



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

A relação do estudante de medicina da Universidade Federal da Bahia com a atenção primária à saúde

Felipe Dantas Leiro

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Leiro, Felipe Dantas

L531 A relação do estudante de medicina da Universidade Federal da Bahia com a atenção primária à saúde / Felipe Dantas Leiro. Salvador: FD, Leiro, 2014.

vii; 60 fls.

Professor orientador: Leandro Dominguez Barretto.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1 . Atenção primária à saúde. 2.Educação médica. 3. Educação de graduação em Medicina. I. Barretto, Leandro Dominguez. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 614.39



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

A relação do estudante de Medicina da Universidade Federal da Bahia com a atenção primária à saúde

Felipe Dantas Leiro

Professor orientador: **Leandro Dominguez Barretto**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

Monografia: *A relação do estudante de Medicina da Universidade Federal da Bahia com a Atenção Primária à Saúde*, de **Felipe Dantas Leiro**.

Professor orientador: Leandro Dominguez Barretto

COMISSÃO REVISORA:

- **Leandro Dominguez Barretto** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Medicina da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Lílian Carneiro de Carvalho**, Professora do Departamento de Medicina da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Selma Alves Valente do Amaral Lopes**, Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

“Não se pode reformar a instituição se anteriormente as mentes não forem reformadas;
mas não se podem reformar as mentes se a instituição não for previamente reformada.
Existe aqui uma impossibilidade lógica, mas é desse tipo de impossibilidade que a vida
se nutre.”

Edgar Morin

Dedico este trabalho a **Neide Dantas** e **Marco Dantas**, que sempre estiveram e sempre estarão comigo em cada passo da minha jornada; aos antigos companheiros do DAMED e à Liga de Atenção Primária à Saúde, que me ajudaram a enxergar que não existe um único caminho a ser seguido e me dão forças quando lutar parece impossível; e a todos os profissionais que se dedicam a construir a Atenção Primária à Saúde neste país.

EQUIPE

- Felipe Dantas Leiro, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: leiro.fd@gmail.com;
- Leandro Dominguez Barretto, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu professor orientador, **Leandro Dominguez Barretto**, pelas orientações acadêmicas mas, principalmente, pela atenção, cuidado e compreensão investidos para a realização deste trabalho.
- ◆ Aos colegas que aceitaram participar da pesquisa, sem os quais ela não seria possível.
- ◆ Ao professor **José Tavares-Neto**, pela dedicação e compromisso com a formação científica dos estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS	2
I. RESUMO	4
II. OBJETIVOS	5
III. INTRODUÇÃO	6
III.1. Histórico da atenção primária à saúde e sua relação com a educação médica	6
III.2. Princípios norteadores da atenção primária à saúde no Brasil	12
IV. METODOLOGIA	17
V. RESULTADOS	19
V.1. Aspectos relacionados às atividades curriculares em geral	19
V.2. Aspectos diretamente relacionados ao ensino da atenção primária à saúde	22
VI. DISCUSSÃO	39
VII. CONCLUSÕES	43
VIII. SUMMARY	44
IX. REFERÊNCIAS	45
X. ANEXOS	49
•ANEXO I: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	49
•ANEXO II: Instrumento de coleta de dados	50
•ANEXO III: Parecer do comitê de ética em pesquisa	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICOS

Gráfico 1: Tempo de permanência em um mesmo ambulatório	16
Gráfico 2: Frequência de acompanhamento de retorno de paciente no mesmo ambulatório	17
Gráfico 3: Frequência de observação de vínculo bidirecional com o paciente	17
Gráfico 4: Percentual de ambulatórios especializados	18
Gráfico 5: Frequência de atividades acadêmicas com estudantes/profissionais de outras áreas	18
Gráfico 6: Atividades realizadas com profissionais de outras áreas	19
Gráfico 7: Estudantes que conheceram espaços no território que poderiam servir como rede de apoio aos usuários atendidos na USF	19
Gráfico 8: Frequência de utilização de localidades do território para realizar atividades relacionadas ao serviço de saúde	20
Gráfico 9: Frequência de realização de visitas domiciliares	20
Gráfico 10: Frequência de participação em conselho gestor da Unidade de Saúde da Família	21
Gráfico 11: Frequência de realização de atividades de conscientização/incentivo à participação popular	21
Gráfico 12: Frequência de contato com instâncias formais de controle social	22
Gráfico 13: Relação dos estudantes com algum movimento social da comunidade	22
Gráfico 14: Você considera os conteúdos teóricos e práticos da Atenção Básica relevantes para a sua formação?	23
Gráfico 15: Você considera importante formar mais médicos dispostos a atuar na Atenção Primária à Saúde?	23
Gráfico 16: Na sua percepção, como foi sua inserção na atenção básica à saúde em atividades curriculares?	23
Gráfico 17: Você pretende atuar na Estratégia de Saúde da Família após concluir a graduação?	24
Gráfico 18: Grau de segurança para atuar na Atenção Básica quando concluir a graduação	25

TABELAS

Tabela 1: Atividades extracurriculares relacionadas à Atenção Primária à Saúde realizadas pelos estudantes 19

I. RESUMO

A RELAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Introdução:

O modelo biomédico teve uma grande ascensão durante o século XX, mas apresentou diversos problemas. Dessa forma, começaram a ser debatidos novos paradigmas para a atenção à saúde das populações, destacando o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como base dos sistemas de saúde. Ocorreram mudanças em vários países do mundo, e no Brasil esse movimento culminou com a criação do Sistema único de Saúde (SUS). Dessa forma, fizeram-se necessárias mudanças na formação dos profissionais de saúde, e, no caso da medicina, vários órgãos se organizaram para desenvolver as Novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina. Nesse contexto, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FMB-UBA) iniciou concretamente em 2007 mudanças curriculares para atender essas diretrizes. **Objetivo:** Entender como se dá a relação do estudante da FMB-UFBA com a Atenção Primária à Saúde através da percepção dos próprios estudantes sobre diversos aspectos do curso médico, relacionados direta ou indiretamente à APS. **Métodos:** Estudo qualitativo de corte transversal baseado na aplicação de questionários enviados por meio eletrônico aos estudantes matriculados nos 5º e 6º anos da FMB-UFBA e em observações do autor. **Resultados:** Maior parte dos estudantes tiveram uma prática ambulatorial prioritariamente voltada às especialidades e com pouca longitudinalidade, além de fraca integração com estudantes e profissionais de outras áreas durante o curso médico. A inserção na APS tem diversos problemas e maioria dos estudantes a avaliou como de baixa qualidade, porém 77% se sentem seguros para atuar na APS após concluir a graduação. Por fim, maioria dos estudantes considera importante formar mais médicos dispostos a atuar na APS e vêm a mesma como possível local de atuação, ainda que temporária. **Conclusões:** Várias mudanças ainda são necessárias para adequar o currículo da FMB-UFBA às diretrizes nacionais em diversos aspectos. A inserção dos estudantes na APS ainda é precária e maioria dos estudantes a avaliaram mal.

Palavras-chave: 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação Médica. 3. Educação de Graduação em Medicina

II. OBJETIVOS

II.1. GERAL

Entender como se dá a relação do estudante da FMB-UFBA com a Atenção Primária à Saúde através da percepção dos próprios estudantes sobre diversos aspectos do curso médico, relacionados direta ou indiretamente à APS.

II.2. ESPECÍFICOS

II.2.1. Compreender o processo de adequação do currículo de graduação em Medicina da FMB/UFBA a aspectos das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina de 2001 relacionados direta ou indiretamente à Atenção Primária à Saúde.

II.2.2. Avaliar a satisfação dos estudantes com o ensino teórico e prático de Atenção Primária à Saúde na FMB/UFBA

II.2.3. Analisar a qualidade da inserção do estudante da FMB/UFBA na rede de Atenção Primária à Saúde e na Comunidade

II.2.4. Contribuir com a consolidação da transformação curricular de graduação em medicina da FMB/UFBA

III. INTRODUÇÃO

III.1 Histórico da atenção primária à saúde e sua relação com as mudanças na educação médica

Durante o século XX, o relatório Flexner serviu como base para a padronização do ensino nas escolas de medicina, inicialmente nos Estados Unidos, mas estendendo suas ideias a vários países do mundo. Esse relatório estava contextualizado nos grandes avanços tecnológicos da época e crescimento da indústria farmacêutica, que passou a exercer forte pressão sobre instituições e governos, contribuindo para um movimento global de expansão das redes de hospitais, incentivo à realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico e à prescrição de medicamentos. Assim, este relatório propunha, entre outras medidas, o estudo da medicina centrado na doença, com o hospital sendo a principal instituição de transmissão do conhecimento médico, que deveria ser estritamente científico, baseado em observação e experimentação. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contavam para o ensino médico e não eram considerados implicados no processo de saúde-doença¹.

Porém, esse modelo biomédico de atenção à saúde, baseado na doença e centrado na figura do médico e no hospital logo deu sinais da sua ineficácia. Foucault², em discurso no ano de 1974, afirma que a chamada “crise da medicina” é fruto de um processo que se inicia no século XVIII:

“... foi um progresso tecnológico vertiginoso, no momento em que se produzia uma grande mutação política, econômica, social e jurídica da medicina. A partir desse momento se estabelece a crise, com a manifestação simultânea de dois fenômenos: o avanço tecnológico importante, que significou um progresso capital na luta contra as doenças, e o novo funcionamento econômico e político da medicina, conduzir, de maneira alguma, ao maior bem-estar sanitário que caberia esperar ...”

(Foucault², 1974)

De fato, na segunda metade do século XX, com o crescimento das populações e agravamento das desigualdades sociais, destacam-se, a despeito dos avanços tecnológicos da medicina, graves problemas de natureza sanitária, como desnutrição, doenças infecto-parasitárias e aumento da mortalidade infantil, especialmente em países subdesenvolvidos. O modelo biomédico mostrou-se extremamente caro e inacessível

para maior parte da população, além de oneroso ao Estado. Isso deu forças a debates de propostas alternativas de atenção à saúde.

Um grande marco internacional no debate de novos paradigmas na medicina ocorreu em 1978: a realização Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (APS) - a Conferência de Alma-Ata (cidade do Cazaquistão onde foi realizada). Entre os questionamentos levantados na conferência, duas linhas tiveram destaque: (1) a crítica à abordagem ineficaz dos programas de combate a endemias e doenças transmissíveis da OMS, e (2) a necessidade de uma nova abordagem em atenção à saúde, com destaque para os determinantes sociais do processo saúde-doença, em contrapartida ao modelo biomédico existente. Neste evento, foi aprovada a Declaração de Alma-Ata, que afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos e reiterando a saúde como direito humano fundamental. Adicionalmente, caracteriza a Atenção Primária à Saúde como³:

“... atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, e destaca seu papel central em um sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, ratificando a necessidade de associação com a intervenção em outros setores estratégicos (como educação e saneamento, por exemplo). Deve representar o primeiro nível de contato com o sistema de saúde e levar a atenção à saúde o mais próximo de onde as pessoas residem e trabalham, oferecendo serviços de proteção, cura e reabilitação direcionados aos principais problemas de saúde da comunidade.”

(Giovanella, 2008)

Aliados a essa nova maneira de enxergar a saúde, também começaram a surgir novas propostas de transformações na educação médica. Em reuniões internacionais, foram considerados obsoletos muitos dos critérios estabelecidos até então como requisitos mínimos para o funcionamento das escolas, e em substituição àqueles se preconizou um modelo prospectivo, destacando-se os seguintes aspectos: o ponto de partida para o processo formativo reside no processo de atenção à saúde; deve haver a superação das dicotomias teoria/prática, básico/ clínico e preventivo/curativo; precisam existir a

integração multidisciplinar e a inserção do processo de ensino em toda a rede de serviços.⁴

No Brasil, o processo foi semelhante. Naquele momento, o quadro sanitário brasileiro dava mostras de agravamento, sendo ilustrativos o aumento da mortalidade infantil e a explosão da epidemia de meningite meningocócica. O sistema de atendimento, por sua vez, não respondia efetivamente aos problemas de saúde da população, caracterizando-se principalmente como curativo e hospitalar, com baixa cobertura e desigualdade de acesso aos serviços, alto custo, baixas produtividade e qualidade, gestão centralizada e descoordenada.⁵ Nesse ínterim, vários segmentos sociais deram volume às discussões sobre saúde no país, antes restritas aos sanitaristas. Profissionais e estudantes de saúde, movimentos sociais e partidos políticos passaram a se organizar no que se denominou “movimento sanitário”, que no contexto de redemocratização do país dos anos 80 ganhou forças e culminou na elaboração do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Assim, em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento que reuniu vários segmentos da sociedade que apontaram a necessidade de uma transformação profunda na saúde do país. Esta transformação deveria iniciar pelo modo de conceber a saúde, entendendo-a como resultante das condições de vida, passando pela sua incorporação como direito de cidadania e por uma ampla reformulação do sistema de atendimento, visando corrigir as distorções existentes na gestão e no modelo de assistência, estabelecendo um Sistema Único de Saúde (SUS), sob controle social e com garantia de fontes de recursos para o seu financiamento.⁶

O SUS foi concretizado com a promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988, que trazia a concepção que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Contudo, o projeto original de sistema único foi modificado, permitindo a presença de um sistema complementar de saúde e atuação regulamentada do poder privado sobre a saúde. Apesar disso, o SUS se constitui na maior conquista para a saúde no país, e trouxe numerosos avanços. Entre eles, podemos destacar o papel da Atenção Primária à Saúde como central no sistema de saúde que passa a ser universal, ou seja, todo cidadão em território nacional tem direito a acessar seus serviços. Nesse contexto, é criado em 1993 o Programa de Saúde da Família (que mais tarde se torna a Estratégia de Saúde da Família), como ferramenta para reorganização do modelo de atenção. O programa surgiu a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que expandiu a cobertura dos serviços de saúde para áreas mais pobres, experiência a partir da qual se percebeu a importância de conceber a família como unidade de ação e agir

principalmente na esfera da prevenção. O PSF tem como objetivo geral: “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”.⁷ As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.⁸

Com relação aos recursos humanos, a consolidação do PSF estava condicionada à existência, nos serviços, de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados ao novo modelo, capazes de uma prática multiprofissional e interdisciplinar, preparados para este novo processo de trabalho.⁹ Para que haja mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional, ou seja, “para uma nova estratégia, um novo profissional”, salientando que, se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia a dia.¹⁰ Logo, em 1997, foram propostos no Ministério da Saúde os “Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para o Programa de Saúde da Família”, espaços de articulação entre serviços e instituições de ensino superior com a missão de implementar processos de capacitação destinados aos profissionais do Programa. Nesse contexto, surgem também os movimentos para repensar o ensino superior em saúde, incluindo o de medicina. Afinal, se o Programa de Saúde da Família, como estratégia para a reorganização do modelo de atenção, está criando um mercado real de 20 mil postos médicos, este mercado exige um profissional com outro perfil, outras habilidades e outras atitudes.¹¹

Assim, já em 1991, é criada a CINAEM (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico), com os objetivos de: (1) Avaliar o Ensino Médico brasileiro, visando sua qualidade para atender às necessidades médico-sociais da população; (2) Propor medidas de curto, médio e longo prazo que venham sanar as deficiências hoje encontradas; (3) Criar mecanismos permanentes de avaliação das Escolas Médicas; (4) Criar mecanismos para desenvolver programas de Educação Médica Continuada, segundo consta na ata da 1ª reunião da CINAEM, em 1991. Apesar de também voltar-se para a esfera do ensino da técnica, segundo Merhy e Aciole¹²

“... a maior contribuição da CINAEM foi na esfera ideológica, já que exigiu a definição objetiva e precisa das características do médico que se deseja formar, da escola médica necessária para esta formação, do processo de formação compatível a ser adotado e dos docentes para esta tarefa, bem como do processo de avaliação para julgar e corrigir a trajetória das mudanças.”

(Merhy e Aciole¹²)

Na mesma década, passam a ser recorrentes nos congressos da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) temas como: “a transformação e integração na educação médica” (1996); “política de saúde e educação médica no Brasil” (1997); “o novo ensino médico e a sociedade brasileira” (1998); e “abrindo espaço para a transformação da educação médica” (1999). Como resultado dos debates desse período e do trabalho da CINAEM, é aprovada em 2001 a resolução do Conselho Nacional de Educação¹³ que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que orienta a formação de médicos com valores de solidariedade e cidadania, que exerçam a profissão de acordo com as necessidades da população, como exemplificado no Inciso I do Artigo 4º:

“**Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.”

(Conselho Nacional de Educação¹³, 2001)

Além disso, as Novas Diretrizes propõem também ênfase na atenção primária e atuação na prevenção de doenças e promoção da saúde, como descrito nos seguintes incisos do artigo 5º:

“**II** - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;”

“**XII** - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;”

“**XIII** - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte”

(Conselho Nacional de Educação¹³, 2001)

A partir de então surge o movimento de várias escolas de medicina do país para adequar o seu currículo às novas Diretrizes Nacionais. A Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FMB/UFBA), através de mobilização estudantil encabeçada pelo Diretório Acadêmico de Medicina (DAMED), adere a esse movimento e em 2007 lança seu “Novo Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da FMB/UFBA”,¹⁴ iniciando concretamente seu processo de transformação curricular, que ainda está em curso. Além de orientar modificações técnico-pedagógicas para melhor aproveitamento do processo ensino-aprendizagem, esse documento norteia as mudanças necessárias para aproximar a formação dos médicos à realidade do SUS e às reais necessidades da população, bem como conferir-lhes uma formação ética e, para além dos conhecimentos técnicos, construtora de cidadania, como evidenciado no “Perfil do Egresso” apresentado no documento:

“O médico é um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capaz de intervir e resolver problemas associados às doenças mais prevalentes, tanto no âmbito da prevenção, como da promoção e da reabilitação, em indivíduos e coletividade, de forma integral e humanizada, dentro dos mais altos padrões de qualidade e da ética. [...] considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto social em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis e as medidas mais eficazes; compromete-se com a defesa da vida em todas as suas formas e situações, atuando com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.”

(Formigli et al¹⁴, 2010)

Adicionalmente, o novo Projeto Político-Pedagógico (PPP) traz a necessidade de desenvolvimento de competências voltadas para ações prioritariamente focadas no atuação na atenção básica, numa perspectiva de atuação interdisciplinar, centrada na saúde (e não na doença), abrangendo as esferas da prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, buscando formar médicos efetivamente preparados para atuarem na consolidação do Sistema Único de Saúde.

III.2 Princípios norteadores da atenção primária à saúde no Brasil

A atenção primária à saúde, enquanto estratégia de reorganização do modelo de atenção em diversos sistemas de saúde no mundo, é organizada de forma diferenciada de acordo com as peculiaridades de cada país. No Brasil, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Ministério da Saúde¹⁵, 2012), podemos caracterizar a APS por:

“... um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.”

(Ministério da Saúde¹⁵, 2012)

Assim, podemos destacar alguns fundamentos importantes da organização da APS no país, a saber: (1) Atuação sobre um território, (2) constituir-se como porta de entrada com acesso universal ao sistema de saúde, (3) desenvolver relações de vínculo e corresponsabilização pela atenção e promover a longitudinalidade do cuidado, (4) promover a integralidade em suas várias dimensões e (5) estimular a participação dos usuários e o controle social dos serviços de saúde. Alguns desses fundamentos serão descritos a seguir na tentativa de promover maior entendimento sobre as peculiaridades da nossa APS.

Em relação à noção de território, seu conceito não é único e abrange várias interpretações possíveis, cabendo destacar as ideias de Casanova e Oliveira¹⁶, que definem o território “enquanto um espaço geográfico, mas também social e político, que se encontra em permanente transformação, onde vivem grupos sociais definidos, em que

se integram e interagem as condições de trabalho, de renda, de habitação, de educação, o meio ambiente, a cultura e as concepções acerca da saúde e da doença.”

Assim, podemos entender o papel central da atuação em território como característica de um modelo de atenção direcionado à promoção de saúde, o que requer a consideração do indivíduo como sujeito em um campo ativo de vida, compartilhada com outros e construída coletivamente; um indivíduo que é resultante de suas sociabilidades e trajetórias biográficas particularizadas.¹⁷ Concluimos, então, que “os territórios apresentam, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, mas também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção.”¹⁸ Dessa forma, apenas ampliando-se a visão do profissional de saúde, antes restrita aos corpos individuais, para uma visão sobre o território é que se pode compreender o acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de sofrimento, sendo seu reconhecimento um passo básico para caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.¹⁹

Outros conceitos fundamentais que devem ser compreendidos são os de vínculo e longitudinalidade. A Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde¹⁵, 2012) traz, de forma simplificada, os conceitos de vínculo e longitudinalidade, respectivamente, como:

“A construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.”

e

“A continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.”

(Ministério da Saúde¹⁵, 2012)

Contudo, as definições de vínculo e longitudinalidade, assim como a de território, são diversas e complementares entre si. Por exemplo, Cecílio²¹ pontua que “o vínculo, mais

do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades.”

Em uma revisão da literatura com objetivo de se analisar os diferentes conceitos de longitudinalidade, Cunha e Giovanella²¹ encontraram diferentes dimensões atribuídas ao termo: uma dimensão informacional, que estaria relacionada ao conjunto de informações médicas e sociais sobre cada paciente, gerenciada pela equipe de atenção básica e disponibilizada para todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado do indivíduo; uma dimensão gerencial, em que se estabelece uma unidade onde o indivíduo deve receber maior parte dos cuidados em saúde e a equipe se responsabilizaria pela coordenação do cuidado, de forma que o mesmo sintasse familiarizado com o ambiente e o identifique como referência ao longo do tempo; e por fim uma dimensão interpessoal, que seria a relação profissional-paciente onde o paciente confia no profissional e o tem como referência para a atenção à saúde, esta última dimensão muito próxima ao conceito de vínculo proposto pela PNAB.

Diante do exposto, percebe-se que as definições de vínculo e longitudinalidade são complexas e estão interconectadas, assim como a sua aplicação na prática da APS, que por sua vez é elemento de extrema importância para um processo de cuidado centrado nos sujeitos e pautado na integralidade, além de ampliar a eficácia das ações em saúde, favorecer a coparticipação do usuário, permitir a elaboração de diagnósticos e tratamentos mais precisos, redução de encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção e para realização de procedimentos de maior complexidade.^{22,23}

Quanto à integralidade, o termo também remete a várias significações, que vão desde a noção de “atendimento integral”, que seria a articulação entre promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde, através da intervenção de diversos saberes e ações, passam pela ideia de acesso do indivíduo a serviços de distintos níveis de complexidade e competências a fim de satisfazer o conjunto de cuidados demandados por ele, e, por fim, chegam a conceitos mais elaborados e complexos, relacionados à transdisciplinaridade, à ação intersetorial e promoção da cidadania. Assim, para Cecílio²⁰, a integralidade do cuidado:

“... depende de novas maneiras de pensar e realizar o atendimento em saúde como responsabilidade de cada serviço, em que se inclui, dentre outras coisas: o vínculo como nova forma de interação e comprometimento do

serviço/profissional com a efetividade das respostas; a construção da autonomia das pessoas cuidadas; uma prática encaminhada a partir do reconhecimento de seus modos de andar a vida e de necessidades decorrentes, considerando a sua totalidade humana.”

(Cecílio²⁰, 2001)

Dessa forma, entende-se que a integralidade não deve ser compreendida apenas em relação às demandas em saúde, mas partindo do entendimento dos indivíduos na sua totalidade, que o profissional de saúde deve reconhecer como diferente de si e com necessidades que não se limitam ao conhecimento que instrumentaliza sua profissão²⁴ e assim poder traduzir suas demandas e compreender quais são suas reais necessidades, conforme conceitos trazidos por Cecílio²⁰.

“A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, a demanda é, em boa medida, as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras. As necessidades de saúde [...] podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de se ter maior autonomia no modo de andar a vida, ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Está tudo ali, [...] precisando ser, de alguma forma, escutado, traduzido, pela equipe. Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual.”

(Cecílio²⁰, 2001)

Assim, devemos entender que a busca pela integralidade é constante, uma vez que as necessidades de saúde não são estáticas. É preciso que os profissionais de saúde estejam abertos a escutar e compreender os usuários (e por isso não se pode dissociar as noções de vínculo de longitudinalidade da integralidade) nas suas demandas e necessidades individuais e coletivas, para que a integralidade seja construída cotidianamente, por permanentes interações democráticas dos sujeitos, pautada por valores emancipatórios fundados na garantia da autonomia, no exercício da solidariedade e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter²⁵.

À luz desses conhecimentos sobre a organização da atenção primária à saúde e tendo por base a compreensão dos processos de reorientação dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, tentativa de reorientação da formação dos recursos humanos em

saúde, entendemos que é importante aproximar os estudantes de medicina de aspectos relacionados à APS ainda durante a graduação. Esse estudo busca, 7 anos após a publicação do novo Projeto Político Pedagógico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, analisar como os estudantes dessa escola se relacionam com alguns elementos direta e indiretamente relacionados à APS no curso médico.

IV. METODOLOGIA

IV.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo exploratório de corte transversal. Trata-se de um estudo quali-quantitativo baseado em aplicação de questionário e em observações do próprio autor.

IV.2 POPULAÇÃO

Todos os estudantes regularmente matriculados no 5º ou 6º ano da graduação de medicina da FMB/UFBA que concordaram em participar do estudo.

Todos os indivíduos que atenderam aos critérios de elegibilidade para inclusão no estudo foram convidados, através de envio de correio eletrônico (e-mails pessoais cadastrados no Núcleo de Formação Científica da FMB/UFBA), a participar voluntariamente da pesquisa após a concordância por meio do termo de consentimento livre e esclarecido.

IV.3 PREPARAÇÃO COMPLEMENTAR DO PROJETO

Foi utilizado questionário para a coleta de dados (anexo I), com perguntas elaboradas a partir da reflexão sobre as referências bibliográficas deste trabalho, agrupadas de acordo com as dimensões a serem analisadas em dois blocos: questões sobre as atividades curriculares em geral (não restritas à atenção primária à saúde) e questões sobre as atividades curriculares diretamente relacionadas com a APS. A coleta dos dados foi iniciada em agosto de 2014, quando os questionários foram enviados por correio eletrônico aos indivíduos que atenderam aos critérios de elegibilidade em duas ocasiões em um período de 30 dias. A aplicação e elaboração virtual dos questionários foram possíveis com a utilização do Google Drive, serviço de armazenamento e sincronização de arquivos da Google (empresa multinacional americana de serviços online e software), de maneira que cada entrevistado recebeu seu questionário por e-mail pessoal e, após concordar com o termo de consentimento livre e esclarecido, o respondiam e automaticamente as suas respostas eram aderidas ao banco de dados da pesquisa.

IV.4 ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de pesquisa com seres humanos, e, portanto aplica-se a Resolução 196/96. A participação foi voluntária e todos os indivíduos só participaram do estudo após concordarem com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (anexo II). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA (CEP- FMB), com parecer favorável emitido em 04/08/2014 (anexo III).

IV.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi organizado um banco de dados com as respostas recebidas, utilizando o programa Excel para Windows®, que foi explorado através das medidas de frequência simples, em especial proporções, de forma a visualizar como os participantes responderam às questões.

IV.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao final do estudo, houve divulgação dos resultado a todos os participantes por correio eletrônico do participantes, adquiridos conforme descrito no item 3.2. A monografia resultante deste trabalho está disponível para consulta no site da FMB/UFBA (www.fameb.ufba.br).

V. RESULTADOS

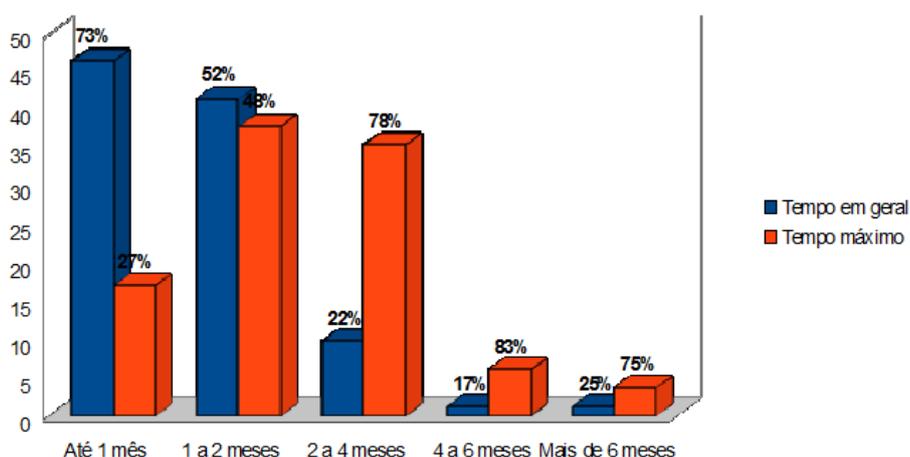
Os questionários foram enviados por via eletrônica duas vezes com intervalo de 15 dias aos discentes vinculados à FMB-UFBA no segundo semestre de 2014, constituindo um total de 30 dias de coleta de dados entre os meses de agosto e setembro de 2014. Os correios eletrônicos foram adquiridos conforme descrito no item 3.2 da metodologia.

Dos 278 questionários enviados, 2 (1,39%) não chegaram ao destinatário pois endereços eletrônicos apresentaram mensagem de erro no envio, 82 (29,49%) participaram da pesquisa e 194 (69,78%) não responderam ao questionário durante o período de coleta e mantiveram-se ausentes da pesquisa.

V.1 ASPECTOS RELACIONADOS ÀS ATIVIDADES CURRICULARES EM GERAL

O primeiro bloco de perguntas do questionário diz respeito às atividades curriculares do curso de uma forma geral, sem necessariamente estar relacionada à atenção primária. Sobre o tempo de permanência em atividades curriculares em um mesmo ambulatório (**Gráfico 1**), 38 estudantes (46,34%) responderam que em geral permaneceram até 1 mês, 34 (41,46%) de 1 a 2 meses, 8 (9,76%) de 2 a 4 meses, 1 (1,22%) de 4 a 6 meses e também apenas 1 (1,22%) permaneceu em geral mais de 6 meses em atividades em um ambulatório. Quanto ao tempo máximo de permanência em atividades no mesmo ambulatório, 14 (17,07%) estudantes ficaram no máximo 1 mês, 31 (37,80%) de 1 a 2 meses, 29 (35,37%) de 2 a 4 meses, 5 (6,10%) de 4 a 6 meses e apenas 3 (3,66%)

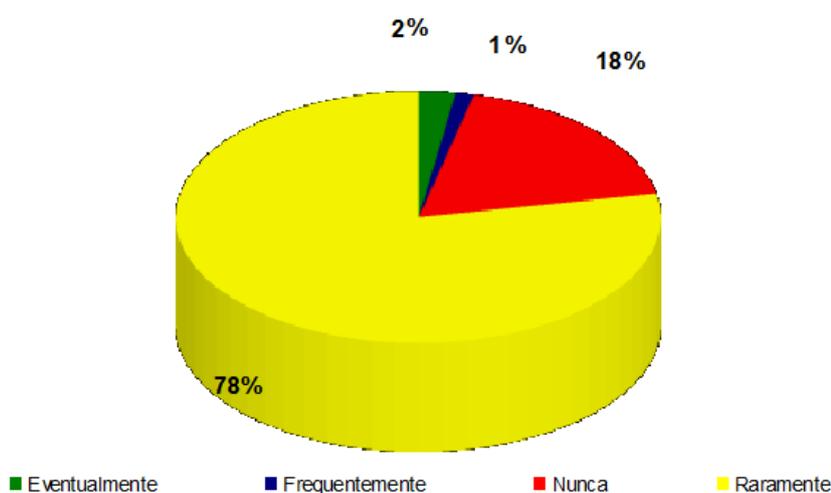
GRÁFICO 1 - TEMPO DE PERMANÊNCIA EM UM MESMO AMBULATÓRIO



estudantes ficaram, em algum momento, mais de 6 meses realizando atividades em um mesmo ambulatório. O tempo em geral de permanência em ambulatório diz respeito à maioria dos ambulatórios frequentados, enquanto que o tempo máximo trata apenas do ambulatório em que o estudante permaneceu mais tempo exercendo atividade curricular.

Sobre a frequência com que puderam acompanhar consultas de retorno dos pacientes em um mesmo ambulatório (**Gráfico 2**), 15 (18,29%) estudantes nunca puderam, 64 (78,05%) raramente, 2 (2,44%) eventualmente e apenas 1 (1,22%) conseguiu acompanhar consultas de retorno frequentemente.

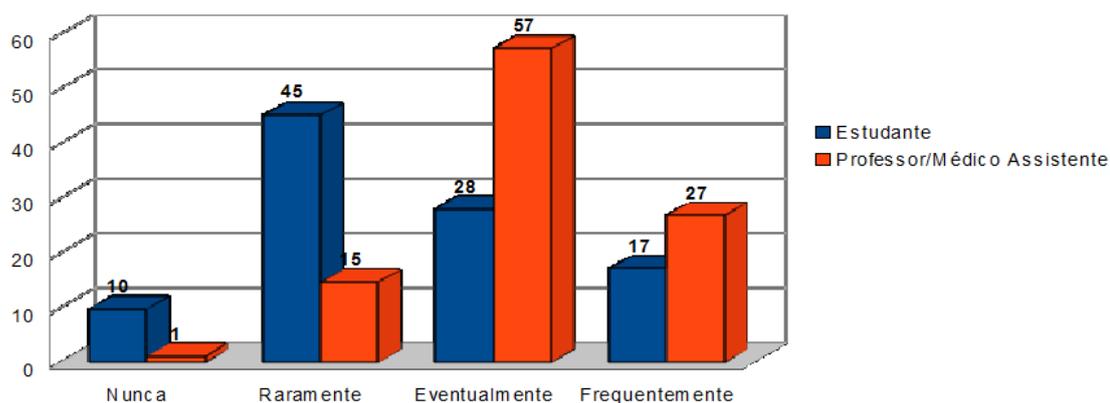
GRÁFICO 2 - FREQUÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO DE RETORNO DE PACIENTE NO MESMO AMBULATÓRIO



Em relação à percepção sobre o estabelecimento de vínculo com os pacientes (**Gráfico 3**), 8 (9,76%) estudantes afirmaram nunca ter conseguido fazê-lo, 37 (45,12%) raramente conseguiram, 23 (28,05%) conseguiram eventualmente e 14 estudantes (17,07%) frequentemente estabeleceram vínculo com os pacientes que tiveram contato. Por outro lado, apenas 1 (1,22%) estudante nunca observou um bom vínculo entre o paciente e o médico assistente/professor, 12 (14,63%) raramente observaram, 47 (57,32%) eventualmente e 22 (26,83%) observaram frequentemente.

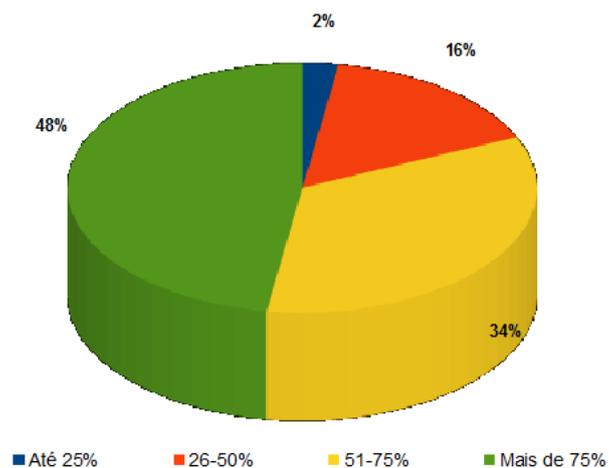
Quando perguntados sobre a proporção entre ambulatórios gerais/especializados, 2 (2%) estudantes consideram que até 25% desses ambulatórios realizavam atendimento especializado, 13 (16%) consideram que até 50%, 28 (34%) consideram que até 75% e 39 (48%) estudantes consideram que mais de 75% dos ambulatórios realizavam atendimento especializado. Os estudantes foram orientados a não considerar

GRÁFICO 3 - FREQUÊNCIA DE OBSERVAÇÃO DA PRESENÇA DE VÍNCULO BIDIRECIONAL COM O PACIENTE



ambulatórios especializados aqueles que realizam abordagem generalista dos pacientes, mesmo que realizados por especialistas (pediatria geral, ginecologia/saúde da mulher, geriatria geral, etc.)(Gráfico 4).

GRÁFICO 4 - PERCENTUAL DE AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS



Em relação à realização de atividades em colaboração com estudantes ou profissionais de outras áreas (Gráfico 5), 4 (5%) estudantes afirmaram nunca ter realizado, 59 (72%) raramente realizaram, 17 (21%) eventualmente e 2 (2%) estudantes frequentemente o fizeram. Os tipos de atividade que foram realizados pelos estudantes nesse contexto de multiprofissionalidade estão ilustradas no Gráfico 6.

GRÁFICO 5 - FREQUÊNCIA DE ATIVIDADES ACADÊMICAS COM ESTUDANTES/PROFISSIONAIS DE OUTRAS ÁREAS

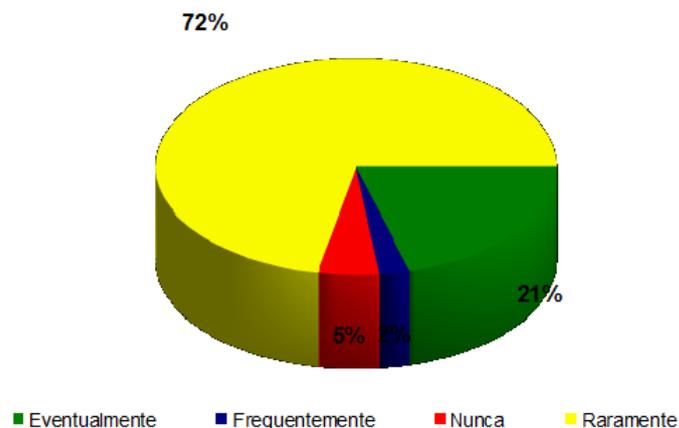
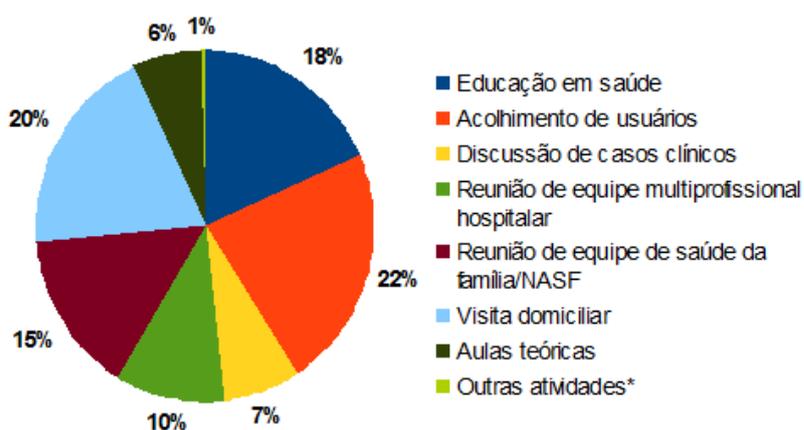


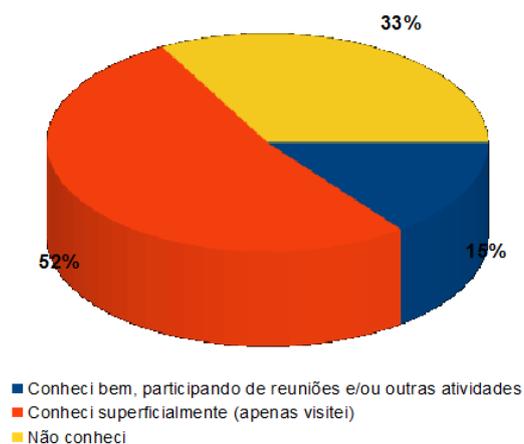
Gráfico 6 - Atividades realizadas com profissionais de outras áreas



V.2 ASPECTOS DIRETAMENTE RELACIONADOS AO ENSINO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

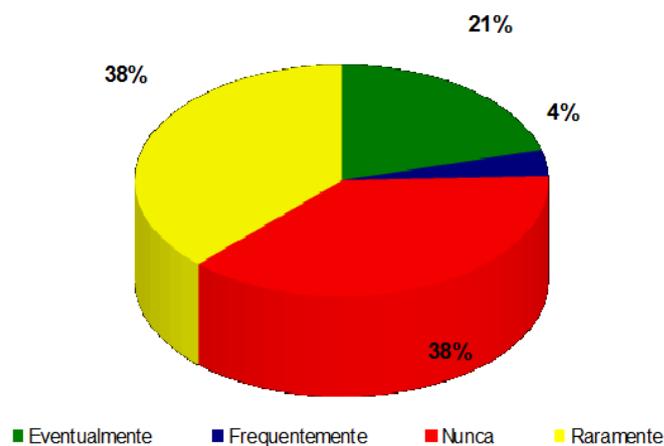
O segundo bloco de perguntas do questionário diz respeito apenas às atividades relacionadas à atenção primária. Nesse contexto, 2 estudantes (2%) não tiveram oportunidade de conhecer o funcionamento de uma Unidade de Saúde da Família, 24 (29%) conheceram parcialmente e 56 (69%) conheceram integralmente. Quanto ao território de atuação das unidades de saúde da famílias, maioria dos estudantes (98%) foram a campo conhecê-lo, e aproximadamente 56% deles realizou diagnóstico de saúde da população atendida para conhecer os problemas de saúde mais preponderantes no território.

GRÁFICO 7 - ESTUDANTES QUE CONHECERAM ESPAÇOS NO TERRITÓRIO QUE PODERIAM SERVIR COMO REDE DE APOIO AOS USUÁRIOS ATENDIDOS PELA USF



Em relação aos espaços do território, 27 (33%) estudantes não conheceram, 43 (52%) conheceram superficialmente e apenas 12 (15%) conheceram bem (**Gráfico 7**), porém 31 (38%) nunca utilizaram esses espaços para realização de atividades em saúde, 31 utilizaram raramente e apenas 3 utilizaram frequentemente (**Gráfico 8**)

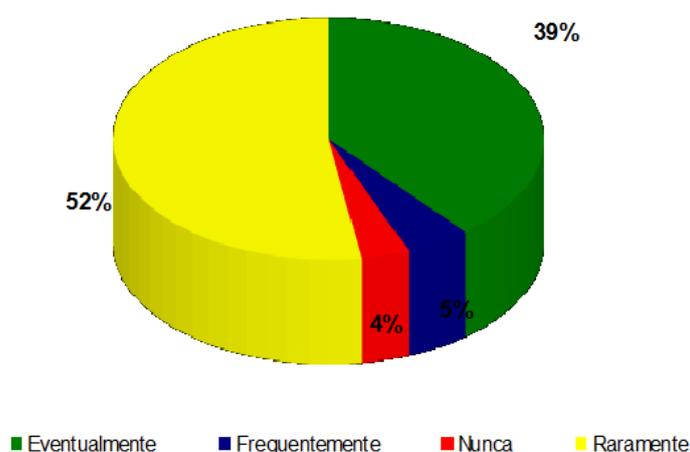
GRÁFICO 8 - FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE LOCALIDADES DO TERRITÓRIO PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES RELACIONADAS AO SERVIÇO DE SAÚDE



Quando perguntados sobre as especificidades culturais da população atendida pela unidade de saúde da família (aspectos locais relacionados à linguagem, religião, uso de práticas alternativas à medicina tradicional, manifestações artísticas, etc.), 19 estudantes (23%) relataram não ter tido nenhum contato, 35 (43%) ouviram falar sobre elas, 28 (34%) tiveram contato de forma superficial e NENHUM estudante familiarizou-se com as especificidades culturais locais da população habitante do território de abrangência da USF.

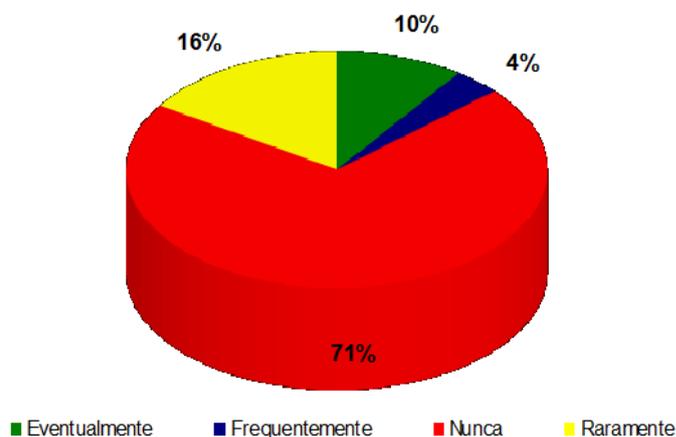
No que diz respeito à frequência de realização de visitas domiciliares durante os estágios na Atenção Primária à Saúde, 3 estudantes relataram nunca ter realizado, 43 (52%) realizaram raramente, 32 (39%) eventualmente e 4 estudantes (5%) realizaram frequentemente, conforme o **Gráfico 9**. Entre as atividades realizadas em ocasião das visitas domiciliares, 52% dos estudantes nunca ou raramente realizaram atendimento clínico e 56% nunca ou raramente realizaram busca ativa de pacientes de risco. Por outro lado, 53% deles eventualmente ou frequentemente realizaram atividade de educação em saúde e 60% utilizaram-se das visitas domiciliares para conhecer a realidade social da comunidade.

GRÁFICO 9 - FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES



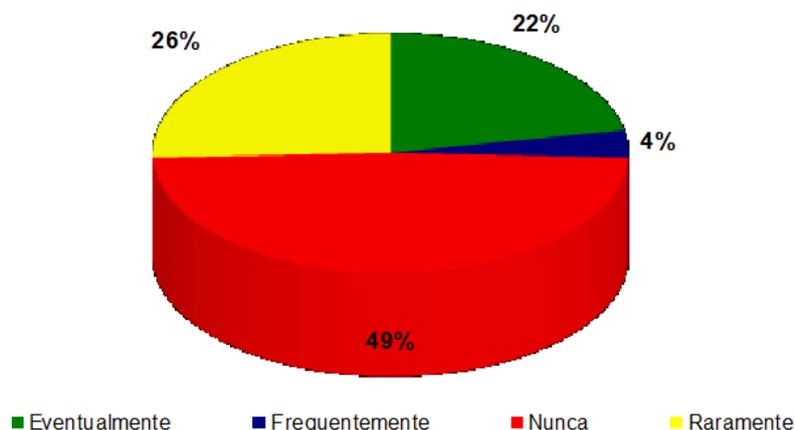
As perguntas seguintes estão relacionadas com a relação do estudante com os espaços de gestão da unidade e de participação/controlado social. A frequência da participação dos estudantes em reuniões do conselho gestor da USF está representada no **Gráfico 10**. 58 Estudantes (71%) afirmam nunca ter participado de nenhuma reunião, apenas 8 (10%) participaram eventualmente e 3 (4%) frequentemente.

GRÁFICO 10 - FREQUÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO DE REUNIÃO DO CONSELHO GESTOR DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA



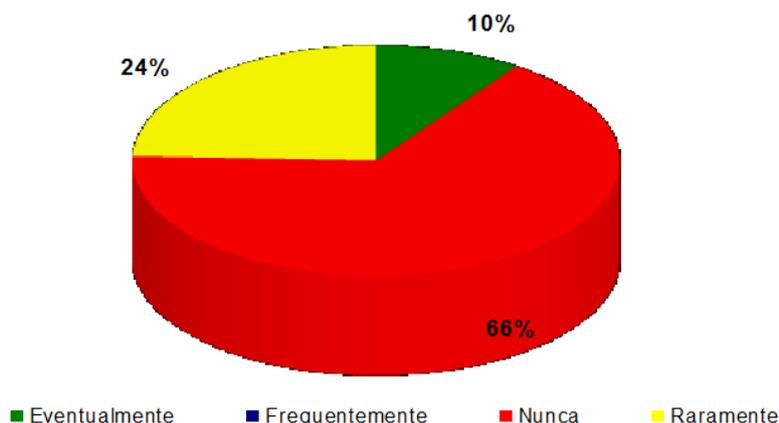
Atividades de incentivo à participação popular nunca foram realizadas por 49% dos estudantes e raramente realizadas por 26% dos estudantes, eventualmente por 22% dos estudantes e apenas 4% dos estudantes realizaram atividades desse tipo com frequência, como mostra o **Gráfico 11**.

GRÁFICO 11 - FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE DE CONSCIENTIZAÇÃO/INCENTIVO À PARTICIPAÇÃO POPULAR



Em relação a instâncias formais de controle social (conselhos e conferências de saúde, por exemplo), maior parte dos estudantes (66%) não teve nenhum tipo de contato, 20 estudantes (24%) raramente tiveram contato, 10% eventualmente tiveram e nenhum estudante teve contato frequente com esses espaços (**Gráfico 12**).

GRÁFICO 12 - FREQUÊNCIA DE CONTATO COM INSTÂNCIAS FORMAIS DE CONTROLE SOCIAL

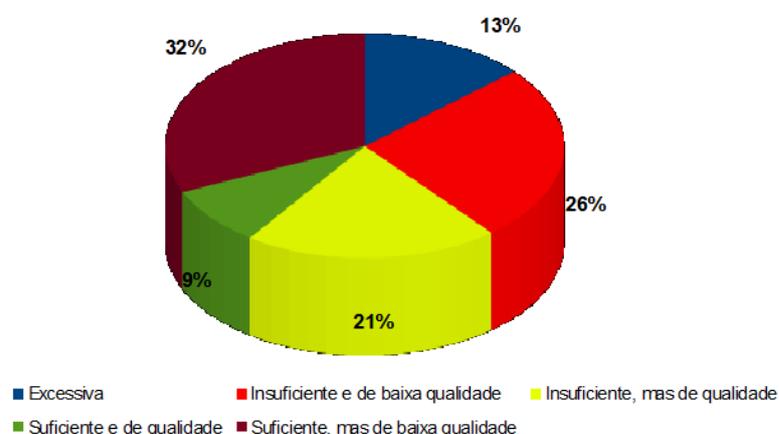


Quando perguntados sobre o contato com movimentos sociais da comunidade, o quadro é semelhante: 68% não tiveram nenhum contato, 29% conheceram superficialmente e apenas 2 estudantes (2,4%) chegaram a participar de reuniões ou atividades realizadas por estes movimentos sociais (**Gráfico 13**).

30 estudantes (37%), conforme o **Gráfico 14**. Adicionalmente, 96% dos estudantes consideram importante formar mais médicos dispostos a atuar na APS, e apenas 3 estudantes (4%) não consideram (**Gráfico 15**).

Quanto à avaliação dos estudantes sobre o tempo e a qualidade da sua inserção na APS, 21 estudantes (25,61%) julgaram a inserção como insuficiente e de baixa qualidade; 17 (20,73%) como insuficiente, mas de qualidade; 26 estudantes (31,71%) como suficiente, mas de baixa qualidade; 7 (8,54%) como suficiente e de qualidade e 11 estudantes (13,41%) julgaram a inserção na APS como excessiva como ilustra o **Gráfico 16**.

GRÁFICO 16 - NA SUA PERCEÇÃO COMO FOI SUA INSERÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM ATIVIDADES CURRICULARES?



Entre os estudantes que participaram do estudo, 49 (60%) não realizaram nenhuma atividade extracurricular relacionada à APS. As atividades extracurriculares realizadas pelos estudantes estão ilustradas na **Tabela 1**.

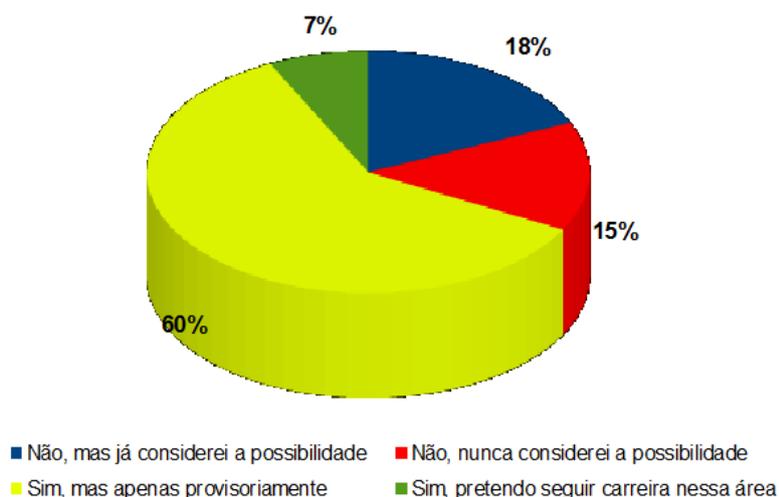
TABELA 1 - ATIVIDADES EXTRACURRICULARES RELACIONADAS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE REALIZADAS PELOS ESTUDANTES

Atividades	Número de estudantes	%
Liga acadêmica ou grupo de estudos	8	9,76
Estágio extracurricular	13	15,85
Atividade de extensão	22	26,83
Atividade de pesquisa	14	17,07
Participação em movimento social comunitário	3	3,66
Outra atividade*	1	1,22
Nenhuma	49	59,76

*ACC - Atividade Curricular em Comunidade

Sobre a atuação na Estratégia de Saúde da Família após concluir a graduação, 12 estudantes (15%) nunca consideraram a possibilidade, 15 estudantes (18%) não pretendem atuar, mas já consideraram essa possibilidade, 49 (60%) pretendem atuar apenas provisoriamente e apenas 6 (7%) estudantes pretendem seguir carreira na ESF. (Gráfico 17).

GRÁFICO 17 - VOCÊ PRETENDE ATUAR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS CONCLUIR A GRADUAÇÃO?



Por fim, quando perguntados se sentem-se seguros para atuar na atenção básica quando concluir a graduação, 5% dos estudantes relatam estar totalmente inseguros, 18% pouco seguros, 60% razoavelmente seguros e 17% sentem-se totalmente seguros, conforme mostra o Gráfico 18.

GRÁFICO 18 - GRAU DE SEGURANÇA PARA ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA QUANDO CONCLUIR A GRADUAÇÃO



VI. DISCUSSÃO

A Faculdade de Medicina da Bahia (FMB-UFBA) iniciou concretamente seu processo de transformação curricular em 2007, ao publicar o novo Projeto Político Pedagógico para o curso de Medicina. A partir de então, várias mudanças começaram a ocorrer em vários aspectos da formação médica na instituição, desde mudanças no conteúdo curricular até de aspectos pedagógicos. Contudo, este processo ainda encontra-se em andamento, já que muitas mudanças previstas não foram realizadas, não foram concluídas ou não cumpriram os objetivos a que se propunham. Especialmente no referente à formação de médicos generalistas e preparados para atuar prioritariamente nos níveis primário e secundário de atenção à saúde, ainda existe uma imensa dificuldade em romper diversos aspectos que dificultam os avanços nesse ponto.

Buscando compreender alguns aspectos da formação, especialmente em relação à atenção primária, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, foram coletadas impressões de estudantes dos 5º e 6º anos do curso médico, dentre os quais absoluta maioria (96%) disseram considerar importante a formação de mais médicos dispostos a atuar na atenção primária e 67% identificam a estratégia de saúde da família como possível local de atuação profissional, permanente ou temporária, após conclusão do curso de graduação. Moretti-Pires²⁶, em trabalho sobre a formação médica, encontrou que os estudantes identificam o PSF como área de atuação para os recém-formados, que têm facilidade para encontrar altos salários no interior. O PSF é visto, principalmente, como uma possibilidade de início da vida profissional. Por outro lado, Sisson²⁷ ressalta que, apesar de vislumbrarem no PSF uma oportunidade de trabalho, o objetivo principal dos estudantes continua sendo a especialização. Isso está relacionado ao processo de avanço tecnológico e científico que a humanidade viveu principalmente a partir do século XVIII, e à instauração, paralela a este processo, de uma cultura que destaca a importância da especialização para acompanhar e compreender a extrema divisão dos saberes relativos a esses avanços²⁸. No caso específico da formação médica, Carneiro²⁹ afirma que pressões de duas ordens são exercidas sobre as instituições de ensino médico: do mercado de trabalho, com supervalorização do especialista, e do extraordinário desenvolvimento das especialidades médicas, influenciado pelo padrão americano. Segundo Galli³⁰, a valorização das especialidades também ocorrem na seleção dos professores das escolas médicas, onde há maior reconhecimento ou pontuação aos cursos de especialização e prática profissional em serviços hospitalares

de alta complexidade em relação a trabalhos em centros periféricos e pesquisas socioepidemiológicas. Assim, a realidade de boa parte das escolas médicas ainda está marcada pelo predomínio de docentes especialistas, que atuam majoritariamente em centros de maior complexidade. Neste sentido, 82% dos participantes do questionário afirmaram que mais de metade dos ambulatórios em que exerceram atividades curriculares eram especializados, o que pode estar associado a essa predominância das especialidades nas escolas médicas. Isso influencia na formação do estudante através do que Philip Jackson¹ intitulou como “currículo oculto”, fazendo referência a características subjetivas, atitudes, valores e ideologias que permeiam os ambientes de ensino, mas que não compõem o espaço formal de aprendizado. Nesse sentido, Galli³⁰ afirma que:

“O estudante incorpora, como próprias, as formas de comportamento e os valores dominantes no grupo médico, para chegar a pertencer a esse grupo social. É um processo quase imperceptível, concomitante ao aprendizado formal. O aluno incorpora a cultura médica, identifica os atributos que conferem prestígio social e adquire uma escala de valores. Assim, por exemplo, no hospital, vendo e escutando seus professores, fora de atividades formais, entende que ser especialista dá mais prestígio que não sê-lo e que determinadas especialidades gozam, entre os médicos e a população em geral, de maior reconhecimento que outras. Aprende também muitos outros valores e/ou critérios: que a 'boa medicina' é a que se faz com o pacientes hospitalizado; que a assistência a pacientes ambulatoriais não é gratificante; (...) que a tarefa mais importante do médico é fazer o diagnóstico e que a solução do problema do paciente foge, em certa medida, de sua responsabilidade, dado que intervêm muitos fatores, incluindo a 'falta de colaboração' do doente; que os pacientes crônicos são 'chatos' e que a tarefa médica é essencialmente o manejo das situações agudas.”

(Galli, 1989) [tradução livre].

Associados a esse fator, o histórico da baixa inserção do ensino na atenção primária, sua caracterização exclusivamente pública e comunitária e os potenciais conflitos de campo profissional pouco favorecem a imagem da atuação na atenção primária acadêmica e socialmente. Assim, esta atuação é ainda vista, de um ponto de vista externo, como de baixa complexidade médica, com profissionais mal treinados e desestimulados na

¹ Philip W. Jackson, educador americano. Professor da University of Chicago e autor do livro “Life in classrooms”

profissão.³¹ e essa visão acaba sendo incorporada pelos estudantes de medicina, conforme evidencia o trabalho de Cabral Filho e Ribeiro²⁸:

“... os estudantes investigados demonstram pouco interesse nas áreas de pediatria, gineco-obstetrícia, saúde mental, medicina preventiva, áreas predominantemente ligadas à saúde coletiva, de menor reconhecimento na categoria e de menor carga de incorporação tecnológica. Destaca-se o interesse em áreas específicas, desde o primeiro ano, em dermatologia, oftalmologia, oncologia, cardiologia e cirurgia, menos comprometidas com a questão social e com maior carga de incorporação tecnológica. Isso leva à suposição de que a escolha e o interesse por determinadas especialidades correspondem a um momento histórico específico que, no caso, se configura pelo prestígio de áreas marcadamente cercadas de avanços tecnológicos e sua correspondente valorização.”

(Cabral Filho e Ribeiro, 2004)

Diversos outros estudos buscaram analisar fatores que influenciam na escolha da área de atuação dos médicos. Bland, Meurer e Maldonado³² identificaram dois componentes que influenciam nesse processo decisório: a percepção de características da especialidade e a identificação de necessidades pessoais, sociais e outras expectativas a serem atendidas na escolha. Associando essa análise com as questões previamente expostas sobre como os médicos especialistas influenciam substancialmente a visão dos estudantes sobre a atuação na atenção primária, podemos inferir que o componente “percepção de características da especialidade” assume uma posição crítica no interesse do aluno, uma vez que essa percepção muitas vezes se afasta do que são as características reais do trabalho e do trabalhador da APS, afetando ainda o segundo componente, “identificação de necessidades”, já que se difunde a visão de que o trabalho neste nível de atenção é menos gratificante, menos complexo, menos importante, e traz uma remuneração insatisfatória, o que vai de encontro às expectativas que os estudantes de medicina depositam sobre a profissão. Reforçando esse aspecto, Cavalcante Neto et al³³ concluem em estudo feito sobre fatores de influência no interesse pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade que os motivos mais recorrentes para desmotivação em seguir essa carreira são baixa remuneração e prestígio social da especialidade, mas que outros fatores também estão associados, como pouca vivência na atenção primária durante a graduação, experiências ruins nas atividades na

APS e a ideia equivocada de que a medicina de família é muito fácil para o estudante motivado.

Todos esses fatores, em conjunto, contribuem para a manutenção, apesar dos esforços dos Ministérios da Saúde e da Educação em mudar essa realidade, da busca pela especialização e subspecialização dos profissionais, principalmente em áreas de atuação de maior densidade tecnológica. Isso se reflete na graduação, onde os estudantes têm as mesmas aspirações e muitas vezes inclusive começam a expressar o desejo por seguir determinada especialização ainda durante o curso médico ou mesmo antes de ingressar na universidade.³² Dessa forma, áreas em que a atuação médica se desvia desse padrão, ou seja, áreas de aspecto mais generalista, que, conseqüentemente, estão mais associadas a possibilidades de inserção profissional na atenção primária, acabam sendo negligenciadas pelos estudantes desde os primeiros anos do curso médico. Esse fenômeno pode ser observado se considerarmos que dentre os estudantes que participaram da nossa pesquisa, 60% nunca realizaram nenhum tipo de atividade extracurricular relacionada à APS durante a graduação. O efeito negativo desse fenômeno da presença maciça das especialidades nas escolas médicas é destacado por Feuerwerker³⁴:

“Nos últimos anos desenvolveram-se inúmeras especialidades médicas, o que provocou um impacto devastador na organização de sua prática, fragmentando as intervenções e desestimulando a aquisição de conhecimentos científicos comuns; e, ainda na graduação, cada vez mais as especialidades foram incorporadas aos currículos, multiplicando-se disciplinas, conteúdos e tempos. Perdeu-se, assim, o conhecimento generalista das ações em saúde, e substituiu-se cada vez mais o subjetivismo da relação médico-paciente pelo objetivismo tecnológico dos exames complementares de diagnóstico. Soma-se a isso o fato de os graduandos em Medicina resistirem a atuar em cenários que se distanciam dos ideais que cultivam – ser um especialista em um hospital privado de alto nível ou trabalhar em consultório próprio.”

(Feuerwerker, 2002)

No currículo da FMB-UFBA essa multiplicação de disciplinas, conteúdos e tempos é facilmente observada. Apesar da tentativa, através da transformação curricular, de organizar o ciclo clínico nos chamados “módulos clínicos”, em vez das múltiplas disciplinas correspondentes às especialidades (disciplinas de endocrinologia,

cardiologia, infectologia, por exemplo), o que acontece na prática é que os módulos são constituídos de rodízios através das especialidades em cada período letivo, pouco diferenciando-se de uma organização em diversas disciplinas. Dessa forma, dificilmente o estudante tem a possibilidade e enxergar e entender os pacientes como um todo, e assim raciocinar seu processo de adoecimento e intervir adequadamente. O estudante, até ingressar no período de internato, participa de uma “dança-das-cadeiras” entre as especialidades, sem que haja um momento pra juntar as peças e abordar a saúde das pessoas de forma integral.

Outro ponto de fundamental importância na mudança de paradigmas na educação médica está relacionada com os cenários de ensino-aprendizagem. Não há como formar médicos preparados para atuar na atenção primária de forma efetiva e integral, intervindo em aspectos diversos da dinâmica da vida nas famílias e comunidades, se o estudante não é incentivado a conhecer essa dinâmica a partir da inserção precoce e efetiva nos territórios, como destaca Feuerwerker³⁵:

“É na formação profissional centrada em cenários hospitalares, na qual se desenvolvem os currículos médicos, que a formação médica ampliada, humanista e generalista não tem sido eficazmente estimulada, tampouco caracterizando cenários que formam sujeitos crítico-reflexivos. Necessita-se, então, além das mudanças pedagógica e metodológica na formação do profissional em saúde, diversificar os cenários de ensino-aprendizagem na construção destes novos currículos e sujeitos.”

(Feuerwerker, 2000)

Neste contexto, é de extrema importância que os estudantes tenham contato com outros ambientes que abriguem a prática de atividades de saúde, sejam eles unidades de atenção primária à saúde ou outros espaços, desde que em contato próximo com a comunidade. Cabe aqui ressaltar que a oferta de um cuidado integral aos indivíduos inclui atividades que podem e devem ser realizadas em espaços de convivência da comunidade como escolas, centros comunitários, igrejas, residências etc. caracterizando, assim, todos esses espaços como possíveis cenários a serem utilizados no processo de ensino-aprendizagem em saúde.

Nesse aspecto, avançamos pouco. Existe predominância absoluta de atividades curriculares em sala de aula ou no ambiente hospitalar/ambulatorial. Apenas algumas disciplinas se propõem a extrapolar esse muro, e mesmo estas o fazem de forma

pontual. Há uma carga horária considerável no ensino de disciplinas como Medicina Social que acaba sendo subaproveitada pelo excesso de atividades teóricas e pouco tempo destinado a observar, entender e refletir como se organiza a nossa sociedade para além dos textos didáticos, e discutir os desdobramentos dessa organização sobre a saúde da população e no papel do médico na sociedade. Além disso, muitas vezes nas próprias Unidades de Saúde da Família, as atividades ficam restritas a salas de aula ou consultórios, adquirindo caráter similar àquelas realizada no hospital ou dentro da universidade. Assim, apesar de 98% dos estudantes que participaram da pesquisa terem ido a campo conhecer o território de atuação de unidades de saúde da família em que realizaram atividades, 85% responderam que não conheceram ou apenas visitaram espaços no território que poderiam servir como rede de apoio aos usuários ou como local de realização de atividades voltadas à saúde da população, tendo apenas 4% dos estudantes realizado atividades nesses locais com frequência e 76% nunca ou raramente realizaram.

Outra questão encontrada que reitera a fragilidade da relação dos estudantes com a comunidade diz respeito ao contato destes com especificidades culturais da população atendida pela USF (como, por exemplo, singularidades locais relacionadas à linguagem, manifestações artísticas da população, crenças e rituais religiosos, prática de formas alternativas de medicina, etc), já que 66% dos estudantes não tiveram nenhum contato ou apenas ouviram falar e os outros tiveram contato superficialmente, mas nenhum estudante relatou ter se familiarizado com aspectos especificidades da comunidade. Esses aspectos estão diretamente relacionados à integralidade do cuidado, especialmente na atenção primária à saúde, na medida em que, segundo Ferreira, Silva e Aguer³⁶:

“A percepção da realidade das pessoas, suas condições de vida, cultura e costumes permite ao estudante construir uma concepção do processo saúde-doença na qual compreendem os determinantes e as relações das doenças com o modo de vida e trabalho das pessoas. Essa concepção possibilita uma mudança no cuidado à saúde das pessoas, família e comunidade, que passa a ser um cuidado mais voltado para as ações de vigilância à saúde, o que leva à integralidade no cuidado do paciente. (...) ampliando as estratégias de intervenção para enfrentar as demandas da comunidade na atenção básica à saúde.”

(Ferreiro, Silva e Aguer, 2007)

Isso é reforçado por outro problema existente na formação na FMB-UFBA: a falta de longitudinalidade, seja na inserção em comunidade ou na assistência individual. Não existe articulação entre os diferentes momentos durante o curso para que um mesmo estudante esteja sempre em contato com uma mesma comunidade, o que favoreceria um entendimento mais profundo da mesma e conseqüentemente melhor capacidade de intervir (de forma coerente com o seu momento no curso médico) sobre os problemas de saúde ali presentes.

Na assistência individual, o problema é semelhante e igualmente deletério. Dificilmente temos a oportunidade de entrar em contato com um mesmo indivíduo mais de uma vez durante nossas atividades curriculares (sejam elas ambulatoriais, educativas ou de qualquer outro tipo). Entre os estudantes pesquisados, apenas 3% puderam acompanhar retorno de um mesmo paciente a um ambulatório de forma frequente ou eventual, 78% raramente o fizeram e 18% nunca acompanharam uma consulta de retorno de um mesmo paciente que já havia atendido. Isso afasta o estudante do entendimento da importância da criação de vínculo e da longitudinalidade da assistência, uma vez que a longitudinalidade é compreendida como relação terapêutica estreita e duradoura entre usuários e profissionais de saúde o que viabiliza a continuidade do atendimento, evita ações desnecessárias e aumenta a adesão do usuário à terapêutica³⁷, e está intrinsecamente associada ao conceito de vínculo, já que a formação de um vínculo adequado implica em que os usuários reconheçam o serviço de saúde como fonte satisfatória e habitual de atenção a suas necessidades de saúde. Para isso, os profissionais devem conhecê-los e se responsabilizar continuamente pelo cuidado a sua saúde, com base em um serviço adequadamente organizado³⁸. Assim, não existe vínculo sem que haja longitudinalidade na assistência ao mesmo tempo que a existência de um bom vínculo profissional-paciente é um dos elementos que facilita a longitudinalidade, sendo ambos aspectos-chave no sucesso do processo de cuidado, especialmente se pensarmos a realidade da rede primária de atenção à saúde. Naturalmente, a formação de vínculo e a longitudinalidade no cuidado são processos complexos, que envolvem diversos outros fatores como a organização local do sistema de saúde e as necessidades de saúde do indivíduo, por exemplo. Contudo, uma premissa básica para que esse processo seja efetivo é que haja contato com o paciente em diversos momentos e ao longo do tempo, experiência dificilmente vivenciada pelos estudantes na FMB-UFBA.

Dessa forma, maioria dos estudantes (55%) nunca ou raramente conseguiram perceber um vínculo entre si e o paciente. Por outro lado, o que pode ser um fator que atenua

(mas não elimina) o efeito deletério da falta de vínculo dos estudantes com os pacientes é a percepção frequente, por parte dos estudantes, de que existe um bom vínculo entre o paciente e o médico assistente/professor. Cabe destacar aqui a importância didática de, para além da existência do vínculo entre o médico assistente e seus pacientes, que seja facilmente perceptível para os estudantes a existência desse vínculo, pois somente dessa forma o estudante pode aprender, a partir da relação de terceiros, a relevância de um vínculo efetivo para maior resolutividade das ações em saúde e melhor estabelecimento da relação de cuidado com os pacientes. De todo modo, não vivenciar a experiência do vínculo enquanto estudante é uma grande limitação não só quando consideramos a formação direcionada à APS, já que mesmo médicos especialistas também atuam a nível ambulatorial, onde o vínculo desempenha papel fundamental para o sucesso das intervenções na saúde dos usuários.

Uma atividade que tem potencial para contribuir com melhor formação de vínculo com as pessoas e para estabelecer uma melhor relação com a comunidade é a visita domiciliar, uma vez que favorece a avaliação das demandas reais dos usuários, do ambiente em que vivem e da construção social dos processos de adoecimento, além de constituir-se como um espaço de incentivo à autonomia e corresponsabilização dessas pessoas pela construção da saúde.³⁹ Contudo, podemos observar que mais da metade (56%) dos estudantes da FMB-UFBA que participaram do estudo relataram nunca ou raramente ter realizado esse tipo de atividade.

Esse resultado torna-se ainda mais expressivo a partir da problematização de que nem toda ida a um domicílio configura-se como uma atividade de visita domiciliar; para que isso aconteça, a visita deve estar pautada em objetivos claros, ser previamente planejada pela equipe e ser discutida e avaliada em seguida⁴¹. Nesse aspecto, o que se observa é que muitas vezes o estudante não é inserido no contexto de planejamento e discussão das visitas, participando apenas da sua execução, o que reduz o potencial dessa intervenção tanto como uma ação de saúde quanto como um momento de aprendizado. Além disso, muitas vezes essas atividades são realizadas de forma não sistemática e sem a presença de toda a equipe, de modo que não há discussão dos casos e faz com que as consultas se assemelhem às realizadas no espaço da unidade de saúde⁴⁰. Outro fator que influencia na qualidade das visitas é o tipo de atividade que é realizada. Existe um predomínio, de acordo com os resultados encontrados, de atividades de educação em saúde ou de conhecimento da realidade social dos usuários em detrimento de atividades como consultas clínicas, por exemplo, o que contraria a visão de Kawamoto, Santos e

Matos⁴¹ (1995), que caracterizam a visita domiciliar como “um conjunto de ações em saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial”.

Esses fatores fazem com que muitos estudantes considerem essas atividades repetitivas e até desnecessárias, não compreendam o real objetivo e as potencialidades da mesma, e percam o interesse nelas, reforçando estereótipos presentes no discurso de muitos profissionais sobre a atenção primária. Segundo o trabalho de Campos et al⁴² (2008), sobre a avaliação de estudantes de medicina sobre o estágio em saúde da família, as visitas domiciliares foram a atividade mais considerada como nada ou pouco importante, sob justificativa que não são atribuição do médico ou que são pouco efetivas. Cabe aqui ressaltar que, no estágio avaliado pela pesquisa de Campos, atividades relacionadas a intervenções médicas não eram objetivos nas visitas domiciliares em que os estudantes participavam. Esse ponto deve ser analisado e considerado na tentativa de despertar o interesse dos estudantes por esse tipo de atividade, além de aproximar a experiência do estudante na atenção primária à realidade do processo de trabalho dos diferentes profissionais da equipe, principalmente o médico. Nesse sentido, encontramos resultados controversos, já que 69% dos estudantes que participaram da pesquisa relataram conhecer integralmente o funcionamento de uma unidade de saúde da família, porém os dados já relatados sobre a relação frágil com a comunidade, pouca realização de atividades extra-muros da unidade, incluindo visitas domiciliares vão de encontro a esse número. Isso nos faz questionar se o problema se encontra no funcionamento das unidades, que se distancia do ideal preconizado para uma ação efetiva da atenção primária à saúde, se a participação dos estudantes nas atividades das unidades não correspondem às reais atividades dos profissionais da equipe no dia-a-dia das unidades, ou se ambos os problemas estão presentes em paralelo. Qualquer que seja a resposta para essa questão, esses são aspectos que prejudicam a qualidade da inserção do estudante na atenção primária, e promovem afastamento deste da real prática do cuidado em saúde que deve se estabelecer neste nível de atenção.

Um outro elemento fundamental para a efetividade das ações no âmbito da atenção primária à saúde é a interdisciplinaridade. Este é outro aspecto que busca romper com o modelo tradicional de atenção à saúde, uma vez que visa horizontalizar as relações e práticas dos diferentes profissionais, rompendo com a tradicional imagem do médico como figura central na construção do cuidado e promovendo, através do diálogo entre os diversos saberes, ações conjuntas (e não somente justapostas) dos integrantes da

equipe . O seguinte trecho dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde⁴³ (Brasil, 2000) traduz essa nova visão sobre o trabalho articulado entre as profissões:

“(...) uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde”

(Brasil, 2000)

O entendimento dessa ideia pode ser facilitado pela seguinte colocação de Japiassu⁴⁴:

“a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas [...] O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. [...] Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a várias disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados”

(Japiassu, 1976)

Contudo, apesar do reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar na saúde e, principalmente, na atenção primária, muitas equipes ainda encontram dificuldades em estabelecer essa prática. Diversas são as dificuldades encontradas, a destacar a dificuldade de integração dos saberes e a formação acadêmica, que promove dificuldade de comunicação entre as linguagens específicas de cada profissão e o desconhecimento das potencialidades, objetivos e recursos dos diversos profissionais⁴⁵ como afirmam Santos e Cutolo⁴⁶:

“Geralmente há uma dificuldade de interação entre o médico, o enfermeiro, o odontólogo e o pessoal de nível técnico, já que cada um teve uma formação segundo os princípios éticos e corporativos de cada profissão, desconhecendo os potenciais que existem em cada componente da equipe. Essa falta de integração e comunicação entre os profissionais tem certamente a sua origem na graduação, pois cada profissional se forma sem interagir com outros profissionais da saúde, sem um espaço comum de atuação que permita a troca de conhecimentos e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo comum.”

(Santos e Cutolo, 2003)

Durante o curso médico na FMB-UFBA, maior parte dos estudantes tem um contato extremamente limitado com estudantes e profissionais de outras áreas. Entre os participantes da pesquisa, 77% nunca ou raramente realizaram algum tipo de atividade com aqueles. Dessa maneira, dificilmente estes estudantes concluirão a graduação habituados a trabalhar com profissionais de outras áreas, especialmente se considerarmos o trabalho interdisciplinar, que exige que cada profissional conheça os limites e potencialidades dos colegas, e estejam abertos à construção conjunta de ações em saúde. Essa dificuldade pode ser especialmente realçada entre os estudantes de medicina, uma vez que essa profissão ocupou e ainda ocupa, apesar das tentativas de desconstrução dessa hierarquia, posição de destaque entre as profissões de saúde, estando essa ideia ainda presente no discurso e atitudes de muitos professores e assim se capilariza para o ideário dos estudantes. Esta postura pode estar associado à resposta dos estudantes, nesse trabalho, sobre as atividades realizadas com estudantes/profissionais de outras áreas, em que destacaram atividades de educação em saúde, acolhimento de usuários e visitas domiciliares, enquanto poucos relataram ter realizado discussão de casos clínicos com estes profissionais.

Em suma, existe, sim, a necessidade de promover mais espaços em que os estudantes dos cursos de saúde realizem atividades conjuntas, desde a graduação, mas, para além disso, é necessário promover a reflexão sobre os espaços multidisciplinares já existentes tanto na graduação como nos serviços de saúde, para que haja busca por uma prática mais integradora de saberes e, conseqüentemente, mais efetiva na resolução dos problemas dos usuários, aproximando-se do que diz Gomes⁴⁷:

“ (...) a interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Ela merge não da sua composição, mas da sua funcionalidade, que certamente dependerá, a nosso ver, da forma como cada profissional percebe e se apropria do seu saber, da sua profissão, das suas funções, dos seus papéis e, também, das expectativas que possa ter em relação ao outro, em relação à sua tarefa e em relação à sua vida.”

(Gomes, 1997)

Por fim, uma última questão a ser destacada no ensino de atenção primária da FMB-UFBA diz respeito à participação de estudantes em espaços de gestão e de controle social das unidades e do SUS em geral. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2001¹³ instituem que, além da formação técnico-científica, as escolas médicas devem estimular a formação de sujeitos comprometidos com a concretização e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e com o exercício da cidadania. Considerando que o controle social é uma das bases sobre as quais o SUS

foi fundado, é de extrema importância que estudantes de medicina conheçam os espaços de gestão e controle social do nosso sistema de saúde, como trazem Ceccim e Feuerwerker⁴⁸ com o conceito de “quadrilátero da formação”, em que as instituições de formação de recursos humanos para a saúde devem promover a integração dos componentes ensino, gestão, atenção à saúde e controle social, pois só assim a formação tem real potencial de intervenções efetivas e mudança de realidade, como evidenciam no trecho:

“A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.”

(Ceccim e Feuerwerker, 2004)

Cabe aqui ressaltar que, apesar deste estudo debruçar-se sobre a transformação curricular referente às Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina instituído em 2001, no presente ano (2014) foi publicada a Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014⁴⁹, que atualiza essas diretrizes e já prevê que a formação do médico se desdobre nas áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. Contudo, entre os estudantes da FMB-UFBA que responderam ao nosso questionário, 71% nunca participaram de nenhuma reunião de gestão de unidade de saúde e 90% nunca ou raramente tiveram contato com instâncias formais de controle social. Esses números evidenciam o quanto esse ponto é deficiente na formação dos estudantes, e podem estar associado ao resultado encontrado em outra pergunta: 75% dos estudantes nunca ou raramente participaram de atividades de incentivo à participação popular de qualquer natureza uma vez que os próprios estudantes não têm contato com esses espaços, como vão compreender a importância real da participação massiva e efetiva dos usuários neles, e assim realizar atividades com esse objetivo?

Adicionalmente, essa problemática não deve se restringir apenas às instâncias formais de controle social do SUS. A participação institucionalizada nos conselhos é importante, mas não pode nem deve substituir outros espaços de organização autônoma da sociedade civil, independentes do Estado, tais como as Associações de Moradores, Conselhos de Saúde, Associação de Docentes, grupos de mulheres, dentre outros que poderão confluir ou não suas intervenções para uma atuação direta junto aos órgãos de controle previstos em lei^{50, 51}. Dessa forma, é importante que o estudante inserido em comunidade se relacione com essas organizações e/ou incentive as pessoas da

comunidade a formar novas, uma vez que só dessa maneira poderão lutar por melhorias relacionadas aos serviços de saúde ou de outros setores, e que à saúde estão relacionados indiretamente. Nesse aspecto, o cenário na FMB-UFBA também não é muito positivo: 68% dos participantes do estudo sequer conheceram algum movimento social da comunidade em que estavam inseridos e apenas 2% chegaram a participar de alguma atividade relacionada a essas organizações.

Esses resultados são preocupantes, uma vez que os profissionais da saúde, especialmente aqueles inseridos na Estratégia de Saúde da Família, têm um papel fundamental em promover a maior autonomia das pessoas na construção da sua saúde, o que implica diretamente em ter subsídios suficientes para lutar por melhores condições de vida. O incentivo à auto-responsabilidade e participação da comunidade no planejamento, organização funcionamento e controle da atenção primária à saúde são indispensáveis para otimização da APS no Brasil e são, inclusive, orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS).⁵³ Porém, se os estudantes não são formados nesse sentido, como esperar esse tipo de postura e atitudes dos profissionais da saúde?

Refletindo sobre todos esses questionamentos sobre o ensino médico na FMB-UFBA, mais especificamente no que diz respeito à atenção básica, podemos compreender porque 56% dos participantes consideram o a inserção na APS durante a graduação como de baixa qualidade. Contudo, maioria dos estudantes (53%) consideram o tempo de inserção suficiente ou excessivo, mesmo que outros dados encontrados na pesquisa (por exemplo: predominância de ambulatórios especializados, relação frágil dos estudantes com a comunidade, pequena quantidade de visitas domiciliares) tornem essa resposta contraditória. De fato, se fôssemos analisar a carga horário do curso dedicada ao ensino da atenção primária, acredito que encontraríamos uma carga insuficiente e incompatível com o proposto pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Uma das possíveis explicações para esse achado é a falta de interesse dos estudantes pela APS, que acabam por preferir investir mais tempo da sua formação no estudo das especialidades que agregam às suas práticas maior complexidade tecnológica.

Outro resposta contrastante com as outras informações obtidas com a pesquisa diz respeito à segurança dos estudantes para atuar na APS após concluir a graduação: 60% dos estudantes responderam que sentem-se razoavelmente seguros e 17% totalmente seguros Levando em consideração que mais da metade considerou a qualidade da inserção na APS ruim, as respostas aos outros quesitos evidenciando os problemas dessa

inserção e a baixa frequência de realização de atividades extracurriculares relacionadas à atenção primária, é inevitável questionarmos: de onde vem essa segurança, já que a formação na área aparentemente é bastante deficitária? Podemos, a partir desta reflexão, levantar a possibilidade dos estudantes, já nos últimos anos do curso médico (população-alvo deste estudo), ainda visualizarem a atuação na APS como de baixa complexidade e dependente de menos formação técnica e relacional.

Frente ao exposto, fica clara a necessidade de uma profunda reavaliação da formação médica na FMB-UFBA, sendo preciso investigar de forma mais aprofundada os problemas relacionados ao ensino da APS nesta escola, já que este estudo é limitado principalmente por ter apresentado baixa adesão da população-alvo e metodologia restrita (é possível que estudos qualitativos possam encontrar resultados mais ilustrativos e detalhados). É fundamental que professores, gestores, e, principalmente, estudantes se mobilizem a fim de buscar soluções para as deficiências encontradas e promover modificações que aproximem efetivamente sua formação às necessidades da população. O momento atual oferece terreno extremamente fértil para a problematização dos currículos e implementação de novas transformações curriculares, uma vez que a atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina que ocorreu no presente ano enfatiza ainda mais a formação voltada para atender necessidades em saúde coletiva, com foco nas famílias e comunidades, e prevê adequação das escolas médicas até o ano de 2018. Contudo, apenas modificações nos currículos formais não são suficientes para promover mudanças efetivas na formação. É necessário que se repensem os discursos e, principalmente, as posturas e atitudes frente às necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde.

VII. CONCLUSÕES

1. Apesar da transformação curricular iniciada em 2007 na FMB-UFBA, ainda há necessidade de se concretizar mudanças em alguns aspectos, como promover maior incentivo ao trabalho interdisciplinar, priorizar a formação voltada para atuação nos níveis primário e secundário de atenção, reduzir a carga dedicada ao ensino das especialidades, incentivar o trabalho interdisciplinar, descentralizar o ensino do cenário hospitalar e possibilitar maior e melhor inserção dos estudantes em comunidade.
2. Maior parte dos estudantes não está satisfeita com o ensino de Atenção Primária à Saúde na FMB-UFBA, seja por considerar a carga horária insuficiente ou excessiva ou por considerá-lo de baixa qualidade.
3. A inserção dos estudantes da FMB-UFBA na Atenção Primária à Saúde ainda encontra muitos pontos deficitários, como a relação frágil que o estudante estabelece com a comunidade, baixa frequência e qualidade na realização de visitas domiciliares e pouco contato com espaços de gestão e controle social.
4. Urgem novas mudanças na formação de médicos na FMB-UFBA, sendo necessários estudos mais aprofundados sobre os temas abordados neste trabalho para buscar soluções efetivas para os problemas apontados e aproximar a essa formação às reais necessidades da população.

VIII. SUMMARY

THE RELATION OF THE STUDENT OF MEDICINE OF THE FEDERAL UNIVERSITY OF BAHIA WITH PRIMARY HEALTH CARE.

Introduction: The biomedical model had a great rise during the twentieth century, but presented several problems. Thus, began to be discussed new paradigms for the health care of populations, highlighting the role of Primary Health Care (PHC) as the basis of health systems. Changes have occurred in several countries of the world, and in Brazil this movement culminated with the creation of the Unified Health System (SUS). Thereby, changes were necessary in the training of health professionals, and in the case of medicine, several groups arranged for developing the New Curriculum Guidelines for Undergraduate Medicine. In this context, the Faculty of Medicine of the Federal University of Bahia (FMB-UFBa) has started, specifically in 2007, curriculum changes to meet these guidelines. **Objective:** To understand how the relationship between the FMB-UFBa students with the Primary Health Care happens through the students' own perceptions on several aspects of medical school, directly or indirectly related to the PHC. **Methodology:** Qualitative and quantitative cross-sectional study based on questionnaires sent electronically to students enrolled in the fifth and sixth years of FMB-UFBa and observations of the author. **Results:** Most students had an outpatient practice focused primarily on specialty and with little longitudinality, and poor integration with students and professionals from other areas during medical school. Involvement in PHC has many problems and most of the students assessed it as being of low quality, but 77% feel safe to act on the PHC after completing graduation. Finally, most students consider important to train more doctors willing to work in PHC and have it as a possible place of work, even if temporary. **Conclusion:** Several changes are still needed to bring the curriculum of FMB-UFBa to the national guidelines in several aspects. The integration of students in the PHC is still substandard and most students judged it as defective.

KEYWORDS: 1. Primary Health Care. 2. Medical Education. 3. Undergraduate Medical Education

IX. REFERÊNCIAS

1. Santos JO. Filosofia da Educação Médica: interpretação da *práxis*. Rev. bras. educ. Med. v.10, n. 2, p. 82-6, 1986.
2. Foucault M. Crise da Medicina ou crise da antimedicina [1974]. Verve. v. 18, p. 167-184, 2010. Tradução do espanhol por Heliana Conde.
3. Giovanella L., Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, editora FIOCRUZ 2008. p. 575-625.
4. De Almeida MJ. A Educação Médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. Rev. Bras. Educ. Med. v. 25, n. 2, p. 42-52, 2001.
5. Formigli VL, Bidu HS, Moreno Neto JL. Sistema Único de Saúde: os desafios da construção do direito à saúde no Brasil. [Texto didático utilizado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social/FMB/UFBA; 2008, Salvador.
6. Anais da 8. Conferência Nacional de Saúde, 1986 mar. 17-21; Brasília. Brasília:, Ministério da Saúde,1987, 430 p.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2000.
9. BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança de modelo de Atenção Básica. Rev Bras Saúde Mater Infant 2003;3(1):113-125.
10. Rosa WAG, Labate LC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2005;13(6):1027-34.
11. Luna RL. Um novo paradigma de Ensino Médico. Rev Bras Educ Med 2001;25(1):42-52.
12. Merhy EE, Acirole GG. Em busca da nova escola médica: a CINAEM e a construção dos novos paradigmas para a formação em medicina. [acesso em 01 fev 2014] Disponível em: <http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/indexados-12.pdf>
13. BRASIL.Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União,Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.
14. Formigli VL. et al. Projeto político-pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB/UFBA. Gaz Méd Bahia 2010;80(1):3-47.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Casanova AO, Oliveira CM. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciências & Saúde Coletiva* 2009;14(3)
17. Fontes BA, de Lima R, de Lima JA. Promoção de saúde e participação social: o modelo de atenção básica do Sistema de Saúde brasileiro. *Ciências Sociais Unisinos* 2010;46(1):65-79.
18. Barcellos C, Rojas LI. O território e a Vigilância da Saúde. 2004. EPSJV:Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar. Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro
19. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, et al. O território da saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.
20. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (editores). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO; 2001. p.113-26.
21. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011;16(Supl. 1):1029-1042
22. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2^A Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.
23. Braz JC, de Mello DF, David YGM, et al. A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores. *Revista da Faculdade de Medicina da USP (Ribeirão Preto)* 2013;46(4):416-23
24. Costa AM. Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(3)
25. Pinheiro R. Atenção básica à saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde. *REME rev. min. enferm.* 2005 abr/jun; 9(2): 174-9.
26. Moretti-Pires RO. O médico para saúde coletiva no estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33(3):428-436.
27. Sisson MC. Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais. *Rev Bras Educ Méd.* 2009; 33(1 Supl. 1):92-03.
28. Cabral Filho WR, Ribeiro VMB. A escolha precoce da especialidade pelo estudante de medicina: um desafio para a educação médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2004; 28(2)

29. Carneiro AP. A medicina de família. Seminário sobre “A formação do médico generalista”. Rev Bras Educ Med. 1978 (1 supl.): 19.
30. Galli A. Argentina: Transformacion Curricular. Educ Med Salud. 1989; 23(4)
31. Demarzo MMP; Anderson MIP. A Medicina de Família e Comunidade e a graduação em medicina no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2006; Supl.1:3-5.
32. Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care career choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. Acad. Med. 1995; 70:620-641
33. Cavalcante Neto PG, Lira GV, Miranda AS. Interesse dos estudantes pela medicina de família: Estado da questão e agenda de pesquisa. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(2):198-204
34. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002
35. Feuerwerker LCM. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. Divulgação em Saúde para Debate 2000;22:18-24.
36. Ferreira RC, Silva RF, Aguer CB. Formação profissional do médico: aprendizagem na atenção básica de saúde. Rev Bras Educ Méd. 2007; 31(1):52-59.
37. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
38. Martins PG. Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção. 2006. [dissertação]. [Ribeirão Preto/SP]: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2006. 151 p.
39. Rodrigues TMM, Rocha SS, Pedrosa JIS. Visita domiciliar como objeto de reflexão. Revista interdisciplinar NOVAFAPI. 2011; 4(3):44-47.
40. Cunha CLF, Gama MEA. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. In. Malagutti W (organizador). Assistência domiciliar – atualidades da assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro. Editora Rubio; 2012. p 336.
41. Kawamoto EE, Santos MCH; Matos TM. Enfermagem Comunitária: visita domiciliária. São Paulo: EPU, 1995.
42. Campos MAF, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32(1):83-89.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. A implantação da unidade de saúde da família. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
44. Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

45. Feriotti ML. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. Revista do NESME. 2009; 2(6):113-219
46. Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. Arquivos catarinenses de medicina. 2003; 32(4).
47. Gomes DCR. . Interdisciplinaridade em Saúde: um princípio a ser resgatado. Uberlândia: Edufu, 1997
48. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physys: Rev Saúde Coletiva. 2004; 14(1):41-65
49. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de junho de 2014.
50. Assis MMA, Villa TCS, Sposati A, Lobo E. Controle social e políticas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1992; 8 (4): 366-378
51. Acioli S. Participacao social na saude: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: Pinheiro R.; Matos RA. construção social da demanda: direito a saude, trabalho em equipe, participacao e espaco publico. In: Rio de Janeiro: epesc, 2005. p. 293-301
52. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad Saúde Públ 1998 Abr-Jun; 14 (2):429-35

X. ANEXOS

X.1 Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Monografia: A relação do estudante da FMB-UFBA com a Atenção Primária à Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do PROJETO DE PESQUISA: A relação do estudante da FMB-UFBA com a Atenção Primária à Saúde.

Você foi convidado(a) pelo estudante de Medicina, Felipe Dantas Leiro, matrícula 210105829 da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, sob orientação do Prof. LEANDRO DOMINGUEZ BARRETTO (CREMEB nº 14170), da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, para participar deste estudo cujo objetivo principal é entender como se dá a relação do estudante da FMB-UFBA com a Atenção Primária à Saúde, através da percepção dos próprios estudantes.

Sua participação se dará através de respostas a um questionário eletrônico, composto por perguntas estilo múltipla escolha sobre alguns aspectos da sua vida acadêmica e sobre o currículo de graduação da FMB-UFBA. Destacamos que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos na legislação atual (anonimato, confiabilidade, participação voluntária) e enfatizamos o nosso interesse em disponibilizar para você os dados gerados e os resultados finais do estudo. Ressaltamos que não há riscos, despesas, prejuízos ou desconforto que possam ser provocados pela pesquisa e que você é livre para interromper a sua participação a qualquer momento, sem justificar sua decisão.

Os entrevistados não serão identificados e, caso tenha alguma reclamação a fazer poderá procurar: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA. Largo do Terreiro de Jesus s/nº Centro Histórico, Salvador, Bahia. CEP 400026-010.

Ao final do estudo, haverá divulgação dos resultados a todos os participantes por correio eletrônico. A monografia resultante deste trabalho ficará disponível para consulta no site da FMB/UFBA (www.fameb.ufba.br). Em caso de dúvidas ou reclamações, entre em contato com os pesquisadores ou Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia através dos contatos abaixo.

Consentimento da participação:

Concordo em participar do estudo “A relação do estudante da FMB-UFBA com a Atenção Primária à Saúde”, referente a aplicação por via eletrônica de questionário e desenvolvido pela Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia e coordenado pelo Professor Leandro Dominguez Barretto. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Após a leitura desse documento, clique no botão "Continuar" abaixo e estará automaticamente concordando em participar da pesquisa.

Contato dos pesquisadores responsáveis:

Drº Leandro Dominguez Barreto – orientador do projeto – email: ldb.leandro@gmail.com – endereço profissional: Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Praça XV de novembro, s/n - Largo do Terreiro de Jesus, CEP 40025-010, Salvador, Bahia;

Felipe Dantas Leiro - Estudante da graduação de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia – autor do projeto – email: leiro.fd@gmail.com, fone: (71) 92420675. Comitê de Ética em Pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Praça XV de novembro, s/n - Largo do Terreiro de Jesus, CEP 40025-010, Salvador, Bahia. Tel.: (71) 32835564.

X.2 Anexo II: Instrumento de coleta de dados

Parte I: Sobre as atividades curriculares em geral

Essas questões devem ser respondidas com base na sua experiência em ATIVIDADES CURRICULARES (excluem-se ligas, estágios extra-curriculares, etc.) no curso de Medicina como um todo, não restritas à Atenção Primária à Saúde.

1. **Em geral, quanto tempo você permanece exercendo ATIVIDADE CURRICULAR em um mesmo ambulatório? ***

(excluem-se ligas, estágios extra-curriculares, etc.)

Marcar apenas uma oval.

- Até 1 mês
- 1 a 2 meses
- 2 a 4 meses
- 4 a 6 meses
- Mais de 6 meses

2. **Qual o tempo MÁXIMO que você permaneceu inserido em um mesmo ambulatório realizando ATIVIDADE CURRICULAR? ***

(excluem-se ligas, estágios extra-curriculares, etc.)

Marcar apenas uma oval.

- Até 1 mês
- 1 a 2 meses
- 2 a 4 meses
- 4 a 6 meses
- Mais de 6 meses

3. **Com que frequência você teve oportunidade de acompanhar o retorno de um paciente que você atendeu ao mesmo ambulatório EM ATIVIDADE CURRICULAR? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

4. **Com que frequência você conseguiu estabelecer um bom vínculo bidirecional (estudante-paciente-estudante) com o paciente EM ATIVIDADE CURRICULAR? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
 Raramente
 Eventualmente
 Frequentemente

5. **Com que frequência você observou a presença de um bom vínculo bidirecional entre o professor/médico assistente e o paciente? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
 Raramente
 Eventualmente
 Frequentemente

6. **Na sua percepção, entre os ambulatórios em que você realizou ATIVIDADE CURRICULAR, quantos foram de Ambulatórios Especializados? ***

(NÃO considerar como ambulatório especializado aqueles que realizam abordagem generalista do paciente – pediatria geral, clínica geral, saúde integral da mulher, geriatria geral, saúde da família.)

Marcar apenas uma oval.

- Até 25%
 26-50%
 51-75%
 Mais de 75%

7. **Com que frequência você desenvolveu atividades acadêmicas com estudantes/profissionais de outras áreas EM ATIVIDADES CURRICULARES? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
 Raramente
 Eventualmente
 Frequentemente

8. **Em relação à pergunta anterior, quais as atividades a seguir desenvolveu com esses estudantes/profissionais? ***

Pode escolher mais de uma opção

Marque todas que se aplicam.

- Educação em saúde
- Acolhimento de usuários
- Discussão de caso clínico
- Reunião com equipe multiprofissional hospitalar
- Reunião de equipe de saúde da família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
- Visita Domiciliar
- Aula Teórica
- Outro:

9.

.....

Parte II: A vivência na Atenção Primária à Saúde

As próximas questões dizem respeito APENAS às atividades desenvolvidas em serviços de ATENÇÃO BÁSICA à saúde. Sobre a sua experiência nesses serviços, responda:

10. **Você teve oportunidade de conhecer o funcionamento (incluindo atendimento ambulatorial, visitas domiciliares, acolhimento, atividades em grupos, reuniões de planejamento e gestão, etc.) de uma Unidade de Saúde da Família? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Parcialmente
- Não

11. **Você foi a campo conhecer o território onde a Unidade de Saúde da Família está inserida? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

12. **Você fez diagnóstico de saúde da população atendida pela Unidade de Saúde da Família, de modo a conhecer quais as doenças mais prevalentes, com maior morbi-mortalidade, etc? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

13. **Você conheceu espaços no território que poderiam servir como rede de apoio aos usuários atendido pela USF (igrejas, grupos de idosos, creches, centros de esportes, centro comunitário, etc)? ***

Marcar apenas uma oval.

- Não conheci
 Conheci superficialmente (apenas visitei)
 Conheci bem, participando de reuniões e/ou outras atividades

14. **Com que frequência utilizou localidades do território (escolas, igreja, centros comunitários, etc, EXCETUANDO-SE Unidade de Saúde da Família) para realização de atividades relacionadas ao serviço de saúde? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
 Raramente
 Eventualmente
 Frequentemente

15. **Teve contato com as especificidades culturais da população atendida pela USF (linguagem, religião praticada, grupos de capoeira, música, dança ou outras manifestações culturais, utilização de moeda paralela ao real, uso de práticas medicinais alternativas, etc)? ***

Marcar apenas uma oval.

- Não tive contato nenhum
 Ovi falar
 Tive contato superficialmente
 Familiarizei-me com maior parte das especificidades culturais da comunidade

16. **Com que frequência você realizou visitas domiciliares? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca *Após a última pergunta desta seção, ir para a pergunta 23.*
 Raramente
 Eventualmente
 Frequentemente

DURANTE AS VISITAS DOMICILIARES, com que frequência você realizou as seguintes atividades:

17. Atendimento Clínico *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

18. Busca Ativa de Pacientes de Risco *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

19. Atividade de educação em saúde *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

20. Elaboração de familiograma, ecomapa, ou outro instrumento utilizado na saúde da família *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

21. Identificação de riscos ambientais *

Por exemplo: condições de moradia e saneamento, riscos de acidentes, etc.

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

22. Conhecer a realidade social da comunidade

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

**Parte II: A vivência na Atenção Primária à Saúde
(continuação)****23. Com que frequência você participou de reunião do conselho gestor da Unidade de Saúde da Família? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

24. Com que frequência realizou alguma atividade de conscientização/incentivo à participação popular? *

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

25. Conheceu/participou de reuniões de algum movimento social da comunidade? *

Marcar apenas uma oval.

- Não conheci
- Conheci superficialmente (apenas visitei)
- Conheci bem, participando de reuniões e/ou outras atividades

26. Teve contato com alguma instância formal de controle social? *

Exemplos: Conselhos/conferências municipal, estadual ou nacional de saúde

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

27. **Você considera os conteúdos teóricos e práticos da Atenção Básica relevantes para a sua formação? ***

Marcar apenas uma oval.

- Irrelevante
 Pouco relevante
 Relevante
 Muito relevante

28. **Na sua percepção, como foi sua inserção na Atenção Básica à Saúde EM ATIVIDADES CURRICULARES? ***

Marcar apenas uma oval.

- Insuficiente e de baixa qualidade
 Insuficiente, mas de qualidade
 Suficiente, mas de baixa qualidade
 Suficiente e de qualidade
 Excessiva

29. **Você realizou alguma atividade extracurricular relacionada à AB? Qual(is)? ***

Marque todas que se aplicam.

- Não realizei
 Liga Acadêmica ou Grupo de Estudos
 Estágio extra-curricular
 Atividade de Pesquisa
 Atividade de Extensão
 Participação em movimento social comunitário
 Outro: _____

30. **Você pretende atuar na Estratégia de Saúde da Família após concluir a graduação? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim, pretendo seguir carreira nessa área
 Sim, mas apenas provisoriamente
 Não, mas já considerei a possibilidade
 Não, nunca considerei a possibilidade

31. **Você considera importante formar mais médicos dispostos a atuar na Atenção Básica? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

32. **Qual seu grau de segurança para atuar na Atenção Básica quando concluir a graduação? ***

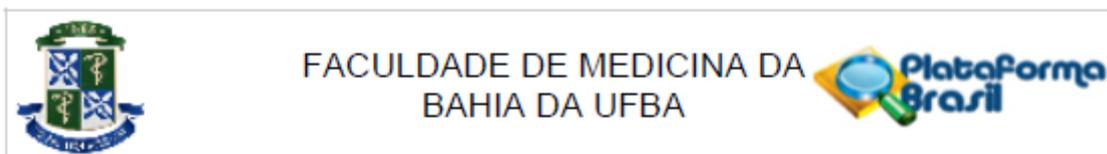
Marcar apenas uma oval.

- Totalmente inseguro
 - Pouco seguro
 - Razoavelmente seguro
 - Totalmente seguro
-

Powered by



X.3 Parecer do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A relação do estudante da FMB-UFBA com a Atenção Primária à Saúde.

Pesquisador: Leandro Dominguez Barretto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33364514.3.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 738.239

Data da Relatoria: 04/08/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo exploratório de corte transversal a ser realizado por meio de questionários eletrônicos (precedidos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) aplicados aos estudantes de 5º e 6º ano de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA). O questionário consta de duas partes: a primeira investiga aspectos relacionados ao currículo de graduação em geral e a segunda os aspectos relacionados apenas às disciplinas que se propõem a abordar o tema Atenção Primária à Saúde. As respostas serão computadas em um banco de dados e, posteriormente, analisada a partir de frequência simples, principalmente proporções. A participação será voluntária e anônima.

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO: Entender como se dá a relação do estudante da FMB/UFBA com a atenção primária à saúde através dos próprios estudantes.

SECUNDÁRIO: 1. Compreender o processo de adequação do curriculum de graduação em Medicina da FMB/UFBA às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina. 2. Avaliar a satisfação dos estudantes com o ensino teórico e prático de Atenção Primária à Saúde na FMB/UFBA. 3. Analisar a qualidade de inserção do estudante da FMB/UFBA na rede de Atenção Primária à Saúde e na Comunidade. 4. Contribuir com a consolidação da transformação curricular de graduação em medicina da FMB/UFBA. A Metodologia proposta tem como objetivo a aplicação

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 738.239

de questionário eletrônico precedido do TCLE "também por via eletrônica" onde os participantes serão orientados a não prosseguir ao questionário "caso não concordem com os termos do TCLE" ou interromper a aplicação do questionário a qualquer momento caso apresentem algum tipo de desconforto. A população alvo do estudo serão os estudantes matriculados no 5º e 6º anos da FMB/UFBA que serão todos convidados, através de envio pelo correio eletrônico (e-mails pessoais cadastrados no Núcleo de Formação Científica da FMB/UFBA a participar voluntariamente após a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao final do estudo haverá divulgação dos resultados a todos os participantes por correio eletrônico (e-mail pessoal conforme descrito anteriormente. A monografia resultante deste trabalho ficará disponível para consulta no site da FMB/UFBA (www.fameb.ufba.br).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Identificação dos indivíduos, retaliação ou assédio moral com base em suas respostas ao questionário. Para reduzir esse risco, os questionários não são identificados, as perguntas são todas do tipo "Múltipla Escolha" e os mesmos serão aplicados por meio eletrônico, sendo as respostas diretamente transportadas para o banco de dados sem intermédio do pesquisador. **BENEFÍCIOS:** Não há benefício direto para os participantes do estudo. O estudo prevê condições de ser bem suportado pelos participantes da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia da análise de dados dar-se-á através de medidas de frequências simples, principalmente proporções. o tamanho da amostra é de 350 alunos. Não haverá uso de fontes secundárias de dados; o número de indivíduos participantes abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção no centro de pesquisa é de 350 e as intervenções a serem realizadas será a aplicação de questionário. O Estudo não é Multicentro. Não propõe dispensa de TCLE Não haverá retenção de amostra para armazenamento em banco de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na Metodologia Proposta o Pesquisador registra que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a sua aplicação será por via eletrônica. Entretanto, de acordo com a letra "d" do Item IV.5 o TCLE deve ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa." O cronograma de execução contém o Encaminhamento para a aprovação do CEP em 25/05/2014. O Termo de Compromisso de Utilização de Dados encontra-se firmado pelos pesquisadores do projeto. A Folha de Rosto

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



Continuação do Parecer: 738.239

embora devidamente preenchido consta o telefone celular do Pesquisador Responsável quando deveria conter o telefone da Instituição. O questionário se refere sobre as atividades Curriculares em Geral e as que dizem respeito APENAS às atividades desenvolvidas em nível de serviços de Atenção Básica à Saúde.

Recomendações:

No TCLE deve ser colocado o número do telefone fixo e não o do celular do pesquisador. Recomenda-se Reformular o Cronograma de Execução (Encaminhamento para a aprovação do CEP -25/05/2014 e Obtenção dos dados 31/07/2014.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações acima não são motivadoras para macularem o objetivo da pesquisa, podendo serem simplesmente corrigidas sem nova submissão ao plenário deste Comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 04 de Agosto de 2014

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br