pequenos procedimentos cirúrgicos; Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, anátomo-patológicos) na investigação diagnóstica das doenças da traquéia, brônquios, pulmão. Manifestações clínicas relacionadas que demandam intervenções de urgência e emergência;	Saúde e trabalho; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças do aparelho cardiovascular nas diferentes fases do desenvolvimento humano; Procedimentos complementares (laboratoriais, imagem, histopatologia) na investigação das doenças do aparelho cardiovascular ; Atendimento cardiovascular de emergência; Técnicas e manuseio de instrumentos de baixa complexidade em emergência, como ventiladores mecânicos, desfibriladores, eletrocardiógrafo;
EIXO ÉTICO HUMANÍSTICO		
Relação médico-paciente, profissional-usuário e inter-profissional. Aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre. Aspectos ético-legais relacionados à pesquisa. Aspectos psicossociais em casos de doença grave e com possibilidade de morte. Desenvolvimento pessoal -busca de conhecimentos gerais, não médicos, em atividades culturais, artísticas.		
EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA		
Leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo. Análise estatística de estudos clínicos. Conhecimento dos principais grupos de pesquisa da UFBA e bolsas disponíveis.		

SEXTO SEMESTRE

MÓDULO 1 6 semanas	MÓDULO 2 6 semanas	MÓDULO 3 4 semanas
EIXO PRÁTICO COGNITIVO		
Sistemas de informações em saúde; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças gastrointestinais e relacionadas à nutrição nas diferentes fases do desenvolvimento humano; Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, anátomo-patológicos) na investigação diagnóstica das doenças gastrintestinais e relacionadas à nutrição; Situações que demandam intervenções de urgência e emergência;	Epidemias; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças dos aparelhos gênito -reprodutor e urinário nas diferentes fases do d esenvolvimento humano; Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, anátomo -patológicos) na investigação diagnóstica das doenças dos aparelhos gênito reprodutor e urinário; Situações que demandam intervenções de urgência e emergência;	Epidemiologia das doenças crônico-degenerativas Gestação e parto normais; Desenvolvimento fetal; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças da gestação e do parto; Procedimentos complemen tares (laboratoriais, de imagem, anátomo -patológicos) na investigação diagnóstica das doenças da gestação e do parto; Situações obstétricas que demandam intervenções de urgência e emergência;
EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO		
Sexualidade na relação médico-paciente; Constrangimento da abordagem e realização de procedimentos dos aparelhos gênito- reproduto e urinário; Relação mãe e filho (recém-nato); Aspectos ético-legais e psicossociais da violência sexual, estupro e aborto; Aspectos psicossociais da gravidez e parto; Desenvolvimento pessoal e profissional.		
EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA		
Leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.		

2. Avaliar criticamente as pesquisas clínicas e epidemiológicas, de modo a considerar adequadamente, na prática médica, os conhecimentos produzidos nessas pesquisas.

Sétimo Semestre

Eixo Prático-Cognitivo

1. Caracterizar as diferentes modalidades de organização da assistência médica supletiva no Brasil.
2. Discutir a política nacional de regulação e controle do setor privado da saúde.
3. Entender e avaliar criticamente a relação mediadora dos planos de saúde, seguradoras e similares na prestação de saúde como fator de interferência na relação médico-paciente, analisando seus reflexos na formação médica e no exercício da profissão.
4. Avaliar de forma crítica a existência de uma prática médica liberal e assalariada e a s influência na formação profissional.
5. Analisar as características da política nacional de medicamentos.
6. Analisar as características da política de recursos humanos em saúde no Brasil, discutindo as perspectivas da formação médica.
7. Discutir as propostas e as políticas de saúde em debate no contexto nacional, estadual e municipal.
8. Realizar visitas a serviços de saúde privados e a farmácias de unidades de saúde.
9. Realizar entrevistas com usuários de serviços privados de saúde e com profissionais de saúde.
10. Reconhecer a importância da participação social em saúde.
11. Conhecer e realizar investigação semiológica, incluindo exames complementares, critérios diagnósticos, fisiopatologia, epidemiologia, prognóstico, prevenção e tratamento das doenças endocrinológicas, hematológicas, psiquiátricas, neurológicas e oftalmológicas nas diferentes fases do desenvolvimento humano.
12. Adquirir noções gerais para diagnóstico e tratamento emergencial de problemas endocrinológicos, hematológicos, psiquiátricos, neurológicos e oftalmológicos.
13. Aplicar instrumentos de coleta e registro dos dados médicos especializados nas práticas semiológicas aplicado às doenças endocrinológicas, hematológicas, psiquiátricas, neurológicas e oftalmológicas.
14. Entender o planejamento de uma assistência racional e integrada em ambulatório e nas enfermarias.
15. Compreender a noção de interconsultoria, considerando a inter-relação das diversas especialidades médicas no sentido de configurar uma Medicina integrada e integral.
16. Discutir os aspectos da tanatologia na prática médica.

Eixo Ético-Humanístico

1. Conhecer os aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre.

Eixo Formação Científica

1. Efetuar leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.

Oitavo Semestre

1. Discutir temas relevantes e atuais em saúde, com abordagem multidisciplinar e multiprofissional.
2. Efetuar aplicação, análise e síntese das condições de saúde da comunidade, família e indivíduo, dentro de uma abordagem biopsicosocial e ambiental.
3. Iniciar a realização da monografia: conhecimento dos prazos e normas de elaboração, escolha do tema, do orientador e início da revisão bibliográfica. A mesma deverá estar concluída no 11ª semestre, **quando ocorrerá a defesa pública.**

SÉTIMO SEMESTRE

MÓDULO 1 5 semanas	MÓDULO 2 8 semanas	MÓDULO 3 3 semanas
EIXO PRÁTICO COGNITIVO		
Setor privado da saúde; modalidades de assistência; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças dos sistemas endócrino e hematológico nas diferentes fases do desenvolvimento humano; Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem e histopatologia) na investigação diagnóstica das doenças dos Sistemas Endócrino e Hematológico; Manifestações clínicas endocrinológicas e hematológicas, que demandam intervenções de urgência e emergência;	Política de medicamentos; Política de recursos humanos em saúde; Reforma psiquiátrica e psiquiatria comunitária; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças dos Sistemas Nervoso e Psíquico nas diferentes fases do desenvolvimento humano; Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, histopatologico) na investigação diagnóstica das doenças dos Sistemas Nervoso e Psíquico; Manifestações clínicas psiquiátricas e neurológicas, que demandam intervenções de urgência e emergência;	Conjuntura política em saúde; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças dos olhos e anexos nas diferentes fases do desenvolvimento humano; Cirurgia ambulatorial em oftalmologia com ênfase na urgência e emergência; Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem e histopatologia) na investigação diagnóstica das doenças dos olhos e anexos; Manifestações clínicas oftalmológicas que demandam intervenções de urgência e emergência;
EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO		
Relação médico-paciente; Dinâmica de grupo; Ética e saúde; ética do estudante de medicina; Desenvolvimento pessoal e profissional; Aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre; Morte : definição de morte clinica, dimensão sóciobiológica, ordens de não reanimação, eutanásia.		
EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA		
Leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.		

OITAVO SEMESTRE

ABORDAGEM INTEGRADA DE PROBLEMAS DE SAÚDE DE MAIOR RELEVÂNCIA NO BRASIL E NA BAHIA ESTUDO SISTÊMICO DE UMA FAMÍLIA COM FAMILIOGRAMA , DIAGRAMA DAS RELAÇÕES FAMILIARES E HISTÓRIA DE VIDA. ESTUDO DE UM CASO DA FAMÍLIA COM REVISÃO E ATUALIZ AÇÃO DO TEMA COM ANÁLISE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS E ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO COM ABRANGÊNCIA BIOPSICOSSOCIAL INÍCIO DA ELABORAÇÃO DA MONOGRAFIA	Semana livre para: - Ajustes necessários - Realização de uma atividade integradora de todos os alunos - Avaliação geral do semestre e planejamento do internato

Internato

Considerando o Parecer n° 329 de 11/11/2004, do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2004), a carga horária mínima do curso de Medicina é de 7.200 horas. Assim sendo, a carga horária do internato não pode ser inferior a 2.520 horas.

O internato tem como marco referencial o aprendizado em serviço, cujo modelo pedagógico de sustentação é "o aprender a saber fazer" e deve ocupar pelo menos 35 % da carga horária do curso médico, distribuída nos dois últimos anos (9º ao 12º semestres).

No modelo atual, as normas gerais do internato estão disponíveis no seguinte endereço eletrônico www.medicina.UFBA.br e têm a estrutura mostrada no Quadro I.

De acordo com as normas vigentes, o programa do internato deve atender as seguintes premissas:

1. Formar médico generalista capaz de resolver e/ou referenciar os problemas de saúde nas comunidades nas quais vier a atuar.
2. Oferecer oportunidades para ampliar, integrar e aplicar os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos nos anos anteriores do curso.
3. Proporcionar melhor capacitação em técnicas e habilidades indispensáveis ao exercício de atos médicos básicos.
4. Promover o aperfeiçoamento ou a aquisição de atitudes adequadas assistência aos pacientes.
5. Possibilitar a prática da assistência integrada pelo estímulo dos diversos profissionais da equipe de saúde.
6. Permitir experiências em atividades resultantes da interação escola médica comunidade pela participação em trabalhos extra-hospitalares ou de campo.
7. Estimular o interesse por ações que possibilitem a promoção e preservação da saúde e prevenção de doenças.
8. Desenvolver a consciência das limitações, responsabilidades e deveres éticos do médico perante o paciente, a instituição e a comunidade.
9. Desenvolver o senso de responsabilidade em assegurar o aperfeiçoamento profissional continuado.

Problemas Identificados no Internato Atual

1. Carga horária inferior ao estipulado pelo MEC.
2. Falta de integração no ensino dos conteúdos das diversas disciplinas e entre estes e sua aplicabilidade prática.
3. Falta de complexidade crescente na programação dos diversos conteúdos trabalhados no internato.
4. Campos de prática inadequados para atender às exigências de uma boa formação médica: ensino centrado em modelo hospitalocêntrico, falta de oferta em estágio na área rural, unidades de emergência e terapia intensiva e falta de equipamentos mínimos necessários ao desempenho de atividades ambulatoriais e hospitalares, entre outros.
5. Desequilíbrio na distribuição de carga horária entre hospital e atividades em comunidade (Medicina Social tem carga horária pequena em relação às outras áreas)
6. Pouca valorização e pouca ênfase no ensino das atividades que envolvem promoção à saúde e prevenção às doenças.
7. Pouca valorização dos princípios da ética e bioética na prática médica.
8. Falta de conteúdos e/ou atitudes docentes que valorizem o zelo com arquivos e documentação médica na prática assistencial.
9. Falta de supervisão continuada nos estágios intra e extra hospitalares.
10. Busca de estágios extracurriculares sem controle e/ou supervisão de docentes, como alternativas para suprir a inexistência de atividades e campos de prática em urgência, emergência e de medicina intensiva.
11. Evasão dos centros de ensino, no decorrer dos últimos semestres do internato, para participação de cursos preparatórios para a seleção da residência médica.
12. Docentes sem reciclagem, sem valorização sem estímulo para participarem dos diversos níveis de atuação.

Quadro I. A atual constituição do internato na Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA).

PERÍODO DISCIPLINA	DURAÇÃO	
	Carga horária	Em semanas
INTERNATO I (5° ano, 9° e 10° semestres)		
Clínica Médica (MED-229)	400	10
Ginecologia-obstetrícia (MED-230)	400	10
Pediatria (MED-231)	400	10
Cirurgia (MED-232)	400	10
Medicina Social (MED-242)	400	10
INTERNATO II (6° ano, 11° e 12° semestres)		
Clínica Médica (MED-243)	480	12
Cirurgia (MED-244)	480	12
Pediatria (MED-245)	480	12
Ginecologia-obstetrícia (MED-246)	480	12
CARGA HORÁRIA TOTAL – NÚMERO DE SEMANAS	**4.420**	**98**

O grupo não conseguiu fechar uma proposta única sendo apresentada então duas sugestões.

Uma parte do grupo propõe o princípio da complexidade crescente, conforme apresentado pelo grupo de trabalho da oficina anterior, com estruturação em duas etapas para as áreas de Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia e em uma etapa para Saúde Coletiva, Ginecologia e Obstetrícia.

O Internato I será dividido em 5 áreas. Pelo menos metade da carga horária será destinada ao nível de atenção básica e de média complexidade, com aplicações básicas de Saúde Coletiva em cada área, aumentando a participação da Medicina Social e corrigindo a distorção do ensino centrado em hospital.

A carga horária semanal terá a duração de 40 horas; cada estágio contemplará dois turnos livres para que o aluno proceda às atividades de desenvolvimento pessoal, pesquisas, leituras, implementação de projetos. Os plantões curriculares deverão ser de, no máximo, 2 turnos de 12 horas.

Nenhum aluno iniciaria o 11º semestre sem cumprir aprovação nas disciplinas do primeiro período.

Quadro II. Distribuição proposta da carga horária do internato.

PERÍODO / DISCIPLINA	DURAÇÃO	
	Carga Horária	Em Semanas
INTERNATO I (5º ano: 9º e 10º semestres)		
Clínica Médica I (MED-229) *	440	11
Ginecologia (MED-230)*	440	11
Pediatria I (MED-231)*	440	11
Cirurgia I (MED-232)*	440	11
Medicina Social (MED-242)**	440	11
INTERNATO II (6º ano: 11º e 12º semestres)		
Ajustes /Avaliações	40	01
Seminário de Orientação Discente	40	01
Clínica Médica II (MED-243)	440	11
Obstetrícia (MED-246)	440	11
Pediatria II (MED-245)	440	11
Cirurgia II (MED 244)	440	11
CARGA HORÁRIA TOTAL	3960 + 40 + 40	
NÚMERO DE SEMANAS	**4080 horas**	**102**
FÉRIAS	80	**02**

A Medicina Social norteará as atividades de modo transversal, garantindo a atenção de baixa complexidade nos moldes do PSF, além de organizar e supervisionar o internato rural. A experiência no campo da Medicina Social deve ser abordada pelo aluno no 1º ano de internato, com o Estágio Rural. Isto permitirá contato com os diversos níveis de gestão e gerência em Saúde Coletiva, além de atividades em equipe de PSF e Policlínica fora da capital, com exercício real de atividade-fim em todo o Sistema Público de Saúde.

Os rodízios de Cirurgia, Pediatria e Medicina Interna serão de 11 semanas com atividades básicas de saúde, em nível de centro de saúde ou policlínica, nos 9º e 10º semestres. Durante este período, o aluno deverá freqüentar um dos serviços de urgência/ emergência, credenciados pela Comissão de Internato.

Quadro III. Carga horária e rodízios do modelo proposto de Internato.

RODÍZIO	**NÚMERO DE SEMANAS** (carga horária total, em horas)	**RODÍZIOS PARALELOS** (sob a forma de plantão de 12 ou 24 horas, conforme o serviço)
Cirurgia	22 (1.144 a 1.320)	Emergência/Urgência
Clínica Médica	22 (1.144 a 1.320)	Emergência/Urgência e UTI
Pediatria	22 (1.144 a 1.320)	Emergência/Urgência e UTI (pediátrica e neonatal)
Ginecologia-obstetrícia	22 (1.144 a 1.320)	Serviços de Ginecologia e de obstetrícia
Medicina Social	22 (1.144 a 1.320)	Medicina Precentiva e Social, Saúde da Família, Estágio Rural e Sala de Vacinas

Propõe-se um período de 15 dias de intervalo entre os internatos I e II, quando será feita uma análise de desempenho desta etapa do curso,buscando corrigir as dificuldades dos alunos em decidir seus rumos de opção de especialidade, residência medica, sistema privado de saúde, perfis de especialidade e buscando orientar o fim do curso do discente. Neste período, iriam completar-se as avaliações e seriam realizadas as pré-matrículas pelo Colegiado. Nos últimos 7 dias, seria organizado pela Comissão de Internato um seminário ou uma série de seminários com a participação de docentes das diversas especialidades, permitindo ao discente conhecer mais profundamente o universo da atuação médica e a diversidade das áreas de atuação.

O Internato II seria centrado nas atividades em atenção terciária, com atividades centradas em hospital (enfermarias, ambulatórios especializados, centro cirúrgico de especialidades, unidades de medicina intensiva e semi-intensivas).

A área de Ginecologia e Obstetrícia, por ter campos de prática distantes e disciplinas independentes, será separada nos dois anos, passando o aluno apenas uma vez em cada uma nos dois anos. A Ginecologia, por ter conteúdos essenciais à prática obstétrica, seria feita sempre nos 9º e 10º semestres e a Obstetrícia, no 11º e 12º semestres, devendo ser garantido também o princípio, em cada estágio, da complexidade crescente e dedicação de pelo menos metade da carga horária em atividades de baixa e média complexidade em consultoria com a Saúde Coletiva. Essa proposta do internato é mostrada no Quadro II.

Uma outra parte do grupo propõe que o internato seja cumprido de forma contínua, conforme sugerido no projeto original (Quadro III).

Considerando que o ano tem 58 semanas, e os 4 semestres (ou nos 2 anos) têm 116 semanas, menos as 4 semanas de férias (nos 2 anos) restariam 112 semanas, que ficariam distribuídas no internato conforme assinala o quadro abaixo, sendo cada módulo (ou rodízio) oferecido de forma contínua e uma única vez (Quadro III). Dessa forma, acredita-se também que ocorra a melhoria do sistema de gestão do internato, evitando a multiplicidade de turmas do 5° e 6° anos. Nesse modelo, a turma ao chegar ao final do 8° semestre seria subdividida em 6 subturmas (5 áreas + Estágio Rural).

Campos de Prática

Constata-se, nas condições atuais, a existência de condições peculiares na gestão da Rede SUS. A gestão parcial do sistema, com a maioria das unidades terceirizadas para organizações sociais tem mão-de-obra temporária, com grandes dificuldades de investimentos para educação permanente e implantação de rotinas e programas. O uso do distrito do Nordeste de Amaralina, como campo de prática, tem enfrentado resistências por docentes e alunos, pela insegurança no acesso a estas áreas. O Ambulatório Magalhães Netto, parte do Complexo HUPES, apresenta-se próximo à saturação, devendo privilegiar sua destinação a unidade de referência especializada da rede, para média e alta complexidade, por demanda de policlínicas das diversas regiões da Região Metropolitana e municípios sedes da Macro-região.

A situação ideal será a criação de um centro modelo, com administração e pessoal compartilhado entre UFBA e o gestor local do SUS, próxima ao Campus do Canela, onde concentram-se as unidades de saúde da UFBA. Deve-se contemplar a multi e interdisciplinaridade, sediando equipes de PSF e policlínica básica de especialidades de acordo com o comportamento epidemiológico mais próximo da população. A unidade seria campo de prática das diversas unidades da área de saúde, que proporcionasse atividades para alunos do fim do curso e da pós-graduação contatos desde a organização administrativa, planejamento de ações e intervenções nas várias reas básicas em contingente populacional de um distrito sanitário ou comunidade geograficamente determinada. A unidade modelo permitiria inclusive testes para novos modelos de intervenções, aperfeiçoamento de serviços prestados pelo sistema ou propostas inovadoras de gestão e intervenções que pudessem garantir a referência e contra referência, com unidades de atendimento terciário e de alta complexidade, como o Complexo HUPES. A unidade também seria utilizada como campo prático de atividades de educação permanente para as equipes das demais unidades do sistema e das novas equipes de PSF.

O Internato Rural tem como função permitir o contato com o sistema de saúde em cidades do interior. Será realizado em municípios da Região Metropolitana de Salvador e da área de abrangência do Campus Avançado de Vitória da Conquista. As atividades envolverão trabalho com equipes de Saúde da Familia (PSF), policlínicas e centros de saúde, com atendimento clínico e supervisão de planejamento e administração em saúde.

Na atualidade, é impossível planejar o internato ou observar as diretrizes pedagógicas do Conselho Nacional de Educação, sem contar com as parcerias de prefeituras municipais e outros serviços fora da Universidade Federal da Bahia.

Notas

A) Versão preliminar impressa, Fevereiro de 2005, 36p, 2005[3];
B) Discentes: ÂNGELA GOMES VASCONCELOS, ANDRÉ LUIZ PITANGA BASTOS DE SOUZA, BRUNO MENDONÇA PROTÁSIO DA SILVA, JAN MENEZES LOPES, JULIO BERNARDO BARBOSA PEREIRA, MATEUS FREIRE DE LIMA E SOUZA, MURILO PEREIRA FLORES, RAFAELA OLIVEIRA MALTA; Docentes: ANTÔNIO CARLOS VIEIRA LOPES, CRISTIANA MARIA C. NASCIMENTO CARVALHO, GILBERTO CAFEZEIRO BONFIM, HELEMARIE SCHAER BARBOSA, JAMARY OLIVEIRA, MARCO ANTÔNIO VASCONCELOS REGO, MODESTO JACOBINO (PRESIDENTE), PAULO ANDRÉ JESUÍNO DOS SANTOS, TÂNIA MORAIS REGIS; Técnico-administrativos: MÁRCIA MAGALHÃES GUIMARÃES, SÔNIA MARIA MARTINS FELZEMBURG; e Assessores: ANDRÉ LUIZ PEIXINHO, JOSÉ TAVARES-NETO, LORENE L. SILVA PINTO, MÔNICA ANGELIN GOMES DE LIMA, SUMAIA BOAVENTURA ANDRÉ E VERA LÚCIA ALMEIDA FORMIGLI;
C) Docentes do PAED: ALCINA MARIA VINHAES BITTENCOURT, ANDRÉ VILA SERRA, ANTONIO FERNANDO DREYER, ANTONIO FRANCISCO JUNQUILHO VINHAES, ANTONIO GILSON LAPA GODINHO, ARLÚCIA DE ANDRADE FAUTH, CARLOS Augusto Santos DE MENEZES, CESAR AUGUSTO DE ARAÚJO NETO, CLOTÁRIO NEPTALI CARRASCO CUEVA, CÍCERO FIDELIS, DENISE DOS SANTOS BARATA, DOMINGOS COUTINHO, EDNA LÚCIA SANTOS DE SOUZA, EDSON O'Dwyer JÚNIOR, FERNANDO A. GLASNER DA ROCHA ARAÚJO, GERVÁSIO BATISTA CAMPOS, HEITOR CARVALHO GUIMARÃES, HUGO MAIA FILHO, ISABEL CARMEN FONSECA FREITAS, JORGE LUIZ SAPUCAIA CALABRICH, JOSÉ MARCOS PONDÉ FRAGA LIMA, JOSÉ

SIQUEIRA DE ARAÚJO FILHO, LUIS SCHIPER, MARGARIDA CÉLIA LIMA COSTA NEVES, MARIA DE LOURDES LIMA FALCÃO, MARIA DO SOCORRO FONTOURA, MARIA TERESA REBOUÇAS G. DE AZEVEDO, MURILO PEDREIRA NEVES JÚNIOR, NÁDYA BUSTANI CARNEIRO, NILO LEÃO, NILSON FERREIRA GOMES, OCTÁVIO HENRIQUE COELHO MESSEDER, OSÓRIO JOSÉ DE OLIVEIRA FILHO, PAULO ANDRÉ JESUÍNO DOS SANTOS, RAUL COELHO BARRETO FILHO, ROBERTO MIGUEL SILVA, ROMÁRIO TEIXEIRA BRAGA FILHO, ROSA VIANA S. BRIM, SUMAIA BOAVENTURA ANDRÉ, VANDA MARIA MOTA DE MIRANDA, VENCESLAU DOS REIS SOUZA SILVA, VITOR LÚCIO DE OLIVEIRA ALVES, WALDECK BARRETO DE ALMEIDA, WELLINGTON ALVES CAVALCANTE; Revisão: LORENE L. SILVA PINTO; Coordenação: José Tavares-Neto.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Conselho nacional de Educação do Ministério da Educação. Parecer nº 329 de 11/11/2004. Brasília. Extraído de http://www.mec.gov.br/cne/parecer3.shtm, em 20 de Dezembro de 2004.
2. CINAEM (III Fase). Relatório 1999 – 2000. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 300p., 2004.
3. Faculdade de Medicina da Bahia. Projeto de Transformação Curricular para o Curso de Medicina de Graduação da FAMEB (proposta preliminar). Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, 36p., 2005 [impresso: tiragem de 1.800 exemplares].
4. Gonçalves EL. Pedagogia e Didática: Relações e Aplicações no Ensino Médico. Rev bras educ méd 25, n. 01, Jan/Abril, 2001.

Artigo 2. Um exercício para o docente na perspectiva da transformação curricular do curso médico.

Contribuição das especialidades médicas à atenção primária à saúde. José Tavares-Neto, editor. Salvador: Contexto, 31-34, 2006.

Capítulo do livro publicado como produto do Programa de Alunos Especiais Docentes (PAED) e Programa Voluntário de Iniciação Científica (PVIC) no período 2004-2006 que envolveram 44 docentes e 189 alunos de graduação como parte de um movimento para qualificação dos docentes e formação científica dos discentes tendo como eixo condutor a proposta de transformação curricular na Faculdade de Medicina da Bahia.

II.1

UM EXERCÍCIO PARA O DOCENTE NA PERSPECTIVA DA TRANSFORMAÇÃO CURRICULAR DO CURSO MÉDICO

Lorene Louise Silva Pinto
Júlio Leonardo Barbosa Pereira

A FORMAÇÃO MÉDICA E AS DEMANDAS E NECESSIDADES DO SISTEMA DE SAÚDE E DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

O exercício pleno do direito à saúde pelos cidadãos brasileiros depende, dentre outras coisas, de transformações nas condições de vida, mudanças no modelo de atenção à saúde onde os princípios da saúde como direito social sejam efetivamente assumidos e a formação de profissionais como sujeitos sociais que tenham compromisso com a construção deste direito.

A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, tem conduzido ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, porém cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas; também, têm sido incapazes de lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento e a dor, o enfrentamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou a necessidade de ampliar a autonomia das pessoas.

Ainda hoje nos modelos tradicionais de curso, o papel do professor é o de estabelecer tudo que o aluno deve aprender, transmitir as informações consideradas relevantes e avaliar a capacidade dos estudantes de reter e reproduzir as informações apresentadas. A teoria é abordada antes da prática no intuito de preparar os estudantes para a aplicação dos conteúdos nos campos de estágio e, futuramente, na sua vida profissional. Essa abordagem pedagógica vem sofrendo fortes críticas pela excessiva valorização do conteúdo, pela baixa eficácia dos conteúdos distantes da realidade e das necessidades de aprendizagem que levam ao desperdício de tempo, de esforços e à necessidade de requalificação[6,17].

Nos últimos anos, nota-se que as várias formas de inserção do estudante de medicina nos serviços de saúde, sejam públicos ou privados, e a sua aproximação com o real perfil epidemiológico da população, são realizadas sem ter como referência um projeto de curso que faça sentido como construção do aprendizado. Conseguir campos de prática nos serviços públicos de saúde passou a ser uma alternativa para as carências dos hospitais e ambulatórios universitários, assim como nos serviços privados por comodidade para os docentes que neles atuam. A insuficiente articulação entre as definições políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação também contribuem para o distanciamento entre formação e necessidades. Por sua vez, os esforços de integração do ensino com a rede de serviços sempre tiveram baixa sustentabilidade, na medida em que dependem de atitude ou adesão idealista de docentes e estudantes e, mesmo institucionalizadas, são sempre vulneráveis às conjunturas locais[5].

Considerar os principais elementos tanto na organização dos serviços de saúde quanto em relação ao perfil epidemiológico é extremamente relevante para formar o trabalhador médico para as necessidades de saúde, qualquer que seja o local a ser ocupado pelo mesmo no sistema de saúde. As características mais recentes do sistema público de saúde, com a ampliação da atenção básica, organização de uma "rede" de cuidados progressivos à saúde, participação dos usuários nas instâncias colegiadas de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo de formas diversas nos vários municípios do país, têm evidenciado o despreparo do médico em lidar com esta realidade, quaisquer que sejam as questões ou influências ideológicas, éticas, técnicas, políticas, entre outras que determinem o seu exercício.

Palavras-chaves:
Cuidados primários em saúde, Especialidades médicas, Capacitação em serviço, Recursos humanos em saúde, Educação médica.

Os diferentes riscos de adoecer e morrer, presentes na realidade brasileira, não devem ser objeto de estudos apenas para se aprender como diagnosticá-los ou prescrever esquemas terapêuticos. O poder técnico dos profissionais de saúde, vinculado ao saber, e que orienta a sua prática, deve ser construído de forma a inserir o profissional, como sujeito social, na perspectiva da construção de um modelo de atenção voltado à melhoria da qualidade de vida das pessoas, onde o diagnosticar e tratar não são dispensáveis, mas revestidos de outros sentidos[22] .

As várias experiências dos projetos da Rede UNIDA, de construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem e a utilização de metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde, em particular, mostraram que o propósito das transformações curriculares não deve se restringir à aplicação de novas metodologias. "O trabalho vivo em saúde se materializa através do processo de produção de relações entre cuidadores e o usuário que com suas necessidades particulares de saúde, dá aos profissionais a oportunidade de tornar públicas suas distintas intencionalidades no cuidado à saúde e os torna responsáveis pelos resultados da ação cuidadora". Um elemento considerado importante para pensar o processo de formação de profissionais de saúde é a incorporação efetiva, pelas escolas, dos conhecimentos disponíveis para a educação de adultos, onde a pedagogia interativa é sua essência. Isto significa que as atividades práticas e reais cumprem um papel disparador do processo de busca e construção do conhecimento[14] .

A busca por iniciar processos que produzam fatos sociais importantes e acumulem poder, tanto nas instituições de ensino quanto nos serviços de saúde, podem esses promover conjunturas favoráveis para as mudanças necessárias, ainda que para as universidades públicas, o momento atual diz respeito à sua sobrevivência, suas relações com a sociedade, ao seu papel de produção e consumo de conhecimentos e também ao perfil dos profissionais que forma.

Como um dos movimentos importantes visando a sensibilização de docentes e discentes para a construção de um novo currículo, são aqui apresentadas algumas reflexões sobre a atenção primária à saúde e a formação médica, as possibilidades e dificuldades das contribuições dos docentes especialistas para a consolidação das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de organizar o cuidado e para o processo de transformação curricular no curso médico, em particular, da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA

O desenvolvimento científico, as grandes descobertas em ciência e tecnologia, a evolução da pesquisa biomédica durante o Século XX, impulsionaram um mercado extremamente especializado, fazendo do setor saúde um grande campo de absorção, negócios e conflitos. Muitos benefícios são identificados, mas a determinação que isto imprimiu na lógica da organização dos serviços, na estrutura dos cursos da área de saúde em particular os de medicina e, conseqüentemente na formação dos profissionais e na organização do trabalho, trouxe também prejuízos pouco calculados, porém percebidos. O ensino concentrado nos hospitais, sob o foco dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos superespecializados e da produtividade moderna marcou muito a formação em saúde, com influências diretas na relação entre os indivíduos e entre esses e as diversas tecnologias[1,16]. De acordo com Campos e Belisário[10] neste contexto, no que tange à educação médica, a avassaladora dupla progresso técnico/segmentação teve, ao lado de efeitos benéficos, efeitos colaterais, que se podem citar como enorme lacuna entre as instituições acadêmicas do primeiro mundo e as demais e um alongamento temporal da formação médica, causado pela própria divisão do mercado especializado. Com isso, o foco do processo formativo deslocou-se, paulatinamente, da graduação para a pós-graduação.

Na década de 60, com objetivo de se opor à lógica de que a "superespecialização" levaria a uma melhor atenção à saúde da população, surgiram movimentos internacionais como o Relatório Lalonde, a Reunião de Alma Ata, a proposta de Saúde para Todos nos anos 70, o movimento de Promoção da Saúde nos anos 80, organizados no sentido de se contrapor àquela tendência, seja para fazer a atenção à saúde acessível a todos, seja para humanizar a prática médica, restabelecendo, assim, o antigo elo de confiança, alicerce da prática médica.

Os reflexos daqueles movimentos internacionais levaram à proposta de desenvolvimento do "novo" médico-generalista, conhecido como médico da família e comunidade (MFC). A tendência ocorreu principalmente no Canadá, Reino Unido, Austrália, Holanda e Estados Unidos da América. Sendo assim, a medicina da família surgiu como uma nova especialidade médica que tem por objetivo dar uma atenção integral à saúde contextualizada na realidade social e com o corpo próprio de conhecimentos[2,9] .

O espaço da atuação do médico de família e comunidade, reconhecido mundialmente, é a atenção primária à saúde (APS), organizada de diferentes formas em contextos distintos[9]. A APS é definida como o primeiro contato, contínuo compreensivo, organizado, universal e não diferenciado por sexo, idade, doença ou órgão afetado. Seria o primeiro nível de atenção à saúde, mas que necessita de uma atuação conjunta e articulada com os níveis secundário, terciário e serviços de emergência [24] .

A APS é um espaço necessário a todos os sistemas de serviços de saúde, mesmo que conformado sob diferentes modelos de atenção à saúde que priorizam diferentemente esse nível de atenção. No Canadá, a proporção de médicos com formação e atuando em atenção primária é de 50% e no Reino Unido é de 70% [8,24] . Atualmente, assume-se para a maioria dos países, que entre 75% a 85% das pessoas na população geral conseguem resolver os problemas de saúde referidos nos serviços da APS, 10% a 12% na atenção secundária e 5% a 10% na atenção terciária [25].

Evidências indicam que um sistema de saúde baseado em APS tem melhores indicadores de qualidade de serviço, indicadores de custo/benefício e de satisfação, se comparados aos mesmos indicadores de sistemas de saúde baseados apenas no cuidado do especialista[12,23,24] . Apesar dessas evidências, alguns trabalhos demonstraram que a população acredita que a auto-seleção do especialista é mais eficiente e eficaz [26] .

O distanciamento da medicina em relação aos reais problemas de saúde da população retornou ao centro dos debates durante a histórica Conferência da Organização Mundial de Saúde em Alma-Ata (antiga URSS), em setembro de 1978. Essa conferência, com tema central "Saúde para todos no ano 2000", recomendou que todos os países membros revisassem seus sistemas de saúde, priorizando a atenção primária como porta de acesso ao sistema de saúde e responsável por resolver parte dos problemas apresentados [27] .

Um grande dilema indicado nesse período, e que sem dúvida permanece, diz respeito a desproporção entre o desenvolvimento científico do setor da saúde e a grande parcela da população que permanece a margem dos benefícios desse desenvolvimento.

Outro debate necessário é sobre a formação profissional. A medicina liberal propõe que o fator orientador e organizador do

sistema de saúde seja a lógica de mercado, indo de encontro a organização do sistema de saúde voltado às reais necessidades de saúde da população. Esse modelo liberal da saúde é bem difundido e orientador da formação atual dos profissionais de saúde em geral, em especial, nos países subdesenvolvidos. Não obstante, todos os fatores apontados nesse panorama levam a crer que as escolas médicas se encontram diante de uma decisiva encruzilhada. A prevalecer esse modelo, podem essas unidades de ensino se diferenciar em formar pesquisadores, outras em formar especialistas e outras médicos gerais. Nesse novo contexto, em alguns países latinoamericanos já se assiste à abertura de escolas médicas para atender a demandas especiais da elite, de confissões religiosas e de segmentos étnicos determinados[10] .

No Brasil, durante o processo de redemocratização da sociedade, surgiu o movimento de reforma sanitária, um marco histórico na saúde brasileira, trazendo uma reformulação no pensamento brasileiro sobre saúde, seus determinantes e o papel do Estado[20] . O movimento sanitário brasileiro conseguiu avanços que foram incluídos na Constituição Brasileira de 1988, levando a uma reestruturação na saúde, e ao início da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) com princípios e diretrizes que avançam na garantia da saúde mais igualitária para toda a população[3] .

A partir da institucionalização do SUS, tem sido enfatizada a necessidade da mudança do modelo de atenção à saúde, com destaque para a Atenção Primária como prioridade a ser organizada através do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários (PACS). O objetivo do PSF, segundo Merhy & Franco [21], é: "a reorganização da pratica assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de praticas curativas". Os autores destacam ainda como princípios básicos do PSF o caráter substitutivo ao modelo anterior, a integralidade e hierarquização do cuidado, a territorialização e adscrição de clientela, e equipe multiprofissional [21].

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil[7] desde sua criação, o crescimento do PSF foi significativo registrando-se 328 equipes em 1994 e 24.600 equipes em 2005, abrangendo 4.986 municípios do país. Desta forma o programa dá acompanhamento a 78,6 milhões de pessoas (44,4% da população brasileira). Assim o PSF é na atualidade um relevante espaço de organização do cuidado, bem como de atuação profissional [7] .

A medicina de família possui campo de atuação que para exercê-la de forma satisfatória são necessárias algumas habilidades e saberes específicos para o modo de agir. O profissional, para atuar nessa especialidade e nesse nível de atenção, tem uma responsabilidade no processo saúde-doença de forma bastante ampliada. Para que possa cumprir essa função de forma satisfatória é indispensável que tenha uma formação que assegure estas aquisições [9] .

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina, publicadas em 2001 descrevem que: "O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano"[4] .

A leitura atenta sobre esse trecho das diretrizes curriculares confrontando-o com a realidade da formação que a grande maioria dos cursos médicos oferece no país, permite listar uma série de questões relevantes para reflexão sobre os caminhos que devem ser percorridos em busca do profissional esperado. Da forma como as escolas médicas estão organizadas, que movimentos são necessários iniciar para conseguir alcançar esta formação? Que significa ser professor no ensino superior na área de saúde? Como os médicos se tornam docentes? [11] . A formação atual dos docentes em exercício nas escolas médicas facilita a reflexão sobre as necessidades de mudanças nos cursos? As diretrizes curriculares são efetivamente assumidas por docentes e discentes como referencial para a estruturação dos cursos? Como as práticas especializadas desses influenciam na sua função docente e na trajetória profissional dos alunos?

Os docentes conhecem e atuam nos vários níveis de atenção à saúde contemplando saberes e práticas necessários à formação de novos profissionais?

E a atenção primária à saúde? Estamos todos falando do mesmo objeto? Que concepções permeiam o conceito de atenção primária adotado nas várias escolas? Teremos que formar médicos para o Programa de Saúde da Família? O generalista a ser formado estará apto a atuar em todos os níveis de atenção ou só na atenção primária? Que outros conhecimentos, competências e habilidades serão necessários? A especialização nesta área será sempre necessária?

De modo geral, o preparo do professor de medicina quanto aos aspectos pedagógicos também não tem merecido a devida atenção. É relevante pensar na dimensão pedagógica do trabalho do professor, o que significa também repensar os compromissos da escola médica [11,13] .

As instituições de ensino da área de saúde no Brasil têm sido demandadas pelos vários setores e segundo Marsiglia [18] estas demandas podem ser vistas de acordo com suas origens e exigências que estabelecem, como de quatro naturezas: relativas à formação dos profissionais oferecidos à sociedade; relativas à produção e divulgação do conhecimento; relativas às necessidades de recursos humanos para o sistema de saúde em desenvolvimento no país e relativas aos interesses do mercado de trabalho e das indústrias de produção de medicamentos e equipamentos. A mesma autora refere ainda que bem antes das Diretrizes Curriculares de 2001, a Conferência de Edimburgo, na Escócia em 1988, já recomendava vários dos princípios e diretrizes preconizadas hoje pelas diretrizes e também sobre as responsabilidades das escolas médicas.

Considerando o contexto onde se inserem as escolas, as demandas sinalizadas, as exigências do sistema de saúde e os desafios para o exercício da docência, que forças impulsionarão as mudanças tão esperadas por alguns e por outros nem tanto? A partir dos anos 90 do século passado tem havido uma intensa mobilização das escolas da área de saúde e em particular as médicas, no que se refere a buscas por mudanças nos cursos, em parte motivadas e ou provocadas pelos movimentos para organização do Sistema Único de Saúde. O SUS também tem sido um incentivador de mudanças através dos programas, a exemplo do PROMED e PRÓ-SAÚDE, com financiamento para os projetos de transformação curricular das escolas da área de saúde[5] .

Um dos aspectos desafiantes para reflexão no momento atual é o quanto de mudança as escolas médicas vão conseguir promover na formação e quais serão suas contribuições para consolidação do SUS, considerando que são identificados na desigual sociedade brasileira, projetos distintos e em conflito tanto para as escolas médicas quanto para o sistema de saúde.

POSSIBILIDADES E DIFICULDADES PARA A CONTRIBUIÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ainda que os desafios ideológicos, econômicos, políticos e sociais sejam imensos e considerando as demandas sinalizadas para as instituições formadoras, como poderemos no curso desse processo transformador, identificar contribuições das escolas através do seu corpo discente e docente para os profissionais hoje atuando na atenção primária à saúde sob a forma de PSF? O fato dos docentes em atuação nas escolas médicas terem sido formados pela hegemonia do pensamento cartesiano, disciplinar, autoritário nas relações sociais dentro e fora das instituições de ensino e serviço, com os ideais do exercício liberal da profissão, poderia permitir a aproximação com o espaço da atenção primária e da formação do médico generalista nas bases previstas pela legislação em vigor? As especialidades discutem o que são práticas generalistas ou compartilhadas e /ou exclusivas dos especialistas? [18]

Poderia se constituir em uma contribuição relevante a inserção dos docentes num processo ensino-aprendizagem em serviços de saúde, com uma maior aproximação do mundo do estudo ao mundo do trabalho e que apresenta aspectos muito diferenciados daquele efetuado em salas de aula. Garcia[15] nos leva a refletir sobre o que este compromisso nos remete: à lembrança dos limites presentes nas estruturas de ensino e de assistência, a situações e contextos que determinam condições nem sempre favoráveis ao cumprimento das finalidades dos projetos das instituições, mas que, por sua vez, trazem novos desafios a ambos e a necessidade da construção de projetos compartilhados. Esse poderá ser um caminho pois, segundo a autora, a aproximação ao cotidiano pode permitir tornar a educação significativa. Melo[19] sinaliza que neste agir-pensar coletivo se aplica a questão: 'Quem educa quem?' Professores educam alunos, profissionais e usuários; alunos educam usuários; usuários educam alunos; profissionais e equipes educam alunos e as situações educam a todos.

Assim, nesse processo, ao educador ou ao profissional de saúde não basta saber; é preciso também querer; e não adianta saber e querer, se não se tem a percepção do dever e não se tem poder para acionar os mecanismos de transformação nos rumos da instituição.

Desse modo concordamos com a colocação de Garcia[15] quando diz que os projetos pedagógicos que visem transformar o atual modelo de ensino devem " levar em consideração as questões que envolvem o processo ensino-aprendizagem, como os conteúdos e as estratégias didáticas, e aquelas relacionadas ao modelo tecnoassistencial, como conhecimentos, práticas e relações, que implicam num modo de intervir em saúde".

Valorizar as possibilidades de promoção de exercícios para os docentes e discentes que também poderão beneficiar os movimentos pela mudança no interior da escola, talvez seja um caminho possível para promover reflexões. Um exemplo de exercício é a tentativa de cada um conhecer o espaço da atenção primária à saúde e suas formas de organização e prestação do cuidado desnudando-se de preconceitos; esse tipo de exercício se impõem no momento atual, tanto para os que atuam nos sistemas de saúde, quanto para os docentes das escolas médicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Revista Brasileira de Educação Médica 29/2: 136-146, 2005.
2. Blasco PG. As origens da Medicina de Família. *In*: Roncoletta AFT, Moreto G, Janaudis M, Leoto R, Blasco PG, Levites MR, editores. Princípios da Medicina de Família. SOBRAMFA: São Paulo, p 33-58, 2003.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de Outubro de 1988. 17ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.
4. Brasil. Ministério da Educação.Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, Brasília (DF): MEC, 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Programa de Incentivo a mudanças curriculares no curso de Medicina. Brasília, 2002 [mimeo].
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário: Incentivo às mudanças na graduação das carreiras da saúde. Brasília, 17p. 2003[mimeo].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Extraído de http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica, acesso em 28/06/2006.
8. Burner S, Waldo D, McKusick D. National expenditures projections through 2030. Health Care Finance Rev 14: 1-14, 1992.
9. Campos CEA. Os princípios da Medicina da Família e Comunidade, Revista de Atenção Primária à Saúde 8 : 181-190, 2005.
10. Campos FE de, Belisário AS. O programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada, Interface- Comunicação, Saúde, Educação 9 : 133-142, 2001.
11. Castanho ME. Professores de ensino superior da área de saúde e sua prática pedagógica. Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação 6 : 51-62, 2002.
12. Escarce J. Would eliminating differences in physician practice style reduce geographic variations in cataract surgery rates? Medical Care 31: 1106-18, 1993.
13. Fagundes N, Burnham TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação 9/16: 105-114, 2005.
14. Feuerwerker L., Kalil M.E.; Baduy RJ. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem- As lições aprendidas pela Rede UNIDA. Divulgação em Saúde para Debate 22: 49-62, 2000.
15. Garcia MAA. Saber, agir e educar: O ensino-aprendizagem em serviços de saúde. Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação 5 : 89-100, 2001.
16. McWhinney IR. The Origins of Family Medicine. *In*: McWhinney IR. A textbook of family medicine. 2nd edition. New York: Oxford University Press p.3-12, 1997.
17. Marcondes E, Gonçalves EL. Educação Médica. Coord. São Paulo, Sarvier, 409 p., 1998.
18. Marsiglia, R.M.G. Instituições de Ensino e o programa Saúde da Família: o que mudou? Revista Brasileira de Saúde da Família, p. 30-41, 2004
19. Melo JAC, Ramos CL, Soares JCRS. Quem educa quem? Repensando a relação médico paciente In: COSTA, N. R. Demandas populares, políticas públicas e saúde . Petrópolis: Vozes, p.45-64, 1989.
20. Merhy EE. A Saúde Pública como Política. Um Estudo de Formuladores de Políticas. Hucitec: São Paulo, 1991.
21. Merhy EE. & Franco TB. Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios. *In*: Anais do Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo, Associação Paulista de Saúde Pública, p.145-154, 2000.
22. Paim JS. Perspectivas de Sistema público de saúde no Brasil. Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí 1:120-132, 1998.
23. Roos N. Who should do the surgery? Tonsillectomy and adenoidectomy in one Canadian province. Inquiry 16: 73-83, 1979.
24. Starfield B. "Is primary care essential?" Lancet 344 : 1129-33, 1994.
25. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 726 p., 2004.
26. Volpp K, Schwartz JS. Myths and realities surounding health reform. JAMA 271: 1370-72, 1994. World Health Organization. Primary health care. Geneva: WHO 25, 1978.

Artigo 3. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos Internos em Medicina Social.

Publicado na *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2007; 31 (1): 115-133.

Revista Baiana
de Saúde Pública

ARTIGO ORIGINAL

A DOR E A DELÍCIA DE APRENDER COM O SUS: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA PERCEPÇÃO DOS INTERNOS EM MEDICINA SOCIAL

Lorene Louise Silva Pinto[a]
Vera Lúcia Almeida Formigli[b]
Rita de Cássia Franco Rêgo[c]

Resumo

O Internato em Medicina Social da Faculdade de Medicina (FAMEB/UFBA) desenvolve as suas práticas em unidades de Programa Saúde da Família (PSF), mediante convênios com prefeituras municipais. Este estudo objetiva analisar esta experiência de articulação ensino/serviços, na percepção dos estudantes. Trata-se de estudo exploratório, utilizando como fonte de dados os relatórios dos alunos. Dados referentes às três primeiras turmas apontaram que houve boa receptividade e bom entrosamento do interno com as respectivas equipes do PSF. A experiência multiprofissional foi um dos destaques. Atividades de acompanhamento de mulheres, hipertensos e diabéticos, das atividades do médico em geral, visitas domiciliares, educação em saúde e imunização estiveram entre as mais freqüentemente realizadas. Parte dos alunos referiu a necessidade de maior clareza do papel do interno e dos objetivos do internato para todos os envolvidos, bem como problemas em relação ao apoio material e de supervisão, questões que foram contempladas em turmas subseqüentes. Críticas pertinentes em relação ao funcionamento de algumas equipes do PSF foram encaminhadas às Secretarias Municipais de Saúde (SMS). As autoras concluem que o desafio de ensinar num sistema de atenção à saúde em construção, com as suas distorções e imperfeições, tem sido enfrentado com sucesso, utilizando instrumentos adequados de articulação e acompanhamento.

Palavras-chave: Educação médica. Integração docente-assistencial. Internato. Residência.

[a] *Médica, Mestre em Saúde Comunitária/UFBA. Doutoranda em Medicina e Saúde/UFBA. Profa. Assistente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA. lorene@ufba.br*
[b] *Médica, Mestre em Saúde Comunitária/UFBA. Profa. Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA. formigli@ufba.br*
[c] *Médica, Doutora em Saúde Pública. Profa. Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA. ritarego@ufba.br*
Endereço para correspondência: *Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Avenida Reitor Miguel Calmon, sn, Vale do Canela. Salvador. Bahia. CEP 40420-060.*

DELIGHT AND PAIN IN LEARNING WITH SUS: SOCIAL MEDICINE TRAINEES' PERCEPTION ON THE INTEGRATION OF IN-SERVICE TRAINING AND TEACHING

Abstract

Social medicine in-service training at FAMEB/UFBA provides for its medical practice in PSF unities, by means of formal agreements with municipal government. The objective of this study is to analyze this experience of teaching/in-service training through students' perceptions, by means of an exploratory study using students' reports as database. Results of the first three class groups pointed out good receptivity and interaction between trainees and PSF staff. Multiprofessional experience was one of the outstanding points. The most frequently conducted services were woman, hypertension and diabetes care, general clinic activities, home care, health education and immunization. Part of the students interviewed referred the need for more straightforward information on the role of trainees and the objectives of internship, as well as reported problems concerning material support and supervision, all of which were questions cited by subsequent classes. Pertinent criticism with reference to some PSF staffs' operation was reported to the SMS. The authors conclude that the challenge of teaching within a developing healthcare system setting, in spite of its distortions and inadequacies, has been successfully faced, with the help of appropriate articulation and follow-up instruments.

Key words: Medical Education. Teaching-Healthcare Training Integration. Internship and Residency Programs.

INTRODUÇÃO

A discussão sobre a articulação ensino-serviços de saúde no processo de formação do médico é antiga, tendo sido objeto de muitas propostas, experimentações, sucessos, insucessos, avanços e retrocessos ao longo das últimas décadas no Brasil. No momento atual, a necessidade de inserção e vivência dos alunos na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo enfatizada como uma das principais estratégias para a formação de um profissional médico mais adequado às necessidades de saúde do país, independentemente das diferentes conformações curriculares das escolas médicas do Brasil.

Campos[1], estudando 14 faculdades públicas de medicina do Brasil, em 1995, encontrou que 86% dos estágios práticos, incluindo a fase do internato, ocorriam em serviços pertencentes aos hospitais universitários. O autor discute a inadequação desses hospitais para o ensino da graduação de médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral e propõe o deslocamento dos espaços de ensino para centros de saúde, hospitais-dia, domicílios, comunidade, escolas, entre outros, o que implicaria na articulação das escolas com o SUS. Rodriguez Neto[2] também chama a atenção para a falta de organicidade que existe entre a escola

médica e o projeto da reforma sanitária e do SUS, apontando, entre outras estratégias para maior inserção da universidade no processo de construção do SUS, a necessidade de ampliação dos campos de aprendizagem dos futuros médicos para o conjunto dos serviços de saúde.

As novas diretrizes curriculares nacionais do Ministério da Educação para o Curso de Graduação em Medicina, aprovadas em outubro de 2001, também sinalizam essa necessidade. Elas estabelecem que a estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve

> [...] ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde e [...] vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS.[3:38]

As diretrizes definem também como uma das competências do futuro profissional médico "[...] atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário"[3:38] e instituem o estágio curricular obrigatório, em regime de internato, na área da Saúde Coletiva, além das áreas pré-existentes — Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria.[3]

Algumas iniciativas institucionais foram desenvolvidas nos últimos anos com objetivos de estimular e apoiar o processo de articulação do ensino com os serviços de saúde e promover mudanças nos cursos de graduação da área de saúde. Uma das primeiras iniciativas, o Projeto UNI e depois REDE UNIDA, promovia articulação entre instituições e pessoas interessadas em mudanças na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde, discutindo e divulgando experiências de articulação ensino-serviços-comunidade.[4]

O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) está ainda em execução em algumas escolas médicas no Brasil. Os Ministérios da Saúde e da Educação apóiam as instituições comprometidas e com propostas efetivas de adequação da formação profissional às necessidades do SUS, enfatizando o fortalecimento da atenção básica à saúde.[5] A partir de 2004, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), instituiu a estratégia dos Pólos de Educação Permanente em Saúde como instâncias colegiadas de integração de instituições gestoras, formadoras e usuários do SUS, tendo como linha prioritária as mudanças na formação dos profissionais já inseridos nos serviços e também os que ainda estão nos cursos de graduação, além da integração ensino-serviços.[6] A possibilidade de explicitar a responsabilidade do SUS na formação dos profissionais de saúde se complementa com a estratégia do Aprender-SUS, que se propôs a apoiar iniciativas de aproximação dos cursos de saúde

da rede de serviços do SUS, tendo a integralidade da atenção à saúde como eixo de mudanças na formação da graduação.[7] Em 2005 estes ministérios lançaram o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), visando incentivar e apoiar financeiramente transformações na formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo saúde-doença.[8]

O Programa Saúde da Família (PSF), que vem sendo implantado progressivamente nos municípios brasileiros desde 1994, é considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de reorientação da atenção básica no país. Pressupõe a responsabilidade de atenção integral sobre uma população e território definidos, por meio de uma atuação inter e multidisciplinar.[9] O Programa constitui-se num espaço adequado para exercitar a formação de profissionais de saúde com enfoque de atenção integral — promoção, prevenção e recuperação —, que ultrapassa o nível de atenção hospitalar e incorpora a intervenção sobre fatores de risco e determinantes do processo saúde/doença.

O curso da Faculdade de Medicina (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) iniciou o programa de Internato em Medicina Social sob a forma de estágio curricular obrigatório na área de Saúde Coletiva em 2002, sob a coordenação do Departamento de Medicina Preventiva (DMP).[10]

O objetivo geral para o ensino da saúde coletiva no curso médico foi definido em Oficina de Trabalho realizada pelo DMP, em 2002, como o de "[...] habilitar o futuro médico a pensar e incorporar à sua prática a prevenção de doenças e promoção da saúde da população, tendo com referência a redução da exclusão social".[11:1-2] Nessa perspectiva, o Internato em Medicina Social foi concebido como o espaço de resgate dos conteúdos das disciplinas da área da Saúde Coletiva, cursadas anteriormente e de aplicação dos conhecimentos em trabalho de campo, especialmente constituído por práticas de atenção básica à saúde, envolvendo promoção, prevenção e recuperação da saúde, com ênfase nos dois primeiros níveis.[11]

O programa de estágio curricular obrigatório na área de Saúde Coletiva é desenvolvido por alunos do 5º ano do curso de medicina, que após o oitavo semestre realizam treinamento em serviços, sob a forma de rodízio, nas áreas de clínica médica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, pediatria e medicina social.

O Internato em Medicina Social desenvolve-se de modo inteiramente articulado com os serviços. As atividades são realizadas em sistemas municipais de saúde, mediante convênios entre a FAMEB/UFBA e prefeituras, as quais assumiram os custos de transporte, alimentação e hospedagem para os alunos. No período inicial, tinha duração de seis semanas, sendo uma preparatória e cinco em campo, atuando junto às equipes do Programa de Saúde da

Família dos municípios. Atualmente, o estágio tem duração de dez semanas, sendo um período preparatório de uma semana e nove semanas em campo.

Os principais objetivos estabelecidos para o programa são compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença e da organização dos serviços de saúde e realizar práticas de promoção, prevenção e de proteção da saúde, de modo interdisciplinar e multiprofissional, com ênfase na atenção básica.

O programa estabelece as seguintes atividades a serem desenvolvidas pelo interno: imunização em situação de rotina e campanha; investigação epidemiológica; identificação de situações e/ou fatores de risco para a saúde da população; práticas de educação em saúde em comunidade e/ou unidade de saúde; ações básicas voltadas a pacientes portadores de doenças crônicas; busca de faltosos de programas e visitas domiciliares; acompanhamento de gestantes, crianças e idosos; participação em atividades de atualização e/ou treinamento das equipes de PSF; atividades coletivas de promoção à saúde bucal; participação em reuniões de conselhos locais/ municipais de saúde; encaminhamentos e orientações na rede de serviços, identificando as relações entre os níveis de atenção à saúde e as suas competências.

O internato já se desenvolveu em cinco municípios do interior e da região metropolitana do estado da Bahia, que demonstraram interesse pelo programa — Vitória da Conquista, Alagoinhas, Catu, Lauro de Freitas e Camaçari. As turmas são divididas entre os municípios por escolha voluntária dos alunos ou por sorteio, correspondendo a uma média de 8 alunos por município, simultaneamente, em cada uma das turmas.

Os alunos são supervisionados pelas equipes do PSF, por um membro da equipe técnica de cada secretaria municipal de saúde, que também possui contrato temporário de professor do Departamento de Medicina Preventiva, sob coordenação geral de docente do DMP. No retorno das atividades de campo é realizado um seminário de socialização e discussão das diferentes experiências. A avaliação final é feita com participação da equipe local e consta de relatório individual, avaliação teórico-prática, observação da freqüência e compromisso do interno com o desenvolvimento das atividades.

Após três anos de evolução do programa, torna-se necessário conhecer, na perspectiva dos estudantes que vivenciaram a experiência, quais os resultados obtidos até agora, no que diz respeito ao processo de articulação do ensino com os serviços, identificando os seus elementos propulsores e obstacularizadores. Espera-se que os resultados possam contribuir para o aperfeiçoamento do programa do internato, para o processo mais geral de transformação curricular atualmente em curso na FAMEB, assim como para a promoção de melhorias nos serviços de saúde.

OBJETIVO

Analisar a experiência de articulação ensino/serviços de saúde do SUS no programa de Estágio Curricular Obrigatório — Internato em Medicina Social — da FAMEB/UFBA, na percepção dos estudantes.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório com uma amostra das três primeiras turmas de estudantes que realizaram Internato em Medicina Social no período de 2002-2004. Essas turmas correspondiam a 250 alunos matriculados no curso médico nos semestres 98.1, 98.2 e 99.1, distribuídos em 12 grupos nos 5 municípios, ao longo do período.

Foram utilizados como fonte de dados os relatórios circunstanciados dos alunos, instrumentos obrigatórios integrantes do processo de avaliação do estágio. Existe um roteiro prévio para elaboração desse relatório, que tem se constituído num produto rico de informações, do ponto de vista descritivo e analítico.

Houve uma perda por extravio de 64 relatórios, passando o universo a um total de 186 internos. Destes, foram sorteados 50% dos alunos de cada turma, o que resultou numa amostra de 93 relatórios, preservando-se a representatividade de cada um dos municípios-sede dos estágios.

Foram selecionados os seguintes aspectos da percepção do interno como variáveis a serem investigadas:

1. atividades desenvolvidas;
2. receptividade da equipe do PSF à presença do interno;
3. entrosamento do interno com a equipe do PSF;
4. entrosamento entre os membros da equipe;
5. supervisão pelo docente local;
6. suporte logístico (transporte, alimentação, hospedagem);
7. aprendizado relacionado a: a) experiência multiprofissional e interdisciplinar — trabalho com médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde; ao SUS, à percepção sobre um novo modelo de atenção, à atenção básica e ao PSF; à realidade de saúde local e aos determinantes sociais do processo saúde/doença; b) ao crescimento pessoal e à importância do estágio para a formação médica;

Revista Baiana
de Saúde Pública

8. críticas e dificuldades;
9. sugestões.

O processo de análise dos dados buscou aproximação com a técnica de Análise de Conteúdo, tal como definida por Bardin, ou seja:

> [...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis indefinidas) destas mensagens. [12:42]

Buscava-se, então, maior objetividade na interpretação do material coletado, considerando-se inclusive o envolvimento docente das autoras com o programa do internato.

Utilizou-se basicamente a técnica da análise temática, que consiste em "[...] descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado".[13:209] Procedeu-se às etapas de classificação e agregação dos conteúdos dos relatórios referentes às variáveis selecionadas, registrando-se a regularidade de aparecimento, intensidade e coerência interna das colocações dos alunos em relação a cada um dos temas considerados.

Não houve preocupação em quantificar ou fazer inferência estatística dos achados, embora em alguns momentos tenha sido importante registrar o surgimento de determinado aspecto com maior ou menor freqüência. Do mesmo modo, certos pontos de vista citados uma única vez foram considerados, pela força e relevância que apresentavam em relação ao objetivo do trabalho.

RESULTADOS

As práticas realizadas com maior freqüência pelos alunos das três turmas foram, em ordem decrescente de citação: atendimento/acompanhamento de mulheres; acompanhamento dos atendimentos do médico; visitas domiciliares, acompanhando médico, enfermeira, mas, principalmente, agentes comunitários de saúde; práticas de educação em saúde (palestras, reuniões em grupos); imunização; atendimento/acompanhamento de hipertensos e diabéticos e de crianças; acompanhamento de consultas de enfermagem; visitas a serviços especializados; atividades de promoção de saúde bucal; participação em reuniões de conselhos locais/municipais e/ou conferências de saúde; reuniões com a equipe; acompanhamento das atividades do auxiliar de enfermagem; atendimento/acompanhamento de idosos.

A receptividade da equipe do PSF e o entrosamento do interno com a mesma foram, de modo geral, referidos como bons, com raríssimas exceções. No município de Camaçari, o desconhecimento do papel do interno foi citado pelos estudantes como dificultador do seu entrosamento com a equipe. O entrosamento entre os membros da equipe foi também, em geral, bem avaliado pelos internos, com apenas uma exceção citada. Do mesmo modo, a relação da equipe com a comunidade foi percebida como boa, na maioria das vezes. A exemplo da citação no relatório de um interno: "[...] é muito bom ver o médico reconhecendo e conhecendo seus pacientes." (Catu, turma 98.1).

A supervisão pelo docente local foi avaliada diferentemente, segundo cada município. Em Vitória da Conquista foi bem avaliada por todas as turmas; foram referidos problemas nos municípios de Catu e Alagoinhas. Os municípios de Camaçari e Lauro de Freitas não contavam com docentes do Departamento de Medicina Preventiva no local no período analisado.

O apoio de transporte, alimentação e hospedagem foi bem avaliado pelos internos que realizaram o internato em Vitória da Conquista. Houve referências negativas à alimentação nos demais municípios e a problemas de transporte para deslocamento ao local do estágio e dentro do município em Catu, Camaçari e Lauro de Freitas. Em uma das turmas de Alagoinhas houve queixas dos internos quanto à qualidade do alojamento.

Quanto aos principais aprendizados referidos pelos alunos, destacou-se a oportunidade de vivenciar uma experiência multiprofissional e interdisciplinar, trabalhando com todos os membros da equipe do PSF, como destacou outro relatório: "[...] salutar o convívio com outros profissionais onde há democratização do conhecimento e das condutas, visando à saúde da população" (Catu, turma 99.1). Alguns questionamentos foram levantados sobre a "superposição" de papéis entre médico e enfermeiro, sendo citadas como exemplos as atividades do programa de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). A maioria dos alunos destacou o trabalho dos agentes comunitários, considerados "a mola mestra" do sistema, a "peça-chave" no sucesso do programa.

O aprendizado em relação ao SUS e à percepção de um novo modelo de atenção também foi evidenciado no material analisado. Os relatórios de parte dos alunos denotam a percepção da importância de vivenciar os diferentes estágios do processo de implantação de um novo sistema de saúde em cada município, ressaltando, inclusive, que em alguns locais a comunidade já está percebendo o sentido das mudanças; "Aprendi a olhar o SUS com outros olhos" (Catu, turma 98.1). Os alunos também perceberam a construção de um novo modelo assistencial em contraposição ao modelo curativo, individual e hospitalocêntrico com o qual

estavam habituados, ao reconhecerem a presença de práticas integradas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, e a ênfase na atenção básica como eixo desse novo modelo.

A atenção básica e o PSF foram considerados pelos alunos, em geral, como estratégias adequadas e resolutivas para o atendimento da população. Os aspectos mais destacados, especialmente nos municípios onde o PSF já está implantado há mais tempo, foram o reconhecimento de que o programa pode ser capaz de modificar positivamente as condições de vida da população; a presença de equipes comprometidas e responsáveis, com conhecimento epidemiológico das respectivas áreas de abrangência e do paciente no seu contexto social; a possibilidade de acolher bem as pessoas e poder organizar a demanda e a oferta; a disponibilidade de tempo para o atendimento; o estabelecimento de vínculos com a população atendida; a ampliação do acesso à atenção básica e a possibilidade de obter atendimento nos demais níveis do sistema de saúde; e a realização de ações de educação e promoção de saúde.

Foram também destacados como aspectos problemáticos do PSF: questões funcionais (vínculos diferenciados, outros empregos), salariais, insuficiência ou inadequação da formação dos membros das equipes, levando à rotatividade e comprometendo o vínculo com a população; sobrecarga de trabalho da enfermeira; inadequação do espaço físico, insuficiência de equipamentos, insumos básicos e medicamentos, comprometendo a resolutividade do atendimento; baixo nível socioeconômico da população, falta de saneamento, habitação, educação, e ausência de ações intersetoriais que interfiram nos fatores de risco; alta demanda e baixa cobertura do programa; enfoque no atendimento da demanda espontânea em algumas equipes, com pouco investimento em educação e vigilância em saúde; poucas reuniões da equipe do PSF, para discutir a organização do trabalho, fazer ajustes e pactuação; população com visão ainda centrada no médico e na medicina curativa; insuficiência de oferta de serviços especializados e problemas no sistema de referência e contra-referência de pacientes, comprometendo o acesso dos pacientes que deles necessitam; falta de supervisão às equipes do PSF, entre outros menos citados.

Os alunos fizeram sugestões pertinentes, que foram encaminhadas às secretarias municipais de saúde por meio dos respectivos preceptores. Estes, que são também membros das gestões municipais, participavam ainda dos seminários ao final do estágio de cada turma, quando as sugestões eram apresentadas e discutidas. Em alguns municípios foi possível a discussão diretamente com as equipes do PSF e das secretarias municipais de saúde.

Muitos alunos conseguiram, com a vivência do internato, compreender a interferência do baixo nível social, econômico e educacional da população sobre o processo saúde/doença e sobre a efetividade das ações de saúde: "Estive face a face com a miséria e as carências

de uma parte da população e percebi como a realidade enfrentada é dolorosa e como o simples, considerado muitas vezes dispensável, faz a diferença." (Relatório de interno de V. Conquista, turma 98.2); "Está mais evidente para mim que fatores como educação, cultura, saneamento básico e condições de moradia, que não são diretamente ligados a profissionais de saúde, influenciam na qualidade de vida das pessoas" (Relatório de interno de Alagoinhas, turma 98.2); "Apesar de ter nascido e vivido em Alagoinhas por muito tempo, saber e ter presenciado por várias vezes a pobreza da população, faltava este contato mais próximo, íntimo com eles. A visão tão próxima da miséria humana me chocou. Porém foi bom observar como as nossas intervenções, por menores que sejam, podem ajudar e modificar a vida dessas pessoas." (Relatório de interno de Alagoinhas, turma 98.2).

Em relação ao crescimento pessoal e à importância do estágio para a formação médica, vale a pena reproduzir algumas citações de alunos que referiram a vivência dos problemas sanitários como passo importante para a formação humanizada e integral do médico e fizeram críticas ao modelo atual de formação médica: "Trouxe experiências até então desconhecidas, aprendizados para nossas vidas" (Relatório de interno de Catu, turma 98.2); "Me senti como poucas vezes no curso, muito útil à comunidade" (Relatório de interno de Catu, turma 98.2); "A resistência inicial com este internato mudou completamente." (Relatório de interno de Catu, truma 98.2); "Experiência acadêmica e humana sem precedentes." (Relatório de interno de V. Conquista, turma 98.1); "Experiência inesquecível no curso médico." (Relatório de interno de V. da Conquista, turma 98.1); "A vivência em um PSF foi uma experiência bastante proveitosa para mim. Desfiz preconceitos quanto ao trabalho no interior do estado e zonas rurais e percebi que é possível fazer a famosa medicina para todos, inclusive para pobres, sem que seja esta uma medicina pobre." (Relatório de interno de Alagoinhas, turma 98.1); "Louvável a possibilidade fornecida pela UFBA de inserir o aluno dentro de um contexto onde a sua capacidade de avaliação crítica e formadora de opinião é estimulada." (Relatório de interno de Catu, turma 98.1); "Já conseguimos enxergar a necessidade de readequação do ensino médico para formar profissionais qualificados do ponto de vista científico, ético, humano e comprometidos socialmente com a saúde do seu povo." (Relatório de interno de Camaçari, turma 98.2).

Algumas críticas e dificuldades relacionadas à infra-estrutura, organização e planejamento do estágio foram também registradas pelos alunos, tais como insuficiência de clareza por parte deles e das equipes quanto ao papel que deveriam desempenhar, falta de um calendário e de melhor explicitação das atividades pela preceptoria, bem como a falta de um acompanhamento mais efetivo ou mesmo ausência de preceptoria em alguns casos: "No meu ponto de vista, deveriam ser apresentadas a nós tarefas que poderiam ser realizadas por nós para

que não ficássemos perdidos. Gostaria de deixar bem claro que essa é uma sugestão minha, já que a maioria dos colegas não sentiu essa dificuldade. Mas por eu ser uma pessoa mais tímida, no início me senti meio solto, sem saber qual era o meu papel lá dentro, e só depois, com a ajuda de uma colega, foi que consegui realizar tarefas junto à equipe. No final, consegui realizar todas as atividades que poderiam ser feitas na comunidade e atingi os objetivos do internato." (Relatório de interno de Catu, turma 99.1); "[...] apesar de reconhecer que fomos os primeiros nessa nova experiência e que o município ainda não estava preparado devido à nossa repentina chegada, quero deixar claro que não houve um acompanhamento e supervisão adequados, e que todas as atividades que realizamos no município deveram-se exclusivamente à boa vontade e receptividade das equipes de saúde da família e, principalmente, a nós estudantes, que procuramos aproveitar ao máximo essa nova experiência, programando nossas próprias atividades e atuando como legítimos autodidatas." (Relatório de interno de Catu, turma 98.1). Alguns alunos queixaram-se do período em campo, considerando-o excessivo. Mencionaram que o tempo longo de estágio levaria à repetição de certas atividades, enquanto outras não são realizadas. Em algumas situações, referiram que as tarefas foram resumidas a acompanhamento de exames médicos, o que poderia ser feito sem necessidade do deslocamento da capital do estado, que causa transtornos pessoais aos alunos: "No quinto ano de curso, os estudantes de um modo geral possuem importantes compromissos acadêmicos extra-curriculares e mesmo pessoais que os impossibilitam de deixar a sua vida cotidiana por um período de um mês, em uma data definida por sorteio. Não deve o estudante se sentir obrigado a participar de estágio que o faça abdicar de importantes objetivos, pois se assim acontecer, irá com um sentimento de frustração para a equipe do PSF, não tirando proveito da oportunidade de conviver bem e aprender com esta equipe." (Relatório de interno de Alagoinhas, turma 98.2). Aos já citados problemas de alimentação, hospedagem e transporte dos internos em alguns dos municípios foram acrescentados o pouco tempo de implantação do PSF e o desfalque em algumas equipes, assim como dificuldades para realizar atividades que dependiam de transporte e para os encaminhamentos de pacientes para outros procedimentos.

Diante dessas questões, os internos elencaram sugestões para o aperfeiçoamento do estágio:

- esclarecimento de todos os envolvidos sobre os objetivos do internato;
- programação definida, com atividades pré-determinadas;
- realização de reuniões para organizar as atividades;
- presença maior de preceptores e realização de discussões sobre temas de interesse;

- maior informação sobre a infra-estrutura nos municípios e melhoria da infra-estrutura nos municípios onde houve problemas;
- inclusão no estágio de reuniões de gestão e organização do sistema de saúde;
- maior interferência e menos observação dos internos em alguns serviços;
- aumento do tempo de discussão no retorno do campo, com a presença de representantes das equipes do PSF;
- ampliação do acesso de estudantes à zona rural, cuja realidade é diferente, como registra um interno: "[...] pude observar e vivenciar algumas experiências que na área urbana não experimentaria, como atender à comunidade local dentro do quarto de um morador sentado em sua cama, ou no altar de uma igrejinha, ou ainda dentro de uma escolinha primária ou, melhor ainda, na cozinha de um acampamento do MST, observando de perto as suas rotinas, carências e necessidades." (V. Conquista, 98.2);
- antecipação do contato com a atenção básica no curso médico;
- permanência maior no município, com diminuição do tempo de preparo em Salvador;
- e, com freqüência reduzida, proposta de redução do tempo do Internato ou de realização do estágio em Salvador.

DISCUSSÃO

Garcia[13], discutindo o processo de ensino-aprendizagem com base na problematização do cotidiano, ressalta que este processo em serviços apresenta aspectos muito diferenciados daqueles efetuados em salas de aulas. Essa diferenciação ocorre tanto no plano das relações, que passam a envolver, além da relação docente-discente, aquelas com os usuários e as equipes de trabalho, quanto no plano dos conteúdos, onde se integram aos de caráter técnico-informativos as questões éticas, morais, psicológicas, ligadas às relações sociais estabelecidas.

Ainda segundo a autora, a aproximação ao cotidiano pode permitir tornar a educação significativa, na medida em que, pela vivência de situações, objetiva-se conjugar o processo indutivo de conhecimento ao processo dedutivo, mediado por conceitos sistematizados em sistemas explicativos globais, organizados numa lógica socialmente construída e reconhecida como legítima. Procura-se também, pelo cotidiano, possibilitar o questionamento das práticas sociais e a instrumentalização para o conhecer e o agir.[13]

No processo de educação no trabalho em saúde ocorre o encontro do projeto institucional (do serviço), o educativo (da escola), o do professor e o do próprio aluno. A educação nesse processo diferencia-se da educação formal, não se restringindo à transmissão de saberes, mas colocando-se como mediação de projetos contraditórios em construção.[13]

No caso da experiência do Internato em Medicina Social, que apresenta uma perspectiva transformadora, tanto no que diz respeito ao modelo de formação médica, quanto ao modelo de atenção à saúde, os resultados evidenciados neste estudo apontam para o acerto na opção da estratégia de inserção dos alunos num espaço como o PSF. Esta oportunidade parece ter possibilitado a compreensão por parte dos alunos das diferenças entre um modelo de atenção à saúde curativo, individual e hospitalocêntrico, com o qual já estavam familiarizados no decorrer do curso, e uma outra perspectiva de assistência integral, onde os objetos, meios e processos de trabalho se ampliam e se redefinem em relação ao modelo anterior. Pelos depoimentos analisados, percebe-se que os estudantes captaram importantes elementos constitutivos desse novo modelo, especialmente no que diz respeito ao trabalho multidisciplinar e multiprofissional e à relação profissionais de saúde/população, além de terem comprovado, não sem certo grau de surpresa, a resolutividade dessa forma de atenção à saúde.

Antes de comentar os principais aspectos evidenciados nos relatos dos estudantes, cabe chamar a atenção para os limites inerentes a esse tipo de análise, que se propõe a captar os sentidos das comunicações feitas por determinados informantes, sentidos esses influenciados por muitos fatores relativos aos próprios informantes e aos pesquisadores, os quais podem interferir na interpretação dos achados. No caso deste estudo, há ainda que considerar o fato de que o material analisado não foi produzido para a finalidade de uma investigação, mas sim como produto acadêmico integrante do processo de avaliação dos estudantes. Tal aspecto poderia, ao mesmo tempo, favorecer uma apreciação mais positiva da experiência do internato por parte dos alunos, ou tender a realçar os aspectos negativos para justificar algum desempenho desfavorável.

Os possíveis efeitos desses fatores na interpretação dos achados puderam ser, de certo modo, minimizados, por um lado, pela oportunidade que tinham as autoras de avaliar a sua consistência pelo conhecimento do contexto em que as informações eram produzidas, pelo acesso a outras fontes e outros espaços de produção de informações sobre os estágios, bem como, por outro lado, pelos cuidados tomados na organização e tratamento dos dados, já referidos na metodologia do estudo.

Foi possível propiciar aos estudantes a percepção, o aprendizado e o exercício de novos saberes, competências, habilidades e atitudes, tais como: atuação multiprofissional e interdisciplinar, práticas de planejamento e organização do trabalho, promoção, educação e

comunicação em saúde, humanização e personalização do atendimento, práticas coletivas e preventivas, vínculo com a clientela, concepção ampliada de saúde e compreensão dos determinantes do processo saúde/doença, responsabilidade pelo resultado do cuidado, além de novas relações entre profissionais de saúde e entre estes e a população. Pelos relatos dos estudantes, esses e outros elementos, ainda que percebidos muitas vezes de forma fragmentada, foram identificados como componentes importantes de um novo modelo de atenção à saúde em construção nos seus respectivos locais de estágio, diferenciado do modelo predominante.

Tensões entre os diferentes modelos de atenção e de formação parecem ter sido também vivenciadas pelos alunos. No caso do modelo assistencial, observou-se que, em algumas situações, predominou a realização de acompanhamentos médicos em relação a outras práticas de promoção e prevenção da saúde, refletindo tanto a preponderância dessas atividades em muitas equipes do PSF, como a experiência anterior dos próprios estudantes, que se sentiam mais confortáveis reproduzindo tarefas com as quais já estavam habituados. A redefinição de papéis num trabalho de equipe, com atribuições comuns complementares e compartilhadas, suscitou também em alguns internos certo grau de tensão, especialmente no que diz respeito ao que consideraram superposição dos trabalhos do médico e enfermeiro.

As insuficiências e dificuldades de execução do novo modelo assistencial, relacionadas principalmente a infra-estrutura e funcionamento do PSF, especialmente nos municípios onde a implantação era ainda incipiente, foram também percebidas pelos alunos, que fizeram sugestões pertinentes, demonstrando clara compreensão da proposta e dos obstáculos para a sua plena implementação.

No que diz respeito ao modelo de formação, as dificuldades dos alunos em assumir um maior grau de autonomia no processo de aprendizagem ficaram claras nas cobranças de uma programação detalhada das atividades no campo e da presença permanente da preceptoria. Maior autonomia implicaria na organização do próprio tempo e na busca ativa de oportunidades para aprender, em contraposição ao modelo de formação atual, no qual ele é muito mais passivo no processo de aprendizagem.

Todas essas contradições têm propiciado reflexões críticas e discussões permanentes entre docentes, discentes e profissionais de saúde envolvidos no programa de Internato em Medicina Social.

Na perspectiva dessa experiência de aprendizado em serviço, concordamos com Garcia[14] que há uma quebra da linearidade do esquema

> [...] quem - ensina - o quê - para quem – onde [...] no 'quem' e no 'para quem', entrariam não só os docentes,como também os

> funcionários, os demais profissionais, os alunos e as pessoas em cuidado. No 'o que', se ensina se incluiriam os conhecimentos técnicos-informativos, mas também e principalmente as habilidades técnicas, a interdisciplinaridade, o participar, o ser cidadão, o ser sujeito, ou seja, conteúdos técnicos, políticos e éticos.[14: 97]

Noronha Filho, Resende, Lemme, Júnior, Frossard[15], alertando para o fato de que o método de ensino predominante na formação médica privilegia apenas a memorização, defendem a tese de que, para haver evocação, é necessário que haja envolvimento tanto prático, como emocional pelos alunos, e que, para um estudante de medicina vir a desempenhar o papel de médico, ele necessita ampliar o seu treinamento técnico com atividades que possibilitem o exercício ativo de observação, reflexão, crítica e pensamento, instrumentos que o médico irá usar como ferramentas no seu trabalho. Os depoimentos dos alunos, especialmente em relação ao crescimento pessoal e profissional obtidos no estágio, atestam o potencial de ampliação do universo de aprendizado desse tipo de vivência em relação a muitas práticas predominantes na formação médica atual.

Vários autores analisaram as dificuldades comuns no processo de ensino em serviços do SUS, tais como a resistência dos docentes e alunos ao deslocamento para fora dos espaços tradicionais de práticas, o encanto com as tecnologias sofisticadas, o problema da aceitação dos estudantes pelos profissionais de saúde, pelo fato do ensino não fazer parte das suas atividades obrigatórias, entre outras.[1,15]

Nesta experiência, a receptividade das equipes e dos estudantes ao programa, de modo geral, foi um aspecto positivo, indicando que este não deve ser um fator desestimulante. Ficou, entretanto, evidenciada nas críticas e sugestões dos alunos, a necessidade de investir mais no esclarecimento de todos os envolvidos sobre os objetivos do programa e o papel dos internos, para a obtenção de melhores resultados. As resistências por parte de alguns estudantes, expressas, por exemplo, nas sugestões de redução do período do estágio e da sua realização em Salvador, podem ser explicadas, por um lado, pelo envolvimento dos alunos, nessa fase do curso, com outras atividades extra-curriculares na capital, e pela já referida falta de clareza de alguns sobre o seu efetivo papel no estágio, entendendo-o algumas vezes apenas como o de um observador. Além disso, pode-se creditar esses focos de resistência à também já comentada dificuldade dos alunos em assumir maior protagonismo no seu processo de aprendizagem, determinada pela quase inexistência no curso do exercício de aprender a tomar iniciativas e solucionar problemas, aprender de fato fazendo, e não somente realizando atividades previamente estruturadas. Em relação a este aspecto, cabe assinalar o registro diferenciado de pelo menos um dos estudantes: "Foi de extrema

relevância a liberdade que nos foi dada para nos integrarmos na unidade, assim pude construir minha agenda semanal de acordo com minhas necessidades e fui me adequando às atividades diárias de médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários." (Relatório de interno de Catu, turma 99.1).

Sendo objeto deste estudo apenas as três primeiras turmas do Internato em Medicina Social, e também considerando as especificidades de cada município-campo de treinamento, verificaram-se algumas deficiências de articulação e organização do estágio — preceptoria, alimentação e transporte dos internos, planejamento de atividades, esclarecimento das equipes —, que se acresceram aos fatores anteriores na determinação de certa resistência por parte de alguns alunos, em locais onde esses problemas ocorreram com maior intensidade. Muitas dessas dificuldades já foram contornadas nas turmas subseqüentes, que não fazem parte deste estudo.

O papel do preceptor merece um registro à parte, uma vez que nesse tipo de experiência de ensino-aprendizagem, o docente local se constitui num gestor estratégico de todo esse processo que envolve vários sujeitos — alunos, equipes do PSF, secretarias municipais de saúde e universidade —, com diferentes projetos e objetivos. É dele a responsabilidade pela condução desse processo complexo, a qual irá possibilitar ou não a realização de todo o seu potencial. Por isso, as falhas na compreensão do seu papel, ou mesmo a ausência da preceptoria, podem ser determinantes dos resultados, e isso ficou evidente ao compararmos as experiências entre municípios com diferentes práticas de supervisão e acompanhamento dos internos pelo preceptor local. É importante ressaltar também, num programa com essas características, a importância da existência de uma coordenação geral, exercida por um docente do Departamento de Medicina Preventiva, com a incumbência de articular as várias instituições e sujeitos envolvidos.

Muito ainda falta para obter uma articulação mais orgânica da escola médica ao SUS, que contribua para a transformação dos serviços de saúde e a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. É necessário o estabelecimento de mecanismos formais e eficientes de articulação com as instituições prestadoras; maior participação da universidade na formulação e implementação da política de saúde; o compromisso da escola médica com a educação continuada dos profissionais de saúde, além de outros estímulos para as equipes de saúde; a ampliação e antecipação da inserção dos alunos nos serviços de saúde e na comunidade e a manutenção desse vínculo durante todo o curso; a redefinição dos conteúdos e práticas do curso médico; a transformação do processo pedagógico para um modelo centrado no aluno e tendo o professor como facilitador da aprendizagem, entre muitos outros aspectos repetidos à exaustão pelos autores que debatem esse tema.

Este é um percurso progressivo, onde cada passo representa um acúmulo para alcançar a transformação dos modelos de assistência à saúde e de formação médica no Brasil. Experiências como a desse Internato em Medicina Social pode, nessa perspectiva, representar um passo para a ampliação do grau de adesão dos futuros médicos ao projeto do SUS, tal qual formulado pelo projeto da reforma sanitária brasileira, possibilitando a reconstrução de uma aliança solidária entre profissionais de saúde e usuários, que pressupõe humanização, acolhimento, responsabilidade, solidariedade, ética, qualidade da assistência, refletindo verdadeiramente a compreensão de saúde como função pública, da qual nos fala Rodriguez Neto.[2] Na mesma direção, Paim[17] chama a atenção para que a ampliação de campos de prática e a experimentação de espaços criativos e dialógicos de aprendizagem para a formação médica tendem a sustentar as críticas ao modelo médico hegemônico e aos modelos de SUS vigentes, contribuindo para avançar na construção do SUS democrático.

Este estudo possibilita a conclusão de que a estratégia de execução do estágio do Internato em Medicina Social da FAMEB/UFBA, envolvendo profissionais de serviços, docentes e discentes, reproduziu o ambiente necessário a um novo formato de preparação do médico, mais adequado e comprometido com as necessidades de saúde da população. Ao mesmo tempo, foi possível demonstrar a possibilidade de inserção real na rede de serviços do SUS, ao enfrentar o desafio de ensinar num sistema de atenção à saúde em construção, com todas as suas distorções e imperfeições. A continuidade e o aprofundamento das reflexões teórica e metodológica sobre esse objeto, acompanhadas da difusão das experiências, emergem como necessidade fundamental para o aperfeiçoamento do próprio processo de integração ensino-serviços efetuado nesse programa de internato e para o desenvolvimento da investigação neste campo.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem aos internos das três primeiras turmas do Internato em Medicina Social, que assumiram o desafio, enfrentando as dificuldades iniciais de implantação; às professoras Ita de Cacia A. Cunha, Mª Aparecida Rodrigues e Rosângela Silva Luz, que realizaram a supervisão local dos internos; às Prefeituras, Secretarias Municipais de Saúde e equipes de Saúde da Família dos municípios de Vitória da Conquista, Alagoinhas, Catu, Camaçari e Lauro de Freitas, que participaram do esforço de viabilizar uma verdadeira parceria; à colega Mônica Angelim pelas valiosas sugestões ao texto.

REFERÊNCIAS

1 Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública 1999;15(1):187-93.

2 Rodriguez Neto E. Reorientando o setor saúde no Brasil: desafios para a prática e a educação médicas. Divulgação em Saúde para Debate 1996;14:66-74.

3 Brasil. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina. Resolução n. 4. D.O.U. 09/11/2001, seção 1, p.38. Brasília; 2001.

4 Rede Unida. Boletim Informativo da Rede Unida, Ano XIX, n. 42, abril-julho 2004.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina - PROMED. Brasília; 2002.

6 Brasil. Ministério da Saúde. Pólo de Educação Permanente. Portaria GM/MS n. 198, de 13/2/2004. Brasília; 2004.

7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Aprender SUS. Brasília; 2004.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.2, de 03/11/2005. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde-Pró-Saúde. DOU 212, Seção I p. 111. Brasília; 2005.

9 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.

10 Departamento de Medicina Preventiva. Internato em Medicina Social. Área de Saúde Coletiva. Programa. DMP/FAMEB/UFBA, Salvador; 2002.

11 Departamento de Medicina Preventiva. Relatório do VI Seminário de Avaliação e Perspectivas 2002. DMP/FAMEB/UFBA, Salvador; 2003.

12 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

13 Minayo MC de S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, Salvador; 1994.

14 Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação 2001;8:89-99.

15 Noronha Filho G, Resende JB, Lemme AC, Júnior GN, Frossard A. Formação médica e integração de atividades docentes e assistenciais. Revista de Saúde Pública 1995;29(3):215-20.

16 Gonçalves e Silva GE. A educação médica e o sistema de saúde. Revista Brasileira de Educação Médica 2002;26(2):125-7.

17 Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. Divulgação em Saúde para Debate 1996;14:59-65.

Recebido em 05.03.2007 e aprovado em 04.05.2007.

Artigo 4. Busca pelo cuidado à saúde em uma área urbana do nordeste do Brasil.

Submetido à *Revista de Atenção Primária à Saúde-APS da UFMG. (ID 1166)*

Busca pelo cuidado à saúde em área urbana do nordeste do Brasil

Lorene Louise Silva Pinto[1], José Tavares-Neto[2]

RESUMO

O objetivo do trabalho foi pesquisar problemas de saúde, referidos por uma população maior de 15 anos, de área urbana do nordeste do Brasil, associando-os com serviços buscados para resolver o problema e discutir os achados na perspectiva da organização dos serviços de atenção primária, como orientadores do sistema de saúde e dos processos de formação médica. Estudo transversal, realizado entre setembro e dezembro de 2006. A população total do bairro era de 15.306 habitantes e 12.990 destes eram acompanhados por três equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), (84% da área) e 11.383 (88%) eram maiores de 15 anos. Foi utilizada ficha do sistema de informação da atenção básica acrescida das questões para problemas de saúde referidos. As entrevistas foram realizadas por 55 estudantes de medicina acompanhados pelos 14 agentes comunitários de saúde da área. Participaram 1.960 pessoas em 508 famílias. Destas 1.494 (76,2%) não relataram e 466 (23,8%) relataram problema de saúde de qualquer gravidade nos últimos 30 dias. Das 466 pessoas, 225 (48,3%) não procuraram nenhum serviço ou profissional de saúde; e dos 241 que buscaram ajuda, 182 (75,5%) o fizeram em serviços de atenção primária. Dos que buscaram ajuda 69,5% informou ter o problema resolvido e não houve diferença entre os locais de busca do cuidado. Os achados corroboram com as evidências já produzidas sobre os benefícios da atenção primária à saúde e a função que pode desempenhar para um sistema de saúde. Reiteram a necessidade de mudanças na formação médica, ainda pouco adequada para os espaços de cuidado que provavelmente vão atender a maior proporção de problemas.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, educação médica, serviços de saúde.

[1] Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal da Bahia. Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, Vale do Canela, CEP 40420-060, Salvador, BA, Brasil. Fone/Fax: (55)(71) 3283 8865/3245-0994. E-mail: lorene@ufba.br

[2] Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal da Bahia. Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, Vale do Canela, CEP 40420-060, Salvador, BA, Brasil. Fone/Fax: (55)(71) 3283 8865 E-mail: tavaneto@ufba.br

Search for healthcare in urban areas of Northeastern Brazil

ABSTRACT

This study had as an objective to research health problems, referred to a population older than 15 years of age, from urban areas of Northeastern Brazil, associating them with services looked for to solve them, and to discuss the findings in the perspective of the organisation of primary care services, as guidelines for the healthcare system and for medical education processes. It was a cross-sectional study, performed between September and December 2006. The borough's total population was 15.306 residents, from which 12.990 were assisted by three teams from Family Health Program - PSF, (84% of the area) and 11.383 (88%) were older than 15 years of age. A primary care information system form with added questions related to the referred health problems was used. The interviews were performed by 55 medical students by 14 healthcare community agents from the area. One thousand nine hundred sixty people in 508 families took part. From these, 1.494 (76,2%) did not report and 466 (23,8%) reported health problems of any severity in the last 30 days. From the 466 people, 225 (48,3%) did not look for any healthcare service or practitioner; and from the 241 who had looked for help, 182 (75,5%) did it in primary care services. From those who had looked for help, 69,5% informed that they had their problem resolved and that there were no difference among the places where they had searched for help. The findings corroborate with the evidences already obtained about the benefits of primary health care, and the role that it can play in a healthcare system. They reassert the need for changes on medical education, which is still little suitable to the healthcare places that probably will attend the greatest proportion of problems.

Keywords: Primary health care, medical education, healthcare services.

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, os cursos de graduação em Medicina têm seus conteúdos centrados na doença e como campos de práticas os hospitais universitários e as unidades de média ou de alta complexidade. Desde o estudo publicado em 1961, por White et al. [1], muitos debates e estudos sobre formação médica, organização dos serviços de saúde e alguns desenhos de pesquisa foram impulsionados, principalmente com o foco nos modelos de formação médica frente às necessidades de saúde das populações. O referido estudo mostrou que, numa população sadia, na Inglaterra, de 1.000 adultos com mais de 15 anos de idade, dois terços (75%) referiam, nos últimos 30 dias, alguma queixa ou problema de saúde; porém, entre esses, só 30% procuraram serviços médicos e, nesse mesmo grupo, cinco pessoas foram referenciadas para médicos especialistas e nove hospitalizadas, mas só uma delas em hospital universitário [1]. Mais recentemente, Green et al. [2] e Leung et al. [3], respectivamente nos Estados Unidos e Hong Kong, reproduziram a metodologia do estudo de White et al. [1] e observaram resultados semelhantes aos já descritos.

No entanto, o clássico artigo de White et al. [1], com o conhecido Diagrama de White-Williams-Greenberg, foi recebido com vociferantes críticas pelos docentes de muitas Escolas Médicas dos Estados Unidos da América do Norte, especialmente daqueles com formação e atuação em subespecialidades [4]. Essas críticas também evidenciavam o impacto causado pelo incômodo, no meio acadêmico, da demonstração de que a educação médica centrada no modelo flexneriano ruía com o estudo de White et al. [1], porque, nesse modelo, o ensino médico científico é centrado na especialização e realizado em unidades hospitalares. O estudo de White et al. [1] questionava ainda a praticidade, a propriedade e as vantagens à população pela manutenção do ensino na área da saúde com o modelo "hospitalocêntrico", proposto com base no Relatório de Abraham Flexner e fundamentado nos currículos médicos do início do século XX de cursos médicos dos Estados Unidos e Canadá [5].

No Brasil, a reforma flexneriana exerceu marcante influência sobre o ensino na área da saúde, especialmente do médico, e ainda prevalece nos dias atuais em muitas unidades de ensino. Só no final dos anos 70 do século XX foram crescentes as críticas sobre esse modelo, pelo reconhecimento dos seus negativos reflexos e, em certa medida, pela influência na inversão das prioridades nos serviços de atenção à saúde [6].

Contudo, no Brasil, é provavelmente mais frequente o descrito por outros autores [1,2,3] sobre o número de pessoas com relato de algum padecimento nos últimos 30 dias, por conta das influências sociais e ambientais que favorecem muitos agravos à saúde nos países em desenvolvimento. Isso tem relação direta com o número de pacientes referenciados de unidades da atenção básica à saúde para serviços de maior complexidade; na cidade de Porto Alegre (RS), por exemplo, foi observado que só 9% dos pacientes eram referenciados para unidades de cuidados secundários e terciários [7]; taxas de referência, situadas entre 5% a 20%, são também citadas por vários serviços de atenção primária à saúde, e essa variação é muito dependente das características de cada população e do grau de treinamento da equipe da atenção básica [8, 9].

Não obstante, em muitos países da América Latina, inclusive no Brasil, houve algum atraso no reconhecimento do grau de resolutividade da atenção básica ou primária à saúde [10], ou dos efeitos benéficos do autocuidado e da Medicina popular ou nativa. No Brasil, a despeito de algumas experiências anteriores voltadas à formação de profissionais médicos em atenção integral à saúde em serviços de atenção básica [11], só em 1994 foi instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), também como estratégia dirigida à organização da atenção primária à saúde, denominada de atenção básica [12,13]; contudo, o incentivo político-financeiro à implantação do PSF pelos municípios brasileiros, de parte do governo federal e de alguns governos estaduais, trouxe crescentes demonstrações da carência de profissionais preparados para compor as equipes do Programa e a necessidade de reformulação dos currículos acadêmicos para atender à necessária formação voltada ao

atendimento de problemas prioritários e aos cuidados primários à saúde. Assim, essa política governamental tem influenciado muitas unidades de ensino da área de saúde, tanto na aproximação com os serviços de saúde como nos processos de mudança dos seus currículos, e com a expectativa de formar profissionais mais adequados às necessidades de saúde da população [14].

Na cidade do Salvador (Estado da Bahia), o processo de transformação curricular, após a publicação das diretrizes nacionais para os cursos de medicina [15,16] da escola médica mais antiga do Brasil, teve início em 2002, com a implantação do Internato em Medicina Preventiva e Social como área obrigatória para todos os alunos do quinto ano. Esta mudança reaproximou a escola das unidades básicas de saúde e, em um dos seus campos de prática em atenção básica à saúde, no bairro do Garcia, os relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica [17] mostravam que 84% da população estava vinculada ao PSF.

O objetivo deste estudo foi pesquisar nessa população as morbidades referidas e mais prevalentes entre os seus moradores de todas as idades, diferente do estudo de White et al.(1), que envolveu pessoas maiores de 15 anos, associando-as com o tipo de demanda por agentes e serviços de saúde, e discutir os resultados na perspectiva dos movimentos pelas mudanças na formação médica e nos benefícios da atenção primária à saúde para orientação dos sistemas de saúde e para a saúde das pessoas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Características do estudo: de corte transversal de base populacional, com a investigação da morbidade referida, nos últimos 30 dias, por moradores maiores de 15 anos de idade de bairro popular da cidade do Salvador (BA), e também onde essas pessoas buscavam cuidados de saúde para revolver o problema referido ou das suas principais queixas relacionadas à saúde. O levantamento dos dados populacionais foi realizado entre 21 de setembro a 15 de dezembro de 2006.

Área do estudo: o bairro do Garcia, também conhecido como Fazenda Garcia, fica localizado na área central da cidade do Salvador e faz parte do Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho, um dos 12 distritos do município de Salvador. Nele há um dos campos de práticas do Internato em Medicina Social da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Desde o censo de 2000, a população total do bairro Garcia, estimada para 2006, era de 15.306 habitantes, sendo 11.987 (78,3%) maiores de 15 anos (18).

População da área estudada: pelo sistema de informação e cadastro das equipes do programa de atenção básica (SIAB) na localidade, em julho de 2006, o programa cobria 2.887 famílias no bairro do Garcia (84%), com o total de 12.990 pessoas e entre essas 88% (n=11.383) eram maiores de 15 anos. Na época do estudo, essas 2.887 famílias estavam sob os cuidados de três equipes de saúde da família (ESF), que já trabalhavam juntas e sem mudanças de profissionais desde a inauguração da unidade em 2004, cada uma com os seguintes quantitativos: ESF-1, com 1.037 famílias (4.666 pessoas, sendo 4.255 maiores de 15 anos); ESF-2, com 1.021 famílias (4.594 pessoas e entre essas 4.085 maiores de 15 anos); e ESF-3, com registro de 829 famílias (3.730 pessoas, sendo 3.043 maiores de 15 anos). Cada ESF do bairro Garcia era composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de consultório dentário, técnico de Enfermagem (n=2) e agente comunitário de saúde (n=6).

Previamente, ficou estabelecida a inclusão no estudo de pelo menos um quinto dos domicílios do bairro Garcia e, para isso, em cada quadra, foram incluídos sucessivamente o primeiro, quinto, décimo domicílios, e assim por diante. Em cada domicílio incluído, se houvesse a concordância da chefia ou, em sua ausência, de pessoa maior de 21 anos de idade, eram registrados: nome de cada morador do domicílio, chefe e membros de cada família do domicílio, idade (extraída de data de nascimento anotada em algum documento de registro civil

ou militar), sexo, relação de parentesco com o(a) chefe, ocupação atual e características do domicílio.

A residência fixa no bairro Garcia e se a pessoa estava presente no momento da visita, além da concordância em participar do estudo, foram os critérios de inclusão. Os critérios de exclusão foram: pessoas, famílias ou domicílios não vinculados às equipes do PSF da unidade de saúde do bairro Garcia ou a recusa em participar do estudo.

Em cada família selecionada, seus membros com 15 anos ou mais anos de idade recebiam, na véspera do levantamento, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Se houvesse dificuldade de leitura ou de compreensão por um dos membros, o TCLE era lido em voz alta e, se restassem dúvidas, eram respondidas as perguntas. Em caso de concordância, os membros das famílias assinavam duas cópias do TCLE, e uma dessas cópias era entregue ao participante. O projeto de pesquisa foi aprovado (Parecer n° 24/2006) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual da Saúde (SESAB), credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

Instrumento utilizado: questionário adaptado da ficha A do sistema de informação da atenção básica (SIAB), com os seguintes campos adicionais: queixa(s), problema(s) de saúde ou doença(s) referida(s) nos últimos 30 dias, de qualquer grau ou gravidade, para cada membro da família pesquisada; descrição de quem buscou ajuda para resolver a(s) queixa(s), problema(s) de saúde ou doença(s); em que tipo de serviço de saúde buscou ajuda; se no momento da entrevista considerava resolvido(s) o(s) problema(s) de saúde, a(s) queixa ou a(s) doença(s) referida(s); e quais os membros da família tinham seguro-saúde privado ou pela empresa em que trabalhava. Também foi perguntado a(ao) Chefe da Família, ou membro maior de 21 anos de idade, os casos e as causas de óbito nos últimos 12 meses.

Sobre as queixas, problema de saúde ou doença nos últimos 30 dias anteriores ao da visita domiciliar, inclusive no dia dessa visita, foi perguntado a cada um dos moradores (ou

responsáveis legais) de cada família, incluídos no estudo, suas queixas em relação à saúde. Na seção resultados, esses relatos serão apresentados como problema de saúde. Para a redução do viés de memória, também foram verificadas as anotações e registros do Agente Comunitário de Saúde da subárea de residência da pessoa e família pesquisada.

Estudo-piloto e organização do estudo: inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado aos membros das três ESF do bairro do Garcia (Salvador, Bahia), bem como aos 55 estudantes de Medicina da FMB-UFBA, integrantes do programa voluntário de iniciação científica (PVIC). O estudo-piloto constou da aplicação da ficha de entrevista (questionário) e do TCLE, mas foi antecedido pelo treinamento dos participantes (16 ACS e 55 estudantes) por um dos autores (LLSP). Nessas ocasiões, também foi realizada a distribuição dos alunos de Medicina pelos ACS de cada subárea do bairro do Garcia. Os ACS de cada ESF, juntamente com 3 a 4 estudantes de Medicina por ACS, participaram do estudo-piloto, tendo como população de referência os moradores do bairro presentes, em diferentes momentos, na sala de espera da unidade de atenção básica do bairro Garcia.

Após a conclusão do estudo-piloto, o questionário (instrumento da pesquisa) e o TCLE foram revistos, item a item, em reunião conjunta, e inseridos os necessários ajustes ou adendos. Considerando o grande número de pessoas envolvidas no trabalho de campo, foi construído modelo de agenda para os estudantes e os ACS, constando do roteiro a ser executado, ficha de controle das visitas domiciliares e a organização das subáreas de trabalho por área de atuação dos ACS. Além da supervisão do coordenador da pesquisa (LLSP), cada ACS tinha um estudante de Medicina como referência, responsável pela organização das fichas preenchidas, verificação dos dados preenchidos, acompanhamento das atividades ou de cada etapa da investigação.

A análise dos resultados foi realizada pelo *software* SPSS versão 11, e os testes estatísticos aplicados conforme as características das variáveis estudadas: se qualitativas, foram utilizados

testes não-paramétricos (qui-quadrado ou teste exato de Fisher); se quantitativas, o teste t de Student. Nesses testes, os resultados foram considerados estatisticamente significantes quando a probabilidade (p) do erro tipo I (α) foi inferior a 5% (p<0,05).

RESULTADOS

Características da população estudada

Das 16 subáreas do bairro do Garcia, adstritas do PSF, duas foram excluídas porque, durante grande parte do período do estudo, seus dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estavam afastados de suas funções. Nas 14 subáreas estudadas, foram visitados 511 domicílios, com 512 famílias, e nesses foi entrevistado pelo menos um (1) membro de cada família. Os 14 ACS tinham de 100 a 152 famílias sob sua responsabilidade.

Nessas 14 subáreas, residiam 1.985 pessoas e entre essas 1.960 (98,7%) foram incluídas neste estudo. Houve a exclusão das 25 (1,3%) pessoas, distribuídas em sete residências (de 6 as 14 subáreas do espaço urbano estudado), e isso ocorreu após a conclusão do levantamento e deveu-se aos múltiplos problemas de registro de dados.

A população incluída morava em 505 residências, com 508 famílias nucleares ou extensas; ou seja, em três residências habitavam, em cada uma, duas famílias nucleares, mas essas tinham espaços residenciais com características próprias e parte delas isoladas umas da outras; em vista disso, na análise, foram considerados 508 domicílios e não 505. Nessas 508 famílias, foram incluídos de 1 a 14 membros, com média de 3,8 e mediana de 4.

Mais da metade (59,1%) dos chefes de família (300/508) eram do sexo feminino, e essas tinham a média da idade significativamente maior (t=3,53; p<0,0001), 55,9 (± 17,9) vs. 50,8 (± 15,0) anos.

A população estudada (n=1.960) era constituída por 1.119 (57,1%) pessoas do sexo feminino e 841 (42,9%) do masculino. A média da idade foi de 36,4 (± 21) anos, com limites de 0 a 98

anos, mediana de 33 e moda de 27; e as médias das idades das pessoas do sexo feminino (38,7 ± 21,4) e do masculino (33,2 ± 20,1) foram estatisticamente diferentes (p<0,0001).

Quase um quarto (23,1%) das crianças (≥ 5 anos de idade) e dos adolescentes (até 16 anos) não frequentavam a escola. Entre aqueles com 9 anos ou mais de idade a taxa de analfabetismo foi 4,8% (86/1.805). Na população estudada, a taxa de desemprego entre aqueles com mais de 17 anos e menos de 66 anos de idade foi de 12,7% (173/1.363). Só um terço (33,5%; n=170) dos domicílios tinha boas condições de moradia.

Nos últimos 12 meses do ano deste estudo, na área estudada, não houve mortes de menores de 1 ano de idade. O coeficiente de mortalidade em menores de 6 anos de idade (1/91) foi de 1.098,90/100.000 habitantes, enquanto o coeficiente de mortalidade materna em mulheres de 18 a 35 anos (1/384) foi de 260,41/100.000 habitantes. O coeficiente de mortalidade por causa violenta (homicídio, 3 casos) no período (3/1.960) foi 153,06/100.000 habitantes; e a taxa de mortalidade entre os homens da faixa etária de 24 a 31 anos (n=145) de 2,1% ou 20,7/1.000 habitantes.

Morbidade na população estudada

Entre os 1.960 moradores, em 1.494 (76,2%) não houve relato de qualquer tipo de problema de saúde nos últimos 30 dias. Portanto, aqueles com algum problema de saúde, de qualquer gravidade, foram 466 (23,8%) pessoas.

A natureza desses problemas de saúde referidos em relação à topografia ou outro tipo de distribuição está descrita na Tabela 1. Em mais de dois terços (79,3%), entre essas 466 pessoas, foram: cefaléia, osteomioarticular, gastroenterológico, respiratório, diagnóstico de “virose” e cardíaco.

O relato de algum problema de saúde foi 2,27 vezes mais frequente nas pessoas do sexo feminino (31,3% - 350/1.119) do que entre os indivíduos do sexo masculino (13,8% -

116/841), e essa diferença foi altamente significante (χ^2=80,99; p<0,0000001). Também as pessoas com problema de saúde nos últimos 30 dias tinham maior média de idade de 45,3 (± 20,4) anos *versus* 33,6 (± 20,4), do que aqueles sem problema no mesmo período — e essa diferença foi também estatisticamente significante (t=10,81; p<0,0001). Em vista desses resultados, na Tabela 2 o relato ou não de problema de saúde foi distribuído por sexo e analisado dentro de cada faixa etária, exceto naqueles com 4 anos ou menos de idade, porque nenhum responsável relatou problema de saúde nos últimos 30 dias. A partir dos 21 anos de idade, inclusive, as mulheres têm significativamente mais queixas, mas essa tendência é menor após o início da sexta década de vida.

Os problemas de saúde mais frequentes (cefaléia, osteomioarticular, gastroenterológico, respiratório, "virose" e cardíaco), relacionados na Tabela 2, foram distribuídos na Tabela 3 em relação ao sexo das pessoas estudadas com mais de 4 anos de idade (n=1.891). Enquanto a cefaleia é a queixa mais frequente entre as pessoas do sexo feminino, as relacionadas ao aparelho digestório são no sexo masculino. Essas e outras diferenças foram estatisticamente significantes (χ^2=12,28; g.l.=5; p<0,04), mas 85% do qui-quadrado total (=12,28) deve-se às diferenças entre os sexos pelas frequências observadas de cefaléia *versus* sistema digestório. Ao comparar o conjunto dos 6 problemas de saúde mais frequentes *versus* outras queixas e sem queixas, as diferenças entre os sexos se manteve significante (χ^2=78,59; g.l.=2; p<0,0000001), e 60% do qui-quadrado total foram decorrentes dos resultados observados na categoria "os 6 problemas de saúde mais frequentes**"**

Na população estudada (n=1.960), quase um terço (31,5%) referia (ou o ACS da subárea tinha registro sobre essa informação) prévios diagnósticos de doença crônica, que estava em investigação clínica ou em estado gestacional. No grupo sem problema de saúde nos últimos 30 dias (n=1.494), a doença pré-existente, em investigação e/ou gravidez, teve frequência de 25%, enquanto naqueles com problema de saúde (n=466) foi de 52,6% (Tabela 4). Essa diferença foi

estatisticamente muito significante (χ^2=125,41; p<10^{-9}) e mais da metade (52,2%) deste qui-quadrado total foi decorrente da elevada concordância de relato de problema de saúde naqueles com prévio diagnóstico de doença crônica, em investigação ou gravidez.

Aqueles com algum problema de saúde nos últimos 30 dias (n=466) buscaram ajuda, mais frequentemente, com médico (47,2%; n=220) ou adotou a automedicação (39,1%; n=182). Os outros mecanismos de buscar ajuda, em ordem decrescente, foram: não buscaram e nem usaram medicação por conta própria (6,9%; n=32); agente comunitário de saúde (3,4%; n=16); vizinho ou parente (2,4%; n=11); enfermeiro (0,9%; n=4); e farmacêutico (0,2%; n=1). Nenhum referiu explicitamente haver buscado ajuda de rezadeira, benzedeira ou "balconista de farmácia".

Com estes resultados, foram criados dois grupos de mecanismos de ajuda da população no enfretamento de algum problema de saúde nos últimos 30 dias: (I) Profissionais da área da saúde (n=241; 51,7%): médico + agente comunitário de saúde + enfermeiro + farmacêutico; (II) Automedicação ou outros (n=225; 48,3%): automedicação + não buscaram e nem usaram medicação por conta própria + vizinho ou parente. Na Tabela 5, é mostrada a distribuição desses dois grupos de ajuda *versus* qual a prévia condição de morbidade e/ou gestação e se o problema de saúde dos últimos 30 dias foi ou não resolvido (PSR). O grupo com antecedentes ou diagnósticos da categoria "Outras condições mórbidas e/ou gestação + [HAS + outras condições mórbidas]", foi o que menos (38,1%) buscou ajuda pela automedicação ou outros mecanismos, seguido (42%) daqueles com antecedentes mórbidos de outra natureza (Diabetes mellitus (DM) + Hipertensão arterial sistêmica (HAS) + (DM + HAS) + (DM + outras condições mórbidas). As frequências desses dois grupos, entretanto, foram estatisticamente semelhantes (χ^2=0,39; g.l.=1; p>0,52). Todavia mais da metade (57,5%) das pessoas sem crônicos antecedentes mórbidos utilizaram-se da automedicação ou de outros mecanismos não vinculados aos serviços de saúde. Essas diferenças entre os três grupos estudados foram

estatisticamente significantes (χ^2=14,57; g.l.=2; p<0,001). Na Tabela 5, dentro de cada categoria da prévia morbidade, estas variáveis são comparadas se o problema de saúde dos últimos 30 dias foi resolvido ou não pela ajuda buscada por essas 466 pessoas; entre essas, a maior parte (69,5%; n=324) referiu que teve o problema de saúde resolvido (PSR), mas a frequência foi semelhante (χ^2=0,84; g.l.=1; p>0,77) entre aqueles que buscaram profissionais de saúde (70,1%; n=169/241) ou utilizaram-se de automedicação ou outros mecanismos populares (68,8%; n=155/225). Na mesma Tabela 5, o relato ou não daquela "resolutividade" foi comparado dentro de cada grupo de morbidade prévia *versus* a categoria buscada para ajuda do problema de saúde. Em todos os três grupos, não houve diferença com significado estatístico com probabilidade (p) inferior a 5% (Tabela 5). Ou seja, como na análise conjunta anteriormente mostrada, em cada grupo de morbidade não houve diferença entre as taxas de resolutividade obtida pela busca de profissionais da área da saúde *versus* automedicação ou outros, ou outras estratégias populares.

Entre aqueles com algum problema de saúde nos últimos 30 dias (n=466), as pessoas (n=241) que procuraram algum profissional da área da saúde, nos últimos 30 dias da data deste estudo, buscaram nos seguintes locais: unidades básicas de saúde, n=86 (35,7%); centros de saúde, n= 53 (22%); consultórios ou clínicas particulares ou conveniadas com o Sistema Único de Saúde, n=43 (17,8%); serviços de emergência de policlínicas ou de hospitais secundários, n=38 (15,8%); e hospitais terciários ou universitários, n=21 (8,7%). No Gráfico 1, essa distribuição dos serviços de saúde foi relacionada aos quantitativos: do total da população estudada; do número de pessoas com algum problema de saúde nos últimos 30 dias; e entre essas últimas aquelas que buscaram algum serviço e quais esses serviços segundo o grau de complexidade. Em relação à população geral estudada (n=1.960), só 1,1% (21/1.960) buscou ajuda em hospital terciário (n=20) ou universitário (n=1), 1,9% (38/1.960) em serviço de complexidade secundária ou intermediária e 9,3% (182/1.960) em serviços de atenção primária à saúde. Ou

seja, entre aquelas pessoas com algum problema de saúde nos últimos 30 dias (466) aproximadamente a metade (48,3%; n=225) não procurou nenhum serviço ou profissional de saúde e dois terços (75,5%; 182/241), da outra metade (n=241), buscaram ajuda em serviços do nível primário de atenção à saúde (unidades básicas de saúde, centros de saúde e clínicas ou consultórios).

Como mostra a Tabela 6, não houve diferença estatística (χ^2=2,41; g.l.=4; p>0,65) das frequências daqueles casos (n=241) com problema de saúde nos últimos 30 dias e que buscaram ajuda profissional em algum serviço de saúde, conforme a presença ou não de algum prévio diagnóstico de morbidade e/ou estado gestacional e o grau de complexidade da unidade de saúde. Também não houve diferença com significado estatístico (χ^2=1,16; g.l.=1; p>0,28) entre aqueles atendidos em unidades de atenção terciária à saúde (primária + secundária) *versus* (a inexistência de prévios diagnósticos + (Diabetes mellitus (DM) + Hipertensão arterial sistêmica (HAS) + (DM + HAS) + (DM + outras condições mórbidas).

As pessoas com "prévia doença crônica ou em investigação, e/ou gestação" apresentaram distribuição estatisticamente diferente (p<0,0001), Tabela 7, em relação ao número de membros da família com seguro-saúde, porque houve a tendência do aumento da frequência dessa prévia morbidade entre as pessoas de famílias com maior contingente de membros nas famílias com planos de saúde (seguro-saúde); essa diferença, porém, não ocorreu (p>0,17) em relação ao relato de problema de saúde nos últimos 30 dias (Tabela 7); todavia aqueles com 91% a 100% dos membros da família com seguro ou plano de saúde, comparados aos demais, tiveram excesso significativo (χ^2=4,42; g.l.=1; p<0,05) de pessoas com problemas de saúde nos últimos 30 dias.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados, mesmo com as diferentes características sociais, culturais, econômicas e políticas entre os distintos territórios em que os vários estudos tomados como referências foram realizados [1,2,3], permitiram-nos observar confluência nos resultados. Na área estudada, os achados de indivíduos que referiram algum problema de saúde nos últimos 30 dias e buscaram ajuda e cuidados em unidades básicas de saúde (75,5%), ocorreu em um espaço urbano com uma boa cobertura populacional do PSF (89%) e equipes que já atuavam juntas e na mesma localidade desde 2004. A busca do cuidado com médico ocorreu em 47,2% e a automedicação foi um recurso utilizado por 39,1% das pessoas que tiveram problema. Mesmo que não tenha havido grandes diferenças nas taxas de resolutividade dos problemas pelos diferentes espaços e ou cuidados buscados, inclusive para aqueles 4,5% que foram aos serviços especializados ou hospital de referência, o achado indica o quanto estes aspectos devem ser considerados nas definições para ofertas de ações e serviços. Se agregarmos os aspectos referentes à oferta adequada das ações preconizadas pelo PSF, formação adequada dos profissionais ao perfil epidemiológico e para os cuidados primários à saúde, poderíamos provavelmente potencializar a busca pelo cuidado e a resolutividade dos problemas referidos pela população neste e em outros locais. Considerando que as equipes atuantes nesta unidade não tiveram formação específica em Medicina de Família e Comunidade e apenas cursos de atualização para alguns processos de trabalho, o vínculo construído e a relação de confiança com as famílias, a presença frequente de estudantes dos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem nas visitas domiciliares, as características da unidade como espaço físico, limpeza, iluminação, sala de espera adequada, recepção humanizada e agendamento por telefone, podem ser fatores favorecedores para um melhor acolhimento de demandas.

Os estudos de Green et al. [2], Leung et al. [3], De Friese [4], bem como publicações posteriores de White [19, 20] e Fryer et al. [21] apresentaram e discutiram limites e possibilidades de estudos desta natureza, relacionados aos métodos, análises e interpretações dos resultados. Entretanto,

ao longo dos 48 anos que nos separam do primeiro estudo de White, realizado em 1961, mesmo com as diversas adequações, incorporação de recursos metodológicos, novas variáveis, aplicações em diferentes países com distintas organizações de serviços de saúde e revisitados pelos próprios autores do inicial, os achados são muito semelhantes em todos, incluindo este, ora apresentado.

O uso de inquéritos populacionais em vários países do mundo há muitas décadas, incluindo o Brasil, é discutido por Viacava [22], que enfatiza a necessidade de coletar dados sobre saúde e uso de serviços de saúde através deste tipo de inquérito. O mesmo autor ressalta que, a despeito de o estado de saúde ser elemento fundamental para a busca de serviços, existe uma relação entre o estado de saúde e a percepção deste estado que é influenciada pela oferta de serviços e pelas práticas de atenção à saúde. Estes aspectos poderiam explicar em parte alguns achados deste estudo como, por exemplo, a não busca por serviços em quase metade (48,3%) dos que referiram problema ou aqueles em que a maior parte da família tem seguro-saúde terem referido com maior frequência algum problema no período.

Starfield [23, 24, 25] apresenta-nos, com base em estudos comparativos entre sistemas de saúde de distintos países, as evidências dos benefícios de uma atenção primária forte, bem estruturada, orientadora da atenção e cuidados à saúde, para os sistemas de serviços e para a saúde das pessoas. Destaca ainda que estas são abundantes e bem documentadas por vários autores no mundo. A organização da atenção primária e a função que desempenha para o sistema de saúde, a presença de profissionais qualificados para estes cuidados, a importância da gestão e condução política do sistema de saúde são aspectos fundamentais para a garantia de bons resultados [23, 24, 25].

Estas questões não podem ser excluídas das agendas sobre as formas de organização e oferta dos cuidados em saúde pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, assim como tem sido nos países em que estudos semelhantes foram realizados, a exemplo da Inglaterra, EUA, China e

das agendas sobre os movimentos pelas mudanças na formação das profissões de saúde, em especial a formação médica [26, 27]

No Brasil, país que vive desde os anos 80 um processo de construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios norteadores passam pela universalidade, participação social, equidade, integralidade, autonomia em cada esfera de gestão com ações compartilhadas entre estas e a responsabilidade com os processos formativos, torna-se cada vez mais necessário aperfeiçoar estudos sobre a utilização de serviços, grau de satisfação, resolutividade, motivos da procura, pois são importantes para o planejamento e organização da oferta [24, 28].

A produção de evidências sobre formas de organização dos cuidados primários à saúde, considerado espaço privilegiado de cuidados pelo SUS, o seu potencial para a resolução dos problemas, os vínculos que este formato pode produzir entre os serviços e a população e suas contribuições para a formação dos profissionais necessita do compromisso daqueles que acreditam e defendem o SUS e uma atenção primária à saúde (APS) com princípios renovados, porém que ainda precisam ser garantidos [29].

A tendência de redução de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial em Santa Catarina, sul do Brasil, foi demonstrada em estudo ecológico, associando-a com a qualidade da atenção oferecida pelo programa de Saúde da Família [30].

Em estudo recente com o objetivo de elaborar uma lista nacional de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde para avaliar sistemas de saúde, Alfradique et al. [31], mesmo reconhecendo os limites do estudo, encontrou, no período de 2000 a 2006, que as taxas de internação no SUS por este grupo de causas foi de 15,8%, enquanto a redução por outras causas foi de 10,1%. Em 2006, as internações pelas mesmas condições corresponderam a 28,5% das internações no SUS, exclusive os partos.

Considerando o objetivo do estudo e a proximidade com o modelo do estudo de White [1], a partir da pesquisa sobre morbidade referida e a busca de cuidados, foi possível confrontar com o diagrama de White-Williams-Greenberg, com resultados muito próximos e também trazer

questões relacionadas à organização das ações e serviços de saúde e à formação profissional. As questões, principalmente sobre os modelos de formação médica que desprezam a formação em atenção primária à saúde, privilegiam o ambiente hospitalar e as especialidades médicas no período de graduação, encontram reforço em estudos dessa natureza [26].

Os achados e discussões dos vários estudos que apresentam a atenção primária à saúde como espaço privilegiado de busca do cuidado aproximam também este estudo das provocações relacionadas aos modelos de formação, em que se evidencia a formação médica pouco adequada para os espaços de cuidados também pouco adequados, onde, provavelmente, vão chegar a maior proporção de problemas referidos, percebidos ou constatados pelos indicadores epidemiológicos [1,2,3,7,14,16,23,24].

REFERÊNCIAS

1. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961; 265:885-92.

2. Green LA, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM, Novo W. The ecology of medical care revisited. New England Journal of the Medicine 2001; 344:2021-25.

3. Leung GM, Wong IO, Chan WS, Choi S, Lo SV. The ecology of health care in Hong Kong. Soc Sci Med. 2005; 61(3):577-90.

4. De Friese GH. The visualization of primary care. The White-Williams-Greenberg Diagram. NCMJ 2002; 63(4):86-8.

5. Flexner A. University – american, english, german. Oxford University Press: New York; 1930 (texto original publicado em 1910 pela Carnagie Foundation for the Advanment of Teaching).

6. Kemp A, Edler FC. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. História, Ciências e Saúde 2004; 11:569-85.

7. Grupo Conceição. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Núcleo de Epidemiologia. Estudo de demanda ambulatorial. Porto Alegre; 2002. [impresso].

8. Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, Craveiro VA. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. Pan American Journal Public Health 2000; 7:293-302.

9. Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB, ed. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: ARTMED; 2004:76-87.

10. Ceitlin J. El medico general/familiar em America Latina. In: Brasil. Ministério da Educação. Residência Médica 1982; 4:91-110,

11. Tavares-Neto J. A medicina de família nos países Ibero-americanos. In: Brasil. Ministério da Educação. Residência Médica 1983; 5:45-81.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF; 2006.

13. Brasil. Ministerio da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e saúde da família: diretriz conceitual. Available: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php. Accessed 24 jan. 2007.

14. Pinto LLS, Formigli VLA, Rego RCF. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em medicina social. Rev.Baiana de Saúde Pública 2007; 31(1):115-33.

15. Brasil. Câmara de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação. Resolução n° 4. Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Seção I, de 9 de novembro de 2001.

16. Fameb - Faculdade de Medicina da Bahia. Projeto de Transformação Curricular para o Curso de Graduação em Medicina. III versão (Proposta do PAED). Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia: Salvador; 2006. 392p. [impresso]. Também disponível na página da FAMEB www.medicina.ufba.br.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (SIAB). Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília; 1998. 96 p.

18. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2000. Available: http://www.ibge.gov.br/censo/divulgacao.shtm. Accessed set. 2006, fev. 2008 e fev. 2009.

19. White K. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. HSR Health Serv Res. 1997; 32:11-21.

20. White K. Two cheers for ecology. Ann Fam Med. 2003; 1(2):67-9.

21. Fryer, GE, Green LA, Dovey SM, Yawn BP, Phillips RL, Lanier D. Variations in the ecology of medical care. Ann Fam Med. 2003; 1:81-9.

22. Viacava F. Informações em Saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciência & Saúde Coletiva 2002; 7(4):607-21.

23. Starfield B. Is primary care essencial? Lancet 1994; 344(8930):1129-33.

24. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

25. Starfield B; Shi L; Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Memorial Fund Quartely, 2005; 83(3): 457-502.

26. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Relatório da Fase III. 1999-2000. Universidade Federal de Pelotas: Pelotas (RS); 2000. [impresso]. 300 p.

27. Tavares-Neto J, Editor. Contribuição das especialidades médicas à atenção primária à saúde. Salvador: Contexto; 2006.

28. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 8.080. Brasília; 19 set. 1990.

29. Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. OPAS OMS; 2007.

30. Elias E, Magajewski F. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no período 1999 a 2004. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(4):633-47.

31. Alfradique ME et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. Cad. Saúde Pública 2009; 25(6):1337-49.

TABELA 1. Problemas referidos pela população nos últimos 30 dias. Garcia, Salvador, Bahia, 2006

PROBLEMA DE SAÚDE	n (%)
Sem queixas	1.494 (76,2)
Cefaleia	85 (18,2)
Osteomioarticular	77 (16,5)
Gastroenterológico	55 (11,8)
Respiratório	55 (11,8)
"Virose"	55 (11,8)
Cardíaco	43 (9,2)
Neurológico	26 (5,6)
Dermatológico	13 (2,8)
Gineco-obstétrica	12 (2,6)
Acidentes ou traumas	8 (1,7)
Ocular	7 (1,5)
Odontológico	7 (1,5)
Urinário	6 (1,3)
Febre não-esclarecida ou não-investigada	4 (0,9)
Exames de acompanhamento (doença prévia)t	4 (0,9)
Auditivos	4 (0,9)
Cirúrgico ou pós-cirúrgico	3 (0,6)
Endócrino	2 (0,4)
TOTAL	466 (100)

TABELA 2. Distribuição de presença ou não de problema de saúde nos últimos 30 dias, segundo faixa etária e sexo. Garcia, Salvador, Bahia, 2006

FAIXA ETÁRIA (anos)	PROBLEMA DE SAÚDE	SEXO – n (%)		Estatística
		feminino	masculino	
5 ⊢ 8	NÃO	36 (100)	48 (96)	>0,50[a]
	SIM	0	2 (4)	
9 ⊢ 12	NÃO	39 (86,7)	45 (90)	>0,61[b]
	SIM	6 (13,3)	5 (10)	
13 ⊢ 16	NÃO	43 (100)	44 (100)	-
	SIM	0	0	
17 ⊢ 20	NÃO	59 (75,6)	51 (78,5)	>0,69[b]
	SIM	19 (24,4)	14 (21,5)	
21 ⊢ 24	NÃO	68 (69,4)	58 (87,9)	<0,007[b]
	SIM	30 (30,6)	8 (12,1)	
25 ⊢ 28	NÃO	62 (68,9)	77 (88,5)	<0,001[b]
	SIM	28 (31,1)	10 (11,5)	
29 ⊢ 32	NÃO	52 (67,5)	55 (93,2)	<0,0001[b]
	SIM	25 (32,5)	4 (6,8)	
33 ⊢ 36	NÃO	57 (73,1)	45 (81,8)	>0,24[b]
	SIM	21 (26,9)	10 (18,2)	
37 ⊢ 40	NÃO	37 (64,9)	45 (88,2)	<0,005[b]
	SIM	20 (35,1)	6 (11,8)	
41 ⊢ 44	NÃO	48 (61,5)	40 (81,6)	<0,02[b]
	SIM	30 (38,5)	9 (18,4)	
45 ⊢ 48	NÃO	46 (69,7)	33 (86,8)	<0,05[b]
	SIM	20 (30,3)	5 (13,2)	
49 ⊢ 52	NÃO	30 (56,6)	23 (76,7)	>0,06[b]
	SIM	23 (43,4)	7 (23,3)	
53 ⊢ 56	NÃO	27 (55,1)	34 (87,2)	<0,001[b]
	SIM	22 (44,9)	5 (12,8)	
57 ⊢ 60	NÃO	23 (57,5)	23 (76,7)	>0,09[b]
	SIM	17 (42,5)	7 (23,3)	
61 ⊢ 64	NÃO	18 (62,1)	18 (81,8)	>0,12[b]
	SIM	11 (37,9)	4 (18,2)	
65 ⊢ 68	NÃO	24 (63,2)	12 (70,6)	>0,59[b]
	SIM	14 (36,8)	5 (29,4)	
69 ⊢ 72	NÃO	19 (46,3)	13 (76,5)	<0,04[b]
	SIM	22 (53,7)	4 (23,5)	
73 ⊢ 76	NÃO	15 (57,7)	4 (57,1)	≅1,0[a]
	SIM	11 (42,3)	3 (42,9)	
≥ 77	NÃO	34 (52,3)	20 (71,4)	>0,08[b]
	SIM	31 (47,7)	8 (28,6)	

(a) teste exato de Fisher; (b) qui-quadrado de Pearson.

TABELA 3. Distribuição dos tipos de problemas de saúde referidos nos últimos 30 dias segundo o sexo, Garcia, Salvador, 2006

	SEXO – n (%)		
PROBLEMA DE SAÚDE	feminino	masculino	TOTAL
Mais frequentes:			
▪ Cefaleia	72 (25,9)	13 (14,1)	85 (22,9)
▪ Osteomioarticular	60 (21,6)	17 (18,5)	77 (20,8)
▪ Gastroenterológico	33 (11,9)	22 (23,9)	55 (14,9)
▪ Respiratório	40 (14,4)	15 (16,3)	55 (14,9)
▪ "Virose"	39 (14)	16 (17,4)	55 (14,9)
▪ Cardíaco	34 (12,2)	9 (9,8)	43 (11,6)
Subtotal	278 (100)	92 (100)	370 (100)
Estatística	χ^2=12,28; g.l.=5; p<0,04		
Análise comparativa			
▪ Sem queixas	737 (67,8)	688 (85,6)	1.425 (75,3)
▪ Os 6 problemas mais frequentes	278 (25,6)	92 (11,4)	370 (19,6)
▪ Outros problemas de saúde	72 (6,6)	24 (3)	96 (5,1)
Total	1.087 (100)	804 (100)	1.891 (100)
Estatística	χ^2=78,59; g.l.=2; p<0,0000001		

TABELA 4. Comparação entre os dois grupos com e sem problema de saúde e a história prévia de doença crônica e ou gestação, Garcia, Salvador, Bahia, 2006

PROBLEMA DE SAÚDE (nos últimos 30 dias)	**PRÉVIA DOENÇA CRÔNICA OU EM INVESTIGAÇÃO, E/OU GESTAÇÃO**[(a)] - n (%)		
	Não	Sim	TOTAL
Não	1.121 (75)	373 (25)	1.494 (100)
Sim	221 (47,4)	245 (52,6)	466 (100)
TOTAL	1.342 (68,5)	618 (31,5)	1.960 (100)

(a) 10 gestantes, duas delas com doença associada (rinite alérgica ou hipertensão arterial).

χ^2=125,41; g.l.=1; p<10^{-9}

TABELA 5. Comparação entre os grupos com e sem doença crônica prévia e ou gestação, onde buscou ajuda e se teve ou não o problema de saúde resolvido (PSR), Garcia, Salvador, Bahia, 2006

PRÉVIA DOENÇA CRÔNICA OU EM INVESTIGAÇÃO, E/OU GESTAÇÃO	PSR?	PARA QUEM BUSCOU AJUDA? n (%)			Estatística χ^2 (p)
		I. Profissionais da área da saúde	II. Auto-medicação ou outros	TOTAL	
Nenhuma	Não	34 (47,2)	38 (52,8)	72 (100)	=0,96 (>0,32)
	Sim	60 (40,3)	89 (59,7)	149 (100)	
Diabetes mellitus (DM) + Hipertensão arterial sistêmica (HAS) + (DM + HAS) + (DM + outras condições mórbidas)	Não	17 (51,5)	16 (48,5)	33 (100)	=0,78 (>0,37)
	Sim	52 (60,5)	34 (39,5)	86 (100)	
Outras condições mórbidas e/ou gestação* + (HAS + outras condições mórbidas)	Não	21 (56,8)	16 (43,2)	37 (100)	=0,58 (>0,44)
	Sim	57 (64)	32 (36)	89 (100)	

(*) 10 gestantes, duas delas com doença associada (rinite alérgica ou hipertensão arterial).

GRÁFICO 1. Distribuição dos serviços de saúde procurados pela população que referiu problema de saúde nos últimos 30 dias, Garcia, Salvador, Bahia, 2006

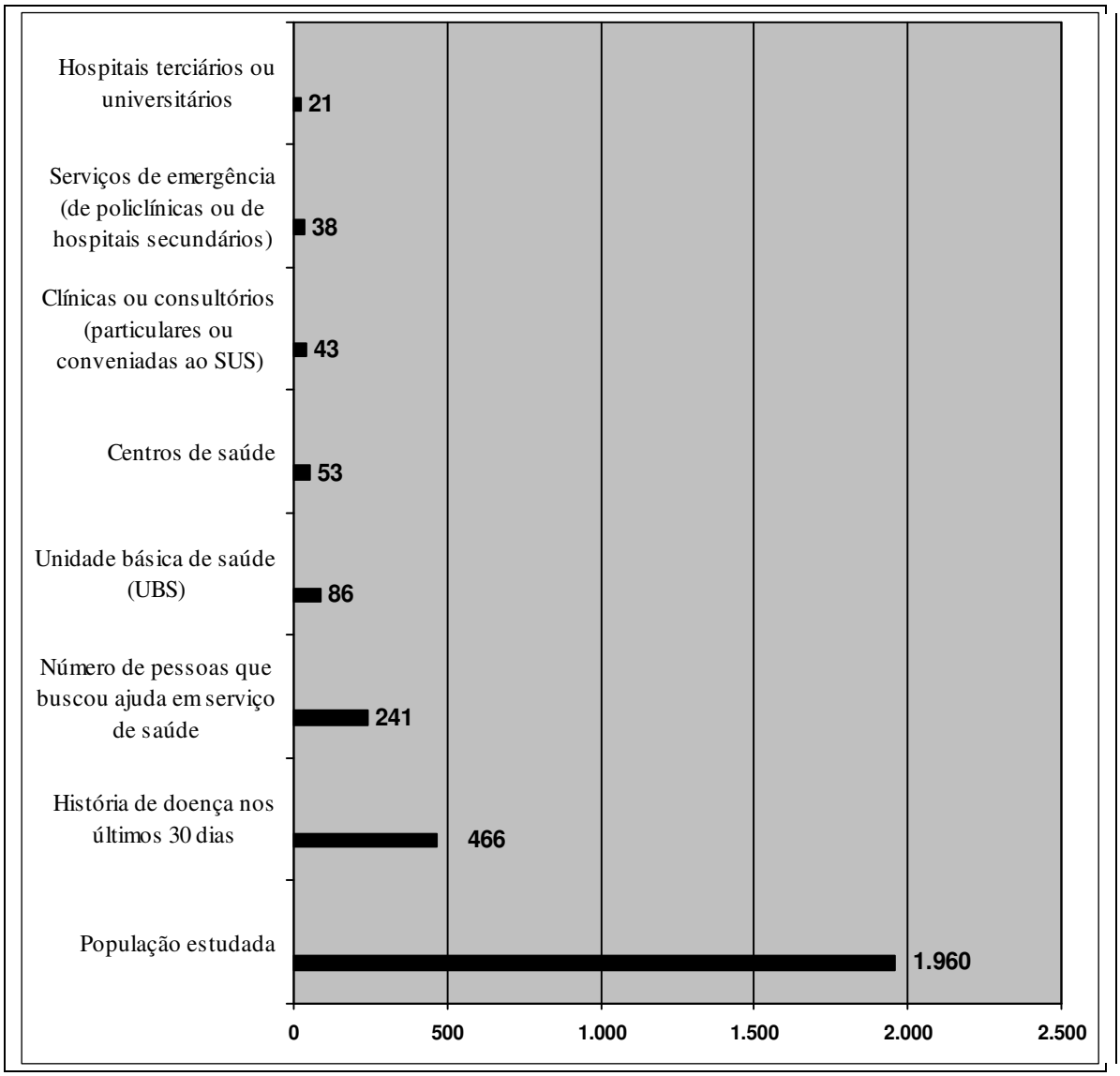

TABELA 6. Distribuição das pessoas com relato de problema de saúde nos últimos 30 dias em relação a prévia morbidade e o tipo de serviço onde procurou ajuda, Garcia, Salvador, Bahia, 2006

PRÉVIA DOENÇA CRÔNICA OU EM INVESTIGAÇÃO, E GESTAÇÃO	UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE n (%)			
	Primária	Secundária	Terciária	**TOTAL**
Nenhuma	70 (74,5)	17 (18,1)	7 (7,4)	94 (100)
Diabetes mellitus (DM) + Hipertensão arterial sistêmica (HAS) + (DM + HAS) + (DM + outras condições mórbidas)	52 (75,4)	12 (17,4)	5 (7,2)	69 (100)
Outras condições mórbidas e/ou gestação + (HAS + outras condições mórbidas)	60 (76,9)	9 (11,5)	9 (11,5)	78 (100)
TOTAL	182 (75,5)	38 (15,8)	21 (8,7)	241 (100)

χ^2=2,41; g.l.=4; p>0,65

TABELA 7. Distribuição das pessoas conforme relato de problema de saúde nos últimos 30 dias em relação a possuir ou não plano de saúde e doença crônica prévia, Garcia, Salvador, Bahia, 2006

PLANO DE SAÚDE DOS MEMBROS DA FAMÍLIA	PROBLEMA DE SAÚDE – n (%)			PRÉVIA DOENÇA CRÔNICA OU EM INVESTIGAÇÃO, E GESTAÇÃO – n (%)			
	Não	Sim	TOTAL	Nenhuma	Grupo 1[(a)]	Grupo 2[(b)]	TOTAL
▪ Nenhum membro	792 (76,4)	245 (23,6)	1.037 (52,9)	748 (72,1)	140 (13,5)	149 (14,4)	1.037 (100)
▪ Menos da metade dos membros	500 (77,6)	144 (22,4)	644 (32,8)	432 (67,1)	87 (13,5)	125 (19,4)	644 (100)
▪ Metade a <90% dos membros	128 (75,3)	42 (24,7)	170 (8,7)	103 (60,6)	20 (11,8)	47 (27,6)	170 (100)
▪ Entre 91% a 100% dos Membros	74 (67,9)	35 (32,1)	109 (5,6)	59 (54,1)	32 (29,4)	18 (16,5)	109 (100)
TOTAL	1.494 (76,2)	466 (23,8)	1.960 (100)	1.342 (68,5)	279 (14,2)	339 (17,3)	1.960 (100)
Estatística	χ^2=4,98; g.l.=3; p>0,17			χ^2=43,27; g.l.=6; p<0,0001			

(a) Diabetes Mellitus (DM) + Hipertensão arterial sistêmica (HAS) + (DM + HAS) + (DM + outras condições mórbidas); (b) Outras condições mórbidas e/ou gestação + (HAS + outras condições mórbidas).

VI. DISCUSSÃO

Já conseguimos enxergar a necessidade de readequação do ensino médico para formar profissionais qualificados do ponto de vista científico, ético, humano e comprometidos socialmente com a saúde do seu povo.

(Relatório de aluno, FMB, Turma 1999.2)

Às vésperas de completar 200 anos, em 2008, a FMB da UFBA ostentava o título de uma das escolas mais tradicionais do país e com uma cultura institucional conservadora muito sólida. Provavelmente esses aspectos tenham garantido boa parte das resistências para a tímida participação, principalmente dos docentes, nos vários momentos das propostas de mudanças nos cursos de graduação que circularam o Brasil nos anos oitenta e noventa do século XX. A FMB iniciou formalmente em 2004 um processo de transformação curricular, participativo, democrático e até então com consequências positivas para o curso médico, pela possibilidade de garantia dos espaços para discussões, explicitação dos conflitos e divergências e também de construção de pactos por uma outra formação.

Os projetos e estudos realizados durante o curso do doutorado aconteceram concomitantes aos movimentos no âmbito da FMB, entre 2005 e 2008, que promoveram a construção do projeto para um novo curso, aprovado e iniciado em Março de 2007, e só aprovado pela Câmara de Graduação em Março de 2009. Todos os artigos aqui apresentados constituíram-se em compromissos assumidos com a transformação curricular na FMB e também com o curso de pós-graduação (PPgMS-FMB-UFBA). Os programas de alunos especiais docentes (PAED) e o programa voluntário de iniciação científica (PVIC) foram movimentos muito importantes para fomentar e induzir a discussão das diretrizes curriculares e do ensino médico pelos docentes, discentes e

corpo dirigente da faculdade. Vivenciamos a experiência de ter 25% dos docentes e 12% dos discentes durante os dois anos dos programas, juntos, discutindo questões relacionadas à formação médica, abordagem pedagógica, médicos especialistas na formação de generalistas, atenção primária à saúde, metodologia científica, relação do ensino com os serviços, bioética, e projeto para o novo curso, entre tantos outros.

Os produtos apresentados concorrem com trabalhos de vários autores que abordaram os temas da atenção primária à saúde e a formação médica relacionados.

No documento do recente seminário internacional sobre *Os desafios do ensino da Atenção Básica - Graduação em Medicina,* ocorrido em Brasília em 2007, organizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007)**(40)**, foram discutidos e os discretos avanços em consequência das diretrizes curriculares aprovadas. Foram retomadas questões também trazidas nas experiências aqui apresentadas, a exemplo da integração das escolas com a gestão dos serviços de saúde, dificuldades de reorientação do curso em função da formação docente e poucas escolas com grupos de pesquisa em formação médica foram constituídos. Todos esses temas foram considerados naquele seminário como grandes desafios que as escolas médicas precisam enfrentar de forma consistente**.**

Teses defendidas por Oliveira (2007)**(41)**, Beltrame (2006)**(42)** e Gil (2006)**(43)** reportam-se às relações do ensino com os serviços de saúde e modelos de atenção; esses desafios do ensino médico no SUS, além da identificação e do entendimento dos fatores que dificultam e facilitam o processo de mudança, com base nas diretrizes curriculares e cujos resultados e conclusões corroboram com os aspectos também trazidos nos artigos aqui apresentados indicam que experiências dessa natureza abrem espaços para práticas mais inovadoras na saúde e, se houver a institucionalização das práticas, cria a sinergia favorável às mudanças no ensino e no serviço. Oliveira (2006)**(41)** destacou que nos cursos de medicina estudados, em torno de 60% dos 1.004 estudantes informaram que utilizam, como cenários de práticas, as Unidades Básicas de Saúde e hospitais da rede

SUS e sugere que essa constatação pode gerar prioridades no SUS como campo de práticas, além de favorecer estudos e pesquisas sobre o ensino médico e a integração ensino, serviços de saúde e comunidade à adequada formação em Medicina.

Fontoura (2007)[44] analisou as relações entre o processo educativo e o do trabalho de médicos e enfermeiros do PSF no contexto da gestão do sistema de saúde de um município do Estado da Bahia em 2006. A autora considerou a relação positiva entre a mudança do perfil dos profissionais estudados e o processo educativo, centrado no trabalho vivenciado. Concluiu que, além de investimentos na qualificação dos profissionais, faz-se necessário mais investimento da gestão na organização e estruturação dos serviços e maior atenção às reações no âmbito do trabalho vivo.

Gil (2006)[43] destaca a importância do perfil dos recursos humanos insuficientemente preparados pelas Instituições de Ensino Superior para atuarem na perspectiva do Sistema Único de Saúde e da conversão do modelo. Conclui que a atenção básica organizada pela estratégia de Saúde da Família abre espaços para práticas mais inovadoras na saúde.

Ciuffo & Ribeiro (2008)[45] analisaram as falas de professores e estudantes de duas escolas médicas do Brasil e discutiram a viabilidade de construção do diálogo entre a formação dos médicos e o Sistema Único de Saúde. Ressaltaram que inovar na educação médica acarreta mudanças das práticas para outras mais ajustadas às estratégias de atenção primária, o que demanda múltiplas competências. Também revelaram o descontentamento dos estudantes com a formação e o desconhecimento dos docentes-médicos sobre a linguagem das ciências da educação, além da consciência desses sobre o compromisso social da prática médica, embora estivesse presente a demonstração de resistências para enfrentar os novos desafios. Concluíram, ser possível o diálogo entre formação médica e o SUS e se houver integração entre esses e a

oportunidade de contatos com problemas reais, discutidos teoricamente, alguns passos já estarão dados.

Retomando Feuerwerker (2002)[19] e Paim (2002)[20] à luz dos projetos desenvolvidos na FMB, fica evidente que "o otimismo não basta" para garantir viabilidade aos processos de mudança na formação médica. Os projetos com o apoio, liderança e condução explícitos do núcleo de poder da escola, conseguiram sensibilizar uma parcela importante dos sujeitos para a construção do novo currículo, porém ainda insuficientes para garantir **transformação** do curso. Almeida (1999)[46] estabeleceu distinções nos diferentes planos em que operam os níveis de mudanças possíveis de serem produzidos no processo de formação médica. Um primeiro, de mudanças pontuais, superficiais e localizadas, que atingem atividades, meios e relações técnicas entre os agentes de ensino como: ampliação de carga horária, alterações de conteúdos em algumas disciplinas; no segundo plano, buscam interferir em dimensões mais abrangentes, introduzindo mudanças nas relações sociais que operam durante os processos formativos, com novos critérios de convivência entre os sujeitos, incluindo pacientes e comunidade; no terceiro plano, estrutural, é onde ocorrem as mudanças de maior impacto na produção de médicos; ou seja, nas relações políticas entre os sujeitos sociais e os atores institucionais, a construção de novos paradigmas resulta em alterações globais de conteúdos, dos processos e das relações, atingindo a superação da dissociação entre estudo e trabalho e controle social. Segundo o autor, os referidos planos são interdependentes, porém possuem autonomias e não é possível passar de um plano ao outro por acumulações quantitativas.

Em concordância com os autores citados, nos trabalhos realizados na FMB foram identificadas possibilidades, motivações e também resistências às mudanças e perdas de poder e dificuldades em compreender o processo formativo com base em outro referencial, mais crítico e com evidências de que a formação médica é uma

produção social, com fenômenos e sujeitos que se produzem constantemente nesses espaços.

Ao discutir processos de mudança, Testa (1995)[27] propõe caminhos e possibilidades: a estratégia de programas articulados; de abertura, para mobilizar grupos e construir viabilidade para mudança; de avanço, para a realização efetiva da mudança; e de consolidação, para reforçar os avanços, considerando que os processos são dinâmicos, os avanços não são lineares e o risco de retrocessos é real.

Cada uma das experiências aqui apresentadas insere-se como parte de um programa de abertura referido por Testa (1995)[27] e em cada uma são discutidas suas limitações, compreendendo que a complexidade dos processos formativos e também da organização das práticas de saúde como fenômenos sociais só podem ser abordadas em sua totalidade por metodologias diversas e ainda não esgotadas.

Ressaltamos o compromisso com a perspectiva de instituir na Faculdade de Medicina da Bahia um grupo de pesquisa em formação médica, que possa consolidar a reflexão sobre os processos formativos de docentes e discentes e construir os processos de avaliação e monitoramento da implementação do novo curso.

VII. CONCLUSÕES

Considerando que cada artigo, com suas especificidades, apresenta conclusões, ressaltamos aqui outras, de ordem geral, referentes aos limites e possibilidades que essas contribuições apresentam para a construção de uma outra formação médica na Faculdade de Medicina da Bahia:

1. a experiência da implantação do Internato em Medicina Social, com as características do apresentado, permite-nos dizer que um ambiente favorável às mudanças na formação do médico é possível de ser produzido mediante compromissos pactuados entre os sujeitos envolvidos, docentes, gestores dos serviços de saúde, discentes, cidadãos usuários, organizações e equipamentos comunitários presentes na região;
2. o processo de elaboração do livro *Contribuições das Especialidades Médicas à Atenção Primária à Saúde* do PAED e PVIC, com participação de um quarto dos docentes da FMB, promoveu reflexões importantes entre estes e os alunos que compartilharam a construção de cada um dos capítulos. A necessidade de pensar sobre as possibilidades de uma outra formação médica, com prioridade para os cuidados primários à saúde, com base na vivência em cada uma das especialidades, permitiu um amadurecimento de vários docentes que até então nunca tinham pensado no assunto, alguns nem conheciam uma unidade básica de saúde ou o que significam diretrizes curriculares. Ter participado deste processo e da revisão de todos os capítulos do livro me permite concluir que não há um caminho e sim muitos caminhos possíveis para uma nova formação médica;
3. a realização do estudo "A busca do cuidado à saúde em uma área urbana do Nordeste do Brasil" permitiu-nos identificar, além da morbidade referida e os locais de ajuda ou cuidados que a população buscou, o potencial que equipes de

saúde atuando relativamente integradas entre si, com estudantes e a população da área de abrangência do serviço, de se constituir em uma efetiva referência para o cuidado das pessoas, para participar de processos formativos, de ensinar e aprender, mesmo com problemas e dificuldades na gestão;

4. a formação médica, para ser transformada, precisa ser compreendida como processo social e as intervenções concebidas da forma que um processo desta natureza requer;
5. os princípios e diretrizes do planejamento estratégico são ferramentas fundamentais para a construção dos processos e constituição dos sujeitos necessários às mudanças na formação médica;
6. um dos investimentos relevantes nos processos de mudança da formação médica passa por novos processos formativos e seletivos para os docentes das escolas médicas e para os profissionais já inseridos nos serviços de saúde;
7. o Sistema Único de Saúde, é o principal espaço de formação dos profissionais e este aspecto precisa ser fortalecido no âmbito da gestão do sistema;
8. é necessário priorizar o diálogo, os espaços coletivos de reflexão e formulação de políticas, a integração da graduação com as políticas de especialização e cursos de pós-graduação;
9. constituir, na escola médica, grupos e linhas de pesquisa, tomando como objeto a formação médica e seus processos, articulados e integrados a outras linhas e grupos com espaço privilegiado na gestão da escola.

VIII. SUMMARY

CONTRIBUTION TO CURRICULAR CHANGES IN THE BAHIA´S MEDICAL SCHOOL. This study is a proposal of establishing a dialogue, from the standpoint of experienced practices which occurred during the 2002-2006 period, with Federal University of Bahia's Medical School faculty and students as well as professionals involved in basic health attention services in some of the state of Bahia's municipalities, using different methodologies. Changes considered necessary to form humanist, critical and reflexive clinical doctors, prepared to act in various health care spaces, with emphasis to health basic care, and capable of solving the most prevalent regional problems, were explicitly addressed in the national curricular guidelines for Medical courses, published in 2001. Experiences presented signal towards limits and possibilities and indicate challenges to be faced in the pursuit of changes in medical formation and management of health care systems; the understanding that the need for change is a social process; the importance of strategic planning for the attainment of interventions; the medical school management's commitment towards new faculty selective and formative processes; giving priority to dialogue, collective reflection spaces and the devising of formation policies and their relation to the health system; integration of undergraduate courses to *lato sensu* and *stricto sensu* post-graduate programs, establishing research lines and groups in medical formation. The unified health system as the main field of course practice activities and consequently of formation, requires this action as priority, so as to positively interfere in the construction of necessary changes. In order to support the values and guidelines proposed in this work, four submitted and published papers were appended. To sum up, valuing of basic care attention is especially addressed in medical formation as well as the insertion of this level of attention in the process of curricular change.

Keywords: 1. Medical Education; 2.Medical Curriculum; 3. Primary health care; 4.Health Services; 5. UFBA's Medical School.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Introdução, Considerações metodológicas e discussão)

1. Brasil. Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina. Resolução n° 4 da Câmara de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação. Diário Oficial da União, Seção I, de 9 de novembro de 2001.

2. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde. Physis: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2004; 14(1):41-65.

3. Pinto LLS. As diretrizes curriculares e a formação médica: o olhar da Faculdade de Medicina da Bahia. Universidade Federal da Bahia. Projeto apresentado ao PPgMS da FMB,UFBA. Salvador, 2005. (mimeo). 21 p.

4. Faculdade de Medicina da Bahia; Universidade Federal da Bahia. Projeto de transformação curricular para o curso de graduação da FAMEB (Proposta preliminar). Salvador, fev. 2005. 36 p.

5. Pinto LLS. Contribuições apresentadas ao projeto preliminar para transformação curricular do curso de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Primeiro Relatório. Salvador, ago. 2005. 103 p.

6. Tavares-Neto J, Editor. Contribuição das especialidades médicas à atenção primária à saúde. Salvador: Contexto; 2006. 451 p.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação profissional em saúde - PRÓ-SAÚDE; Brasília, 2005. 79 p.

8. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961; 265:885-92.

9. Green LA, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM, Novo W. The ecology of medical care revisited. New England Journal of the Medicine 2001; 344:2021-25.

10. DeFriese GH. The visualization of primary care. The White-Williams-Greenberg Diagram. NCMJ. 2002; 63(4):86-8.

11. White K. Two cheers for ecology. Ann Fam Med. 2003; 1(2):67-9.

12. Fryer GE, Green LA, Dovey SM, Yawn BP, Phillips RL, Lanier D. Variations in the ecology of medical care. Ann Fam Med 2003; 1:81-9.

13. Leung GM, Wong IO, Chan WS, Choi S, Lo SV. The ecology of health care in Hong Kong. Soc Sci Med. 2005; 61(3):577-90.

14. CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Preparando a transformação da educação médica brasileira. Projeto CINAEM III Fase. Relatório 1999-2000. Pelotas, Universidade Federal de Pelotas, 2000. 300 p.

15. Cruz KT. A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico [Dissertação de Mestrado] FCM/UNICAMP, 2004. 334 p.

16. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 2002. 219 p.

17. Paim JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1994. 80 p.

18. Declaração de Edimburgo. Conferência Mundial sobre Educação Médica da Federação Mundial para Educação Médica. Bol. Assoc. Bras. Educ. Méd. 1988; 20(3).

19. Feuerwerker, LCM. Além do discurso de mudança na educação médica. Processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: ABEM; 2002. 306 p.

20. Paim JS. Educação médica na década de noventa: o otimismo não basta. In: PAIM JS. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: CEPS-ISC; 2002. p.139-147.

21. Paim JS. Estratégias para integração multidisciplinar e multiprofissional na prática de saúde: o âmbito da graduação. R. Baiana Enf. 1993; 6:37-47.

22. Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade? Divulg. Saúde Debate 1996; 14:59-65.

23. Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2001; 9:143-46.

24. Silva GR.Uma retrospectiva da educação médica no Brasil. R. Bras. Educ. Med. 1987; 11(3):81-5.

25. Aguiar A. A pesquisa e a educação médica no Brasil hoje: reflexões sobre metodologias e estratégias. In: Lampert JB, Araujo JGC, Marins JJN, Rego S (Orgs.). . educação médica em transformação. Instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec-Abem; 2004. p. 304-324.

26. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; Abrasco; 1992. 226 p.

27. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1995. 306 p.

28. Rivera, FJU. Agir comunicativo e planejamento social. Uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 213 p.

29. Habermas J. Consciência e agir comunicativo. Rio de Janeiro,Tempo Brasileiro,1989. 240 p.

30. Seibeneichler FB. Jurgen Habermas. Razão comunicativa e emancipação. 3. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994. 181 p.

31. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad Saúde Pública 2006; 22(6):1171-81.

32. Mendes, EV. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. Revista de APS 2005; 8(2):218-9.

33. World Health Organization. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO, 1978. 98 p.

34. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Memorial Fund Quartely 2005; 83(3):457-502.

35. Starfield B. Is primary care essencial? Lancet 1994; 344(8930):1129-33.

36. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004. 725 p.

37. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Públ. 2008;29(supl1):S7-S27.

38. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Públ. 2004;20(5):1400-10.

39. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002 189 p.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Seminário Internacional. Os desafios do ensino da Atenção Básica. Graduação em Medicina. Textos de referência. Brasília, DF; 18 a 21 de julho de 2007. 109 p.

41. Oliveira NA. Ensino médico em seis estados brasileiros: desafios e prioridades no contexto do SUS. [Tese de doutorado] Fiocruz; 2007. 218p.

42. Beltrame RL. A formação do Médico: um debate à luz das diretrizes curriculares nacionais. [Tese de Doutorado] São Paulo, PUC; 2006. 218 p.

43. Gil CRR. Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro, FIOCRUZ; 2006. 297 p.

44. Fontoura MS. Ação educativa, gestão e prática: implicações para mudanças no modelo de atenção à saúde. [Tese de Doutorado] ISC-UFBA; 2007.

45. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? Interface - Comunic. Saúde, Educ. 2008;12(24):125-40.

46. Almeida MJ. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Rio de Janeiro: UEL & ABEM; 1999. 196 p.

X. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Freire P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2000. 167 p.

2. Bulcão LG. O ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. R. Bras. Educ. Méd. 2004; 28(1):61-72.

3. Gonçalves EL. Médicos e ensino da medicina no Brasil. São Paulo: EDUSP; 2002. 254 p.

4. Rego S. A formação ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. 169 p.

5. Novis A. Aspéctos panorâmicos do ensino médico. Oração de abertura de cursos. Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia, 1936. 29 p.

6. Pereira OP, Almeida TMC. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. Interface-Comun., Saúde, Educ. 2005; 9(16):69-79.

7. Nunes TCM. Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 180 p.

8. Feuerwerker L, Kalil ME, Baduy RJ. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem. As lições aprendidas pela Rede Unida. Divulgação em Saúde para Debate 2000; 22:49-62.

9. Ludke M, André M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1986. 99 p.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário: Incentivo às mudanças na graduação das carreiras da saúde. Brasília; 2003. [mimeo]. 17 p.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº198, anexos I e II. Brasília; fev. 2004. 20 p.

12. Fachini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. Ciênc. Saúde Col. 2006; 11:669-81.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília; 2006. 409 p.

14. Forster AC. Estudo sobre a formação em Atenção Primária e Medicina de Família no Curso de Medicina da Universidad Autónoma de Madrid, Espanha, 1999/2000. Ribeirão Preto; 2004. 134 p.

15. Maciel Filho, Romulo. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro [Tese de doutorado] Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. 262 p.

16. Jaeger ML, Ceccim RB, Machado MH. Gestão do trabalho e da educação na saúde. R. Bras. Saúde da Fam. 2004; Ed.especial:86-104.

17. Rodríguez CA, Neto PP, Behrens MA. Paradigmas educacionais e a formação médica. R. Bras. Educ. Méd. 2004; 28(3):234-41.

18. Lima VV, Komatsu RS, Padilha RQ. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. Interface-Comun., Saúde, Educ. 2003; 7(12):175-84.

19. Ronzani TM, Ribeiro MS. Identidade e formação profissional dos médicos. R. Bras. Educ. Méd. 2003; 27(3):229-36.

20. Faleiros JJ. Profissionais para reorientar o Modelo Assistencial. Quantos e Quais? R. Bras. Educ. Méd. 2003; 27(1):55-64.

21. Carvalho FM, Paim JS, Souza RR. Utilização de serviços de saúde em uma área urbana de Salvador, Bahia. R. Baiana Saúde Públ. 1977; 4(3,4):168-77.

22. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface-Comun., Saúde, Educ. 2005; 9(16):53-66.

23. Anderson MIP, Gusso G, Castro Filho ED. Medicina de família e comunidade: especialistas em integralidade. R. APS. 2005;8(1):61-7.

24. Aleixo JLM. A Atenção Primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. R. Min. Saúde Públ. 2002; 1(2):1-16.

25. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p.

26. Martinez J, Martineau T. Rethinking human resources: an agenda for the millennium. Health Policy and Planning. 1998; 13(4):345-58.

27. Kindig DA, Libby D. How Will Graduate Medical Education Reform affect specialties and geographic areas? JAMA 1994; 272(1):37-42.

28. Dussault G, Dubois C-A. Human resources for health polices: a critical component in health polices. Human Resouces for Health 2003; 1(1):1-16.

29. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface-Comun., Saúde, Educ. 2001; 9:133-42.

30. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: uma micro-política do trabalho vivo em saúde. In: Merhy E, Onoco R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

31. PAHO. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: PAHO; 2003.

32. WHO. A Global Review of Primary Health Care: Emerging Messages. Geneva: WHO; 2003.

33. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000. 269p.

34. Mello GA, Fontanella BJB, Piva MM. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. R. APS, 2009; 12(2): 204-13.

35. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996. 300 p.

36. Campos GWS. Saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1991. 175 p.

37. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade? Cad. Saúde Públ. 1993; 9(3):239-62.

38. Peixinho AL. Educação médica: o desafio da sua transformação [Tese de Doutorado] FACED-UFBA; 2001. 256 p.

XII. ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DO CEP ARTIGO 3
ANEXO 2.TERMO DE COMPROMISSO COM USO DOS DADOS ARTIGO 3
ANEXO 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ARTIGO 4
ANEXO 4. CARTA CEP ARTIGO 4
ANEXO 5. FICHA DE COLETA ARTIGO 4
ANEXO 6.CRONOGRAMA DO PVIC E PAED
ANEXO 7. MODELO DE AGENDA E ROTEIRO PARA OS ALUNOS E ACS
ANEXO 8. FICHA CONTROLE DO TRABALHO DE CAMPO EQUIPE 1
ANEXO 9. FICHA CONTROLE DO TRABALHO DE CAMPO EQUIPE 2
ANEXO 10. FICHA CONTROLE DO TRABALHO DE CAMPO EQUIPE 3
ANEXO11. COMPONENTES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA .
ANEXO 12. ALUNOS DO PVIC QUE REALIZARAM AS ENTREVISTAS.

ANEXO 1

OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA SESAB APROVANDO O PROJETO (ARTIGO 3)

132

Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-SESAB

Ofício nº 110/2005

Salvador, 30 de agosto de 2005.

ESTIMADA
Dra. Lorene Louise Silva Pinto
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Artigo Científico: "A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração – serviços na percepção do internos de medicina social".
Pesquisadores Responsáveis: Sra. Vera Lúcia Almeida Formigli
Sra. Lorene Louise Silva Pinto
Sra. Rita de Cássia Franco Rêgo

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer ad-referendum deste Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB, baseado em situações anteriores e similares já examinadas, onde, avaliando o "Termo de compromisso para utilização de dados" firmado pelas autoras do artigo e instituição responsável pelos dados secundários utilizados na pesquisa, concluiu que o mesmo atende à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nesse sentido, estamos decidindo **pela sua aprovação** uma vez que o artigo não fere as normas que protegem os direitos dos sujeitos da pesquisa e que a sua divulgação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do ensino médico no país, com conseqüentes benefícios para o Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia.

Atenciosamente,

Ana Maria Fernandes Pitta
Coordenadora do CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

ESCOLA ESTADUAL SAÚDE PÚBLICA PROF. FRANCISCO PEIXOTO DE MAGALHÃES NETO
Rua Conselheiro Pedro Luis, 171 – RIO VERMELHO
Tel.: (71) 334-1888 / 1227 / 0428 ou FAX: (71) 334-2230 / 2773

ANEXO 2
TERMO DE COMPROMISSO COM USO DOS DADOS (ARTIGO 3)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, Vale do Canela, 40112-900,
Salvador – Bahia. Telefax: 245-8562/0739/8551 R. 216.

Termo de Compromisso para a Utilização de Dados[1]

Título do Projeto

A dor e a delícia de aprender com o SUS

Integração ensino-serviço na percepção dos internos em medicina social

Os autores do presente projeto de pesquisa comprometem-se a manter o sigilo dos dados de identificação dos alunos, constantes nos relatórios de conclusão do Internato em Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFBA, de modo que no trabalho final com os dados apresentados não seja possível identificá-los. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos alunos.

Salvador, 03 de julho de 2005.

Autores do Projeto	Assinatura
Vera Lúcia Almeida Formigli	
Lorene Louise Silva Pinto	
Rita de Cássia Franco Rêgo	
Responsável pela guarda dos relatórios. Departamento de Medicina Preventiva/FAMEB/UFBA	

[1] Termo elaborado com base no documento utilizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética, vinculada ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação desse hospital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este termo atende os itens III.3.i e III.3.t da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, as Diretrizes Internacionais para a Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos, do "Council for International Organizations of Medical Sciences" (CIOMS), 1991, e a Diretriz 18 das Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica Envolvendo Seres Humanos, do "Council for International Organizations of Medical Sciences" (CIOMS), 2002.

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ARTIGO 4)

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ARTIGO 4)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA**: A BUSCA PELO CUIDADO À SAUDE EM ÁREA URBANA DO NORDESTE DO BRASIL.**

Fui convidado (a) pela Profa. LORENE SILVA PINTO (CREMEB n 7106), da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, ou um membro da sua equipe de nome: .....; para participar deste estudo, e fui informado(a) sobre os objetivos da pesquisa, com o título acima citado. O objetivo principal desta pesquisa é verificar as características das famílias e dos domicílios do bairro onde resido, e também saber das pessoas maiores de 16 anos quais suas doenças nos últimos 30 dias.

A pessoa responsável por esse convite justificou este estudo porque deseja saber, onde moro, quais as características da sua população e as doenças mais comuns, e que todos esses dados serão fornecidos a unidade de saúde da área onde resido.

Foi lido este documento e esclarecido seus termos, e antes da minha avaliação para participar ou não dessa pesquisa, eu e os meus familiares receberam uma cópia desse documento. Estou ciente que caso deseje participar do estudo terei o direito de saber os seus resultados. Segundo as informações prestadas, a pesquisa consta de levantamento de meus dados pessoais e da minha família, e também fui informado que posso deixar de responder parte ou todas as perguntas.

Caso concorde em participar deste estudo, **NÀO** será colhido nenhum material.

Também fiquei ciente que caso não aceite participar, desta pesquisa, não terei qualquer tipo prejuízo.

Com base nessas informações, concordo em participar desse estudo ou do(s) meu familiares, sob a minha responsabilidade, menores de 18 anos de idade.Todavia, também fui informado(a) que os menores de idade, podem recusar a participar do estudo e isso mesmo que tenha a minha concordância como responsável legal. Assim, se isso ocorrer, a minha autorização acima não tem qualquer validade.

Também foi dito que todas as informações a serem prestadas sobre a minha pessoa ou sobre os meus parentes menores de 18 anos de idade serão mantidas em sigilo, e ninguém, em nenhuma hipótese, poderá ser identificado como participante da pesquisa.

Também fiquei ciente, caso tenha alguma reclamação a fazer poderei procurar:

- O Secretário Municipal de Saúde de Salvador, Prof. Dr Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza, na Avenida 7 de Setembro, nº da Vitória, telefone PABX: 71- 36111000

- ou ao Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, sediado na Rua Guadalajara,175 , Ondina, Salvador Telefone 71-33392800 ou, caso deseje, fazer a queixa às duas entidades supracitadas.

Assim considero-me satisfeito(a) com as explicações e concordo em participar desse estudo exclusivamente na condição de voluntário(a). **COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER** (SIM □ NÃO □) **O ESCRITO ACIMA, ATESTO TAMBÉM QUE ESTE DOCUMENTO FOI LIDO PAUSADAMENTE E ESCLARECIDAS AS MINHAS DÚVIDAS, E COMO TEM A MINHA CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, COLOQUEI ABAIXO A MINHA ASSINATURA (ou A IMPRESSÃO DIGITAL).**

Salavdor (Bahia), de de 2006

PESQUISADO(A)
NOME: .....

Assinatura:
IMPRESSÃO DATILOSCÓPICA (quando se aplicar)
□

PESQUISADOR(A):

NOME: .....
Assinatura:

TESTEMUNHAS:

1. NOME: .....
Assinatura:

2. NOME: .....
Assinatura:

(DOCUMENTO EM DUAS VIAS, uma para ser entregue ao sujeito da pesquisa)

ANEXO 4

OFICIO DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA (CEP) DA SESAB APROVANDO O PROJETO (ARTIGO 4)

138

CEPSESAB
Comitê de Ética em Pesquisa

Governo do Estado da Bahia
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº. 26/2006
Ref.: Devolução de Projeto

Salvador, 19 de julho de 2006.

ESTIMADA
Profa. Dra. Lorene Louise Silva Pinto
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Projeto de Pesquisa: "Estudo de morbidade nas populações adstritas as unidades de saúde da família dos bairros do Garcia e Federação (Salvador-Bahia)"
Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Lorene Louise Silva Pinto.
Situação do Projeto: Aprovado

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB, reunido em 19 de julho de 2006.

O projeto pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesse sentido, o Comitê decidiu por sua aprovação, lembrando ao pesquisador (a) a necessidade de informar esse Comitê do relatório parcial e ou final no período de 6 (seis) meses a 1 (um) ano conforme recomendação da Resolução nº I96/96, IX – 2 c.

Estamos anexando ainda cópia do Parecer elaborado pelo relator, para o seu conhecimento.

Atenciosamente,

ANA MARIA FERNANDES PITTA
Coordenadora do CEP-SESAB

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia
Rua Pedro Conselheiro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho.
Tel: (71) 3116-5333 Fax: (71) 3116- 5324
E-mail: cepsesab@saude.ba.gov.br

ANEXO 5
FICHA DE COLETA DAS INFORMAÇÕES NO CAMPO (ARTIGO 4)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Medicina da Bahia

PREFEITURA MNICIPAL DE SALVADOR
Secretaria Municipal de Saúde

DATA	**Nome do aluno PVIC**	**ÁREA/ BAIRRO:**	**MICRO-ÁREA do ACS**
RUA:		**NÚMERO/Complem:**	**N° FAMÍLIA:**

Nome completo	Paren-tesco	Data de Nascimento	Sexo (M/F)	Escola-ridade	Freq. Escola	Ocupação principal (não use termo vago)	Problema ou condição referida
1. (Chefe)							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
Óbitos nos últimos 12 meses (a contar da data da entrevista)		**Idade** (referir se anos, meses ou dias)			**Causa principal da morte**		

Parentesco	**Escolaridade**	**Freqüência a Escola**	**Problema ou condição referida**

1. Esposo (a)/Companheiro **2. Filho (a)** **3. Mãe /Pai** **4. Tio/Tia** **5. Sogro/Sogra** **6. Enteado(a)**	**7. Neto(a)** **8. Avô/Avó** **9. Outro: .....** **10. Empregado(a)**	**0. Não alfabetizado** **1. 1º grau inc.** **2. 1º grau com.** **3. 2º grau inc.** **4. 2º grau com.** **5. Superior inc.** **6. Superior com.**	**0. Não** **1. Sim**	**1. GES – Gestante** **2. DIA – Diabetes** **3. HAS – Hipertensão** **4. DEF – Deficiência mental** **4. HEP – Hepatite** **5. CAN – Câncer** **6. Outro: .....**

Tipo material predominante da casa	**Número de cômodos**	**Situação da casa**	**Energia Elétrica**	**Destino do Lixo**	**Número de dias da coleta pública de lixo/semana**	**Vaso sanitário**
(0) Material aproveitado (1) Taipa (2) Madeira (3) Alvenaria	**Número de quartos**	(0) Invadida (1) Cedida (2) Alugada (3) Própria	(0) Não (1) Sim	(0) Céu aberto (1) Queimado (2) Enterrado (3) Coletado		(0) Não há (1) Coletivo (2) Privado (fora de casa) (3) Privado (dentro de casa)

Destino das fezes e urina	**Abastecimento público de água**	**Tratamento da água no domicílio**	**Possui geladeira?**	**Quais e número de animais têm casa?** (Exemplos: cão [2], gato [1}; papagaio [1], macaco [1]	**Meio de comunicação que mais utiliza**
(0) Céu aberto (1) Fossa (2) Rede pública de esgoto	(0) Não tem (1) Poço (2) Rede pública	(0) Não faz (1) Fervura (2) Filtração (3) Cloração (4) Água mineral	(0) Não (1) Sim		(0) Não utiliza (1) Rádio (2) Televisão (3) Jornal

Meio de transporte mais utilizado	**Participação em grupos comunitários**	**Religião (predominante)**	**Freqüenta aos cultos?**	**Quantos membros da família têm planos de saúde?**	**Nº de pessoas cobertas pelo plano de saúde**
(0) Bicicleta (1) Ônibus (2) Moto (3) Carro (4) Outros: _____	(0) Não participa (1) Cooperativa (2) Grupo religioso (3) Associação de bairro (4) Outras Associações	(0) Não tem (1) Evangélica (2) Católica (3) Espírita (4) Camdomblé (5) Outra	(0) Não (1) Sim		

Número do membro*	**Doença(s) ou queixa(s) nos últimos 30 dias?** (faça minuciosa investigação)	**Nos últimos 30 dias, com quem buscou ajuda?** (0-se automedicou; 1-vizinho, parente ou amigo; 2-rezadeira ou bendezeira;3. balconista de farmácia; 4. farmacêutico; 5. -agente comunitário de saúde; 6-enfermeiro; 7-médico; 8- outro, cite qual)	**Em que tipo de serviço procurou ajuda?** (0-se centro de saúde na área ; 1-clínica ou cons., particular; 2-emergência pública/privada não hospital 3- Ambulat. Hospital público ou privado; 4-Grande Hospital HUPES, HGE)	**Resolveu o problema?** **1-sim** **2-não**

(*) **entre aqueles nascidos <u>antes</u> de janeiro de 1990, se mais de 5 membros <u>só inclua os 5 primeiros da lista da frente desta ficha</u>**

ANEXO 6
CRONOGRAMA DO PVIC E PAED

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
198 anos
Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde

PROGRAMA VOLUNTÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (PVIC) DO PROGRAMA DE ALUNOS ESPECIAIS-DOCENTES (PAED) DA ACPGMS-FAMEB-UFBA

CALENDÁRIO DE 2006.2 DO PAED e PVIC

DATA	ATIVIDADE. Local: Auditório HUPES, 18h:30min. às 21h:30min.
24 de Agosto	PVIC: Treinamento sobre o estudo de campo
31 de Agosto	PVIC: Revisão sobre o estudo-piloto
01 de Setembro	PVIC (sob a supervisão da Profa. Lorene L. Silva Pinto): Início do trabalho de pesquisa nos bairros do Garcia e Federação
14 de Setembro	PAED + PVIC: Treinamento sobre SPSS + Exercícios distribuídos "on line"
15 de Setembro (até 17 horas)	PAED: data-limite para a entrega de duas (2) cópias impressas do Projeto de Pesquisa, tendo como anexo (OBRIGATORIAMENTE PARTE DO PROJETO) comprovante expedido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado pela CONEP, de haver entregue o projeto para análise OU a comprovação de aprovação.
24 a 27 Setembro	PAED: XLIV Congresso de Educação Médica (Gramado/RS)
28 de Setembro	PAED + PVIC: Treinamento sobre SPSS + Exercícios distribuídos "on line"
05 de Outubro	PAED + PVIC: Treinamento sobre SPSS + Exercícios distribuídos "on line"
18 de Outubro	PAED + PVIC: 19 horas na FAMEB (Largo do Terreiro de Jesus), lançamento do livro do PAED, PVIC e Alunos de IC dos Docentes do PAED
19 de Outubro	PAED + PVIC: Treinamento sobre SPSS + Exercícios distribuídos "on line"
09 de Novembro	PAED + PVIC: Treinamento sobre SPSS + Exercícios distribuídos "on line"
23 de Novembro	PAED + PVIC: Treinamento sobre SPSS + Exercícios distribuídos "on line"
07 de Dezembro	PAED + PVIC: Treinamento sobre SPSS + Exercícios distribuídos "on line"
14 de Dezembro (até as 17 horas)	PVIC: último dia da coleta de dados do trabalho de pesquisa nos bairros do Garcia e Federação e entrega dos últimos questionários à Profa. Lorene L. Silva Pinto
15 de Dezembro (sexta-feira, 15-19 horas)	I. **PAED + PVIC**: cada membro do PAED deve entregar o relatório impresso (e assinado) das atividades do seu grupo de pesquisa, com os seguintes anexos (e nessa ordem): • Folha de rosto (nome do membro do PAED e dos alunos do grupo, membros do PVIC ou não); • Relatório do Membro do PAED, do período de 30 de Junho a 14 de Dezembro de 2006; • Programação das atividades planejadas para o 1° Semestre de 2007; • Relatório de cada aluno (membro ou não do PVIC) [não esquecer da assinatura do aluno], e se aluno da UFBA informar o número de matrícula e curso de graduação. A equipe mínima, e obrigatória, deve ter 3 (três) alunos de cursos de graduação e pelo menos um deles, obrigatoriamente, deve ser da UFBA; • Projeto de pesquisa (do Grupo ou de cada aluno de graduação do grupo), em área afim ao Projeto de Pesquisa do Professor do PAED; • Anexar envelope lacrado com a avaliação de cada aluno do seu grupo, e conceito de zero (0) a dez (10)para cada aluno, isso se membro do PVIC; • PVIC e Outros alunos de Graduação: Anexar envelope lacrado com a avaliação conjunta (do grupo) sobre o desempenho do Docente PAED, com conceito de zero (0) a dez (10); **(RECOMENDAMOS ORGANIZAR, PREVIAMENTE, O MATERIAL SUPRACITADO)** II. **PAED + PVIC**: Um dos Docentes do PAED será sorteado para em 30 minutos, no máximo, apresentar o seu Projeto de Pesquisa e informar o planejamento futuro.

ANOTE NA SUA AGENDA AS DATAS E HORÁRIOS SUPRACITADOS

ANEXO 7

MODELO DE AGENDA E ROTEIRO PARA OS ALUNOS E ACS ORGANIZAREM O TRABALHO NO CAMPO (ARTIGO 4)

ANEXO 7

MODELO DE AGENDA E ROTEIRO PARA OS ALUNOS E ACS ORGANIZAREM O TRABALHO NO CAMPO (ARTIGO 4)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA/PVIC
PROJETO MORBIDADE E CUIDADO

EQUIPE_____ **ACS**_____

ALUNO_____

	SEGUNDA		TERÇA		QUARTA		QUINTA		SEXTA	
	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
VISITA 1 DATA										
VISITA 2 DATA										
VISITA 3 DATA										
VISITA 4 DATA										
VISITA 5 DATA										
VISITA 6 DATA										
VISITA 7 DATA										
VISITA 8 DATA										
VISITA 9 DATA										
VISITA 10 DATA										

ROTEIRO PARA O TRABALHO EM CAMPO

1. FAÇA SUA AGENDA DE VISITAS COM O AGENTE COMUNITÁRIO(ACS) QUE SERÁ SEU ORIENTADOR
2. IDENTIFIQUE AS 10 FAMÍLIAS QUE VISITARÁ NA ÁREA
3. ORGANIZE SUA AGENDA COM O ACS (DIAS E TURNOS) EM QUE FARÁ SUAS VISITAS
4. AO CHEGAR NA CASA SE APRESENTE E PEÇA PERMISSÃO PARA O TRABALHO. APRESENTE O TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO
5. FAÇA A ENTREVISTA SOBRE OS DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS COM UM MEMBRO > DE 15 ANOS
6. EM SEGUIDA FAÇA AS PERGUNTAS SOBRE MORBIDADE PARA OS MAIORES DE 15 ANOS (NO MÁXIMO 5 PESSOAS) PRESENTES NA RESIDÊNCIA NO MOMENTO
7. AGRADEÇA APARTICIPAÇÃO DAS PESSOAS ENTREVISTADAS
8. APÓS FINALIZAR AS ENTREVISTAS DE CADA DIA, REVISE SUAS FICHAS ANTES DE ENTREGAR. CASO PRECISE RETORNAR À ALGUMA FAMÍLIA PODERÁ FAZÊ-LO ANTES DO FINAL.
9. O PRAZO FINAL PARA ENTREGA DAS FICHAS PREENCHIDAS SERÁ 31 DE OUTUBRO DE 2006.
10. AS PRÓXIMAS ETAPAS SERÃO PLANEJADAS E ACORDADAS COM VOCÊS EM BREVE.
11. SE TIVER SUGESTÕES ENVIE PARA PROFa LORENE PINTO lorene@ufba.br OU PROF. TAVARES-NETO tavaneto@ufba.br

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

PODEREMOS OFERECER UMA IMPORTANTE CONTRIBUIÇÃO PARA OS ENVOLVIDOS COM A SAÚDE DAS PESSOAS (SERVIÇOS E FORMAÇÃO PROFISSIONAL)

BOM TRABALHO

ANEXOS 8, 9 e 10

FICHAS DE CONTROLE E ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO (ARTIGO 4)

ANEXO 8

FICHA DE CONTROLE E ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

FICHA 2 CONTROLE EQUIPE 1
ESTUDO MORBIDADE E CUIDADO

ACS	ALUNOS	EMAIL	Material
ROMANA	Ubenício Dias	ubeniciojunior@gmail.com	Sim
144	Roberta Barone	roberta_digital@yahoo.com.br	Sim
9135 9545	Renata Barros	natabsantos@yahoo.com.br	Sim
	Ana Paula Cruz	binhanutri@yahoo.com.br	Sim
	Phillipe Mansur	phillipemansur@yahoo.com.br	Sim
	Janaína Jabur	janajabur@yahoo.com.br	sim
DAVINO	Erico Cardoso Neto	cardosoneto@ig.com.br	sim
150	Gustavo Cardoso	cardoso.gustavo@ig.com.br	sim
	Patrícia Mineiro	patty_mineiro@yahoo.com.br	sim
SELMARA	Jamile Almeida	mileas18@yahoo.com.br	Sim
146	Fernanda Correia	frcorreia@yahoo.com.br	Sim
8888 5823	Maria Guerreiro	mcguerreiro55@gmail.com	Sim
	Carina Rios	cacarios@yahoo.com.br	Sim
	Lua Dultra	luadultra@gmail.com	Sim
SUELY			
133	Jorge Augusto	jorginho_sp@yahoo.com.br	Sim
SORAIA	Mariana Rodamilans	marianarodamilans@hotmail.com	Sim
148	Valdir Cerqueira	valdir_cerq@yahoo.com.br	Sim
ANA CLAUDIA	Férias		
143			
864			
TOTAL	17		

ANEXO 9

FICHA DE CONTROLE E ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

FICHA 2 CONTROLE EQUIPE 2
ESTUDO MORBIDADE E CUIDADO

ACS	ALUNOS	EMAIL	Material
VANUSA	Cândida Lima	limacandy@yahoo.com.br	Sim
143	Gustavo Guerra	mel-gustavo@yahoo.com.br	Sim
PATRICIA	Milena Maia	milenanmaia@yahoo.com.br	Sim
150	Priscilla Cordeiro	xiprila_rios@yahoo.com.br	Sim
8104 9732	Sarah Silva	sarah_silv@yahoo.com.br	Sim
	Viviane Oliveira	vivianefamed@yahoo.com.br	Sim
	Thiago Cavalcanti	tpcmedicina@yahoo.com.br	Sim
ROBERTO	Marina Farani	marinafarani@yahoo.com.br	Sim
151	Milena Mendonça	milamendonca@gmail.com	Sim
8809 5094	Ana Júlia Marinho	ana_julia_m@hotmail.com	Sim
	Verônica Souza	vecaporto@yahoo.com.br	Sim
	Maurício Lima	maufamed2005@yahoo.com.br	sim
SILVANA	Rodrigo Matos	rodrigo_smatos@yahoo.com.br	Sim
9913 4851	Elton Macedo	elton_macedo@yahoo. com.br	Sim
134	Lauro Reis	laurorsantana@yahoo.com.br	Sim
	Mateus Boaventura	mateusboaventura@yahoo.com.br	sim
ANA NERY	Maria Dias	mariadias@gmail.com	Sim
145	Leonardo Almeida	leonardobalmeida@gmail.com	Sim
8161 4860	Carla Nogueira	carlasantosnogueira@yahoo.com.br	sim
	Grazielle Cerqueira	graziellecerqueira@gmail.com	sim
ALEXANDRA	Cristiane Andrade	cris_x_x@yahoo.com.br	Sim
146	Tercia Reis	terciareis@gmail.com	Sim
9161 4045	Rodrigo Mota	rodrigosmota@gmail.com	sim
	Lorena Oliveira	lore.lpo@gmail.com	sim
869			
Total	24		

ANEXO 10

FICHA DE CONTROLE E ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

FICHA 2 CONTROLE EQUIPE 3
ESTUDO MORBIDADE E CUIDADO

ACS	ALUNOS	EMAIL	Material
JOSÉLIA	Sidinéia Rocha	sidineiarocha@yahoo.com.br	sim
9908 5417	Talita Gonzaga	taligcosta@yahoo.com.br	Sim
130	Cláudia Patrícia	claudia_patricia_alves@yahoo.com.br	Sim
FRANCIELE	Leandra Chaves		sim
141			
MHELENA	André Luis Sousa	alb_sousa@yahoo.com.br	sim
130			
MARCOS	Ciro de Santana	cirosanfi@yahoo.com.br	Sim
152	Rodolfo Queiroz	dofoqueiroz@yahoo.com.br	Sim
SIMONE	Vanessa Dortas	vanessadortasmed@oi.com.br	Sim
147			
SHEILA	Agnaldo Viana	guinaldo_@hotmail.com	Sim
138	Bruno Trindade	mc.bruno@gmail.com	Sim
8874 3785	Alvino Alves	alvino_jaf@yahoo.com.br	Sim
	Juliano Carlos	jcralves2@gmail.com	Sim
	Daniel Rosa	danielclr@hotmail.com	Sim
	Lucas Nascimento	lnlnascimento@yahoo.com.br	Sim
838			
TOTAL	14		

ANEXO 11

Unidade de Saúde da Família do Garcia – Salvador-BA
Componentes das equipes

ANEXO 11

Unidade de Saúde da Família do Garcia – Salvador-BA
Componentes das equipes

EQUIPE 03 – ARCO DO GARCIA
Ana Nilza de Freitas – MÉDICA
Laudelina Almeida dos Santos – ENFERMEIRA
Dionéa Alves Carneiro- AUX. ENFERMAGEM
Cleide Selma Miranda Ferreira – AUX. ENFERMAGEM
Ellis Rosa de Almeida Souza – ODONTÓLOGA
Domingas dos Santos Fagundes – ACD
Maria Helena Teixeira de Jesus – ACS
Francielen Damas Pereira – ACS
Josélia da Paixão Assis – ACS
Marcos Luis Carvalho Santos – ACS
Sheila Armênia Souza de Jesus – ACS
Simone Santos Oliveira – ACS

EQUIPE 02 – MARQUÊS DE OLINDA
Soraya Cristina da Silva Badaró – MÉDICA
Carine Prates Barbosa – ENFERMEIRA
Gilmara Cardoso de Souza – AUX. ENFERMAGEM
Lucineide Ferreira dos Santos – AUX. ENFERMAGEM
Domingas dos Santos Fagundes – ACD
Mariluzia Egidia dos Santos – ACD
Márcia de Souza Pinto Tavares – ODONTÓLOGA
Roberto Silva de Aragão – ACS
Vanuza de Jesus – ACS
Alexandra Rodrigues Silva – ACS
Silvana Nunes Menezes Conceição – ACS
Ana Nery do Lago Santos – ACS
Patrícia Macedo de Jesus – ACS

EQUIPE 01 – FAZENDA GARCIA
Alessandra Cantharino Granjo – MÉDICA
Rosângela Maria Vargas Magalhães – ENFERMEIRA
Dilza América Barbosa – AUX. ENFERMAGEM
Andréa Santos Lima – AUX. ENFERMAGEM
Márcia de Souza Pinto Tavares – ODONTÓLOGA
Mariluzia Egidia dos Santos – ACD
Suely Oliveira de Santana – ACS
Selmara de Oliveira Borges – ACS
Davino Francisco Pontes – ACS
Patrícia Jesus de Melo – ACS
Romana Maria de Jesus da Silva – ACS
Soraia Maria Fonseca Marques – ACS

ANEXO 12

ALUNOS DE GRADUAÇÃO QUE REALIZARAM AS ENTREVISTAS

ANEXO 12

ALUNOS DE GRADUAÇÃO QUE REALIZARAM AS ENTREVISTAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde
PROGRAMA VOLUNTÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (PVIC)
PROGRAMA DE ALUNOS ESPECIAIS - DOCENTES (PAED)

PROJETO BUSCA PELO CUIDADO À SAÚDE NO GARCIA

SET A DEZ 2006

NOME COMPLETO DO ALUNO PVIC	MATRÍCULA	DOCENTE PAED
1. AGNALDO VIANA PEREIRA NETO	200411056	ICF Freitas
2. ALVINO JOSÉ ALVES FILHO	200410991	HC Guimarães
3. ANA JÚLIA SANTIAGO MARINHO	200411000	IC Freitas Guimarães
4. ANA PAULA DA SILVA CRUZ	200320585	WA Cavalcante
5. ANDRÉ LUIS BASTOS SOUSA	200320471	RT Braga Filho
6. BRUNO MEIRA CASTRO TRINDADE	200410990	RVS Brim
7. CÂNDIDA LIMA	278810 FTC	CA Menezes
8. CARINA SANTOS RIOS	200411050	A Fauth
9. CARLA SANTOS NOGUEIRA	200311076	AFJ Vinhaes
10. CIRO DE SANTANA	200611061	Lorene Pinto
11. CLAUDIA PATRICIA SILVA ALVES	200320499	AGL Godinho
12. CRISTIANE AZEVEDO DE ANDRADE	200320505	CF Lopes
13. DANIEL CÂNDIDO LADEIA ROSA	200510800	DS Barata
14. ELTON DE LIMA MACÊDO	200410995	CA Menezes
15. ERICO CARDOSO NETO	EBMSP	Lorene Pinto
16. FERNANDA RAMOS CORREIA	200411010	PET-Medicina
17. GRAZIELLE CERQUEIRA DE CARVALHO	200220439	AFJ Vinhaes
18. GUSTAVO GUERRA	28065 FTC	CAMenezes
19. GUSTAVO ARAÚJO CARDOSO	EBMSP	Lorene Pinto
20. JAMILE ALMEIDA SILVA	200411012	PET-Medicina
21. JANAINA LEITE JABUR	200420500	M Neves
22. JORGE AUGUSTO DA SILVA PEDREIRA	200420514	MC Neves
23. JULIANO CARLOS RIBEIRO ALVES	200411026	VLO Alves

24. LAURO REIS SANTANA	200211120	SB André
25. LEANDRA CHAVES SILVA	EBMSP	Lorene Pinto
26. LEONARDO BRITO DE ALMEIDA	200220455	M Neves
27. LORENA PEREIRA DE OLIVEIRA	200311034	WB D'Almeida
28. LUA SÁ DULTRA	200410985	CC Cuevas
29. LUCAS NASCIMENTO LAGO	200411046	R Brim
30. MARIA CARDOSO GUERREIRO COSTA	200411013	AMV Bittencourt
31. MARIA ALMEIDA DIAS	200220449	PAJ Santos
32. MARIANA FREIRE RODAMILANS	200520838	CF Lopes
33. MARINA CUMMING FARANI	200411027	HC Guimarães
34. MATEUS BOAVENTURA DE OLIVEIRA	200411006	AFJ Carneiro
35. MAURICIO FERNANDO LIMA SANTOS	200411060	C Menezes
36. MILENA MENDONÇA DE SANTANA	200411032	IC Freitas
37. MILENA NOBRE MAIA	200420487	W Cavalcante
38. PATRÍCIA MINEIRO DE OLIVEIRA	200420534	M Neves
39. PHILLIPE PAULO ARAÚJO M. GOMES	200510794	MP Neves Jr
40. PRISCILLA CARNEIRO RIOS CORDEIRO	200420540	WA Cavalcante
41. RENATA BARROS DOS SANTOS	200320588	WA Cavalcante
42. ROBERTA BARONE LEITE	200320587	W Cavalcante
43. RODOLFO QUEIROZ	200611026	Lorene Pinto
44. RODRIGO SANTOS MATOS	200410994	AFJ Vinha e
45. RODRIGO DE SOUSA MOTA	200211117	PA Jesuíno
46. SARAH DE QUEIROZ SILVA	200420538	WA Cavalcante
47. SIDINÉIA SANTOS DA ROCHA	200320482	NMB Carneiro
48. TALITA GONZAGA COSTA	200320481	AFJ Vinhaes
49. TÉRCIA VILASBOAS REIS	200211106	PA Jesuíno
50. THIAGO PEREIRA CAVALCANTI	200420504	H Maia Filho
51. UBENICIO SILVEIRA DIAS JÚNIOR	200520791	L Schiper
52. VALDIR CERQUEIRA DE S. FILHO	200520823	CF Lopes
53. VANESSA DORTAS MARTINS DE JESUS	200510792	JLS Calabrich
54. VERONICA PORTO SOUZA	200411003	J Siqueira
55. VIVIANE SANTOS DE OLIVEIRA	200420555	PET-Medicina