



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



Monografia

**FORMAÇÃO MÉDICA E DOCÊNCIA EM ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS
DOCENTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

Rodrigo Alves Rodrigues

E-mail: pesquisaapsfmb@gmail.com

Salvador (Bahia),
Março, 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal da Bahia

Sistema de Bibliotecas

Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA

R696

RODRIGUES, Rodrigo Alves.

FORMAÇÃO MÉDICA E DOCÊNCIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS DOCENTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/ Rodrigo Alves Rodrigues. - - (Salvador, Bahia): RA, Rodrigues - 2017.

VIII, 147.fl.s. : il.

Orientadora: Lorene Louise Silva Pinto.

Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2017.

Palavras-Chave: 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação Médica. 3. Saúde da Família. I. PINTO, Lorene Louise Silva. II. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 61



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

FORMAÇÃO MÉDICA E DOCÊNCIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS DOCENTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Rodrigo Alves Rodrigues

Professora orientadora: **Lorene Louise Silva Pinto**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.1, como pré-requisito obrigatório e parcial à 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),

Março de 2017

Monografia: *Formação Médica e Docência em Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Docentes da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia*, de **Rodrigo Alves Rodrigues**.

Professora orientadora: **Lorene Louise Silva Pinto**

COMISSÃO REVISORA:

Lorene Louise Silva Pinto, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: _____

José Luiz Moreno Neto, Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: _____

Mariluce Karla Bomfim de Souza, Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: _____

Leandro Dominguez Barretto, Professor do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: _____

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no XII 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 15 de Março de 2017.

O que tínhamos em comum? Nossa inquietude, nosso espírito sonhador e o incansável amor pela luta.

(Che Guevara, personagem de Diários de Motocicleta)

Se você é capaz de tremer de indignação a cada vez que se comete uma injustiça no mundo, então somos companheiros.

(Che Guevara)

A CRISE

“Vês! Ninguém assistiu a... há crise!

Ela assopra, vira redemoinho, sacode Katrina!

Oh... Como dói, Amor!?

Me disseram que é Utopia...

Eros? Entranhas o dizem: “há carne dos deuses em minha cara!”

O pensamento fugaz com a implícita

De que seu consciente está no prumo.

O inconsciente? Oxé Mineirinho!

Ukuphathwa de Novidade...será?

A crise é passageira.”

(Brejinho)

**Dedico esse trabalho a todos os militantes e trabalhadores rurais do Brasil.
A todos os jovens que ousam sonhar e lutar por seus sonhos e por uma
sociedade mais justa.**

EQUIPE:

- Rodrigo Alves Rodrigues, Acadêmico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA). Correio eletrônico: digouniversidade@gmail.com;
- Lorene Louise Silva Pinto, Professora Associada da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA). Correio eletrônico: lorenepinto@gmail.com.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES:**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia

FONTES DE FINANCIAMENTO:

Recursos Próprios

AGRADECIMENTOS

- Primeiramente, agradeço a Deus e aos meus pais, irmãos e família ampliada por toda a confiança depositada em mim, desde pequeno até hoje, na luta incessante pelos nossos sonhos.
- Aos professores da minha vida e às pessoas do **povoado do Brejo (Lassance-MG)** que me ajudaram encontrar a capacidade de sonhar.
- À **Liga de Atenção Primária à Saúde**, ao **Coletivo Além Do Que Se Vê**, às **gestões Viramundo e Caroé do Diretório Acadêmico de Medicina**, à **Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina**, ao **Fórum Acadêmico de Saúde** e ao **Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra** por toda a formação político-ideológica que me proporcionaram e pelo cultivo do desejo de justiça social.
- À minha orientadora, mulher lutadora e primeira diretora da FMB, **Lorene Louise Silva Pinto** e aos meus professores **Leandro Barretto**, **Rafaela Freire** e **João André Oliveira** pela disposição na luta por uma atenção primária à saúde condizente com as necessidades do povo.
- Aos professores membros da Banca Revisora e a todos os participantes dessa pesquisa pela contribuição em viabilizar a sua realização.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABELAS E QUADROS.	2
I. RESUMO	5
II. OBJETIVOS	6
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
III.1. Percursos da Educação Médica: Conceitos e Ideologias na Saúde	7
III.2. A Atenção Primária à Saúde no Brasil: Ensino Médico e Atenção em Saúde	14
IV. METODOLOGIA	19
IV.1. Desenho do estudo	19
IV.2. População e Critérios de Inclusão	19
IV.3. Preparação Complementar da Pesquisa	19
IV.3.1. Instrumento de Coleta e Teste Piloto	19
IV.3.2. Coleta de dados	21
IV.4. Análise dos dados	22
IV.5. Aspectos éticos	22
IV.6. Divulgação dos resultados	23
V. RESULTADOS	24
V.1. Caracterização da população de estudo e Fatores relacionados à sua Formação em Saúde	25
V.2.a. Fatores do curso médico relacionados Indiretamente ao Cuidado em APS	30
V.2.b. Fatores do curso médico relacionados Diretamente ao Cuidado em APS	35
V.3. Fatores relacionados ao Ensino e à Docência em APS	45
VI. DISCUSSÃO	51
VII. CONCLUSÕES	105
VIII. SUMMARY	107
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
X. ANEXOS	118
ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	119
ANEXO II: Instrumento de Coleta de Dados: Teste Piloto	121
ANEXO III: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	128
ANEXO IV: Instrumento de Coleta de Dados: Versão Final do Questionário	133

ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABELAS, QUADROS E FIGURAS

GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Número de Respostas ao Questionário por Dia	24
GRÁFICO 2: Tempo de Docência Referido pelos Professores do Curso de Graduação em Medicina da FMB-UFBA – Semestre 2016.1	25
GRÁFICO 3: Tipo de Formação/Graduação dos professores do curso de Graduação da FMB-UFBA, quanto à realização ou não de graduação em Medicina	26
GRÁFICO 4: Percentual de Participantes da Pesquisa quanto à sua Área de Atuação no Curso de Graduação em Medicina da FMB-UFBA.	27
GRÁFICO 5: Atuação dos Docentes do curso de graduação da FMB, em relação à sua atuação ou não na área de sua formação médica - Semestre 2016.1	27
GRÁFICO 6: Formação Generalista durante sua Graduação, referido pelos Docentes do Curso de Graduação da FMB.	28
GRÁFICO 7: Grau de Segurança em atuar na Atenção Primária à Saúde - Docentes do Curso de Graduação da FMB 2016	28
GRÁFICO 8: Conhecimento acerca das diretrizes para a atuação em Atenção Primária à Saúde, recomendadas pelas novas DCNs de 2014	29
GRÁFICO 9: Grau de Segurança dos docentes para ensinar conteúdos e habilidades característicos da Atenção Básica	29
GRÁFICO 10: Inserção do Docente em cenários de APS durante ou após a sua Graduação	30
GRÁFICO 11: Desejo ou interesse dos entrevistados em atuar na Atenção Básica como profissional de saúde ou docente	30
GRÁFICO 12: Tempo médio de permanência do docente em um mesmo serviço, em atividade curricular semestral.	31
GRÁFICO 13: Frequência de realização pelos docentes de Acompanhamento de Retorno de paciente atendido junto com discentes durante atividade curricular.	32
GRÁFICO 14: Percepção dos Docentes acerca da realização de vínculo bidirecional eficaz com seus pacientes durante atividade curricular	32
GRÁFICO 15: Atividade Docente em conjunto com Profissionais ou Estudantes de outras áreas da saúde	33
GRÁFICO 16: Atividades desenvolvidas pelos docentes com profissionais ou estudantes de Outras áreas	34

GRÁFICO 17: Percepção dos Docentes acerca de seu Conhecimento sobre o Funcionamento das Unidades de Saúde da Família	35
GRÁFICO 18: Percentual de Docentes que foram a campo conhecer espaços do Território	36
GRÁFICO 19: Percentual de Docentes que tiveram contato com especificidades culturais da população	36
GRÁFICO 20: Realização de Atividade Curricular com Cenário ou Grupo Populacional com Demanda Específica - Em percentual de Docentes	37
GRÁFICO 21: Frequência de Realização de Visitas Domiciliares em Atividades Curriculares	37
GRÁFICO 22: Frequência de Contato com Instância Formal de Controle Social do SUS, em Atividades Curriculares	39
GRÁFICO 23: Percentual de Docentes em Função da Frequência de Realização de Atividade de Conscientização ou Incentivo à Participação Popular	40
GRÁFICO 24: Percentual de Docentes em relação à Frequência de Desenvolvimento de Atividade da graduação em Outros serviços da rede de Atenção Primária à Saúde	41
GRÁFICO 25: Percentual de docentes em função da realização ou não de atividade que vise à adequação curricular às novas DCNs de 2014	46
GRÁFICO 26: Participação dos Docentes em Programa Permanente de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde ou em Atividade de Formação Pedagógica	46
GRÁFICO 27: Percepção dos docentes sobre a Quantidade dos conteúdos teórico e prático de Atenção Primária à Saúde oferecidos na graduação da FMB-UFBA	47
GRÁFICO 28: Percepção dos docentes sobre a Qualidade dos conteúdos teórico e prático de Atenção Primária à Saúde oferecidos na graduação da FMB-UFBA	47
GRÁFICO 29: Concepção dos docentes sobre a inserção do curso de graduação da FMB-UFBA na rede de serviços de Atenção Básica do SUS	48
GRÁFICO 30: Percepção sobre o grau de relevância de uma formação generalista, com ênfase na Atenção Primária, para o processo de formação médica	49
GRÁFICO 31: Percepção dos Docentes da FMB sobre a importância ou não de formar médicos voltados para atuar na APS	49
GRÁFICO 32: Incentivo, em sala de aula, para os discentes atuarem/trabalharem na APS ou na Saúde da Família, após concluírem a graduação	50

GRÁFICO 33: Percepção dos Docentes sobre a necessidade de consolidação de um Eixo de Atenção Primária à Saúde (do 1º ao 12º semestre) no currículo da FMB-UFBA **50**

TABELAS

TABELA 1: Tempo de Formatura dos Docentes do Curso de Graduação da FMB-UFBA – Semestre 2016.1 **25**

TABELA 2: Percepção dos Docentes acerca do Percentual de Ambulatórios Especializados entre campos de prática das atividades curriculares **33**

QUADROS

QUADRO 1: Percentual em função da Frequência do Tipo de Atividade executada em Visitas Domiciliares realizadas pelos Docentes da FMB-UFBA **38**

QUADRO 2: Percepção dos docentes em relação à Frequência de Realização de ações características dos serviços de Atenção Primária à Saúde, realizadas nas atividades curriculares do curso de graduação da FMB-UFBA **42**

FIGURAS

FIGURA I: **53**

I. RESUMO

FORMAÇÃO MÉDICA E DOCÊNCIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS DOCENTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. **Objetivos:** Analisar a percepção dos docentes do curso de graduação em medicina da UFBA sobre o ensino e a docência em Atenção Primária à Saúde (APS). **Fundamentação Teórica:** Em uma conjuntura de desenvolvimento do capitalismo norte-americano, com a tendência ao lucro com a “saúde-doença”, o modelo biomédico foi ganhando hegemonia nos EUA no século XX; e o Relatório Flexner de 1912 serviu de base para a educação médica no mundo. Foram propostos novos modelos de atenção à saúde e, a após a Conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) destacou-se como base dos sistemas de saúde. Com a criação do SUS, em 1988, houve uma convergência para a instalação de um modelo de APS abrangente, com a ampliação da ESF no Brasil, e tornaram-se necessárias mudanças no âmbito da educação médica. **Métodos:** Estudo quali-quantitativo de corte transversal baseado na aplicação de questionários, enviados por meio eletrônico, a todos os docentes do curso de graduação em medicina da Faculdade de Medicina da Bahia em exercício no curso nos semestres 2015.2 e 2016.1, que concordaram em participar voluntariamente do estudo. As perguntas foram agrupadas em blocos: 1- Caracterização da população de estudo e Fatores relacionados à sua Formação em Saúde; 2- Fatores do curso médico relacionados diretamente ou indiretamente ao Cuidado em APS; 3- Fatores relacionados ao Ensino e à Docência em APS. **Resultados:** 82 docentes responderam ao questionário. **Considerações Éticas:** A participação foi voluntária e todos os indivíduos integrantes do estudo concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Não houve conflitos de interesses entre os autores. **Discussão e Conclusões:** A maioria dos docentes se sente segura em atuar na atenção primária à saúde (APS) e em ensinar conteúdos e habilidades de APS, no entanto, não tiveram uma formação generalista com foco em APS em seu processo de formação e o conhecimento sobre as DCNs é deficiente. Ademais, identificam-se grandes deficiências relacionadas à docência e ao processo de ensino-aprendizagem em APS na FMB-UFBA, sendo necessário repensar os compromissos da educação médica e estimular novos processos de mudança.

Palavras-chave: 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação Médica. 3. Saúde da Família.

II. OBJETIVOS

PRINCIPAL

Analisar a percepção dos docentes do curso de graduação da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB-UFBA) sobre o ensino e a docência em Atenção Primária à Saúde (APS) ^{*}.

SECUNDÁRIOS

1. Verificar como os docentes percebem a presença dos princípios e diretrizes da APS no curso de graduação da FMB-UFBA;
2. Caracterizar a docência em APS na FMB-UFBA, para os ensinoss teórico e prático;
3. Analisar a percepção do docente sobre a importância da APS no processo de formação médica;
4. Contribuir com a consolidação do currículo do curso de graduação em medicina da FMB-UFBA, de acordo com as novas diretrizes curriculares nacionais de 2014.

^{*} NOTA: A percepção dos docentes sobre as práticas de docência e de ensino (incluindo experiências em pesquisa, extensão e cooperação técnica) analisada como objetivo principal nesse estudo refere-se, sobretudo, às atividades relacionadas ao âmbito da Atenção Primária à Saúde.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Percursos da Educação Médica: Conceitos e Ideologias na Saúde

Ao longo da história, verifica-se a tentativa de conceituar a saúde de diferentes maneiras e o direcionamento de cada conceito adotado pode influenciar direta ou indiretamente a percepção que se tem sobre o que são saúde, doença, cuidado, sofrimento, qualidade de vida, morte e iniquidades, independentemente deste conceito ser hegemônico ou contra-hegemônico em uma sociedade, em uma cultura ou em uma escola de saúde. Essas distintas percepções acabam interferindo nas práticas de saúde cultuadas pelas pessoas e pelos trabalhadores de saúde, na organização dos modelos de atenção à saúde de um país, no direcionamento dos recursos tecnológicos, econômicos e humanos, bem como, nas lutas políticas travadas para a garantia do direito à saúde.

Em entrevista à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Jaime Breilh (2011) faz uma crítica ao correlacionar os impactos na saúde do atual modelo de desenvolvimento ⁽¹⁾:

“A determinação da saúde passa primeiro por certos fenômenos macro que impõem uma lógica a toda a sociedade. Que fenômenos são esses? Definitivamente, é o **modelo econômico**. E o modelo que temos agora não é simplesmente o capitalismo, mas o capitalismo acelerado, uma locomotora destrambelhada. Para poder acelerar a acumulação de capital nessa grande lógica da sociedade, estão-se pressionando os rendimentos dos trabalhadores, impondo condições mais graves de trabalho, utilizando tecnologias sem princípios de precaução suficientes. Então, esse processo de aceleração se faz inclusive sobre a base da pilhagem: ou seja, uma empresa, por meios fraudulentos, toma a terra, a água, os recursos vitais de um povo. Em toda a América Latina, as grandes corporações estão fazendo uma compra massiva de terra e água, estão também com processos transgênicos para definir um monopólio das sementes. Uma agricultura na qual a terra já não é sua, a água já não é sua, as sementes não são suas mostra a perda de soberania sobre a alimentação, e um povo que não tem soberania sobre a alimentação é absolutamente vulnerável. As pessoas estão condicionadas a viver dessa forma que não é boa para a sua saúde, com sistemas de trabalho cada vez mais perigosos, sistema de consumo baseado no desperdício, uma forma que não é protetora de um *buenvivir*, mas de um consumo comercial, despojada de recursos de defesa, de suportes de organizações protetoras coletivas e comunitárias. Você, como indivíduo, tem que se mover em uma margem muito restrita de condições, e estas condições estão produzindo doenças evidentes. Por exemplo, temos um crescimento descomunal do câncer, estamos com processos de deterioração genética, aumento de doenças transmissíveis como a tuberculose, que se tornou resistente, depois de alguns países terem começado a solucioná-la (...). Além de outras causas, é preciso atentar que estamos comendo carne de porco e frango que usam hormônios e antibióticos para aumentar a produtividade. Então, a determinação social no nível desses processos gerais, dos grupos e das pessoas, vai fazendo com que haja adoecimento. Muitas vezes trabalhadores agroindustriais não

sabem que têm um problema, porque estão ativos, mas estão gerando um câncer, uma toxicidade hepática ou uma anemia por intoxicação. Esses são processos ocultos que estão massivamente gerando uma patologia que vai incidir nos perfis epidemiológicos do presente e do futuro (Jaime Breilh, 2011).”

Para Czeresnia & Almeida Filho (2015), no entanto, a saúde é a capacidade de lidar com essas dificuldades. Desse modo, os sujeitos podem lutar coletivamente para conquistá-la, sendo assim fica evidente a importância do movimento sanitário e dos movimentos sociais⁽²⁾. Foi no contexto da luta contra a superexploração da força de trabalho, evidente no interior das fábricas da Inglaterra no início do século XIX, e no seio de movimentos sociais, que os médicos desenvolvem um novo conceito de processo de saúde-doença⁽³⁾. Foi também como fruto de muita luta e disputa política que na **Constituição Federal de 1988** fica estabelecido que “a saúde é direito de todos e DEVER do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁽⁴⁾.

Para Da Ros & Marins (2004), a categoria médica acredita que chegou a sua “verdade científica”, conhecendo a história de sua prática apenas por uma simples sucessão de datas e invenções, alienada às relações sociais e ao entendimento das condições materiais de existência dos homens, reproduzindo a ideologia da classe dominante⁽³⁾.

Em conformidade com isso, o foco do campo de atenção à saúde e da prestação de serviços é voltado para lidar com a doença; e não com o indivíduo, o sujeito. A abordagem com ênfase no **paradigma biológico** apresenta uma terapêutica centrada na cura que, de forma unilateral e mecânica, reduz-se ao estabelecimento de diagnósticos, à eliminação de sintomas, a correções de lesões anatômicas e distúrbios funcionais, a prescrições medicamentosas e à adoção de procedimentos padronizados. Até mesmo quando o indivíduo é valorizado, tal abordagem se dá de maneira fragmentada, com certo grau de distanciamento do sujeito, e com o diálogo, o vínculo e a escuta em segundo plano. Com esse viés neoliberal, prioriza-se um modelo de atenção à saúde tecnoassistencial e privatista, com destaque para os serviços secundários e terciários de média e alta complexidade, em que o hospital é protagonista enquanto espaço de atuação e que há uma supervalorização do médico e da especialização progressiva⁽⁵⁾.

Sendo assim, no âmbito da materialização de seu processo de trabalho, o médico termina sendo o elo entre a produção de drogas, fármacos, equipamentos médicos e seu mercado final, sendo muitas vezes assediado por representantes da indústria de

medicamentos, sendo foco de propagandas do complexo médico-industrial. Daí cabe a necessidade de ampliarmos a percepção que os profissionais têm sobre saúde-doença e sobre o papel que desempenha na sua atuação⁽⁶⁾.

Em uma conjuntura de desenvolvimento do capitalismo norte-americano, com a tendência ao lucro com a “saúde-doença”, o modelo unicausal vai ganhando hegemonia nos EUA; principalmente com o crescimento da indústria farmacêutica e com a ascensão de uma “ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades”, culminando na expansão da “medicina científica”⁽⁷⁾. No início do século XX, a abertura e o funcionamento das faculdades de medicina nos EUA eram caóticos, indiscriminados, sem nenhuma regulação estatal, porém haviam graduações bem estruturadas com práticas não ortodoxas, como fitoterapia e homeopatia. Nesse contexto, em 1912, o estadunidense **Abraham Flexner** toma posse em cargo permanente na fundação educacional General Education Board, e subsidiado pela fundação Rockefeller, que teve seu irmão como um dos fundadores, faz um estudo de avaliação de todas 155 faculdades de medicina dos EUA e do Canadá, em um período de aproximadamente 180 dias. Mesmo que o método de avaliação empregado no estudo desconsiderasse critérios padronizados ou validados para a análise, seu relatório teve como produto as seguintes principais recomendações⁽⁸⁾:

- (1) Escolas de medicina organizadas em universidade;
- (2) Programas educacionais fundamentados em observação e experimentação de base científica;
- (3) Era necessário rigoroso controle de admissão;
- (4) Currículo estruturado em quatro anos de duração;
- (5) Divisão do currículo em ciclo básico realizado nas faculdades, com ensino de áreas básicas (anatomia, histologia, patologia, fisiologia) nos laboratórios; e ciclo clínico realizado nos hospitais, como prática de aprendizagem;
- (6) Exigência de laboratório e instalações adequadas.

Em “*O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal*”, Plagiosa & Da Ros (2008) descrevem que⁽⁸⁾:

“Se, por um lado – para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal –, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. O grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou– para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e

na organização dos serviços de saúde. Ele assume implicitamente que a boa educação médica determina tanto a qualidade da prática médica como a distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas. (...) É com este intuito e com esta visão que Flexner propõe o modelo alemão de educação médica e pesquisa (PAGLIOSA & DA ROS, 2008)".

Independente de Flexner questionar a obtenção de lucro por parte das escolas médicas, ao defender o compromisso das faculdades com o interesse público e criticar as “escolas comerciais”; conforme afirmado pelo próprio Flexner: “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”, isso corroborou para a legitimação dessa nova ordem na formação médica, já em curso de forma irreversível com a hegemonização do modelo científico na medicina. Desse modo, as relações sociais e os interesses econômicos que culminaram na produção desse relatório levaram à consolidação de um modelo de saúde norte-americano extremamente biomédico, hospitalocêntrico, unicausal e centrado na cura, privatista, caro e inacessível para boa parte da população, além de conduzir os programas pedagógicos a uma percepção reducionista do processo saúde-doença^(8,9).

Depois de mais de 100 anos, o modelo flexneriano ainda é hegemônico na grande maioria das faculdades de medicina do mundo, inclusive do Brasil.

De fato, no século XX, com o desenvolvimento da economia política da medicina, do complexo médico-industrial, da indústria farmacêutica e do “consumo” da saúde; com o aumento populacional e intensificação das desigualdades sociais e dos problemas de natureza sanitária, como a mortalidade infantil, a desnutrição e as doenças infecto-parasitárias, primordialmente nos países subdesenvolvidos; o modelo biomédico começou a se mostrar caro, inacessível e ineficiente para a população^(10,11).

Dentre desse contexto, paralelo ao movimento da “medicina preventiva”, o movimento da “medicina comunitária” se conforma operacionalizando as ações da medicina preventiva, buscando integrar ações e serviços e introduzindo outras práticas e concepções, como a regionalização e a participação da comunidade na pactuação e definição das políticas e ações de saúde, a continuidade do cuidado, a hierarquização de níveis do sistema de serviços de saúde, e a integração docente-assistencial⁽¹²⁾. A **Atenção Primária Orientada à Comunidade** (APOC), criada desde 1940 em área rural remota na África do Sul, pretendia unir a clínica e a epidemiologia, caracterizando-se como “um ‘serviço geral’, com acesso livre ao atendimento ambulatorial para doenças, gestação e puericultura”; e como “um ‘programa de saúde familiar e cuidados médicos’, no qual cada médico era responsável por 400-500

famílias dentro de uma área definida”, uma espécie de “territorialização”. Além disso, faziam parte do programa, ações curativas e preventivas delegadas à enfermagem, intervenções terapêuticas domiciliares, oficinas e grupos de gestantes e mães, práticas de educação em saúde construídas por assistentes de saúde locais; salientando-se a organização comunitária, por exemplo, para cultivo de hortas de subsistência, e a pesquisa de questões demográficas e socioculturais e o monitoramento epidemiológico contínuo como práticas integrantes do serviço⁽¹³⁾.

Na década de 70, com os movimentos de libertação das colônias africanas e de democratização dos países da América Latina, intensificam-se as críticas à especialização progressiva, ao etilismo na medicina e ao poderio da profissão médica sobre a saúde dos indivíduos, bem como à iatrogenia provocada pelas intervenções médicas, características do modelo estadunidense hegemônico. Além disso, cresciam-se as críticas aos programas seletivos e verticais e de combate a endemias e doenças transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS). Nessa perspectiva, socialistas chineses propuseram à OMS a construção da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde visando promover modelos alternativos de atenção à saúde. Logo, em 1978 aconteceu no Cazaquistão a **Conferência de Alma-Ata**, sediada pela URSS, culminando na criação da Declaração de Alma-Ata, que trouxe como princípios a saúde como um direito humano fundamental, a consideração dos determinantes socioeconômicos no processo saúde-doença, e a defesa da **Atenção Primária à Saúde (APS)** como elemento central de organização e primeiro nível de contato dos sistemas de serviços de saúde, além de introduzir o conceito de “tecnologias apropriadas” (que são tecnologias relevantes para as reais necessidades de saúde da população) ao criticar os elevados custos com a assistência médica e a ineficiência custo-efetividade decorrentes das sucessivas incorporações tecnológicas, sobretudo de alta e média complexidade⁽¹⁴⁾.

No âmbito da educação médica, em reuniões internacionais, começava-se a se desenrolar a busca de um **modelo de ensino prospectivo**, sinalizando para a superação da dicotomia “teoria-prática”, da separação entre “ciclo básico” e “ciclo clínico”, e do antagonismo entre “prevenção” e “cura”. Em substituição aos “laboratórios de comunidade”, em que uma determinada área do território servia meramente como campo de prática; passava-se a preconizar um ensino e práticas multidisciplinares baseados em problemas, e desenvolvidos a partir da Integração Docente-Assistencial, com inserção precoce e

progressiva dos estudantes na rede de serviços e de atenção à saúde e reorganização do processo educativo a partir da própria (re)organização dos serviços. Essas propostas extrapolavam e contrapunham a ideologia de ensino exclusiva nos hospitais, estimulavam o trabalho em equipe e o compartilhamento de poderes e saberes, além de racionalizar recursos gastos com a educação médica e explorar a formação de líderes e gestores no âmbito da saúde e da educação. Por outro lado, enfrentavam fortíssimas resistências principalmente por parte de setores tradicionais, sendo muitas vezes consideradas atividades marginais ao processo educativo, além de apresentar uma dependência de recursos externos, sobretudo da rede de serviços de saúde locais, e “desenvolvimento insuficiente de novos modelos de práticas” e “ausência ou precariedade de processos de auto-avaliação”⁽¹⁵⁾.

Em contrapartida, em 1979 na cidade italiana Bellagio, o Banco Mundial, a Fundação Ford e agências financiadoras canadense e estadunidense, patrocinados pela Fundação Rockefeller, desenvolveram um modelo de práticas indubitavelmente assentados na tentativa de maior eficácia com o melhor barateamento de custos, vislumbrando a oferta de serviços básicos de saúde para os pobres e medidas rápidas de impacto buscando intervir sobre problemas específicos e de forma isolada. Desse modo, propunham a seleção das doenças que mais causavam mortes (utilizando critérios epidemiológicos), priorizando doenças infecciosas e agudas e suas potencialidades de tratamento, como primordiais para sistemas de saúde dos países em desenvolvimento. Posteriormente, o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) incluiu ainda outros pontos estratégicos para melhorar a saúde materno-infantil, ainda na perspectiva da abordagem seletiva, tais como monitoramento do crescimento, suplementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização materna. Entre outras ações, como melhoria na higienização, no saneamento e na oferta de água para as comunidades, definição de medicamentos essenciais, utilização de tecnologias simples por trabalhadores da saúde da comunidade (não profissionais, voluntários), gestão de recursos escassos e redução dos postos de trabalho; esse modelo enxergava a APS como barata e como necessitando de baixos investimentos, e ficou conhecido como **Atenção Primária “Seletiva”**, cujas propostas passaram a ser duramente criticadas ao longo do tempo. Além disso, tal modelo visava à cobertura universal na saúde e não à universalidade e à integralidade da atenção, como preconizado pelos princípios do SUS atualmente^(13,14).

Diversas pesquisas e evidências demonstraram que a Atenção Básica tem capacidade para responder a **85% das necessidades em saúde**. Apesar disso, mundialmente, a

convergência para um **modelo de APS abrangente**, que perpassa pela integralidade da atenção à saúde no âmbito individual e coletivo, ainda é uma proposição contra-hegemônica, e a construção de propostas alternativas termina se conformando em desafios para a formulação de novas políticas de saúde⁽¹⁶⁾.

Nessa perspectiva, e de acordo com Starfield (2002), uma atenção primária à saúde abrangente deve: ter como pilar o Cuidado Integral, considerando os aspectos físicos, psíquicos e sociais; buscar compreender a dinâmica familiar, sendo a família o centro da atenção; visar garantir o acesso a todos os tipos de serviços, seja por meio da prestação direta de serviços de primeiro nível, como a assistência cotidiana de rotina ou o atendimento das demandas e necessidades espontâneas que surjam com processos de adoecimento, seja por meio do encaminhamento para atenção especializada, como consulta e internações, ou para serviços de suporte, a exemplo da atenção domiciliar e dos serviços de assistência e promoção social; além disso, deve ofertar serviços preventivos, curativos e ações de promoção da saúde. Para isso, a equipe multiprofissional prescinde de uma população de referência, por meio da adscrição de clientela (ou adesão voluntária dos usuários a um centro de saúde), ocorrendo uma vinculação a um território da unidade de saúde, o que possibilita a responsabilização longitudinal pelo cuidado dos usuários, independente da instalação de doença ou enfermidade, consolidando processos de vínculo no percurso da vida que permitam a atenção ininterrupta, por intermédio da continuidade da relação profissional-usuário. Deve-se ainda desenvolver habilidades de coordenação das ações e serviços buscando resolver problemas mais complexos ou menos frequentes, utilizando técnicas de gestão da clínica, registro de informações (prontuário de acompanhamento longitudinal), ações de referência e contrarreferência, e metodologia efetiva de comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários. Propõe-se, também, que os serviços considerem as competências culturais e as características étnicas, raciais e culturais, orientando-se de acordo com as reais necessidades da comunidade adscrita e reconhecendo as distintas carências dos variados grupos populacionais existentes, buscando superar inclusive as barreiras físicas, financeiras, geográficas, culturais e organizacionais que inviabilizem o acesso da população aos serviços. Desse modo, os serviços de APS funcionariam como uma “porta de entrada” do sistema de saúde, assumindo um papel de “filtro” para os outros níveis do sistema de serviços de saúde^(17,18).

A Atenção Primária à Saúde no Brasil: Ensino Médico e Atenção em Saúde

No Brasil, adjunto ao modelo médico assistencial privatista, característico do relatório Flexner, e com o advento das cooperativas médicas, da medicina de grupo, da autogestão e dos planos e seguradoras de saúde, ascendeu-se de forma também hegemônica o **modelo de atenção gerenciada**. Respaldou-se principalmente na medicina baseada em evidências e na lógica de barateamento de custos e maximização de lucros e paramentou-se na aplicação de “protocolos assistenciais”, “na contenção da demanda”, na “racionalização dos procedimentos e serviços especializados”, no estímulo ao “consumismo médico”. Houve também a explosão de **campanhas sanitárias e programas especiais** com administração centralizada, focalizando em ações de “prevenção” e combate a doenças específicas ou voltando-se para grupos populacionais prioritários. A efetivação de tais medidas se deu de forma vertical e autoritária, levando à fragmentação e inflexibilidade na aplicação de verbas, gerando dificuldades gerenciais, burocratização e superposição das ações de saúde, e conflitos no cotidiano dos estabelecimentos e instituições prestadoras de saúde. Os programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF), foram inicialmente implantados com grande semelhança dessa lógica⁽¹²⁾.

A Conferência de Alma-Ata também influenciou a implementação inicial de serviços municipais de saúde brasileiros, e após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o país adotou o termo **Atenção Básica (AB)** para denominar os serviços ambulatoriais de primeiro nível estabelecidos em âmbito municipal e no modelo de atenção. Tal opção de diferenciação na designação de APS procurou afastar-se da lógica de Atenção Primária “Seletiva” que se capilarizava no contexto internacional, opondo-se às persistentes pressões das orientações de ajuste fiscal do FMI (Fundo Monetário Internacional) e do Banco Mundial aos países latino-americanos. Cabe ressaltar que, ao analisar diferentes fases e processos de implementação de políticas de atenção primária no Brasil, percebe-se uma tensão ainda contemporânea entre diferentes noções de APS em disputa, ora com predomínio de uma ou de outra, ora assumindo distintas descrições, sendo a AB e a APS muitas vezes interpretadas na atualidade como sinônimas ou, em outras vezes, como conceitos opostos⁽¹⁷⁾.

Para Paim, entre as proposições alternativas em curso no Brasil, está a implementação das Ações Programáticas de Saúde, da Oferta Organizada, do processo de Distritalização; além da consolidação da Estratégia de Saúde da Família e da Vigilância em Saúde e de sua

integração com o Acolhimento, as Linhas de Cuidado, a humanização dos profissionais e serviços, e com equipes matriciais e de referência⁽¹²⁾.

Após 1994, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), visando à reorganização do modelo de atenção, criou-se um mercado em crescente expansão que tem exigindo cada vez mais outro perfil de profissional de saúde, mais generalista, humanista, com outras habilidades e atitudes⁽¹⁹⁾. Ao passar dos anos, a Saúde da Família ultrapassou em muito os limites do programa, alcançando uma cobertura superior a 50% da população brasileira, tornando-se uma Política de Estado brasileira, denominada “**Estratégia de Saúde da Família (ESF)**”, com lugar na agenda dos gestores do SUS, configurando-se na principal forma de execução da AB no Brasil. A ESF traz características peculiares em relação à APS de outros países, tais como: a presença de equipes multidisciplinares, tanto da Saúde da Família quanto do **NASF** (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), responsáveis por territórios geográficos que reconhecem problemas de ordem funcional, orgânica ou social; a presença singular dos **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**, que são os elos entre a população e a equipe de saúde, formados por cidadãos oriundos do próprio bairro ou comunidade adscritos; além da inclusão da **saúde bucal** no sistema público de saúde. Além disso, cada **município** é responsável pela prestação da Atenção Básica e por todo o tipo de atendimento de que necessita seu cidadão e para tanto conta com referências de outros municípios em atendimentos de média e alta complexidade, conforme seja seu porte estrutural^(20,21).

Na ESF, a **territorialização** configura-se em uma ferramenta de responsabilização sanitária de uma determinada área, o Território estático-dinâmico deve ter de 2400 a 4000 pessoas adscritas e as **Unidades de Saúde da Família (USFs)** são os campos de atuação essencial da equipe de saúde da família (eSF), que executa ainda a política de Vigilância em Saúde da população adscrita à unidade. Essas unidades se diferenciam das **Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais** e dos **Centros de Saúde**, que realizam atendimento por demanda espontânea, caracterizando assim, outra forma de execução da AB no país⁽²¹⁾.

Além disso, no sistema de saúde brasileiro, há a implementação das **Redes de Atenção à Saúde (RAS)**, tendo a APS como centro de comunicação, em substituição aos sistemas piramidais e hierárquicos, organizados em alta, média e baixa complexidade. As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado, apontando para uma maior eficácia na produção

de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS⁽²²⁾.

Outra característica singular, a **participação social** na área de saúde (também conhecida como Controle Social do SUS) foi regulamentada em Lei nº 8.142/1990, e define o papel da sociedade na gestão do SUS. Essa lei institui as conferências e os conselhos de saúde. Os **Conselhos de Saúde** são instâncias de participação permanente com caráter deliberativo, composto de forma paritária por 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores, apresentando-se nas esferas de gestão, por meio dos conselhos locais, distritais, municipais e estaduais de saúde, além do Conselho Nacional de Saúde. Nesse contexto, a **Educação Popular**, originada na América Latina há 50 anos, revela-se como norteadora das iniciativas de saúde comunitária. Ela enfatiza o “**Saber Popular**” ao valorizar saberes e lógicas habitualmente desconsideradas, partindo do pressuposto de que todas as pessoas, mesmo as mais oprimidas e marginalizadas, têm uma busca criativa de melhoria de suas vidas, acumulando ricas experiências e saberes que precisam ser muito valorizados e considerados no fazer educativo⁽²³⁾.

No Brasil, desde a Constituição Cidadã de 1988 e a Lei 8.080/1990, e com consolidação do SUS ainda em curso, diversos foram os movimentos de mudanças no ensino superior de saúde e na educação médica brasileira até os dias atuais. Em 1991, foi criada a CINAEM (Comissão Interinstitucional para Avaliação do Ensino Médico) com a função de caracterizar e avaliar permanentemente o Ensino Médico; propor medidas de curto, médio e longo prazo, buscando solucionar as problemáticas identificadas; criar mecanismos para consolidar uma Educação Médica Continuada⁽²⁴⁾.

Após uma série de debates desse período, entre eles os congressos da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), e a partir de propostas elaboradas pela CINAEM; a resolução do Conselho Nacional de Educação de 2001 instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs-Medicina) com uma proposta de reorganização e orientação da formação oferecida nas escolas médicas⁽²⁵⁾.

Paralelo a isso, na Faculdade de Medicina da Bahia, a partir da mobilização estudantil por intermédio do Diretório Acadêmico de Medicina (DAMED/UFBA), iniciou-se uma transformação curricular, ainda em curso, com o lançamento do “Novo Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da FMB-UFBA” em 2007. Entre as

mudanças da transformação curricular, estão a modificação de técnicas pedagógicas, o aperfeiçoamento do processo de ensino-aprendizagem, a adequação dos campos de práticas, a implementação de módulos e eixos⁽²⁶⁾.

A partir de um documento elaborado com participação de professores, preceptores, estudantes, gestores e usuários do SUS, submetido à consulta pública em portais virtuais; em 2010, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), delinearam as **Diretrizes para o Ensino de Atenção Primária à Saúde na graduação em medicina** no país. Os objetivos de ensino-aprendizagem foram organizados em três dimensões estruturantes na formação médica (Abordagem Individual, Abordagem Familiar e Abordagem Comunitária); a estratégia didático-metodológica buscava uma inserção longitudinal, em espiral crescente de complexidade, com atividades em campos de prática de APS em todos os semestres ou anos da graduação médica, trabalhando em pequenos grupos e com diversidade de cenários de ensino-aprendizagem. As Unidades de Saúde da Família (USF) e o território são tidos como elementos centrais, sendo fundamental a presença de médicos generalistas ou especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) – e outros profissionais com vivência e competência em APS – participantes como docentes ou preceptores. Além disso, tais diretrizes preconizavam a construção de programa de educação permanente para a docência em APS, incluindo docentes e médicos dos serviços (preceptores), desenvolvido pelas IES (instituições de ensino superior), em parceria com o gestor local de saúde⁽²⁷⁾.

Desde 2013, com a criação da Lei do Mais Médicos, estão sendo implementadas novas mudanças na medicina brasileira, entre elas: a expansão e interiorização do ensino médico, por meio da abertura de novas escolas; a priorização das áreas de Atenção Básica e Urgência e Emergência nos currículos escolares; a implantação dos Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade considerados obrigatórios para acesso a muitas especialidades médicas; além da expansão do mercado de trabalho médico, por meio do aumento da cobertura nacional da Estratégia de Saúde da Família, do preenchimento dos postos de trabalho por médicos brasileiros ou estrangeiros, inclusive em regiões historicamente desassistidas⁽²⁸⁾.

Com essas mudanças, em 2014, o Conselho Nacional de Saúde lançou as Novas DCNs para o Curso de Medicina. Entre as principais proposições para a educação médica, estão a definição de competências, habilidades e conteúdos imprescindíveis para a formação,

estruturados em três esferas: **Atenção à Saúde**, que inclui atenção às necessidades de saúde individuais e coletivas, o desenvolvimento e avaliação de planos terapêuticos, a investigação dos problemas coletivos e o desenvolvimento de projetos de intervenção; **Gestão em Saúde**, caracterizada pela identificação, acompanhamento e avaliação do trabalho em saúde; e **Educação em Saúde**, que abarca identificação de necessidades de aprendizagem individual e coletiva, promoção da construção e socialização do conhecimento, promoção do pensamento científico e crítico e apoio à produção de novos conhecimentos. Além disso, as novas DCNs colocam a Atenção Primária à Saúde como norteadora da formação generalista nas escolas médicas⁽²⁹⁾.

Nesse contexto, recentemente na FMB-UFBA, estudantes organizados no Coletivo Além Do Que Se Vê, tem promovido discussões no âmbito da transformação curricular para a Consolidação de um Eixo de Atenção Primária à Saúde no processo de ensino-aprendizagem, com inserção progressiva (do 1º ao 12º semestre do curso) nos campos de práticas e cenários de atenção primária, nas unidades de saúde da família e no território, e com a articulação dos conteúdos clínicos. Por intermédio e mobilização do DAMED/UFBA, o Fórum Pedagógico da FMB-UFBA no semestre 2015.2 teve como temas principais os eixos de Atenção Primária à Saúde e de Urgência e Emergência no SUS, culminando na instalação do Grupo de Trabalho em Atenção Primária à Saúde (GT de APS) e na reformulação e reativação do Grupo de Trabalho de Urgência e Emergência (GT de U/E), composto por discentes e docentes de diferentes departamentos da FMB, tendo como função a elaboração de propostas de adequação curricular e de implementação desses dois eixos no currículo de graduação. Essas propostas devem ser encaminhadas ao Colegiado de Curso e, posteriormente, à Congregação da FMB-UFBA para deliberações.

IV. METODOLOGIA

IV.1 Desenho de Estudo

Estudo exploratório em corte transversal. Análise quali-quantitativa das respostas e conteúdos de questionários aplicados aos docentes do curso de graduação em medicina da FMB-UFBA, de conteúdos de pesquisa documental e da literatura científica, e de vivências enquanto representante discente.

IV.2 População e Critérios de Inclusão

A população de estudo foi composta por professores do corpo docente das unidades de ensino da UFBA que atuavam no curso de graduação em medicina da FMB-UFBA, em exercício nos semestres de 2015.2 e de 2016.1, e que concordaram em participar do estudo. Os critérios de inclusão foram: ser professor do curso de graduação em medicina da FMB-UFBA, ter o vínculo de professor efetivo da UFBA, concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **O total de indivíduos aptos a participar da pesquisa foi de 263 docentes.** Aqueles indivíduos que atenderam aos critérios de elegibilidade para inclusão no estudo foram convidados, por meio do envio de correio eletrônico, a responder voluntariamente ao questionário da pesquisa, após a concordância com o TCLE (ANEXO I).

IV.3 Preparação complementar do projeto

IV.3.1 Instrumento de Coleta e Teste Piloto

O instrumento de coleta foi um questionário com perguntas elaboradas tendo como base as referências bibliográficas deste trabalho, sendo que do total de perguntas do questionário inicial (teste piloto), 15 delas com o símbolo (*) foram retiradas ou adaptadas do instrumento de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “A relação do estudante da FMB-UFBA com a Atenção Primária à Saúde”, de autoria de Felipe Dantas Leiro, 2014⁽¹¹⁾. As perguntas foram agrupadas de acordo com as dimensões a serem analisadas, distribuídas nos seguintes blocos: 1- Caracterização da população de estudo e Fatores relacionados à sua Formação em Saúde; 2- Fatores do curso médico relacionados direta ou indiretamente ao Cuidado em APS; 3- Fatores relacionados ao Ensino e à Docência em APS.

A relação dos docentes foi obtida no Colegiado do Curso de Graduação em Medicina

e no site da Superintendência de Administração Acadêmica da UFBA<<http://www.supac.ufba.br/>>, sendo identificados 263 docentes aptos a integrar a população de estudo. Os endereços eletrônicos dos docentes pesquisados foram obtidos no site da FMB-UFBA<<http://www.fameb.ufba.br/>>, e solicitado ao Diretor e aos Departamentos da FMB e aos Diretores das outras unidades da UFBA envolvidas no curso de medicina: Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e Instituto de Biologia (IBIO). A produção e a aplicação virtual do Teste Piloto (ANEXO II) e da versão final do Questionário (ANEXO IV) foram realizadas por meio do Google Drive, serviço online para a criação e o gerenciamento de documentos, que permite o armazenamento e a sincronização de arquivos na nuvem da Google Inc. (empresa multinacional de serviços online e software com sede na Califórnia, EUA). Dessa forma, cada entrevistado teve acesso a um questionário em seu e-mail pessoal e, após concordar com o termo de consentimento livre e esclarecido, foi direcionado às questões. O acesso ao instrumento de coleta não permitiu a identificação nominal do participante da pesquisa (a resposta foi anônima). Com a conclusão de suas respostas, automaticamente elas foram incluídas ao banco de dados do estudo, em planilha de arquivo Microsoft Excel 2010.

O **Teste Piloto** foi uma forma de avaliar a validade e a qualidade do instrumento de coleta e serviu para identificar e sanar possíveis falhas no instrumento de coleta de informações, previamente a sua aplicação ampliada a toda população de estudo, por meio da versão final do Questionário. Buscou avaliar se todas as perguntas eram válidas para todos os membros da população de estudo, e se os conteúdos das questões atendiam aos objetivos elaborados ou se estavam sendo corretamente interpretados. A primeira versão elaborada do questionário (Teste Piloto) foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA (CEP- FMB).

A aplicação do Teste Piloto foi realizada com 10% do total da população de estudo, e foi iniciada no semestre de 2015.2, 15 dias após aprovação pelo CEP-FMB. O sorteio para composição da amostra do Teste Piloto levou em conta a proporcionalidade de docentes lotados nos 9 departamentos da FMB-UFBA e nas outras unidades vinculadas ao curso de medicina (ICS, IBIO, ISC), contabilizando no processo de amostragem 27 docentes, que foram convidados a participar voluntariamente deste teste piloto.

O Teste Piloto (conforme ANEXO II) foi enviado por meio de correio eletrônico (e-mails individuais) a todos os docentes sorteados, quatro vezes dentro de um intervalo de

tempo de vinte dias (17 de Maio a 06 de Junho de 2016). Os e-mails que apresentaram mensagem de erro foram corrigidos e reenviados para os endereços corretos a partir do segundo envio.

Houve apenas 8 respostas (do total de 27), sendo 2 delas excluídas por erro de envio do participante (resposta triplicada). A adesão foi baixa e poucos docentes encaminharam sugestões de modificação do questionário ou possíveis dúvidas e críticas. Porém, ainda assim, foram avaliados os padrões de resposta e o perfil dos entrevistados e modificadas as questões onde não se obteve o tipo de informação requerida e as perguntas em que os respondentes tiveram dificuldades de compreensão. As principais reclamações dos respondentes se referiam as opções limitadas de respostas às perguntas; e dúvidas de docentes de disciplinas dos 4 primeiros semestres – consideradas disciplinas “elementares” ou “do ciclo básico” –, questionando se deveriam ou não responder ao questionário, por “não serem professores de atenção primária à saúde”.

Após análise crítica dos resultados do teste piloto, o instrumento de coleta foi revisado e organizado em seu formato final para aplicação a toda a população de estudo, apresentando poucas modificações.

IV.3.2 Coleta de Dados

A aplicação virtual foi executada pelo envio de texto explicativo contendo título da pesquisa, identificação dos pesquisadores, parecer do CEP aprovado, etapa da pesquisa, população de estudo, e-mail para contato e dúvidas (pesquisaapsfmb@gmail.com), e informe de anonimato da pesquisa. Além disso, junto ao texto enviado para os endereços eletrônicos dos entrevistados, foi disponibilizado o link <<https://goo.gl/ztv6ut>> que dava acesso ao formulário, em formato da Google Drive, cuja primeira parte era o TCLE como requisito obrigatório para acesso ao questionário da pesquisa. As 35 perguntas da Versão Final do Questionário foram divididas em quatro blocos: 1- Caracterização da população de estudo e Fatores relacionados à sua Formação em Saúde (10); 2.a - Fatores do curso médico relacionados indiretamente ao Cuidado em APS (6); 2.b - Fatores do curso médico relacionados diretamente ao Cuidado em APS (10); 3- Fatores relacionados ao Ensino e à Docência em APS (9).

Na coleta de dados, com a Versão Final do Questionário (conforme ANEXO IV), todos os 263 docentes do corpo docente permanente do Curso de Graduação em Medicina da

FMB-UFBA foram convidados a participar do estudo. A coleta foi realizada no semestre 2016.1, no período de 17 de Setembro a 06 de novembro de 2016 e foi anônima, sendo o questionário enviado 7 vezes nesse período (nas datas 17/09, 24/09, 08/10, 15/10, 22/10, 01/11, 04/11) a todos os indivíduos pesquisados. Os e-mails que apresentaram mensagem de erro foram corrigidos, por meio de nova solicitação aos Departamentos da FMB, sendo reenviados para o endereço eletrônico correto a partir do segundo, terceiro e quarto envio até que nenhum e-mail passou a apresentar mensagem de erro; logo todos os 263 (100%) docentes tiveram acesso ao questionário da pesquisa. No entanto, apenas 82 docentes responderam ao questionário e todos estes concordaram com o TCLE encaminhando suas respostas e atendendo aos critérios de inclusão na pesquisa, o que corresponde a 31,17% da população de estudo. Os outros 181 docentes (68,82%) não enviaram respostas.

IV.4 Análise de dados

Um banco de dados foi construído com as respostas recebidas, utilizando para sua elaboração o programa Excel para Windows[®], editor de planilhas produzido pela empresa Microsoft Corporation. A exploração dos dados se deu pela análise das medidas de frequência simples, em igual proporção, buscando identificar como os docentes responderam aos questionamentos. Além disso, foram utilizadas ferramentas estatísticas do Google Drive, onde se buscou destacar a frequência das respostas nas questões objetivas.

Deu-se ênfase às dimensões abordadas para organizar a demonstração dos resultados e nortear a discussão, integrando as informações quantitativas e qualitativas (dos questionários, da pesquisa documental e da literatura científica e das vivências enquanto representante discente na FMB-UFBA) para identificar a percepção do grupo pesquisado sobre o cuidado, a formação médica e a docência em Atenção Primária à Saúde.

IV.5 Aspectos éticos

A pesquisa envolveu seres humanos, logo se aplica a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido em 06 de Março de 2016 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA (CEP-FMB) em 04 de Maio de 2016, com parecer número 1.479.223 (ANEXO III). A participação foi voluntária e todos os indivíduos integrantes do estudo concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO I).

Durante o envio do teste piloto e da versão final do questionário, foi enviado um texto de apresentação da pesquisa e do instrumento de coleta visando a minimizar qualquer desconforto na coleta de dados. A quebra de sigilo, confidencialidade ou privacidade das informações foram assinaladas como possíveis riscos da pesquisa. O anonimato e a utilização de dados restritamente no âmbito acadêmico foram garantidos, pois os questionários não foram identificados e nem os pesquisadores puderam identificar individualmente as respostas dos entrevistados. Todos os registros recebidos dos entrevistados compuseram o banco de dados e foi mantida a confidencialmente, sendo de conhecimento apenas do pesquisador e da orientadora da pesquisa. O participante da pesquisa teve garantido a liberdade de recusar-se a participar sem penalização alguma ou prejuízo, contudo nenhum entrevistado que respondeu o questionário apresentou recusa em prosseguir participando da pesquisa. O relatório final foi apresentado ao CEP. Cabe ressaltar que não houve conflitos de interesses entre os pesquisadores.

Os resultados finais da pesquisa foram discutidos e divulgados na defesa pública da Monografia no XII Seminário Estudantil de Pesquisa da FMB-UFBA, sem identificação pessoal dos entrevistados, porém com uma análise do conjunto de informações sobre o cuidado, formação médica e docência em atenção primária à saúde. O estudo é de grande benefício para a comunidade acadêmica da FMB e para a formação generalista, uma vez que há muitas transformações e articulações em curso relacionados à adequação do currículo da FMB, e à implementação e consolidação de um Eixo de Atenção Primária à Saúde na graduação.

IV.6 Divulgação dos Resultados

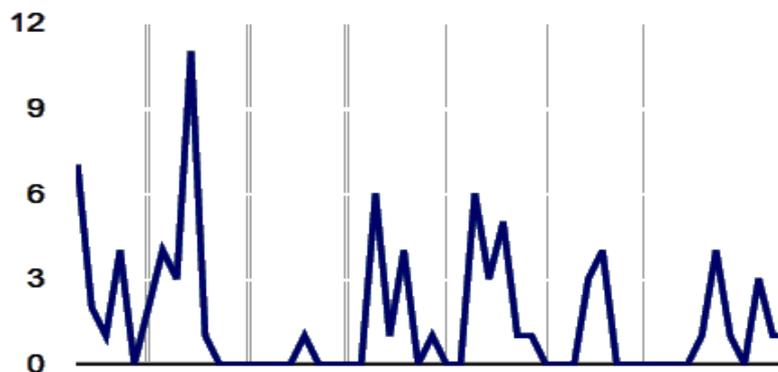
Com a finalização do estudo, seus resultados (sem a identificação dos entrevistados), e caracterizados pela análise do conjunto das respostas dos docentes ao questionário, foram divulgados a todos os participantes através do correio eletrônico dos próprios participantes; a monografia foi encaminhada para publicação no site FMB-UFBA (www.fameb.ufba.br), no repositório UFBA e na Revista Gazeta Médica da FMB-UFBA. Além disso, foi apresentado na defesa pública da Monografia no XII Seminário Estudantil de Pesquisa da FMB-UFBA.

V. RESULTADOS

A Versão Final do Questionário foi enviada 7 vezes em um período de 20 dias. Todos os 263 docentes médicos e não médicos que ministravam aulas no semestre 2016.1 no curso de graduação em medicina da FMB-UFBA (público-alvo da pesquisa) receberam o questionário pelo menos 4 (quatro) vezes, totalizando 100% de acesso ao questionário da pesquisa. A distribuição do número de respostas por dia pode ser verificada no GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1 - Número de Respostas ao Questionário por Dia

Número de respostas diárias



Nessa distribuição, do total de docentes apenas 82 professores responderam o questionário (amostral total: $n=82$), o que corresponde a 31,1% da população de estudo. Os outros 181 docentes (68,8%) não participaram da pesquisa. Do total de participantes da amostra, todos concordaram com o TCLE, atendendo aos critérios de inclusão na pesquisa.

As 35 perguntas da Versão Final do Questionário foram divididas em quatro blocos: V.1. Caracterização da população de estudo e Fatores relacionados à sua Formação em Saúde (10 perguntas); V.2.a. Fatores do curso médico relacionados INDIRETAMENTE ao Cuidado em APS (6 perguntas); V.2.b. Fatores do curso médico relacionados DIRETAMENTE ao Cuidado em APS (10 perguntas); V.3. Fatores relacionados ao Ensino e à Docência em APS (9 perguntas).

V.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO E FATORES RELACIONADOS À SUA FORMAÇÃO EM SAÚDE

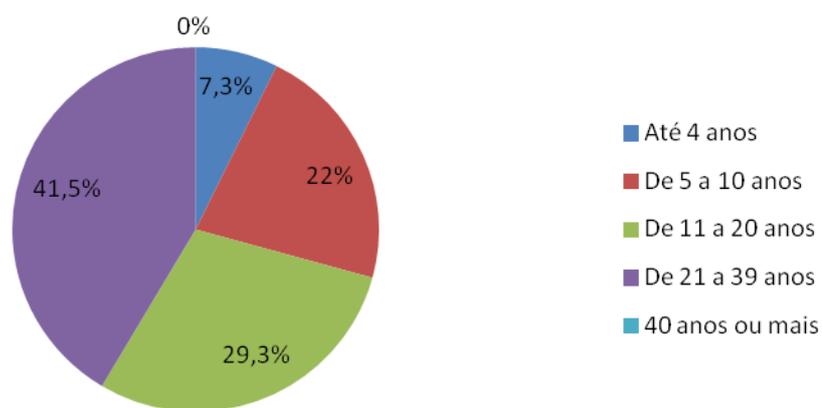
O perfil da amostra é caracterizado por uma maioria (64,6%) de docentes que apresentam de 21 a 39 anos de formado em sua graduação médica, 26,8% dos docentes têm de 11 a 20 anos de formado e 6,1% tem 40 anos ou mais. Nenhum docente tem menos de 4 anos decorridos desde sua formatura ao ingresso na docência (TABELA 1).

TABELA 1 - Tempo de Formatura dos Docentes do Curso de Graduação da FMB-UFBA – Semestre 2016.1

Anos decorridos desde a formatura	Nº de docentes	Percentual
Até 4 anos	0	0%
De 5 a 10 anos	2	2.4%
De 11 a 20 anos	22	26.8%
De 21 a 39 anos	53	64.6%
40 anos ou mais	5	6.1%
TOTAL:	82	100%

Dentre os participantes da pesquisa, um grupo considerável de 34 professores (41,5%) apresentam tempo de docência compreendido entre 21 a 39 anos, 24 docentes (29,3%) têm 11 a 20 anos de docência, 18 (22%) possuem 5 a 10 anos, apenas 6 (7,3%) apresenta menos de 4 anos de docência e nenhum docente ministra aulas há 40 anos ou mais (GRÁFICO 2).

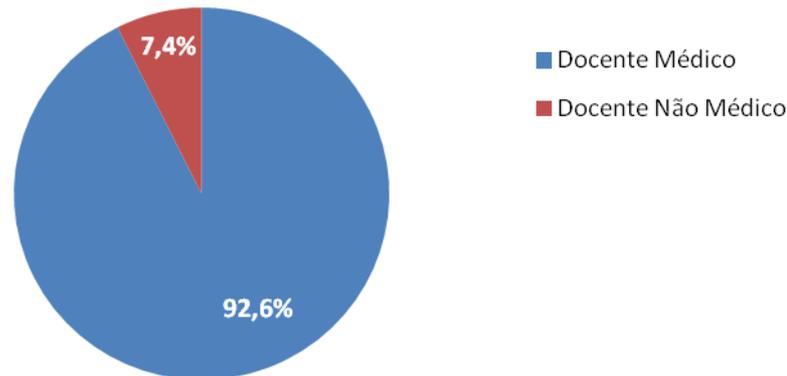
GRÁFICO 2 - Tempo de Docência Referido pelos Professores do Curso de Graduação em Medicina da FMB-UFBA – Semestre 2016.1



Quanto ao tipo de formação ou graduação, de um total de 81 docentes do curso de graduação em medicina da FMB-UFBA, que responderam a essa pergunta, 75 (92,6%) são docentes graduados em medicina e apenas 6 (7,4%) são docentes não médicos, de outras áreas, que ministram aulas na referida graduação (GRÁFICO 3). Desses 6 professores não

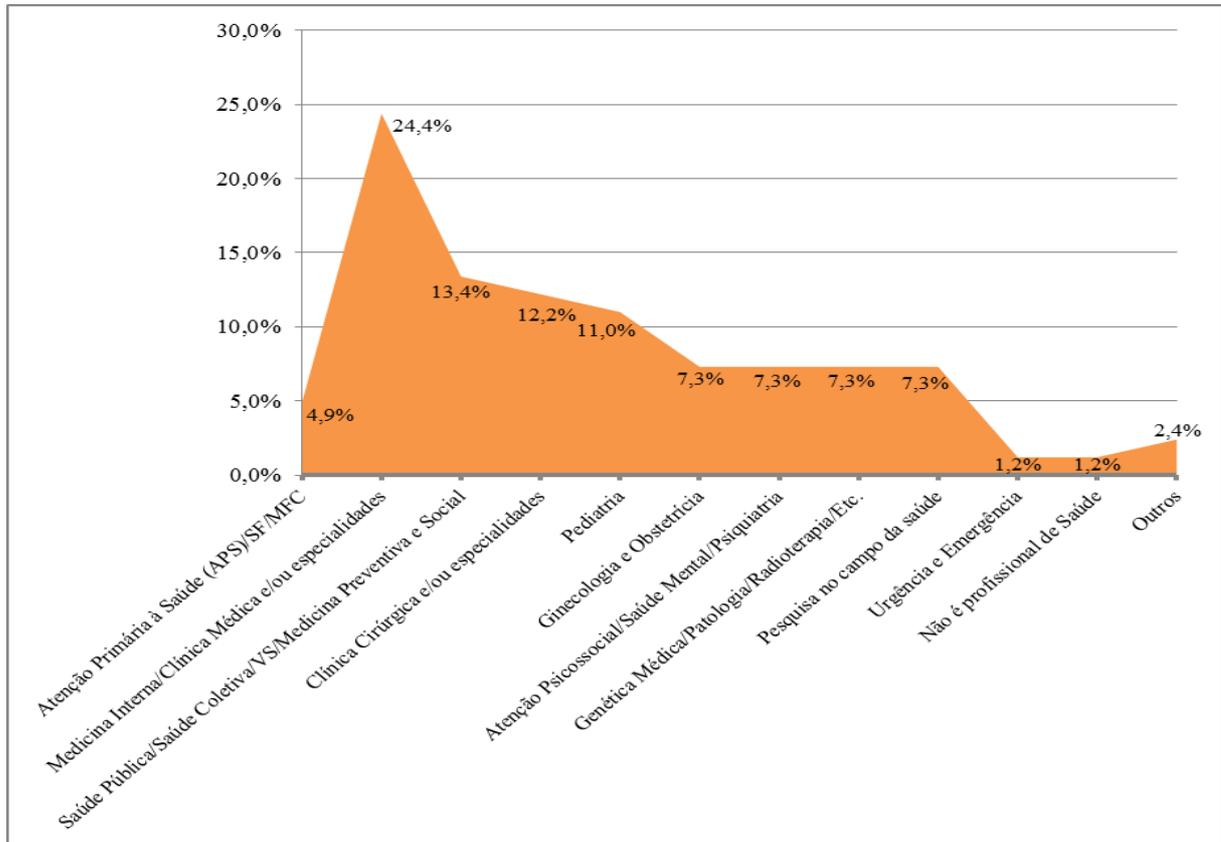
médicos, três são de áreas da saúde, 2 realizam pesquisa no campo da saúde e apenas 1 afirmou não ser profissional de saúde. Além disso, apenas 1 docente não médico relatou atuar na área “Saúde Pública/Saúde Coletiva/Vigilância Sanitária/Medicina Preventiva e Social” e nenhum docente não médico atua na área “Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família”.

GRÁFICO 3 - Tipo de Formação/Graduação dos professores do curso de Graduação da FMB-UFBA, quanto à realização ou não de graduação em Medicina.



Quanto à área de atuação, dos 82 docentes, 24,4% (20) atua no campo da “Medicina Interna/Clínica Médica e/ou especialidades”, 13,4% (11) atua nas áreas de “Saúde Pública/Saúde Coletiva/Vigilância Sanitária/Medicina Preventiva e Social”, 12,2% (10) no âmbito da “Clínica Cirúrgica e/ou especialidades” e 11% (9) tem campo de ação na “Pediatria”. No grupo de áreas de acesso direto “Genética Médica/Medicina do Tráfego/Medicina do Trabalho/Medicina Esportiva/Medicina Física e Reabilitação/Medicina Legal/Medicina Nuclear/Radioterapia/ Patologia” e nas áreas “Atenção Psicossocial/Saúde Mental/Psiquiatria”, “Ginecologia e Obstetrícia” e “Pesquisa no Campo da Saúde” há a atuação de 7,3% (6) dos docentes, em cada uma delas. Na área de “Atenção Primária à Saúde (APS)/Saúde da Família/Medicina de Família e Comunidade”, foco de pesquisa desta monografia, referiu atuar apenas 4,9% (4) dos docentes. Além disso, somente 1 (1,2%) docente afirmou atuar na “Urgência e Emergência” e outro diz “Não ser profissional de Saúde”; e 2 (2,4%) docentes atuam em “Outras áreas” (GRÁFICO 4).

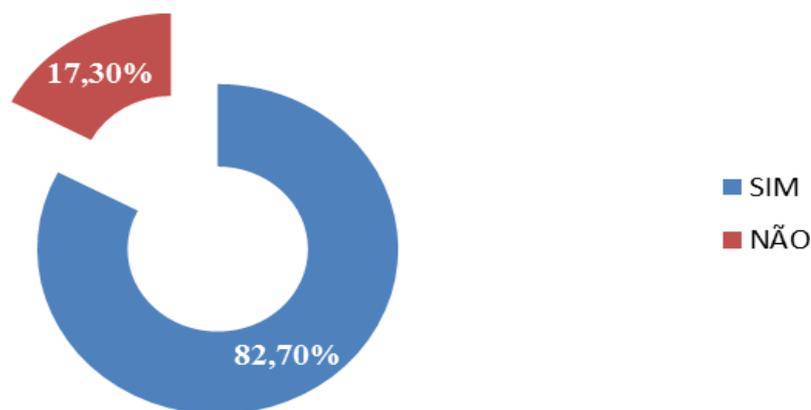
GRÁFICO 4 - Percentual de Participantes da Pesquisa quanto à sua Área de Atuação no Curso de Graduação em Medicina da FMB-UFBA.



*Nota: Inclui docentes do ISC, IBIO e ICS que ministram aulas no curso de graduação em medicina da FMB-UFBA, e que participaram da pesquisa.

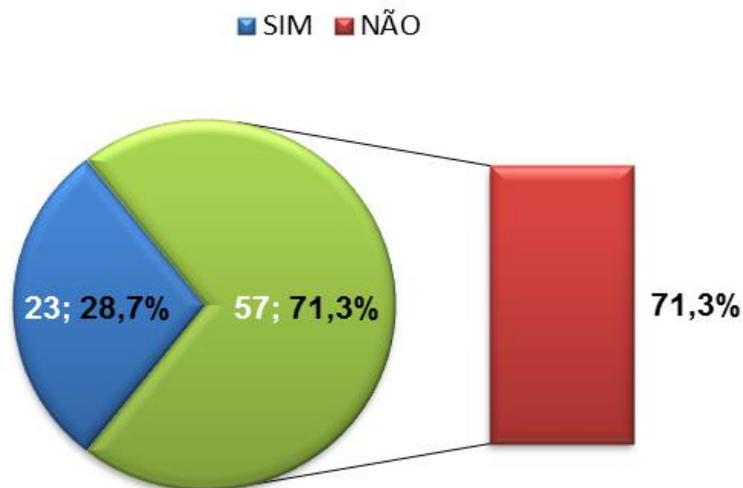
Quando questionado se o docente atua no curso de graduação da FMB na mesma área de sua formação/atuação médica, de 81 respondentes, 82,7% (67) relataram atuar na mesma área e 17,3% (14) referiu não atuar na área de sua formação (GRÁFICO 5).

GRÁFICO 5 - Atuação dos Docentes do curso de graduação da FMB, em relação à sua atuação ou não na área de sua formação médica - Semestre 2016.1



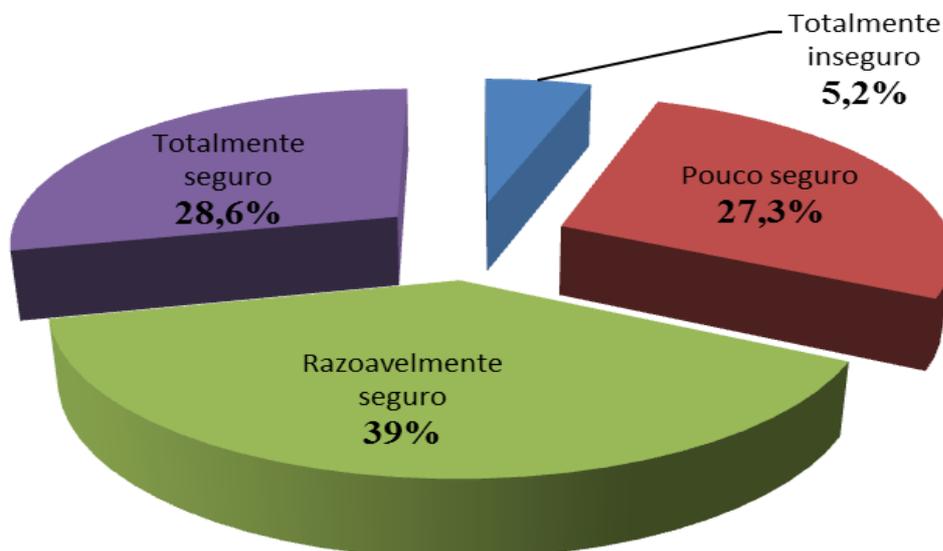
Sobre a formação médica de cada docente durante sua graduação, de um total de 80 respondentes, mais de dois terços (71,3%) dos docentes relataram não ter tido uma formação médica generalista, com ênfase na atenção primária à saúde. Os outros 28,7% (23 docentes) afirmaram que receberam uma formação generalista, com foco em APS, em seu processo de formação durante sua graduação (GRÁFICO 6).

GRÁFICO 6 - Formação Generalista durante sua Graduação, referido pelos Docentes do Curso de Graduação da FMB.



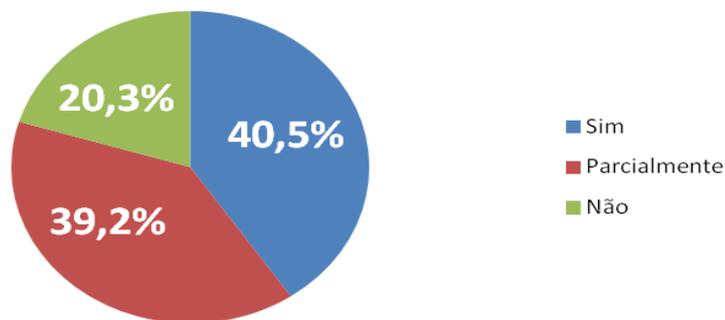
Acerca da confiança dos docentes em si próprios para atuar em cenários de atenção primária à saúde, de um total de 77 professores, 52 (67,6%) disseram estar totalmente ou razoavelmente seguros para atuar na APS; 21 (27,3%) afirmaram estar pouco seguros e apenas 4 (5,2%) relataram estar totalmente inseguros (GRÁFICO 7).

GRÁFICO 7 - Grau de Segurança em atuar na Atenção Primária à Saúde - Docentes do Curso de Graduação da FMB 2016



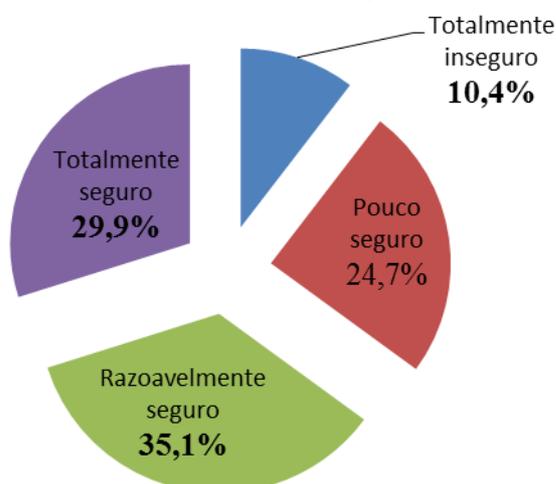
Foi questionado aos docentes sobre o seu conhecimento acerca das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Medicina de 2014; e de 79 respostas, 32 (40,5%) declararam conhecer integralmente os principais elementos, princípios, conteúdos e habilidades para atuação na Atenção Primária à Saúde, recomendados para a formação generalista na graduação. Outrossim, 31 (39,2%) acreditam conhecer parcialmente essas diretrizes para a APS. No entanto, 20,3% (16) relataram desconhecer essas diretrizes e características (GRÁFICO 8).

GRÁFICO 8 - Conhecimento acerca das diretrizes para a atuação em Atenção Primária à Saúde, recomendadas pelas novas DCNs de 2014

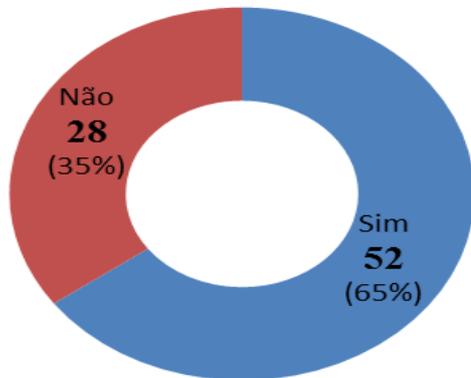


Paralelamente à questão retratada no Gráfico 7, de um conjunto de 77 respostas, 65% (50) dos professores reiteraram estar totalmente ou razoavelmente seguros para ensinar aos discentes conteúdos e habilidades característicos da atenção básica, 24,7 % (19) atestaram estar pouco seguros e apenas 10,4% (8) alegaram estar totalmente inseguros em lidar com esses conteúdos e habilidades no processo de ensino-aprendizagem para com os discentes (GRÁFICO 9).

GRÁFICO 9 - Grau de Segurança dos docentes para ensinar conteúdos e habilidades característicos da Atenção Básica

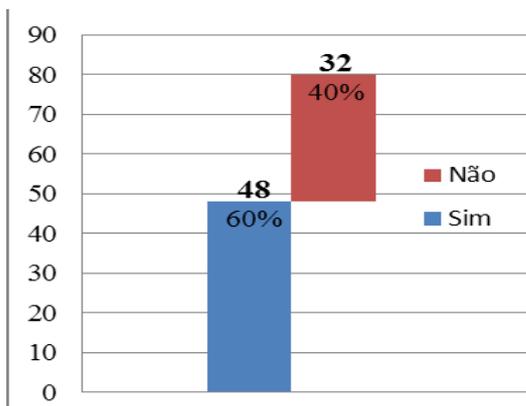


Em comparação ao descrito no Gráfico 6, também totalizando 80 respostas, 52 (65%) educadores ratificaram ter tido inserção na APS durante ou após a sua graduação, em contraponto a 28 (35%) que negaram ter tido qualquer tipo de inserção (GRÁFICO 10).



**GRÁFICO 10 -
Inserção do Docente em cenários de APS
durante ou após a sua Graduação**

Em seguida, quando perguntado a respeito do desejo ou interesse de atuar na Atenção Básica como profissional de saúde ou docente, 40% (32) afirmaram não ter interesse algum e 60% (48) admitiram ter interesse em atuar ou ensinar nessa área (GRÁFICO 11).



**GRÁFICO 11 - Desejo ou interesse dos
entrevistados em atuar na Atenção Básica como
profissional de saúde ou docente**

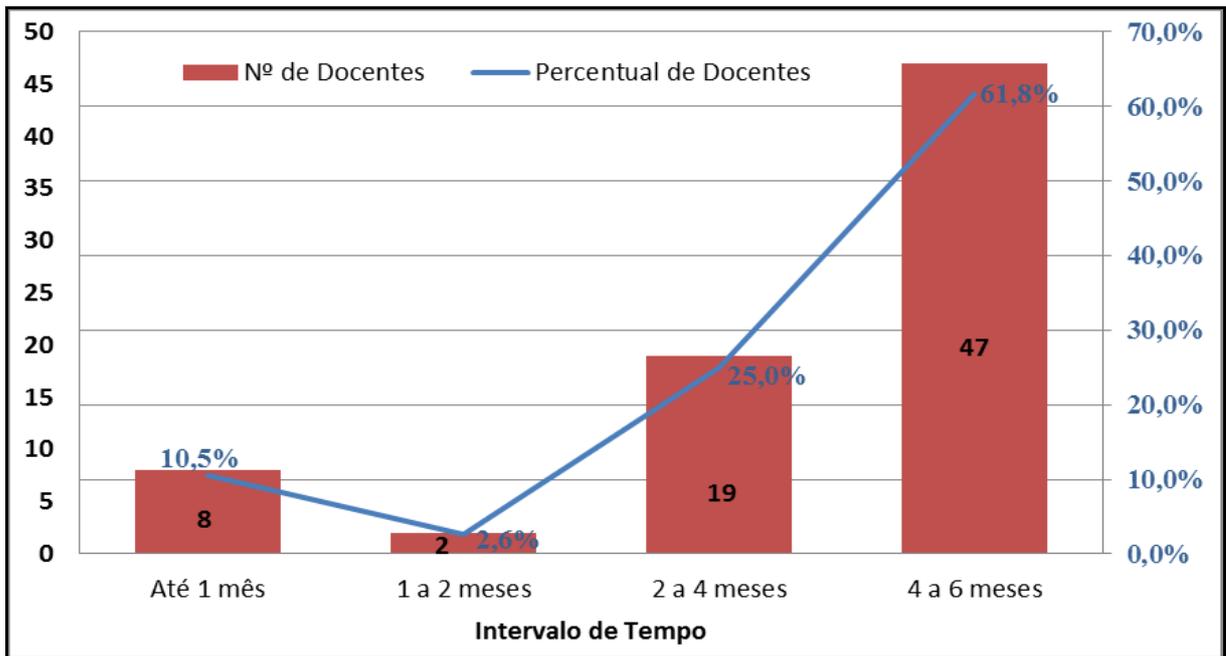
V.2.a. FATORES DO CURSO MÉDICO RELACIONADOS INDIRETAMENTE AO CUIDADO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Essa etapa da pesquisa buscou investigar os aspectos do ensino e da docência no curso médico a partir da percepção dos docentes sobre ações ou atividades relacionadas ao cuidado em saúde que tem relação com o processo de ensino-aprendizagem em atenção primária, mas podem ser realizados fora dos serviços de APS.

Na perspectiva de analisar o desenvolvimento de atitudes e habilidades de vínculo com o serviço e com os usuários, foi investigado o tempo médio durante um semestre letivo de permanência do docente em um mesmo serviço, em exercício de atividade curricular com a

presença de estudantes (onde ocorrem as práticas das disciplinas). Dos 76 resultados obtidos, 47 (61,8%) referiram permanecer de 4 a 6 meses em um mesmo serviço em atividade curricular e 19 (25%) afirmaram ficar de 2 a 4 meses. Apenas 2 (2,6%) docentes consideram que o tempo médio de permanência semestral é de 1 a 2 meses, e 8 (10,5%) acham que essa média de tempo é inferior ou igual a 1 mês (GRÁFICO 12).

GRÁFICO 12 - Tempo médio de permanência do docente em um mesmo serviço, em atividade curricular semestral.



Ao analisar a frequência de realização de consulta ou acompanhamento de retorno de paciente atendido junto com discentes em um mesmo ambulatório durante atividades curriculares, verificou-se (em um total de 74 respostas) que 43,2% (32) dos educadores realizaram frequentemente essa ação, 14,9% (11) a realizaram eventualmente e 10,8% (8) raramente realizaram. Além disso, quase um terço (31,1%), totalizando 23 entrevistados, nunca realizou atendimento de retorno quando em exercício de atividade curricular (GRÁFICO 13).

Ademais, ao explorar a percepção dos docentes buscando aferir a frequência no qual na perspectiva deles se estabeleceu um eficaz vínculo bidirecional (docente-paciente-docente) com os seus pacientes em sua atuação profissional durante atividades curriculares; no total de 72 respostas, 58,3% (42) deles observaram frequentemente o estabelecimento de vínculo eficaz, 25% (18) deles nunca averiguaram isso acontecer, e 16,7% (12) deles consideram ter realizado tal vínculo de forma efetiva “eventualmente” ou “raramente” (GRÁFICO 14).

GRÁFICO 13 - Frequência de realização pelos docentes de Acompanhamento de Retorno de paciente atendido junto com discentes durante atividade curricular.

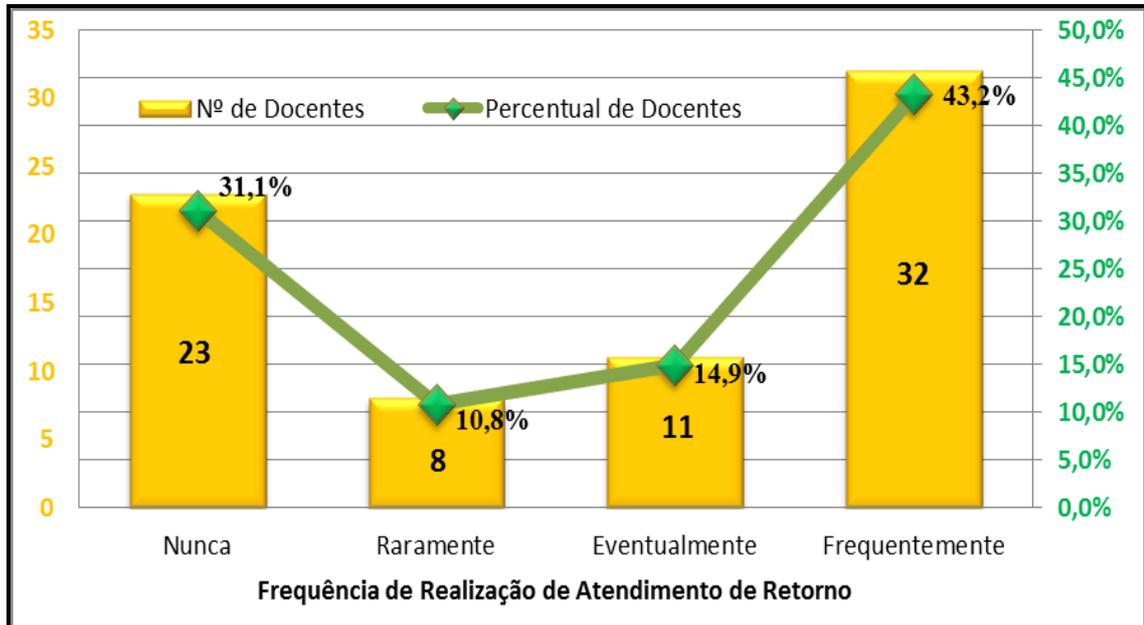
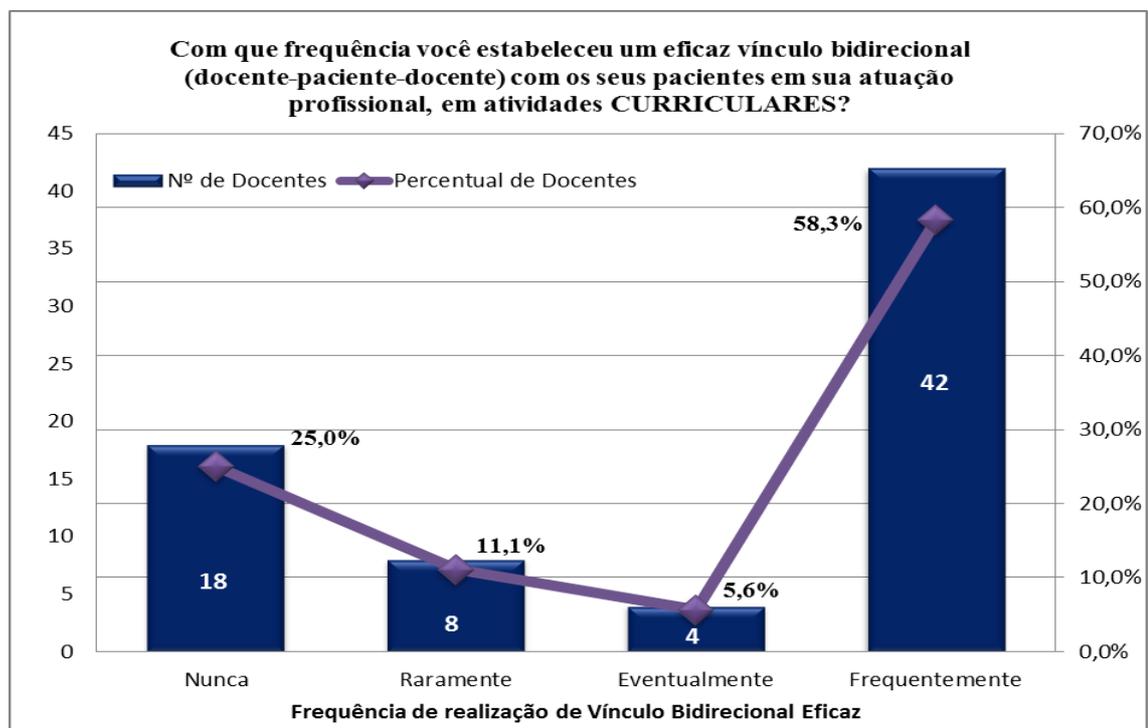


GRÁFICO 14 – Percepção dos Docentes acerca da realização de vínculo bidirecional eficaz com seus pacientes durante atividade curricular



Ao indagar os docentes sua percepção sobre a percentagem de ambulatórios especializados dentre o total de ambulatórios onde realizou atividades curriculares, obteve-se 69 respostas. Trinta (43,5%) professores pontuaram que “mais de 75%” dos ambulatórios onde realizou práticas são especializados, e nove (13%) relataram que “51 a 75%” dos

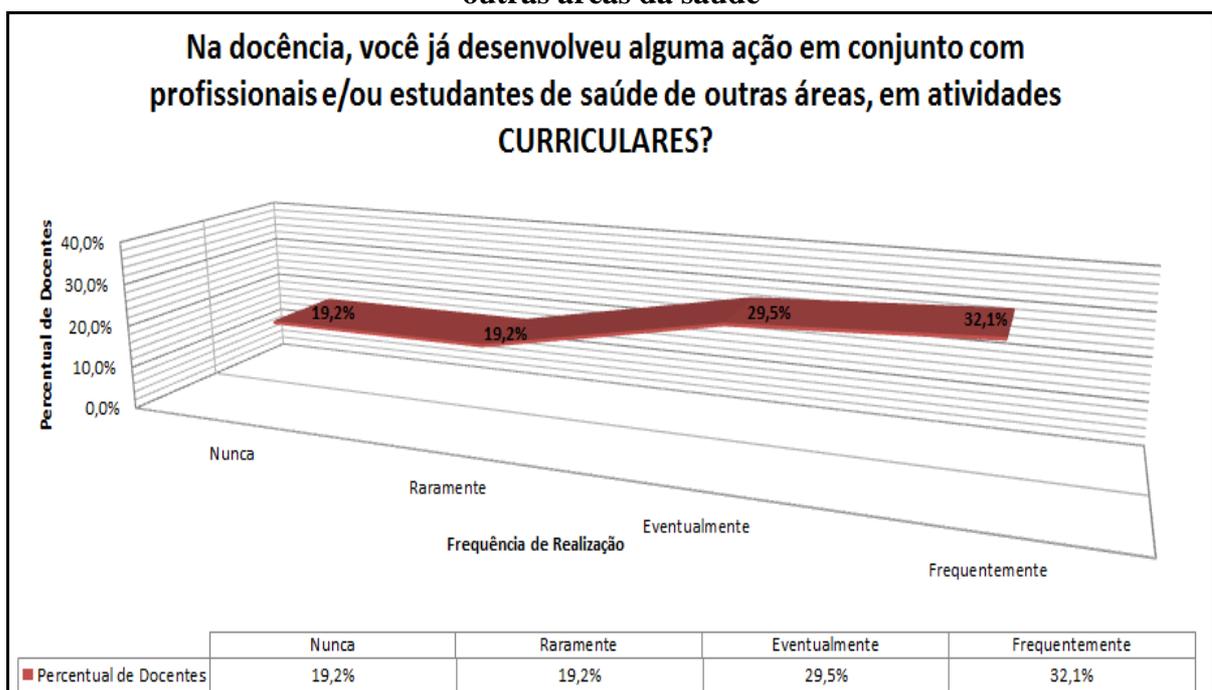
ambulatórios são especializados. Em contrapartida, vinte e cinco professores (36,2%) afirmaram que o percentual de ambulatórios especializados é de apenas “até 25%” do total. Outros 5 docentes (7,2%) ponderaram que a porcentagem de ambulatórios especializados é de “26 a 50%” (TABELA 2). Nessa avaliação, não foram considerados como ambulatórios especializados aqueles que fazem abordagem generalista do paciente, tais como ambulatórios de pediatria geral, clínica geral, saúde integral da mulher, geriatria geral e saúde da família.

TABELA 2 - Percepção dos Docentes acerca do Percentual de Ambulatórios Especializados entre campos de prática das atividades curriculares

Percentual de Ambulatórios Especializados	Nº de Docentes	Porcentagem de Docentes
Até 25%	25	36.2%
26-50%	5	7.2%
51-75%	9	13%
Mais de 75%	30	43.5%
	69	100%

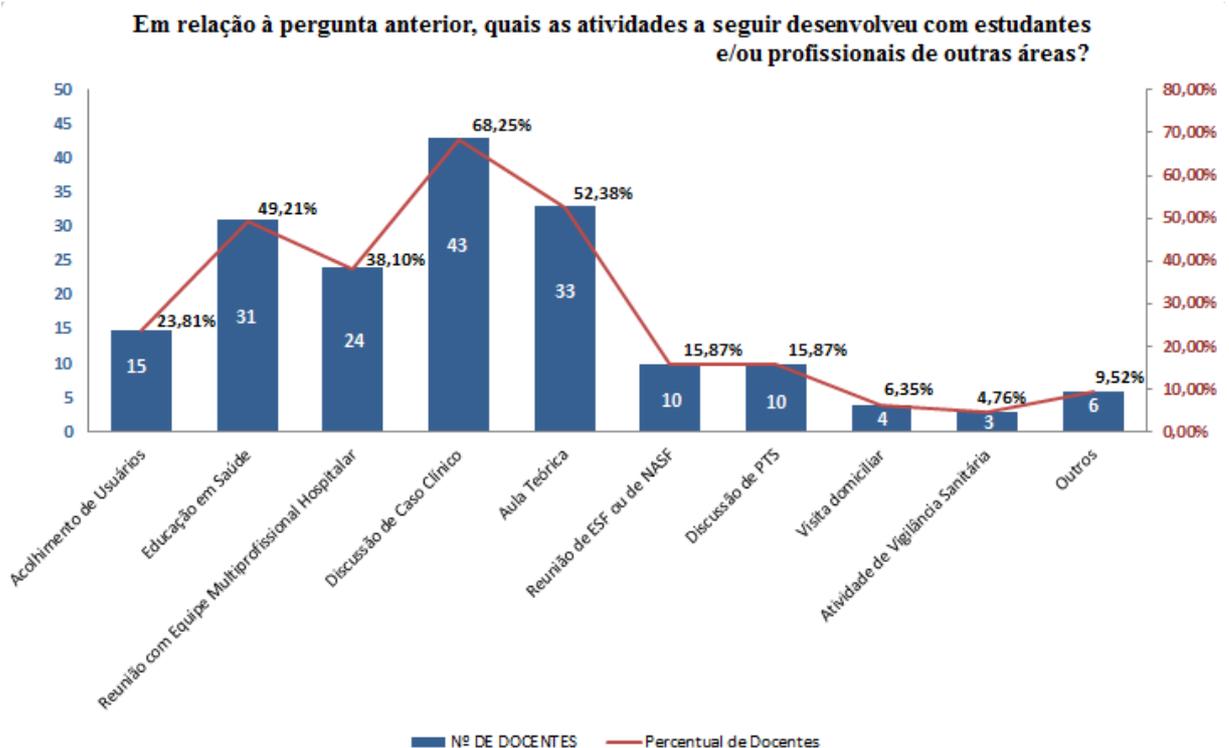
A respeito da execução, em atividades curriculares, de ações em conjunto com profissionais ou estudantes de saúde de outras áreas, 32,1% (25) dizem ter realizado frequentemente esse tipo de atividade, 29,5% (23) afirmam que realizaram eventualmente e 19,2% (15) pontuaram que apenas raramente praticou esse tipo de ação conjunta. Além disso, outros 19,2% afirmaram nunca terem realizado atividade conjunta com profissionais ou estudantes que não fossem de medicina Um total de 78 docentes respondeu a essa pergunta. (GRÁFICO 15).

GRÁFICO 15 – Atividade Docente em conjunto com Profissionais ou Estudantes de outras áreas da saúde



Entre os 63 docentes que afirmaram ter feito ações conjuntas com profissionais/estudantes de outras áreas da saúde, foi analisado o tipo de atividade realizada e observam-se os seguintes resultados (GRÁFICO 16): 43 (68,25%) realizaram Discussão de Caso Clínico; 33 (52,3%) realizaram Aula Teórica; 31 (49,2%) realizaram atividade de Educação em Saúde; 24 (38,1%) realizou Reunião com Equipe Multiprofissional Hospitalar; 15 (23,8%) realizaram ação de Acolhimento de Usuários; 10 (15,8%) participaram de Reunião com Equipe de Saúde da Família (ESF) ou com Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 10 (15,8%) participaram de Discussão de Plano Terapêutico Singular (PTS); apenas 4 (6,3%) realizaram Visita Domiciliar; e 3 (4,7%) realizaram Atividade de Vigilância Sanitária. Entre os 6 (9,5%) que realizaram “Outras Atividades”, 2 atuaram na construção conjunta com outros profissionais ou estudantes na construção de Projetos de Cooperação Técnica, 2 atuaram na realização de Pesquisas, 1 fez Discussão sobre Política de Saúde e 1 relatou ter feito “Orientação de Trabalhos”. Nessa investigação, foram excluídas 3 respostas por incompatibilidade com enunciado da questão “ATENÇÃO: Responda a essa pergunta SOMENTE se tiver realizado alguma atividade com profissionais de OUTRAS áreas”; e esses docentes haviam respondido na questão anterior que “Nunca” tinham realizado atividades com profissionais de outras áreas.

GRÁFICO 16 - Atividades desenvolvidas pelos docentes com profissionais ou estudantes de Outras áreas



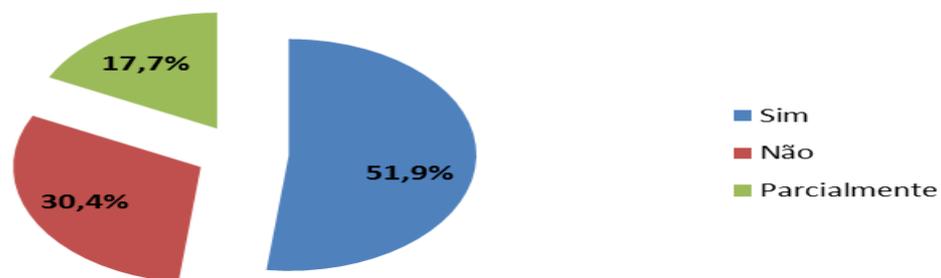
V.2.b. FATORES DO CURSO MÉDICO RELACIONADOS DIRETAMENTE AO CUIDADO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A segunda parte dessa segunda etapa da pesquisa tem foco de análise nas características da docência e do ensino médicos intimamente relacionados ao cuidado em saúde e a uma inserção no âmbito de serviços de atenção primária em saúde (APS).

A Unidade de Saúde da Família (USF) é o campo principal de prática dos profissionais da APS, por ser responsável pela adscrição da clientela. Nessa perspectiva, foi perguntado aos docentes se conheciam o funcionamento de uma USF, totalizando 79 respostas, entre as quais 30,4% (24) afirmaram não conhecer o funcionamento dessas unidades, 17,7% (14) pontuam conhecer apenas parcialmente seu funcionamento. Os outros 51,9% (41) percebem conhecer completamente como funciona o serviço, inclusive a rotina de atendimento ambulatorial, visitas domiciliares, acolhimento, atividades em grupo, reuniões de planejamento e gestão, etc. (GRÁFICO 17).

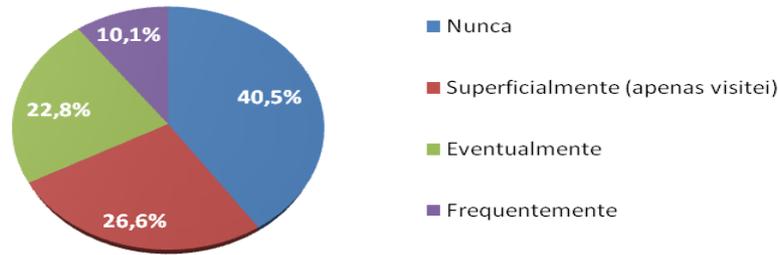
GRÁFICO 17 – Percepção dos Docentes acerca de seu Conhecimento sobre o Funcionamento das Unidades de Saúde da Família

Você teve a oportunidade de conhecer o funcionamento de uma Unidade de Saúde da Família (USF)?



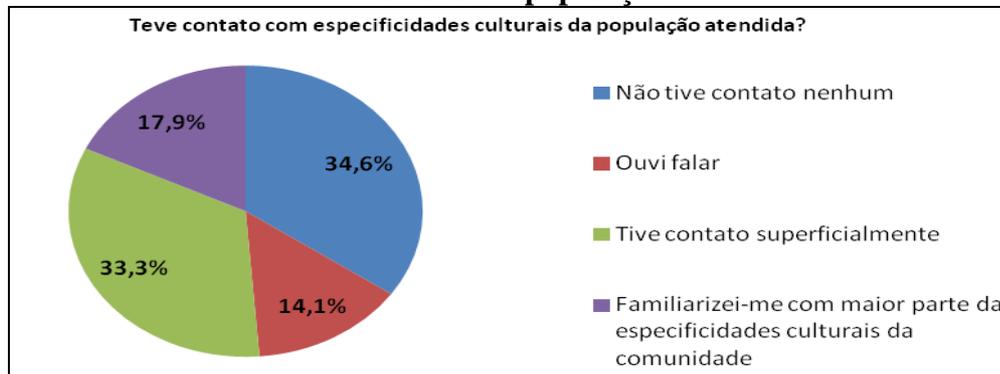
Para avaliar o processo de ensino e sua relação com o desenvolvimento de habilidades no âmbito territorialização, foi interrogado aos educadores se já foram a campo conhecer espaços do Território – onde a Unidade de Saúde da Família está inserida, como igrejas, grupos de idosos, creches, centro de esportes, centro comunitário, entre outros – que poderiam servir como Rede de Apoio aos usuários atendidos na USF, ou para a realização de atividades relacionadas ao serviço de saúde. Houve 79 respondentes, dentre os quais 40,5% (32) relataram nunca terem ido a campo conhecer espaços do território; 26,6% (21) reconheceram que fez essa ação de forma superficial, pois apenas visitou alguma localidade territorial; 22,8% (18) afirmaram ter realizado essa ação eventualmente; e apenas 10,1% (8) dos entrevistados confirmaram ter executado tal atividade de modo frequente (GRÁFICO 18).

GRÁFICO 18 – Percentual de Docentes que foram a campo conhecer espaços do Território



Nessa perspectiva, também foi indagado se tiveram contato em algum momento com especificidades culturais da população atendida pela USF, como: linguagem, religião praticada, grupos de capoeira, música, dança ou outras manifestações culturais, utilização de moeda paralela ao real, uso de práticas medicinais alternativas, terreiro de candomblé, etc. Do total de 78 respostas, 34,6% (27) afirmaram que “Não teve contato algum”; 14,1% (11) reiteraram que o único contato foi em “Ouvi falar”; e 33,3% (26) reconheceram que o contato se deu de “forma superficial”. Apenas 17,9% (14) corroboraram com a ideia de ter se familiarizado com a maior parte das especificidades culturais da comunidade (GRÁFICO 19).

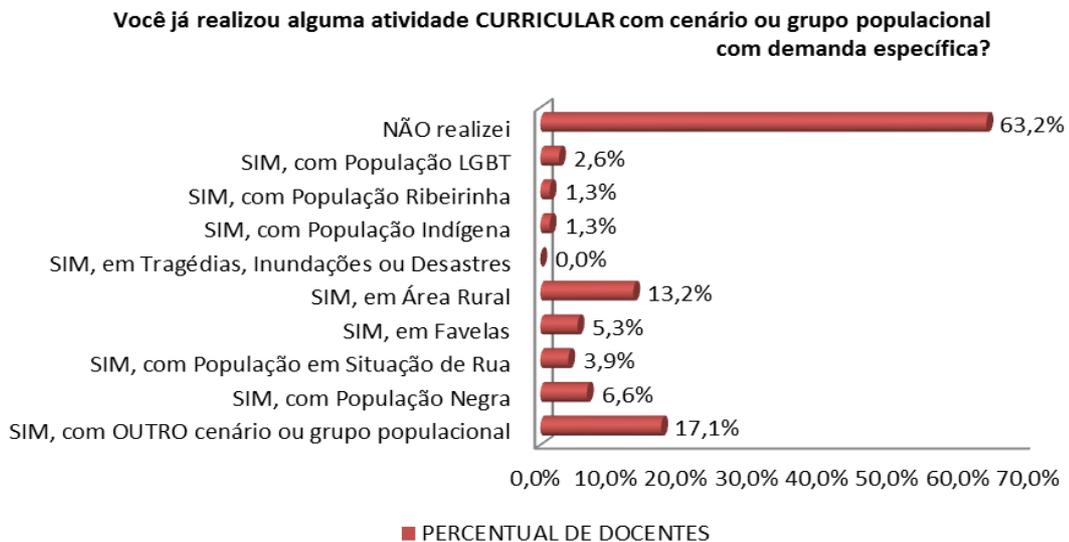
GRÁFICO 19- Percentual de Docentes que tiveram contato com especificidades culturais da população



A respeito da realização de Atividades Curriculares com Cenário ou Grupo Populacional com Demanda Específica, como população negra, LGBT, ribeira ou indígena, pessoas em situação de rua, em situações de tragédias, inundações ou desastres, com moradores de favelas, do campo ou zona rural, entre outros, 48 docentes de um total de 76 confirmaram nunca ter participado de atividade curricular nesses cenários, totalizando para essa resposta 63,2% da amostra em estudo. Os outros 36,8% afirmaram que realizaram atividades curriculares nesses campos, conforme se segue: 10 (13,2% do total) realizaram atividade em Área Rural, 5 (6,6%) realizaram atividade com População Negra, 4 (5,3%) realizaram atividade em Favelas, 3 (3,9%) realizaram atividade com População em Situação

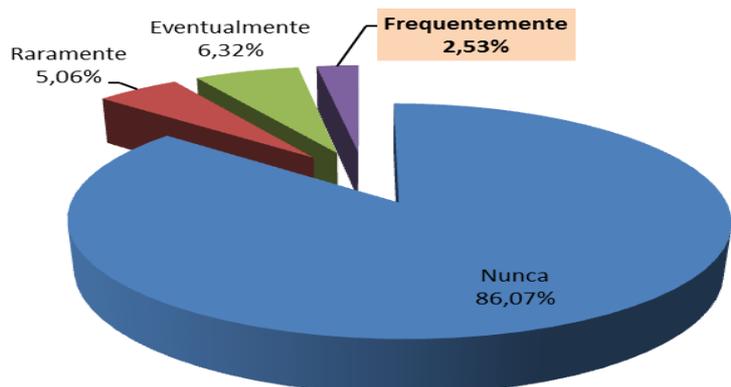
de Rua, 2 (2,6%) realizaram atividade com População LBGT (pessoas Lésbicas, Bissexuais, Gays e Transexuais ou Travestis), somente 1 (1,3%) realizou atividade com População Indígena e somente 1 realizou com População Ribeirinha. Ninguém realizou qualquer atividade curricular com pessoas relacionado a situações de Tragédias, Inundações ou Desastres. Outros 13 (17,1%) afirmaram ter realizado alguma atividade com Outro Cenário ou Grupo Populacional (GRÁFICO 20).

GRÁFICO 20 - Realização de Atividade Curricular com Cenário ou Grupo Populacional com Demanda Específica - Em percentual de Docentes



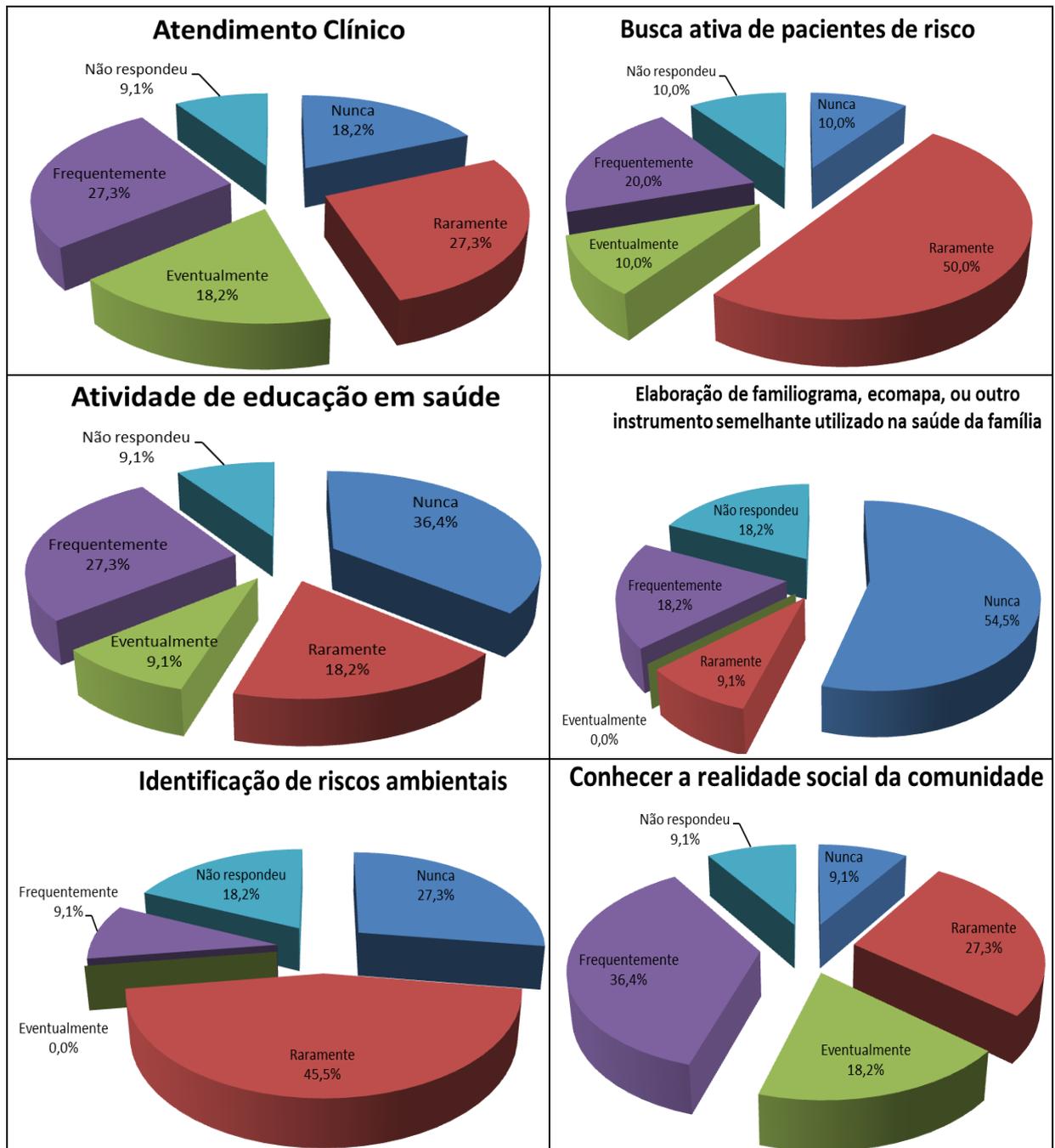
Sobre a realização de Visitas Domiciliares no exercício de atividades curriculares, mais de cinco sextos (86,07%) dos 79 entrevistados ratificaram “Nunca” terem realizado alguma atividade de Visita domiciliar. Entre os 11 entrevistados que já realizaram Visita Domiciliar, 5 a realizaram Eventualmente (6,32%), 4 a realizaram Raramente (5,06%), e apenas 2 realizaram essa atividade com frequência (2,53%) (GRÁFICO 21).

GRÁFICO 21 - Frequência de Realização de Visitas Domiciliares em Atividades Curriculares



Em seguida, buscamos investigar entre os que realizaram visitas domiciliares, qual o tipo de atividade que foi executada em campo de visita. Entre os 13,92% (11) entrevistados que realizaram visitas domiciliares, as seguintes atividades estão descritas no QUADRO 1.

QUADRO 1 – Percentual em função da Frequência do Tipo de Atividade executada em Visitas Domiciliares realizadas pelos Docentes da FMB-UFBA

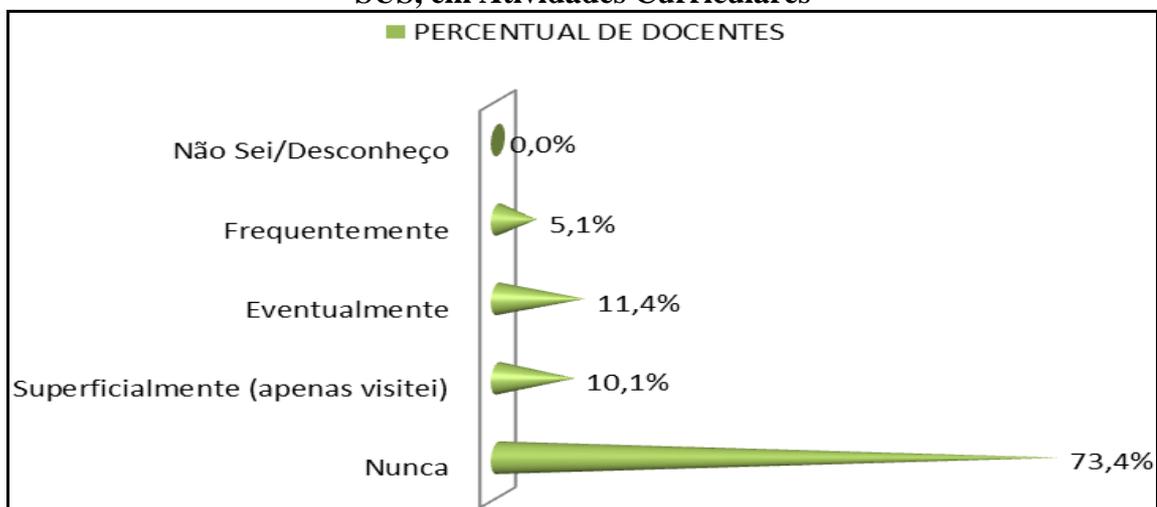


Conforme o QUADRO 1, as atividades executadas em campo foram: Atendimento Clínico (3 realizaram Frequentemente, 3 realizaram Raramente, 2 realizaram Eventualmente, 2 Nunca realizaram e 1 Não respondeu); Busca Ativa de Pacientes de Risco (5 executaram

Raramente, 2 Frequentemente, 1 Eventualmente, 1 Nunca realizou essa atividade, e 1 Não respondeu); Atividade de Educação em Saúde (4 Nunca fizeram , 3 fizeram Frequentemente, 2 Raramente, 1 Eventualmente, e 1 Não respondeu); Elaboração de Familiograma, Ecomapa, Genograma ou outro instrumento semelhante utilizado na Saúde da Família (6 Nunca elaboraram, 2 elaboraram Frequentemente, 1 Raramente, nenhum Eventualmente e 2 Não responderam); Identificação de exposição a Riscos Ambientais (5 realizaram Raramente, 3 Nunca realizaram, 1 realizou de forma Frequente, nenhum Eventualmente e 2 Não responderam); e realizar Reconhecimento da Realidade Social da Comunidade (4 executaram Frequentemente, 3 Raramente, 2 Eventualmente, 1 Nunca realizou e 1 Não respondeu). Para a realização dessa investigação, foram excluídas 15 respostas dos entrevistados em todas as alternativas relativas ao tipo de atividade realizada em visita domiciliar, porque houve incompatibilidade com enunciado da questão “ATENÇÃO: SOMENTE responda essa pergunta, caso tenha realizado pelo menos uma visita domiciliar”. Todos estes entrevistados, cujas respostas foram desconsideradas nos quadro anterior, haviam relatado na questão anterior do questionário que “Nunca” tinha realizado qualquer atividade de Visita Domiciliar.

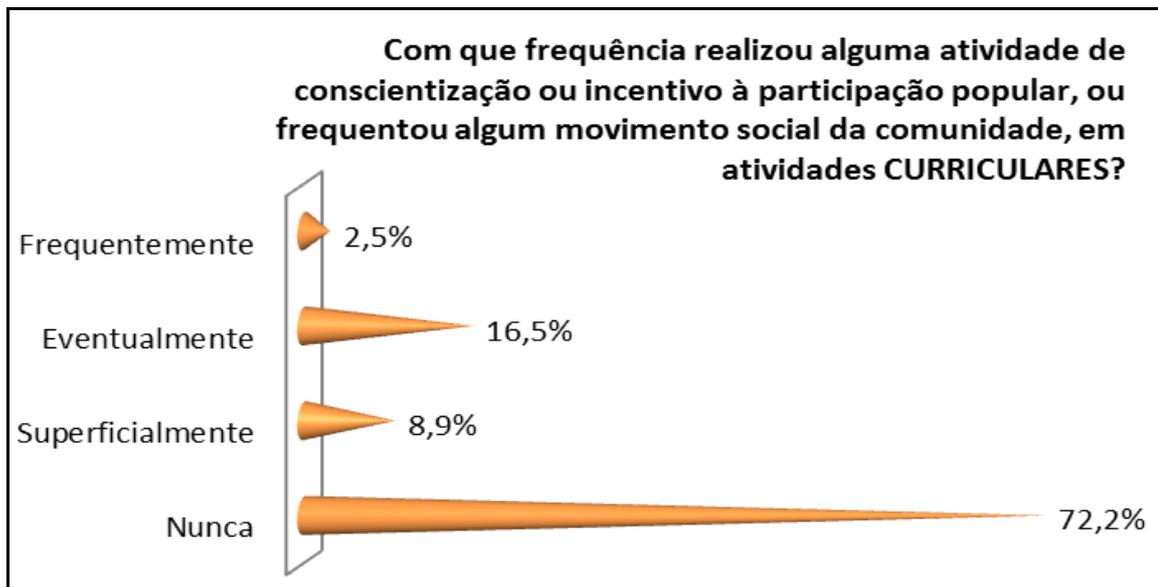
Também foi avaliada a frequência de contato com alguma instância formal de Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS), como ter participado de reunião de Conselho Gestor de unidade de saúde da família, sendo totalizadas 79 respostas. Mais de dois terços (73,4%) dos entrevistados Nunca teve algum contato com esse tipo de atividade institucional; 10,1% (8) reconheceram ter tido contato Superficial, pois apenas visitaram; 11,4% (9) tiveram um contato de forma Eventual, e apenas 5,1% (4) docentes realizaram esse tipo de ação de forma Frequente (GRÁFICO 22).

GRÁFICO 22 - Frequência de Contato com Instância Formal de Controle Social do SUS, em Atividades Curriculares



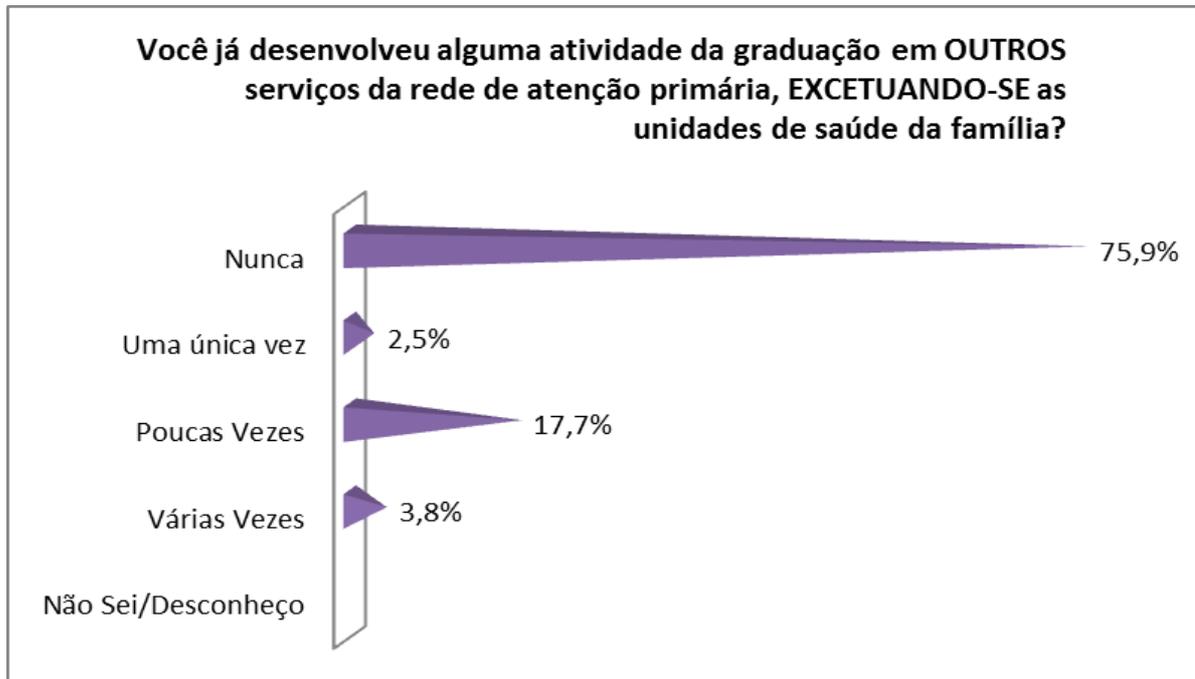
Foi ainda interrogado aos docentes se, nas atividades integrantes do currículo, houve realização de alguma atividade de conscientização ou incentivo à participação popular, como ter frequentado algum movimento social da comunidade. Entre as 79 respostas, a frequência obtida que 57 (72,2%) docentes “nunca” realizou esse tipo de atividade, 7 (8,9%) realizaram “superficialmente”, 13 (16,5%) realizaram “eventualmente” e apenas 2 (2,5%) realizaram “frequentemente” (GRÁFICO 23).

GRÁFICO 23 - Percentual de Docentes em Função da Frequência de Realização de Atividade de Conscientização ou Incentivo à Participação Popular



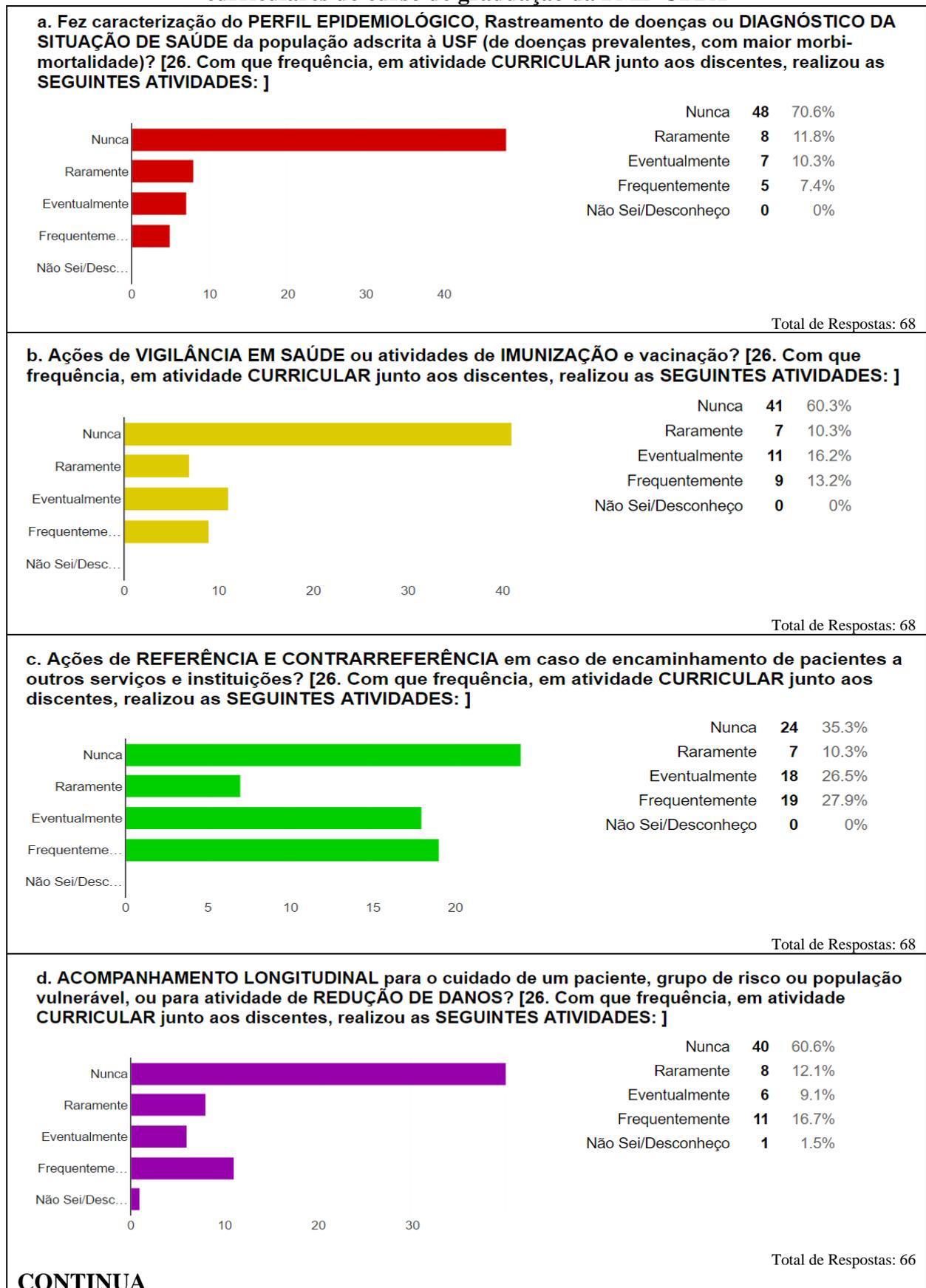
Acerca do desenvolvimento de alguma atividade da graduação em outros serviços da rede de atenção primária à saúde, excetuando-se as unidades de saúde da família – tais como atividades no Consultório na Rua, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), junto à Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) ou Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), atividades do Programa Melhor em Casa, relacionadas à Academia da Saúde, Farmácia Popular, entre outros –, a frequência de participação dos docentes dentre o total de 79 respostas foi: 3,8% (3) desenvolveram “várias vezes” esse tipo de atividade; 17,7% (14) realizaram “poucas vezes”, 2,5% (2) realizaram “uma única vez”. Cabe ressaltar que 75,9% (60) dos educadores “nunca” participaram desse tipo de atividade em outros serviços de APS, e nenhum docente (0,0%) afirmou não conhecer do que se tratava a pergunta (GRÁFICO 24).

GRÁFICO 24 – Percentual de Docentes em relação à Frequência de Desenvolvimento de Atividade da graduação em Outros serviços da rede de Atenção Primária à Saúde



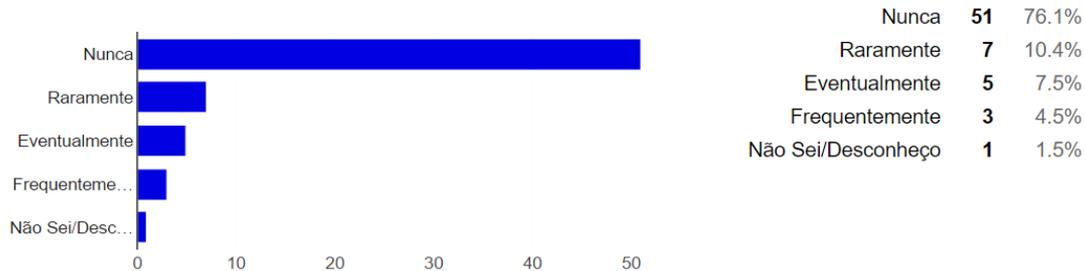
Por fim, nessa etapa da pesquisa, na questão 26 da Versão Final do Questionário foram analisados o ensino e a docência em Atenção Primária à Saúde a partir da avaliação do percentual de docentes em relação à frequência de desenvolvimento ou realização (em atividade curricular) de uma série de atividades características dos serviços de atenção primária, como: caracterização do perfil epidemiológico e realização de diagnóstico da situação de saúde, desenvolvimento de ações de vigilância em saúde e imunização, de ações de encaminhamento, acolhimento, prevenção quaternária, educação permanente, realização de acompanhamento longitudinal e redução de danos, de abordagem centrada na família, de abordagem à violência doméstica e ao abuso sexual, de abordagem ao uso racional de medicamentos, uso de prontuário eletrônico e participação de plano terapêutico singular. As seguintes frequências foram encontradas (QUADRO 2):

QUADRO 2 - Percepção dos docentes em relação à Frequência de Realização de ações características dos serviços de Atenção Primária à Saúde, realizadas nas atividades curriculares do curso de graduação da FMB-UFBA



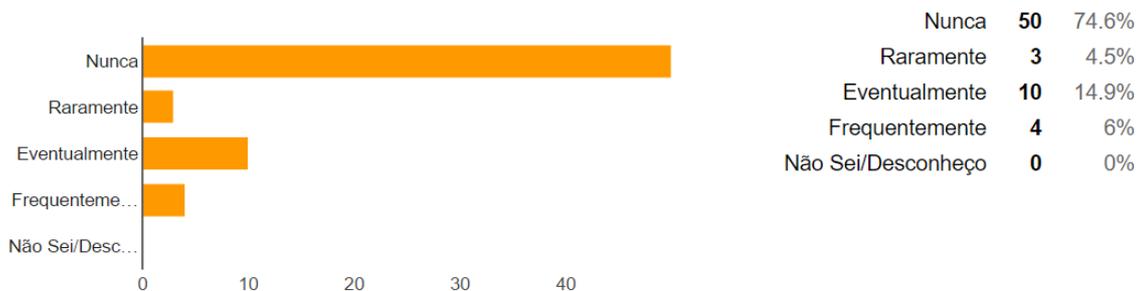
Quadro 2 [Continuação]

e. Identificação de problemas no PROCESSO DE TRABALHO do serviço ou no MODELO DE GESTÃO, bem como desenvolveu ou avaliou projetos de INTERVENÇÃO COLETIVA ou metas para planos de Intervenção na Comunidade? [26. Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as SEGUINTE ATIVIDADES:]



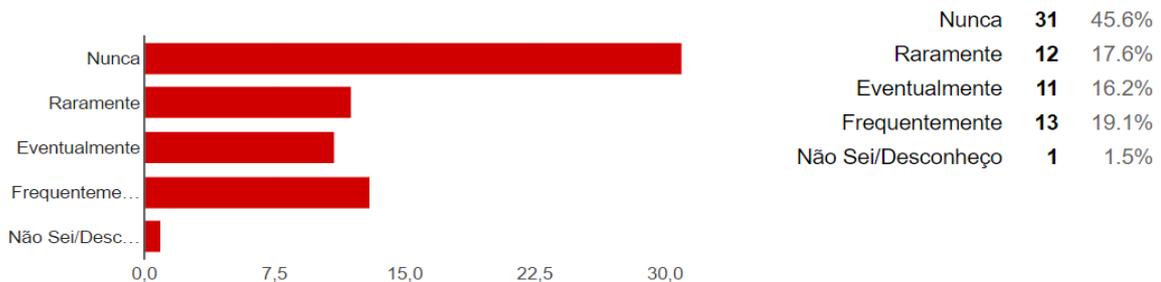
Total de Respostas: 67

f. Abordagem à VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ou contra a mulher, a situações de ABUSO SEXUAL de crianças e adolescentes ou de abuso de idosos e MAUS-TRATOS? [26. Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as SEGUINTE ATIVIDADES:]



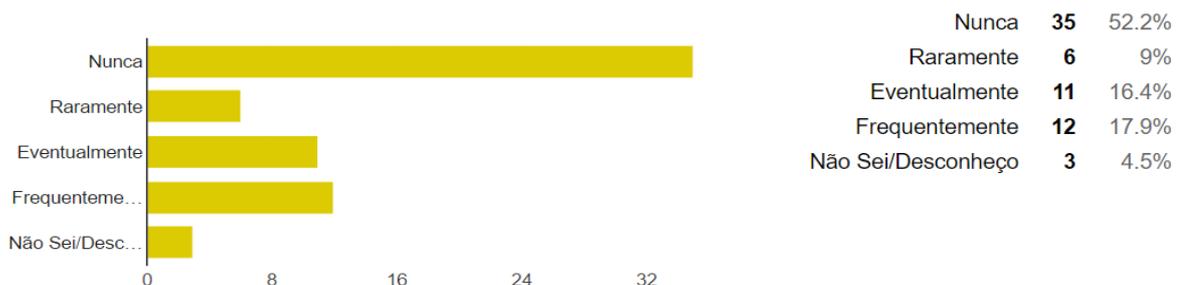
Total de Respostas: 67

g. Ações de ACOLHIMENTO em algum serviço de saúde? [26. Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as SEGUINTE ATIVIDADES:]



Total de Respostas: 67

h. Atividade de EDUCAÇÃO PERMANENTE em Saúde visando a uma formação continuada e em serviço? [26. Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as SEGUINTE ATIVIDADES:]

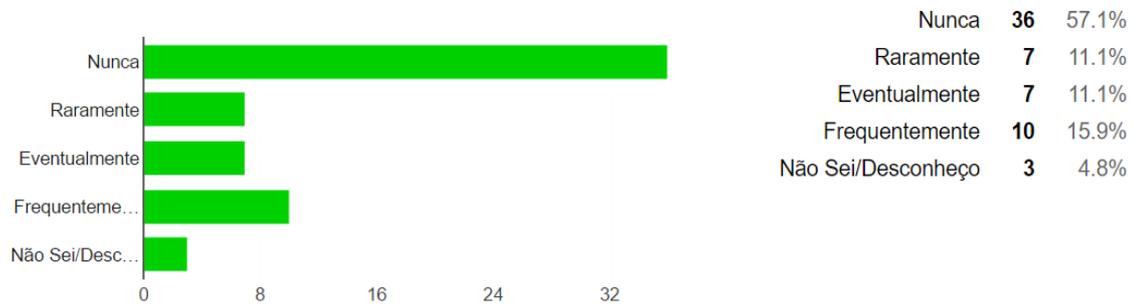


Total de Respostas: 67

CONTINUA

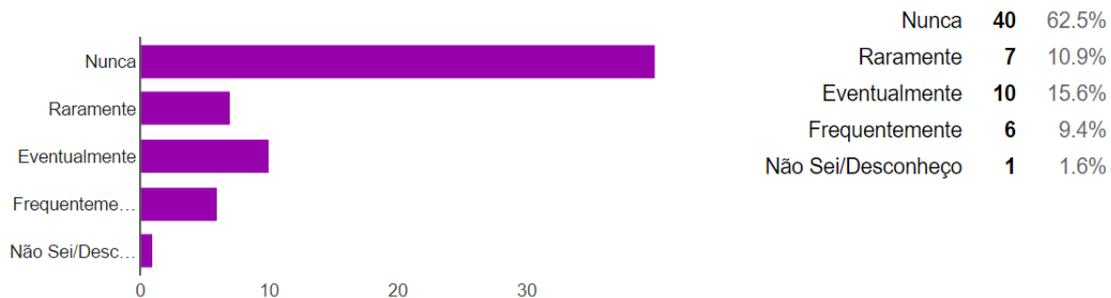
Quadro 2 [Continuação]

i. TRABALHO EM EQUIPE ou apoio matricial de equipes ou serviços de saúde? [26. Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as SEGUINTEs ATIVIDADES:]



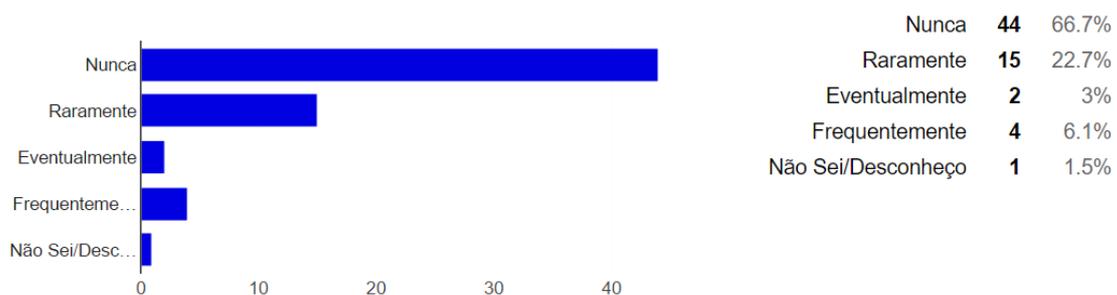
Total de Respostas: 63

j. Discussão de PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR ou Terapia Comunitária? [26. Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as SEGUINTEs ATIVIDADES:]



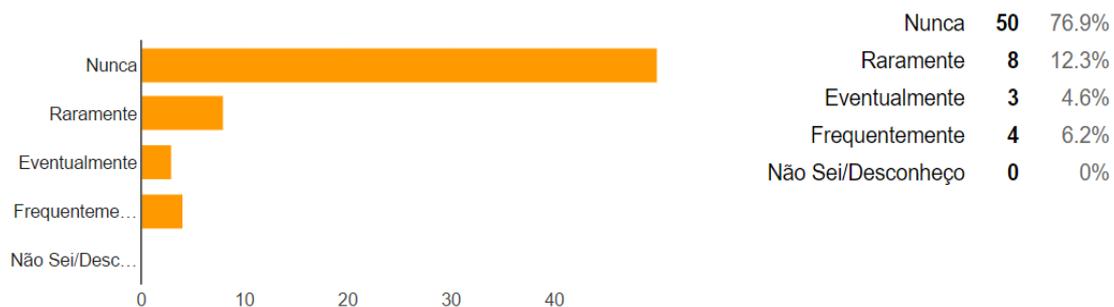
Total de Respostas: 64

k. Realização de Entrevista Motivacional ou Consulta e ABORDAGEM CENTRADA NA FAMÍLIA? [26. Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as SEGUINTEs ATIVIDADES:]



Total de Respostas: 66

l. Atividade de PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR no serviço de saúde? [26. Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as SEGUINTEs ATIVIDADES:]

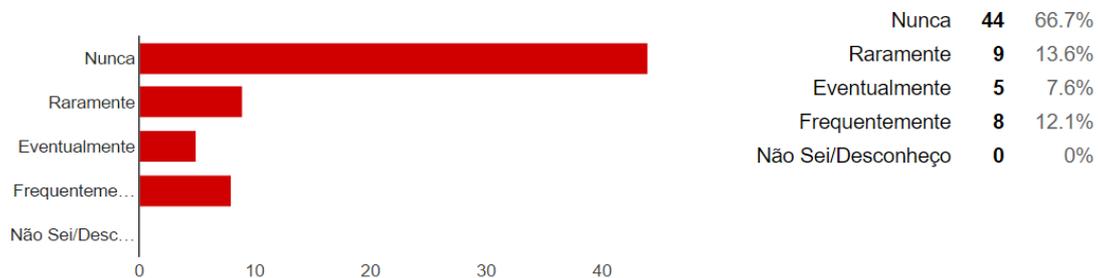


Total de Respostas: 65

CONTINUA

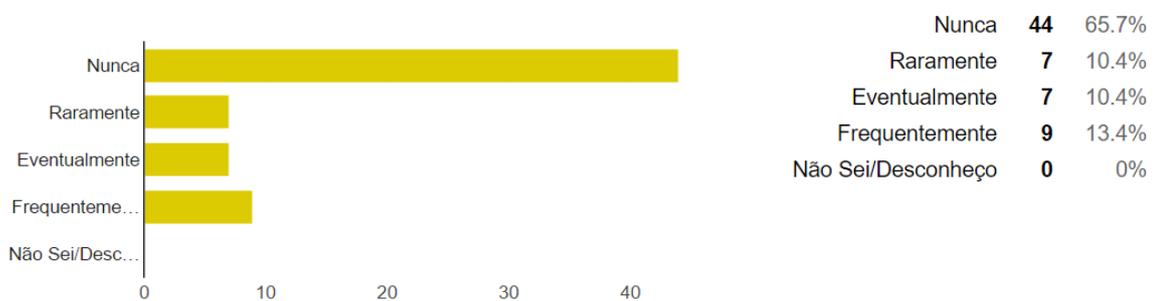
Quadro 2 [Continuação]

m. Ações de PREVENÇÃO QUATERNÁRIA (busca da prevenção de iatrogenia causada por ações de prevenção unidirecionais ou excessivas)? [26. Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as SEGUINTE ATIVIDADES:]



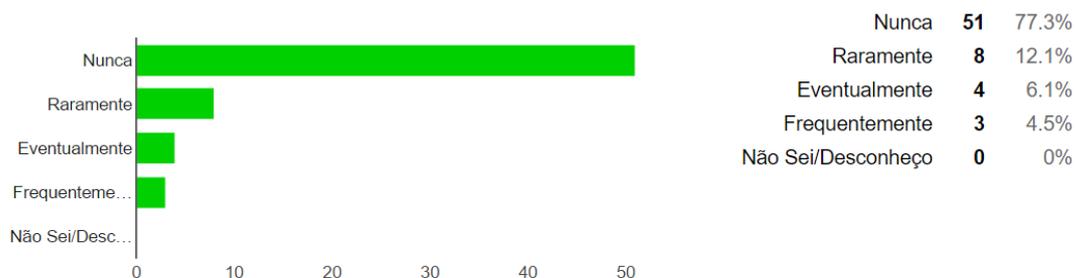
Total de Respostas: 66

n. Atividades ou grupos que busquem o USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS ou qualificação da Atenção Farmacêutica? [26. Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as SEGUINTE ATIVIDADES:]



Total de Respostas: 67

o. Utilização de PRONTUÁRIO ELETRÔNICO ou Telessaúde em serviço de saúde primária? [26. Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as SEGUINTE ATIVIDADES:]



Total de Respostas: 66

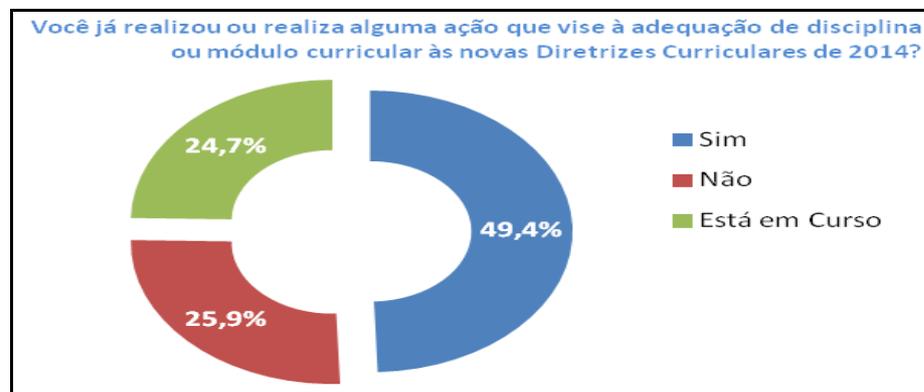
V.3. FATORES RELACIONADOS AO ENSINO E À DOCÊNCIA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Esse último bloco de perguntas é destinado a avaliar os aspectos intrinsecamente relacionados às funções desempenhadas por docente, servidor da educação, como questões administrativas relacionadas à organização de módulos e disciplinas, questões relacionadas a programas de capacitação docente, percepção acerca de conteúdo ou estrutura organizacional do currículo de graduação e dos campos de práticas das aulas, questões relacionadas à

metodologia de aulas, valores e crenças do currículo oculto (não formal) que o professor cultiva em sala de aula; ou seja, trata-se de um conjunto de problemáticas que podem ter impactos diretos no ensino de atenção primária à saúde.

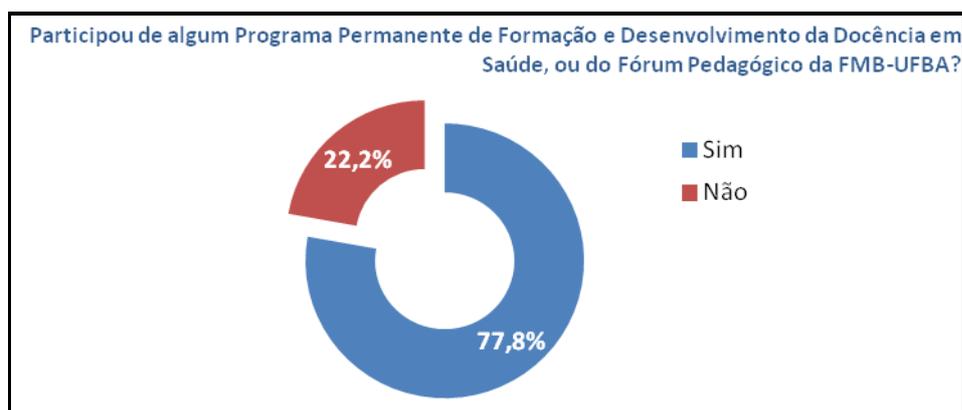
Sobre a realização de alguma ação pelo docente que vise à adequação de disciplina ou módulo curricular às novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, do total de 81 respostas, 40 (49,4%) disseram que já realizaram alguma ação, 20 (24,7%) disseram que a ação realizada “está em curso” e 21 (25,9%) disseram que nunca realizou qualquer ação nesse sentido (GRÁFICO 25).

GRÁFICO 25 - Percentual de docentes em função da realização ou não de atividade que vise à adequação curricular às novas DCNs de 2014



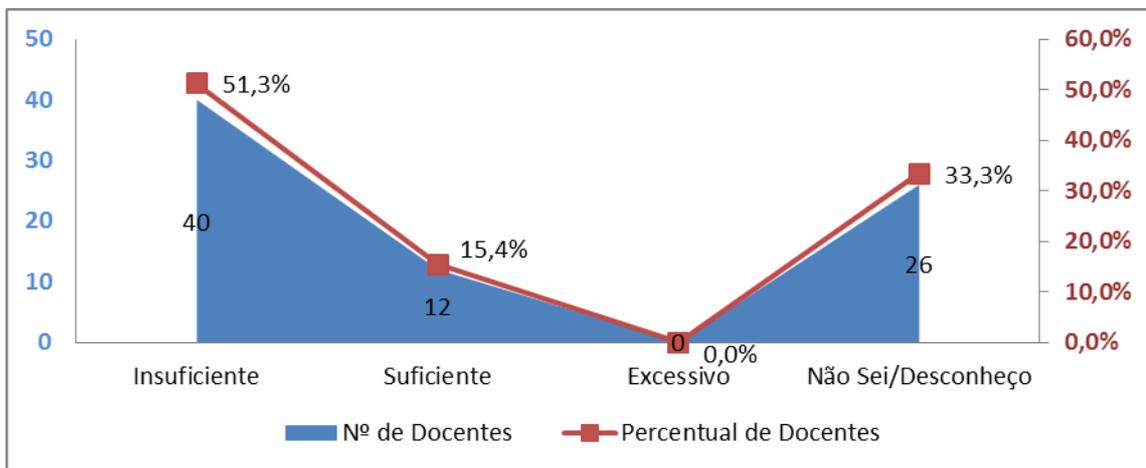
Sobre a participação dos docentes em algum Programa Permanente de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, tais como o Fórum ou Semana Pedagógica da FMB-UFBA, 77,8% (63) de um total de 81 respondentes afirmaram que já participaram e 22,2% (18) negaram ter tido qualquer participação em programa ou atividade desse tipo (GRÁFICO 26).

GRÁFICO 26 - Participação dos Docentes em Programa Permanente de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde ou em Atividade de Formação Pedagógica



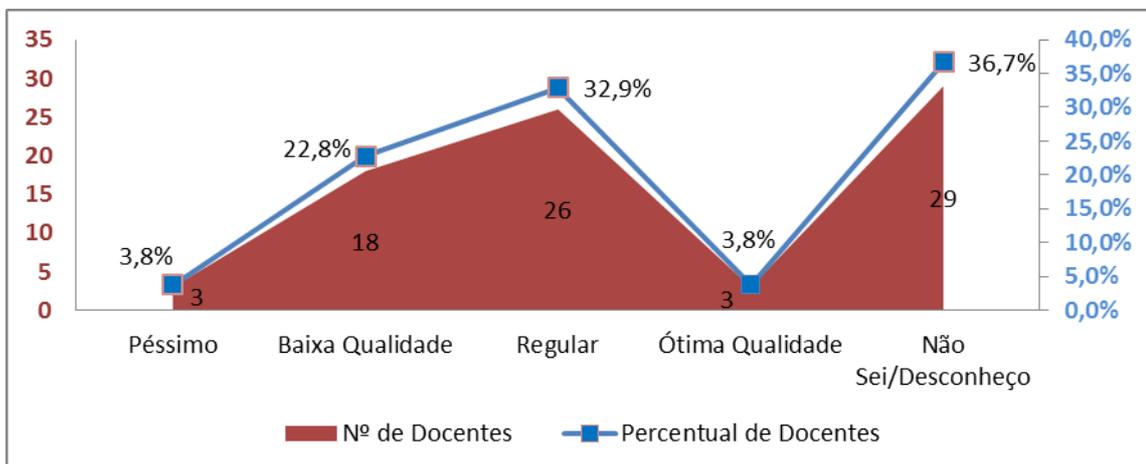
Avaliou-se a percepção dos professores acerca da quantidade do conteúdo curricular (teórico e prático) de Atenção Primária à Saúde oferecido no curso de graduação da FMB-UFBA, e 51,3% dos docentes o consideraram “insuficiente”, 15,4% acham tal conteúdo “suficiente”, nenhum docente considera que esse conteúdo esteja presente de forma “excessiva”. Os outros 33,3% afirmaram que não sabem ou desconhecem o conteúdo de APS oferecido (GRÁFICO 27). O total de respostas a essa pergunta foi 78.

GRÁFICO 27 - Percepção dos docentes sobre a Quantidade dos conteúdos teórico e prático de Atenção Primária à Saúde oferecidos na graduação da FMB-UFBA



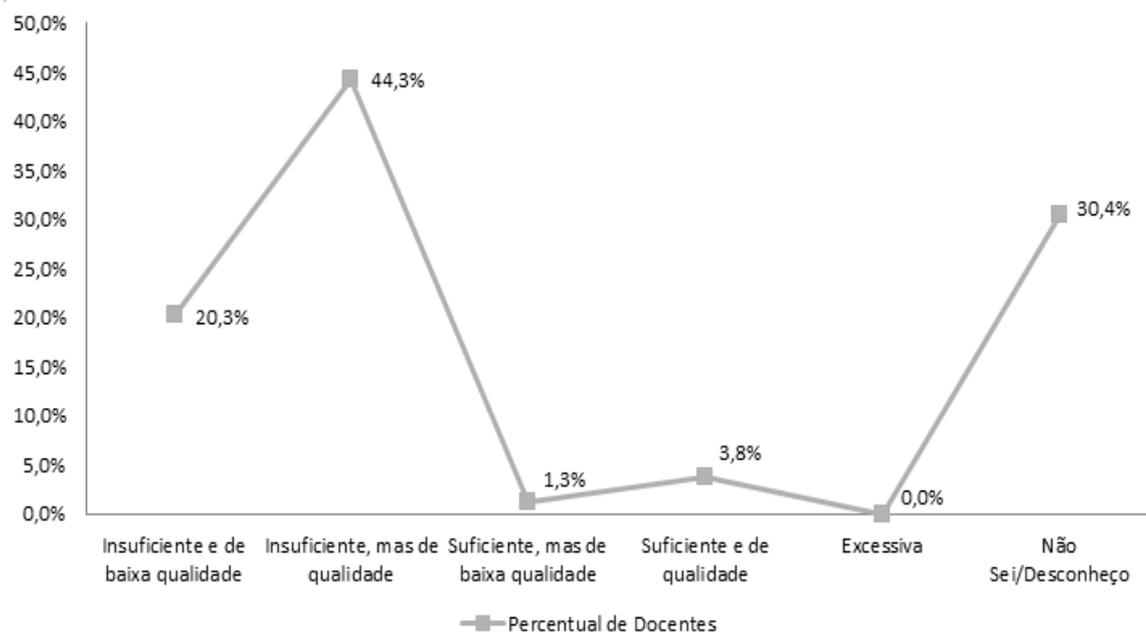
Nessa perspectiva, buscou-se avaliar a percepção acerca da qualidade do ensino teórico e prático de APS ministrado na graduação da FMB-UFBA, 3,8% consideram esse ensino “péssimo”, 22,8% o consideram de “baixa qualidade”, 32,9% o acham “regular” e apenas 3,8% acreditam que este seja de “qualidade”. Além disso, 36,7% dos 79 respondentes afirmaram não saber ou desconhecer a qualidade de tal conteúdo ministrado (GRÁFICO 28).

GRÁFICO 28 - Percepção dos docentes sobre a Qualidade dos conteúdos teórico e prático de Atenção Primária à Saúde oferecidos na graduação da FMB-UFBA



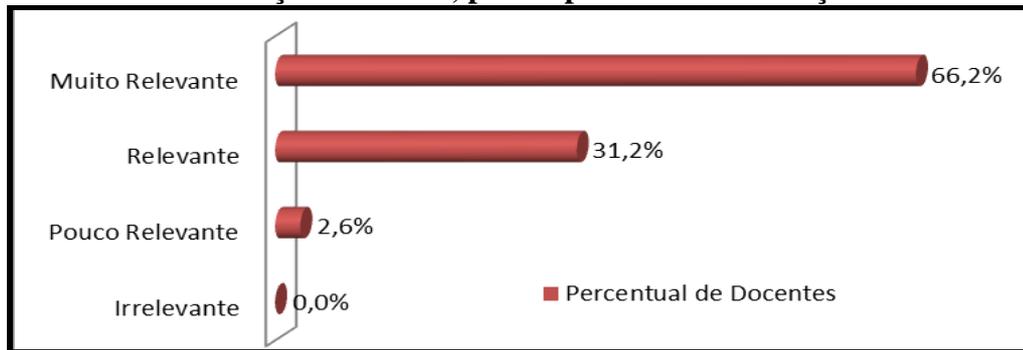
De modo semelhante, também foi indagado aos docentes, sua percepção a respeito da inserção do curso de graduação da FMB-UFBA na rede de serviços de Atenção Básica do SUS. De todas as 79 respostas, 35 educadores (44,3%) consideram que essa inserção é “insuficiente, mas de qualidade”, 16 (20,3%) consideram que é “insuficiente e de baixa qualidade”, somente 1 (1,3%) docente acredita que tal inserção é “suficiente, mas de baixa qualidade” e apenas 3 (3,8%) pontuam ser “suficiente e de qualidade”. Além disso, nenhum (0,00%) considera a inserção excessiva e outros 24 (30,4%) afirmaram não saber ou desconhecer como é essa inserção do curso na rede de APS do SUS (GRÁFICO 29).

GRÁFICO 29 – Concepção dos docentes sobre a inserção do curso de graduação da FMB-UFBA na rede de serviços de Atenção Básica do SUS



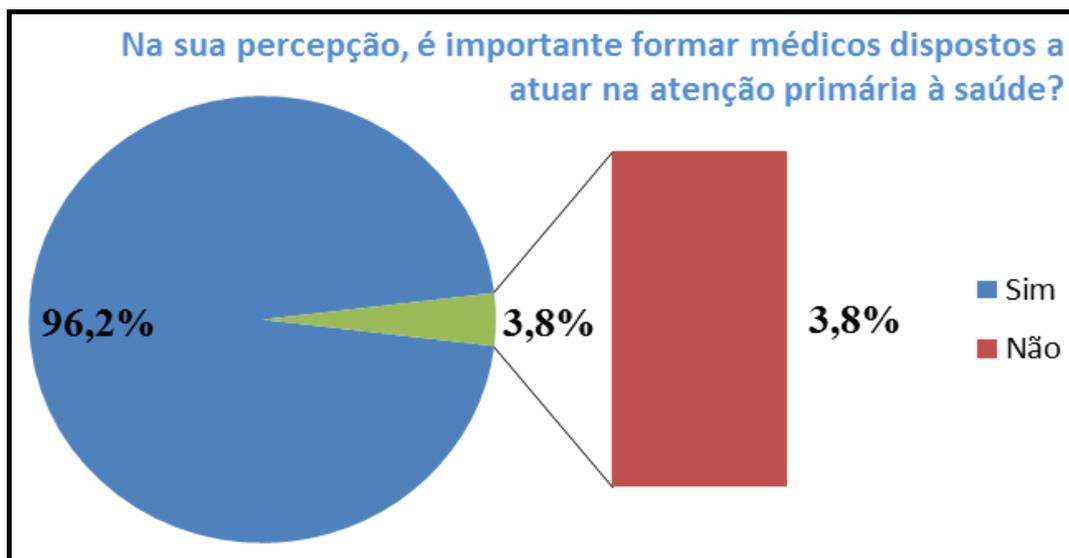
Em relação à percepção dos professores sobre o grau de relevância de uma formação generalista, com ênfase na Atenção Primária, para o processo de formação médica: de 77 docentes, 51 (66,2%) consideram que esta formação generalista com foco em APS é “muito relevante”, 24 (31,2%) julgam ser “relevante”, e apenas 2 (2,6%) indica como “pouco relevante”. Além disso, para nenhum educador esse tipo de formação é “irrelevante” (GRÁFICO 30).

GRÁFICO 30 – Percepção sobre o grau de relevância de uma formação generalista, com ênfase na Atenção Primária, para o processo de formação médica



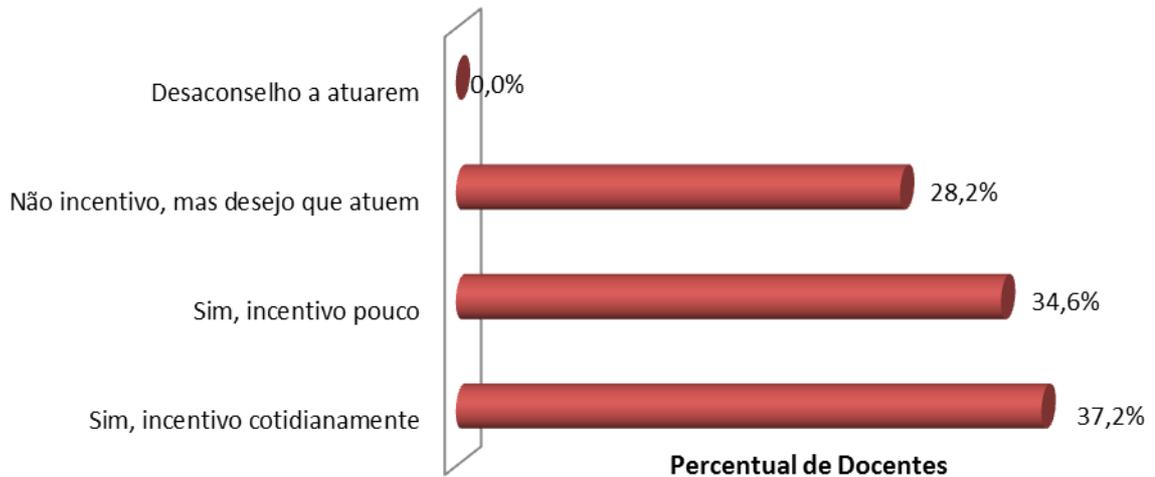
Ao analisar a concepção dos professores sobre a importância de formar médicos dispostos a atuar ou trabalhar na atenção primária à saúde, constata-se: 96,2% (76) acreditam ser importante e 3,8% (3) nega tal importância (GRÁFICO 31).

GRÁFICO 31– Percepção dos Docentes da FMB sobre a importância ou não de formar médicos voltados para atuar na APS



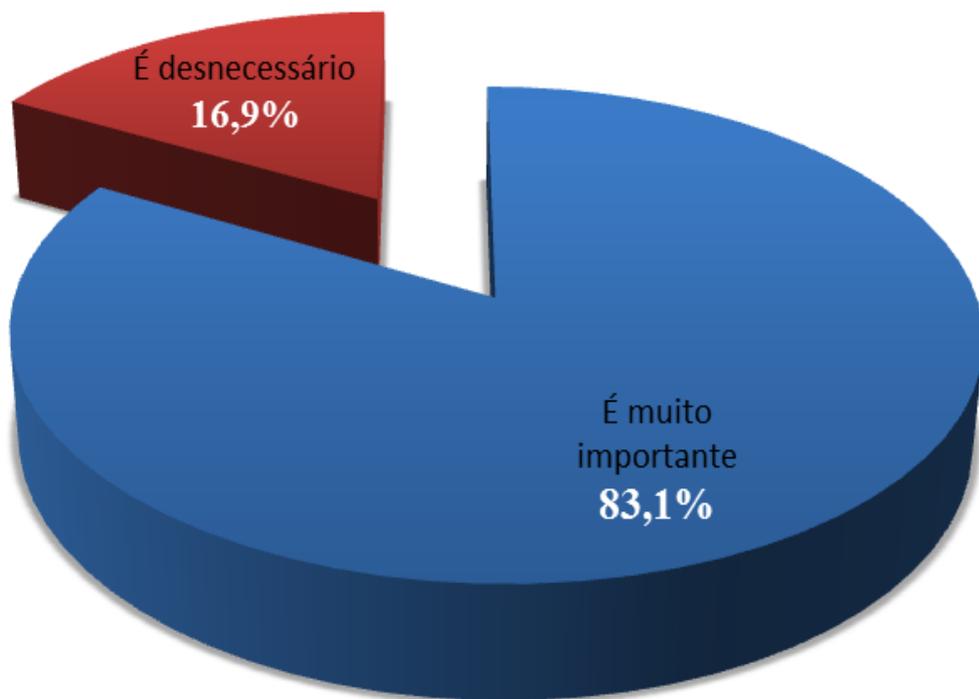
Foi ainda questionado se, em suas aulas, os docentes incentivam os estudantes a atuarem/trabalharem na APS ou na Saúde da Família, após concluírem a graduação, e 29 (37,2%) acredita “incentivar cotidianamente”, 27 (34,6%) acha que “incentiva pouco”, 22 (28,2%) responde que “não incentiva, mas deseja que atuem” nessa área. Nenhum docente afirmou “desaconselhar” os discentes a atuarem na APS (GRÁFICO 32).

GRÁFICO 32 – Incentivo, em sala de aula, para os discentes atuarem/trabalharem na APS ou na Saúde da Família, após concluírem a graduação



Para finalizar, a última pergunta questionou os docentes se eles consideram necessária a consolidação de um Eixo de Atenção Primária à Saúde no currículo da FMB-UFBA, com inserção progressiva (do 1º ao 12º semestre) nos serviços de atenção básica. Do total de 77 respostas, 83,1% (64) consideram isso “muito importante” e 16,9% (13) consideram isso “desnecessário” (GRÁFICO 33).

GRÁFICO 33 – Percepção dos Docentes sobre a necessidade de consolidação de um Eixo de Atenção Primária à Saúde (do 1º ao 12º semestre) no currículo da FMB-UFBA



VI. DISCUSSÃO

Ao analisar o **perfil dos docentes** dessa pesquisa, inicialmente verifica-se que apenas 31,1% (82) da população total de estudo, correspondente a um total de 263 docentes, responderam ao questionário. Os outros 68,8% (181 docentes) não participaram da pesquisa. Sendo assim, a **amostra não representa todos os docentes da FMB, mas apenas a opinião de uma parcela de docentes** e a análise pode ser parcialmente prejudicada por essa baixa adesão dos docentes em responder ao questionário. Cabe considerar, a possível existência de um viés interpretativo relacionado à participação dos respondentes na pesquisa, pois é esperado ter tido respostas de um percentual maior de docentes com mais afinidade com a temática de atenção primária à saúde ou com atuação em área correlata, enquanto os mais distantes ou que considerem o tema menos relevante não tenham participado. Esses vieses, contudo, não reduzem a importância dos resultados encontrados.

A pesquisa constatou que um percentual 64,6% dessa amostra de docentes da FMB apresentam idade entre 21 a 39 anos de formado em sua graduação médica, apenas 2,4% dos docentes tem de 5 a 10 anos de formado e nenhum docente tem até 4 anos de formado (Tabela 1). Outrossim, 41,5% apresentam tempo de docência compreendido entre 21 a 39 anos, 29,3% têm de 11 a 20 anos de docência, 7,3% apresenta menos de 4 anos de docência e nenhum educador tem 40 anos ou mais de tempo na docência (Gráfico 2). Sendo assim, percebe-se uma compatibilidade entre o tempo de docência “21 a 39 anos” com o tempo de formatura “21 a 39 anos”, como predominantes na docência médica da FMB. Ao questionar se docentes com menos de 4 anos de formados não responderam à pesquisa ou ainda não entraram na graduação, e o porquê do baixo número percentual de docentes com até 10 anos de formado na pesquisa, percebe-se que há um período médio em torno de 10 anos para o ingresso na docência, e que maior parte deles tem mais de 20 anos de formado. Esse tempo é compatível com o período médio de duração de programas de residência, sobretudo para as que não são de acesso direto, e com período para fazer pós-graduação *latu sensu* ou cursos de especialização e pós-graduações *stricto sensu* (como mestrado e doutorado), quando realizadas de forma subsequente.

Sobre a **área de atuação** (Gráfico 4), apesar de 24,4% dos docentes médicos participantes da pesquisa referirem atuar nos campos da “Medicina Interna/Clínica Médica e/ou especialidades” e 13,4% nas áreas de “Saúde Pública/Saúde Coletiva/Vigilância Sanitária/Medicina Preventiva e Social”, é notório a quantidade ínfima de apenas 4,9% dos

docentes médicos que afirmaram atuar na área de “Atenção Primária à Saúde (APS)/Saúde da Família/Medicina de Família e Comunidade”. Tal estranhamento se intensifica quando confrontados com dados fornecidos pela FMB, nos quais o Departamento de Saúde da Família conta com 15 docentes permanentes e 2 substitutos e que em diversos concursos para docente de diferentes departamentos da FMB, desde o início da reforma curricular, têm tido como requisitos a “ênfase de atuação na área de atenção primária à saúde”. Atualmente, o curso de graduação da FMB-UFBA conta com apenas 5 docentes Médicos de Família e Comunidade ou que fizeram Residência Multiprofissional com foco na Saúde da Família e 1 docente substituto. Além disso, apenas 7,4% do total de respondentes são docentes não médicos e apenas 1 docente não médico relatou atuar na área “Saúde Pública/Saúde Coletiva/Vigilância Sanitária/Medicina Preventiva e Social” e nenhum docente não médico atua na área “Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família” (Gráfico 3). Ademais, 12,2% dos docentes médicos atuam no âmbito da “Clínica Cirúrgica e/ou especialidades” e 11% tem campo de ação na “Pediatria”. No grupo de áreas de acesso direto previstas na Lei do Mais Médicos “Genética Médica/Medicina do Tráfego/Medicina do Trabalho/Medicina Esportiva/Medicina Física e Reabilitação/Medicina Legal/Medicina Nuclear/Radioterapia/Patologia”, e nas áreas “Atenção Psicossocial/Saúde Mental/Psiquiatria”, “Ginecologia e Obstetrícia” e “Pesquisa no Campo da Saúde” há a atuação de 7,3% dos docentes em cada uma delas. Ao confrontar a área de atuação dos docentes participantes da pesquisa com o perfil de profissional exigido pelos departamentos da FMB e pelas unidades da UFBA que participam do curso da FMB, considerando o número total de docentes alocados nesses órgãos, percebeu-se uma maior participação de educadores das áreas correspondentes ao somatório de docentes do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) e do Instituto de Saúde Coletiva (ISC). A menor participação foi nas áreas relacionadas ao somatório de docentes dos Departamentos de Anestesiologia e Cirurgia (DAC) e de Cirurgia Experimental e Especialidades Cirúrgicas (DCEEC), seguidos pelas áreas correspondentes ao Departamento de Saúde da Família (DSF) ou ao Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana (DGORH)⁽³⁰⁾.

Segundo dados fornecidos pelos departamentos da FMB e disponibilizados no site da FMB-UFBA <<http://www.fameb.ufba.br/>> é possível observar uma maioria de docentes que possuem curso de mestrado ou doutorado *scrito sensu*. No Gráfico 5 dessa pesquisa, 82,7% dos docentes relataram atuar na mesma área de sua formação e apenas 17,3% referiram não atuar na mesma área de sua formação. Uma pesquisa realizada, em 2016 na FMB, analisou o

corpo efetivo de docentes da FMB-UFBA sendo apontado um perfil com grau elevado de formação específica, são mestres e doutores que atuam em suas respectivas áreas, corroborando com os dados levantados e sendo consonante aos tempos de formatura e de docência apontados anteriormente. Nessa pesquisa, observa-se um perfil de formação muito semelhante aos estudos produzidos pela Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) ainda na década de 90, porque tais docentes ocupam classes intermediárias ou elevadas na carreira de magistério superior, atuam em diferentes áreas de campos de atuação especializados da medicina e são diplomados em residência ou curso de especialização equivalente ou tem mestrado e doutorado em suas áreas de atuação, e a maioria não apresenta nenhum tipo de formação pedagógica para a docência e poucos professores apresentam algum curso de especialização ou capacitação em educação. Além disso, notou-se um número significativamente baixo de docentes não médicos. Percebeu-se, ainda, um distanciamento do percurso produzido até a docência e os aspectos pedagógicos, uma vez que não há um enfoque na formação docente na maioria dos programas de residência médica, mas sim uma tendência geral para formação de pesquisadores nos currículos de mestrado e doutorado⁽³¹⁾.

No século XX, com o avanço da produção científica biológica, houve uma maior qualificação da realização de diagnósticos e terapêuticas em diversas especialidades médicas, e ao mesmo tempo, percebeu-se um distanciamento do profissional da abordagem na perspectiva da integralidade do ser humano e de seu contexto político-econômico e socioambiental. “É uma forma de atuar sobre o corpo moldou o perfil da profissão médica moderna, muito mais impessoal e técnica, desumanizando o ato médico”⁽³²⁾. Em contraponto, em 1991, Dahlgren & Whitehead já haviam proposto um modelo de qualificação dos determinantes, buscando demonstrar fatores geradores de iniquidades, que são desigualdades injustas, evitáveis e desnecessárias, visando à criação de estratégias de intervenção e promoção da equidade em saúde⁽³³⁾.



Figura I - Modelo de Dahlgren e Whitehead

Fonte: Dahlgren and Whitehead (1991). Used with permission of the Institute for Futures Studies, Stockholm, Sweden.

Nessa perspectiva, na avaliação realizada pela CINAEM foi feito um **diagnóstico da educação médica brasileira** e estabelecidas e colocadas em prática estratégias para superar as deficiências e disparidades constatadas nas escolas. Em tal diagnóstico foi verificado um ensino desvinculado da realidade de saúde da população brasileira; docência pouco preparada para o ensino, a pesquisa ou para as atividades administrativas; condicionamento do ensino e da pesquisa conforme interesses financeiros; estrutura precária de muitas faculdades. Desde então, diversas foram as mudanças realizadas nos currículos de graduação visando a uma transformação da educação médica, buscando novas metodologias de ensino-aprendizagem e uma formação mais generalista que considerasse os determinantes sociais do processo de saúde-doença; e assim verifica-se até hoje um conjunto de conceitos e práticas ideológicas que caracterizam dois modelos mais diretamente em disputa no seio das escolas médicas⁽³⁴⁾.

O **modelo tradicional flexneriano** orienta o curso para o enfoque de causas biomédicas, diagnóstico e tratamento curativo, restringindo-se à doença, ao conhecimento fragmentado em disciplinas/especialidades, a uma estrutura curricular fracionada em ciclos básico e profissionalizante bem separados, à alta tecnologia na área clínica e cirúrgica e a práticas em hospital secundário e terciário, destacando-se fortemente a abordagem de doenças crônicas e graves ou o manejo de situações agudas e a centralidade no consultório ou na cobrança de honorários. Além disso, orienta a graduação em cenários de prática especializados com total autonomia, sem compromisso com a educação permanente, e orienta a pós-graduação com ênfase na reserva de mercado de profissionais especialistas; o ensino é centrado na passividade do aluno, em aulas teórico-expositivas, na memorização e no professor, sem capacitação pedagógica ou gerencial administrativa, pois os docentes assumem funções fundamentados na própria experiência empírica enquanto profissional médico⁽³²⁾.

Em contrapartida, o **modelo da integralidade**, quanto ao âmbito do mundo de trabalho, considera a carência de profissionais de Atenção Básica (AB) nas diversas regiões do país e as oportunidades de emprego, as implicações éticas da formação liberal ou assalariada, aborda os reflexos na relação medico-paciente da presença de seguradoras e planos de saúde como instituições mediadoras da assistência em saúde. Quanto ao âmbito pedagógico, orienta a graduação para APS com forte interação entre ensino, serviço de saúde e comunidade e com o processo de ensino-aprendizagem referenciado nas metodologias ativas e na abordagem multi e interdisciplinar em pequenos grupos; repensa a utilização de tecnologias pesadas de alto custo e a relação custo-benefício de sua aplicabilidade na APS,

considera nas pesquisas o perfil de saúde demográfico-epidemiológico e socioeconômico em articulação com a gestão do sistema de saúde; dar enfoque à oferta de pós-graduação em campos generalistas e especialidades prioritárias ao atendimento da demanda do SUS, além da educação permanente dos profissionais dos serviços. Quanto aos cenários de prática, são unidades da rede SUS dos níveis primário, secundário e terciário de complexidade tecnológica, levando em conta o referenciamento e contrarreferenciamento dos pacientes nos distintos pontos da rede. E ainda, no âmbito da docência, exige capacitação didático-pedagógica de professores e médicos dos serviços, aprimoramento técnico-científico acerca de demandas vigentes na saúde da comunidade, além da promoção de capacitação docente em gestão de saúde, proporcionando ativa participação e responsabilização dos segmentos docente, discente e técnico-administrativo nas decisões e processos universitários⁽³²⁾.

Nos resultados dessa pesquisa, é interessante notar que 96,2% dos docentes acreditam ser importante formar médicos dispostos a atuar ou trabalhar na atenção primária à saúde (Gráfico 31), e 66,2% consideram que é “muito relevante” uma formação generalista com foco na APS, além disso, outros 31,2% julgam que tal modelo de formação seja “relevante” (Gráfico 30). No entanto, 40% dos educadores não tem interesse em atuar na Atenção Primária à Saúde (APS) como profissional de saúde ou como docente (Gráfico 11). Paralelamente, em uma pesquisa realizada com estudantes do 5º e 6º ano da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA em 2014, 96% dos discentes consideram importante formar médicos dispostos a atuar na APS, 60% consideram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) um local de atuação provisória ou temporária e apenas 7% pretendem seguir carreira na ESF⁽¹¹⁾. Sendo assim, cabe questionar, se já há por parte da corporação médica um reconhecimento da perspectiva do modelo da integralidade com foco na Atenção Básica (AB) como primordial para a formação médica e para a saúde da população, por que ainda há um considerável número de educadores e discentes que não tem interesse de atuar nesse cenário de prática?

Na literatura foram encontrados resultados semelhantes, em uma pesquisa realizada em 2013 por meio de entrevista semiestruturada com estudantes internos do 11º período da UniEvangélica, de Anápolis e Goiânia, os dados apontaram que nenhum estudante gostaria de trabalhar predominantemente na APS, sendo apenas 3% dos discentes com interesse de trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto 80% pretendiam atuar na ESF temporariamente “até passar na prova de residência”⁽³⁵⁾. Em outra pesquisa realizada com 270

discentes do Campus de Sobral da Universidade Federal do Ceará (UFC/Sobral) foi verificado uma percepção positiva acerca da importância da ESF, mas constatado que a maioria dos discentes não escolheu atuar nesse cenário⁽³⁶⁾. Segundos dados da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde, do total de vagas de residência médica de acesso direto ofertadas em 2013, 8% eram para a especialidade de Medicina de Família e Comunidade, contudo o índice de ociosidade foi de 69% de vagas não preenchidas por falta de procura⁽³⁷⁾.

Em 2015, uma caracterização da inserção dos médicos brasileiros no sistema de saúde e da relação público-privado na saúde realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), mostrou que 21,6% atuavam exclusivamente no setor público, 26,9% atuavam exclusivamente no setor privado e 51,5% atuavam nas duas esferas simultaneamente, sendo que 78% tinham dois ou mais empregos, chegando a 6 ou mais vínculos trabalhistas. Em contraste, a população atendida exclusivamente pelo SUS era de 75%, os outros 25% eram também atendidos pela assistência médica suplementar (planos e seguros de saúde). A população atendida pela assistência médica suplementar somava um acesso a 3 vezes mais médicos que a atendida pela rede pública, havendo ainda maior concentração de médicos especialistas no setor privado, em contraste com sua baixa presença nos serviços de atenção secundária e especializada do SUS. Dentre os 73,1% que atuam no setor público (de forma exclusiva ou mista com o setor privado), 51,5% trabalham em hospitais, 23,5% trabalhavam nos serviços de APS (em UBS ou ESF) e **5,1% atuavam em Universidade Pública na docência ou na pesquisa**. O setor público apresentava mais médicas mulheres, mais jovens e rendimentos mais baixos. Os médicos com menor tempo de formado (10 anos ou menos) estão em maior número no setor público, 40,1%. No Nordeste havia mais médicos no setor público e em ambas as esferas, que no setor privado. No estudo de percepção dos médicos quanto ao setor que pretendiam atuar (público ou privado), se o salário e as condições de trabalho fossem as mesmas, 58,2% optariam por atuar no setor público. A escolha pelo setor público é maior nos estados do Nordeste, onde 64% optariam por esse setor, sendo também maior entre os mais jovens. Entre os que já trabalham exclusivamente no setor público, 78,4% continuariam atuando nesse setor. Caber ressaltar que o maior número de mulheres no setor público, deve-se provavelmente ao fator de “feminilização” da medicina, com um maior ingresso de mulheres desde o ano de 2004, fruto da maior inserção da mulher no mercado de trabalho⁽³⁸⁾.

“Em estudo sobre a conceituação do “ser médico” por alunos de graduação e de residência médica, o significado dessa expressão foi apontado como o profissional que prima por aspectos técnicos e humanos na atividade profissional, mas com uma visão idealizada e longe da operacionalização, de forma que o médico preconizado – tal qual a ESF recomenda – continua a ser um conceito muito próximo dos tipos ideais, mas, em termos práticos, não se mostra presente no dia-a-dia em Saúde da Família. (...) O SUS ainda não é, segundo a percepção desses futuros médicos, um ambiente de trabalho atrativo para dedicação exclusiva. (...) A expressão ‘médico de postinho’ é usada para enfatizar o menor valor do profissional diante dos ‘superespecializados’ (ISSA, 2013)”.⁽³⁵⁾

Muitos docentes, discentes e médicos recém formados consideraram a atuação no campo da atenção básica imersa em baixo prestígio e reconhecimento perante a sociedade, em estigmas de desvalorização do profissional generalista ou especialista em MFC, em condições e contratos precários de trabalho com vínculo trabalhista fraco ou ausente, com remuneração baixa ou não atrativa e sem garantia de estabilidade financeira ou empregatícia. Em um cenário com perfil elitizado das faculdades médicas, com maioria do quadro discente oriundos de classes sociais A e B, verificou-se que tem sido comum a busca pela subespecialização entre os acadêmicos e docentes associada à motivação financeira e, nesse contexto, a ESF é tida como mercado provisório de trabalho, na qual os discentes recém formados percebem potencial de emprego e acumulação de ganho financeiro até a aprovação em um programa de residência médica. Contudo, suas opções continuam sendo especialidades de maior prestígio social vinculadas aos hospitais particulares e ao atendimento da elite socioeconômica^(35,39,40). Paralelamente, tem-se reparado uma queda na preferência por atenção primária no decorrer da graduação, sobretudo a partir da inserção discente nos estágios clínicos. O **perfil dos alunos que escolhem atuar na atenção básica** apresenta tendências relacionadas ao sexo feminino, oriundos de áreas rurais ou interioranas dos estados, “faixa etária de maior idade, casados, experiências amplas na graduação, pais não-médicos”, perspectivas baixas de renda, “interesse em lidar com diversidade de problemas de saúde”, quem teve experiência com trabalho voluntário, “perfil mais humanístico, mais ligado às causas humanitárias” e “menos interesse voltado para prestígio social, alta tecnologia, e cirurgia”; e tendências relacionadas à ‘maior representatividade no corpo docente acadêmico de professores de APS como dedicação exclusiva’, dentro da administração da escola médica, e à presença de estágio em unidades localizadas na periferia da cidade^(35,41). Essas tendências têm sido comprovadas observando-se o perfil dos candidatos a vagas no 13º ciclo do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB): entre os mais de 10,5 mil brasileiros inscritos, 86,2% são recém formados graduados nos últimos cinco anos, 44,4% têm entre 26 e 30 anos e 54% são mulheres. Cabe ressaltar que o programa, desde sua implantação em 2013,

tem atendido mais de 63 milhões de pessoas, ofertando 18.240 vagas para médicos em serviços antes desassistidos⁽⁴²⁾. Além disso, com a Lei nº 12.711/2012, a lei das cotas, nas universidades federais o perfil do alunado tem se modificado cada vez mais, com percentual considerável de estudantes de regiões interioranas e com perfil de vulnerabilidade socioeconômica e um número pouco maior de estudantes negros⁽⁴³⁾.

Para Jadete Lampert⁽³²⁾:

“a consciência da necessidade de investir na promoção e preservação da saúde vem se instalando à medida que não se dá conta do custo-benefício ao limitar o investimento no diagnóstico e tratamento das patologias instaladas (LAMPERT, 2008)”.

Na FMB-UFBA, recentemente, tem sido comumente problematizado nos órgãos institucionais, nos corredores pelos alunos e nas salas de aulas pelos docentes, que as principais áreas de atuação para os médicos recém formados são a Estratégia de Saúde da Família e os serviços de Urgência e Emergência, como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMUs) ou Prontos Socorros Hospitalares de pequeno e médio portes. A educação médica é também um processo de construção de uma identidade cidadã, talvez muitos docentes e estudantes tenham percebido a importância de uma formação mais ampla, ou talvez tenham reconhecido os impactos diretos no mercado de trabalho médico da ampliação recente de vagas no setor desde a implantação do PSF e agora, com o Mais Médicos. Uma das hipóteses para entender porque muitos docentes não tem interesse de atuar na APS, apesar de reconhecerem importante formar médicos para o setor, tem sido o crescimento nas escolas médicas de um discurso “politicamente correto”, uma vez que cada vez menos é aceitável referir-se a Atenção Básica com um espaço de atuação que “não serve para nada”, “fácil de ser feita, exige pouco conhecimento”, “que só encaminha para atenção secundária”, “especialidade monótona, repetitiva e meramente administrativa”, devido às conquistas dos últimos anos no setor e à aceitação e às necessidades cada vez mais crescente da população pelos serviços oferecidos, sobretudo, após o PMMB. Outra hipótese, relacionada às alterações no mercado de trabalho médico, observar-se uma crescente “perda da autonomia e autorregulação da atividade”, como na medicina liberal, e o trabalho no serviço público tem crescido como uma opção mais segura e estável frente às crises e modificações nas relações trabalhistas e de emprego decorrentes da reestruturação produtiva do capital no setor saúde^(35,44).

As Novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o Curso de Graduação em Medicina, de 2014, propõem manter permanentemente “Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso”, e “a instituição deverá definir indicadores de avaliação e valorização do trabalho docente, desenvolvido para o ensino de graduação e para as atividades docentes desenvolvidas na comunidade ou junto à rede de serviços do SUS”⁽²⁹⁾. Acerca da participação em programa permanente de **Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde**, tais como o Fórum Pedagógico ou a Semana Pedagógica da FMB-UFBA, 77,8% afirmaram ter participado (Gráfico 26). Esse percentual de docentes que se dedicam à sua formação pedagógica para a graduação distoa significativamente dos resultados encontrados na literatura nacional, que apontaram secundarização dos aspectos didático-pedagógicos e preterição da carreira docente, e com o perfil dos docentes da FMB. Segundo, dados fornecidos pelo Colegiado de Graduação da FMB, também foi observada uma participação bem aquém desse número nos últimos fóruns pedagógicos, que contou com a participação de em média 50 a 60 docentes. Dessa forma, questiona-se se realmente houve essa participação dos docentes em tais programas de formação, ou se não seria mais um viés dessa pesquisa relacionado a uma maior quantidade de respostas de docentes que são os mais envolvidos com a formação pedagógica e com a qualificação de sua própria formação docente.

Certamente, conforme Bulcão & Sayd (2003), há uma naturalização da passagem do médico para professor sem aviso prévio, como se a atividade de ensino fosse atrelada exclusivamente à boa capacidade técnica e se exercesse de forma espontânea pelo simples contato com a assistência médica, sobretudo nos hospitais, gerando um senso de autossuficiência para o exercício da docência pelo simples fato de ser bom médico, na perspectiva em que “ser bom médico” necessariamente perpassa em ser “bom especialista” ou “bom pesquisador”, como se ser especialista fosse algo superior⁽⁴⁵⁾.

Com os avanços científico-tecnológicos tensões de duas orientações, relacionadas ao complexo médico-industrial de organização dos serviços de saúde, impactaram nas instituições de ensino médico: o **mercado de trabalho** com supervalorização do especialista; paralelo ao crescimento acelerado das **especialidades médicas**, influenciados pelo paradigma norte-americano⁽⁴⁶⁾. Segundo Rogério Amoretti⁽⁴⁷⁾:

“Esta revolução nas ciências biomédicas impulsionou um mercado mundial altamente especializado, restrito e agressivo, capaz de girar e concentrar um grande volume de dinheiro e promover lucros significativos. A saúde transformou-se rapidamente numa banca globalizada de negócios multinacionais, com um disputado movimento de inclusão, nele, de especialistas de diferentes categorias. (...) A incorporação tecnológica desenfreada passou a determinar tanto a organização e gestão dos hospitais, clínicas, faculdades e consultórios, como a formação dos profissionais. Este potente fator estrutural promoveu um processo sem precedentes de cooptação passiva ou ativa de profissionais, não exclusivamente da área médica, que passaram a ser parceiros essenciais das emergentes indústrias farmacêuticas, de equipamentos, materiais e insumos. (...) A lógica da produtividade tomou conta da relação profissional-paciente (AMORETTI, 2005).”

Ao analisar especificadamente a saúde enquanto um valor, uma concepção ainda hegemônica em grande parte da sociedade é a visão de saúde como uma mercadoria; há uma construção sociocultural de uma relação de “aquisição do bem-estar”, em que o ideal de saúde é equivalente a um “estado” a ser preenchido⁽⁴⁸⁾. Para Karl Marx, em “*O Capital*”⁽⁴⁹⁾:

“A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa que, por meio de suas propriedades, satisfaz as necessidades humanas de um tipo qualquer. A natureza dessas necessidades (...) não altera em nada a questão. (...) A utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso. (...) O valor de uso se efetiva apenas no uso ou no consumo. (...) O valor de troca aparece inicialmente como a relação quantitativa, a proporção na qual valores de uso de um tipo são trocados por valores de uso de outro tipo, uma relação que se altera constantemente no tempo e no espaço.” (MARX, 1872)

Em uma conceituação marxista, a “mercadoria-saúde” adquire um “valor de uso” e um “valor de troca” e, pelo seu caráter econômico, uma função monetária em que se pode comprar ou vender saúde, medir ou precisar valores e custos; instaurando-se toda uma economia da saúde, visando medir o quanto de sua vida é produção ou produto. Nessa lógica, o entendimento de que todos podem ter saúde não é mercadológico, já que é necessário ter algo em falta para possuí-lo ou comprá-lo, e de acordo com sua capacidade de compra⁽²⁾. Essa **lógica mercadológica** intensifica um modelo de formação que coloca a formação especializada no centro do modelo de atenção.

Em “A reforma médica no Brasil e nos EUA: uma comparação entre duas retóricas”, Kemp e Edler analisam a implementação do modelo universitário da Alemanha à **educação médica brasileira**, proposta por Antonio da Silva Mello na década de 30 do século XX, em contraste com as propostas de Flexner para os EUA; identificando que ambos trabalhavam buscando modificar as estruturas de poder do sistema educacional existente e negociar a consolidação de opiniões e objetivos almejados em cada contexto nacional. Dentro desta

perspectiva, no Brasil a fundação Rockefeller também se dispôs a financiar a construção da Faculdade de Medicina de São Paulo. Uma diferença entre os dois países é que no Brasil havia uma forte influência do *modelo anatomoclínico* da medicina francesa, desde o império até a década de 1880. Nesse modelo, o ensino era especializado na observação técnica do corpo humano, cuja clínica era amparada em instrumentos e técnicas de inspeção, e fundamentado no trabalho e na pesquisa com tradição nas enfermarias hospitalares. Já o *modelo germânico* era promotor da universidade com ênfase na pesquisa e na carreira científica, na importância central do ensino e da investigação nos laboratórios, e tinha em voga a autonomia do sistema educacional, objetivando a incorporação de maior leque de oportunidades na pesquisa. No entanto, a partir de 1870 o modelo anatomoclínico passou a ser qualificado como obsoleto por autoridades médicas do Brasil imperial, culminando na Reforma Sabóia de 1882, de ideário germânico, com implantação de laboratórios, enfermarias de subespecialidades clínicas e com ensino prático e livre como aspiração⁽⁵⁰⁾.

Na FMB, dentre o total de ambulatórios onde se realizaram atividades curriculares, 56,5% dos professores apontaram que “mais de 75%” ou “de 51 a 75%” dos ambulatórios onde se realizaram práticas são especializados, e 36,2% afirmaram que o percentual de ambulatórios especializados é de apenas “até 25%” do total (Tabela 2). Cabe observar que não foram considerados como ambulatórios especializados aqueles que fazem abordagem generalista do paciente, tais como ambulatórios de pediatria geral, clínica geral, saúde integral da mulher, geriatria geral e saúde da família. Na pesquisa realizada na FMB em 2014, com discentes internos, a percepção sobre o percentual de ambulatórios especializados foi ainda maior, pois 82% dos discentes acreditavam que “mais de 75%” ou “de 51 a 75%” dos ambulatórios realizavam atendimento especializado⁽¹¹⁾. Logo, observa-se que o cenário não é diferente na FMB, com uma inserção das atividades docentes em sua maioria em campos de prática especializados, com maior concentração nos serviços hospitalares.

Ademais, 71,3% dos docentes da FMB relataram não ter tido uma **formação médica generalista, com ênfase em APS**, em contraponto a 28,7% que afirmaram ter recebido essa formação durante sua graduação médica (Gráfico 6), isso tem levado a uma falta de docentes com formação generalista e com foco em APS no currículo da graduação. Entre os fatores contribuintes para uma alta especialização do corpo docente, tem se percebido um crescente aumento da proporção de mestres e doutores e a multiplicação de subespecialidades, associado à valorização desses títulos e da prática profissional em serviços hospitalares de alta

complexidade nos baremas de pontuação e sistemas de contratação e progressão docente, como se fossem pré-requisitos cruciais para uma adequada docência; em detrimento dos elementos apontados nas Diretrizes Curriculares Nacionais, da formação pedagógica, da experiência de atuação em serviços de atenção primária à saúde, da realização de cursos de especialização em saúde da família ou especialidade de Medicina de Família e Comunidade, da atuação em centros periféricos ou do desenvolvimento de pesquisas qualitativas ou socioepidemiológicas⁽⁵¹⁾. Além disso, o fato de boa parte dos professores serem especialistas obstaculiza a seleção de docentes generalistas ou especialistas em medicina de família e comunidade, pois o perfil selecionado pelas bancas – nos concursos que tem como barema a seleção de um perfil mais generalista ou com experiência de atuação em APS, necessários para a adequação curricular às novas DCNs de 2014 – tem tido como produtos profissionais com outro perfil não condizente com essas áreas de atuação.

Um exemplo disso é o Departamento de Saúde da Família da FMB-UFBA que foi criado para ser o carro-chefe da inserção da saúde da família no curso, no entanto desde sua criação é chefiado por docentes especialistas. Apesar de apenas 17,3% que referiram não atuar na mesma área de sua formação, uma das grandes dificuldades enfrentadas na FMB nos diversos departamentos, são os docentes que passaram por processo de seleção que exigiam um perfil de ênfase em atenção primária à saúde, mas que durante o exercício da docência começaram se limitar ou migrar para a área de sua especialidade de atuação como médico, desconsiderando as necessidades do curso. Em diversas disciplinas, as ementas preconizadas pelo Projeto Político Pedagógico do Curso, mesmo após a reforma curricular iniciada em 2007, foram sendo modificadas ou não cumpridas pelos departamentos, buscando se adaptar ou atender às necessidades dos docentes, retirando conteúdos e habilidades fundamentais no cotidiano das salas de aula e campos de prática para a formação generalista e inchando a matriz curricular com pedaços de conteúdos introdutórios, super específicos ou pouco prevalentes, tendo como base a afinidade do docente pelas temáticas, pela sua pesquisa desenvolvida na pós-graduação ou em desenvolvimento nos hospitais e laboratórios. Até mesmo alguns ambulatórios do hospital universitário que deveriam contar com serviços de atendimento a demandas mais prevalentes e gerais, com pacientes regulados pela rede SUS, na prática existem vários ambulatórios superespecializados, voltado para a realização de pesquisa docente, com pacientes selecionados para atender a esse perfil, ou com acesso a assistência oferecida por intermédio de indicação profissional e não pela regulação.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina, em 2015 havia um total de 399.692 médicos, 41% “generalistas” (não possuíam nenhum título de especialidade, apenas graduação ou bacharel em medicina) e 59% tinham título de especialista, entre os quais 4.022 especialistas de Medicina da Família e Comunidade (MFC), o que representa 1,2% do total de médicos. Os MFC apresentam a menor média de idade (41,4 anos), havendo mais jovens e uma maior predominância feminina (56,5%), tratando-se de uma especialidade em recente crescimento no Brasil⁽³⁸⁾. Somado a isso, há supostamente no mercado de trabalho um número extremamente baixo de médicos de família que realizaram especialização e/ou mestrado ou doutorado, isso tem dificultado o ingresso desse perfil de profissional na docência, sobretudo nas universidades públicas. Outro fator, a baixa remuneração docente e os problemas estruturais das instituições de ensino, que em sua maioria não tem um currículo voltado para a inserção adequada na APS, com potencialidades reduzidas de atuação dos MFC, a exemplo de uma composição departamental volta para as especialidades, podem ser outras problemáticas que tem afastado muitos médicos do ingresso em universidades mais velhas, que apresentem currículos mais antigos e tradicionais, em longo período e processo de renovação, como no currículo da FMB-UFBA (a faculdade *primaz* do Brasil). Esses elementos podem explicar o baixo número de apenas 4,9% dos docentes médicos que afirmaram atuar na área de “Atenção Primária à Saúde (APS)/Saúde da Família/Medicina de Família e Comunidade” nessa pesquisa (Gráfico 4).

As novas **Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014** preconizam uma carga horária mínima de 30% do internato médico com atividades na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, sendo as atividades voltadas para a Atenção Básica com enfoque na área da Medicina Geral de Família e Comunidade. Para atender a esses requisitos, as competências a serem desenvolvidas são assim descritas⁽²⁹⁾:

- A **Atenção à Saúde** inclui a *Atenção às Necessidades Individuais de Saúde*: como a Identificação das Necessidades de Saúde (realização de história clínica, organização da anamnese utilizando o raciocínio clínico-epidemiológico, a técnica semiológica e o conhecimento das evidências científicas; identificação de situações de urgência e emergência; entendimento sobre a doença na perspectiva da singularidade de cada pessoa, utilização de linguagem compreensível no processo terapêutico, construção de vínculo e promoção de autonomia no cuidado; investigação de sinais e sintomas, realização de exame físico; formulação de hipóteses e priorização de problemas, compartilhamento do processo terapêutico e negociação do tratamento com a possível inclusão das práticas populares de saúde e investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença, promoção de investigação diagnóstica, solicitação e interpretação de exames complementares) e como o Desenvolvimento e Avaliação de Planos Terapêuticos (elaboração e implementação de planos terapêuticos, discussão do plano e suas implicações e prognóstico, informação sobre situações de notificação compulsória, consideração da

relação custo-efetividade das intervenções, favorecimento do envolvimento da equipe de saúde na análise das estratégias de cuidado e resultados obtidos, revisão do diagnóstico e do plano terapêutico, explicação e orientação sobre os encaminhamentos ou a alta, estabelecimento de pacto sobre as ações de cuidado, registro e atualização no prontuário), além de considerar as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada. Esse competência inclui ainda a *Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva* que desdobra-se na Investigação de Problemas de Saúde Coletiva (análise das necessidades de saúde de grupos de pessoas e as condições de vida e de saúde de comunidades, a partir de dados demográficos, epidemiológicos, sanitários e ambientais, considerando dimensões de risco, vulnerabilidade, incidência e prevalência das condições de saúde, estabelecimento de diagnóstico de saúde e priorização de problemas) e no Desenvolvimento e Avaliação de Projetos de Intervenção Coletiva (construção de projetos de intervenção em grupos sociais, inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção; implementação de ações, considerando metas, prazos, responsabilidades, orçamento e factibilidade, planejamento; e avaliação dos projetos e ações no âmbito do SUS).

- **A Gestão em Saúde** tem enfoque nas ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade, considerando a Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas; a Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos; a Tomada de Decisões; a Comunicação e a Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais; o Trabalho em Equipe; a Construção participativa e a Participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde. Desdobra-se na Organização do Trabalho em Saúde (identificação do processo de trabalho, elaboração e implementação de planos de intervenção, participação em conjunto com usuários, movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores na elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas priorizados) e no Acompanhamento e Avaliação do Trabalho em Saúde (gerenciamento do cuidado em saúde, monitoramento de planos e avaliação do trabalho em Saúde, utilizando indicadores e relatórios de produção, ouvidoria, auditorias e processos de acreditação e certificação).
- **A Educação em Saúde** busca corresponsabilizar o graduando pela própria formação inicial, continuada e em serviço, estimula a participação em programas de mobilidade acadêmica, a formação de redes estudantis e preconiza o domínio de língua estrangeira, de preferência língua franca para manter-se atualizado com os avanços da medicina conquistados no país e fora dele. Inclui a Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva, a Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento, a Promoção do Pensamento Científico e Crítico e o Apoio à Produção de Novos Conhecimentos.

Quando questionado aos docentes da FMB sobre o conhecimento das Diretrizes para a para atuação na atenção primária à saúde, 20,3% afirmaram desconhecer às DCNs, 39,2% a conhecem parcialmente e apenas 40,5% conhecem integralmente as DCNs (Gráfico 8). Foi também perguntado sobre a realização de alguma ação pelo docente que vise à adequação de disciplina ou módulo curricular às novas DCNs, e 49,4% disseram que já realizaram alguma ação, 24,7% disseram que a ação realizada “está em curso” e apenas 25,9% disseram que nunca realizaram qualquer ação nesse sentido (Gráfico 25). Sendo assim, vale refletir como 74,1% dos docentes podem ter realizado (ou está realizando) ações de adequação curricular às

DCNs, se apenas um percentual significativamente menor de 40,3% as conhecem integralmente?

Para responder a isso, uma possibilidade seria considerar a participação parcial da amostra entrevistada de docentes em atividades relacionadas ao processo de transformação curricular, seja de reuniões de departamentos, fóruns pedagógicos ou grupos de trabalho, que pode ter favorecido algum contato com as DCNs e estimulado realizar mudanças no Projeto Político-Pedagógico (PPP) do Curso da FMB. Acrescenta-se outra hipótese em que um percentual muito menor de docentes realizou algum tipo de mudança para adequar o currículo, pois nota-se no cotidiano uma grande resistência docente a mudanças como potencializadora de tais dificuldades, uma vez que muitos não querem exercer uma prática clínica generalista, acomodados em suas áreas de atuação em subespecialidades. Outros têm o entendimento equivocado de uma formação generalista, porque a enxerga sob uma perspectiva meramente ambulatorial, desvinculada do processo de adscrição da clientela e territorialização, comparável à inserção em serviços que fazem atendimentos clínicos e procedimentos gerais por demanda espontânea. Outra questão impactante é o “individualismo da ação docente”, pois muitos não querem abrir mão de certos conteúdos ou disciplinas, e os departamentos têm estimulado a simples “distribuição das disciplinas entre os professores” levando em conta as “pretensões e as preferências de cada docente, e não se aprofunda a discussão dos conteúdos e/ou métodos pedagógicos”, além de docentes que não cumprem carga horária e da manutenção da estrutura departamental da FMB, que tem comportando uma microestrutura de poder, em que tais interesses e pretensões são favorecidos. Verifica-se ainda, como as mudanças têm levado uma “sensação de insegurança” a muitos educadores médicos, já que em tal contexto departamental possuem atividades de trabalho e de ensino já cristalizadas, não estando habituados a metodologias mais ativas de ensino, a questionar sua própria formação pedagógica ou atuar como facilitador, e não mandante, do processo de ensino-aprendizagem^(52,53).

Para Nilce Costa⁽⁵³⁾:

“O currículo estruturado em disciplinas é o meio ideal para cultivar o professor que trabalha isoladamente, pois cada disciplina existe de forma independente e sem comunicação com as demais (COSTA, 2007).

Na metodologia dessa pesquisa, ainda na coleta de dados, houve dúvidas de docentes de disciplinas dos 4 primeiros semestres – consideradas como disciplinas “elementares” ou “do ciclo básico” –, que chamaram a atenção; pois interrogavam se deveriam ou não

responder ao questionário, por “não serem professores de atenção primária à saúde”, como se adquirir competências e valores que estimulem os discentes a atuarem na atenção básica não estivesse dentre as competências de todos os docentes da graduação. Apesar do início **reforma curricular da FMB**, em 2007, culminando no novo PPP do curso de graduação, onde se optou por um currículo integrado centrado no desenvolvimento de competências, habilidades e valores; pela organização dos conteúdos curriculares em módulos interdisciplinares e interdepartamentais, pela interdisciplinaridade e transdisciplinaridade como fundamentos da modularização; pela ruptura da dicotomia entre “ciclo básico” *versus* “ciclo profissionalizante”, por um modelo de avaliação discente centrado no diagnóstico-situação-intervenção do processo de ensino-aprendizagem, no desempenho, acompanhamento e na reorientação do aluno, e não em uma metodologia meramente punitiva; pela inserção de módulos de medicina social e saúde da família, tendo como foco a inserção ensino-serviço em atenção primária à saúde; sabe-se atualmente que boa parte dessas ações não foram implementadas, ou aconteceram de forma parcial e fragmentada. A modularização dos componentes curriculares não foi incorporada pelo sistema acadêmico da UFBA; desde o início, sua incorporação (originalmente concebida para todo o currículo) vem enfrentando dificuldades, “boicotes” e muitas resistências por parte de docentes e departamentos, exigindo constantes alterações; e atualmente alguns módulos se organizam de forma fragmentada com alteração de ementas e conteúdos curriculares e a maioria dos módulos morfofuncionais e relacionados aos sistemas orgânicos do corpo humano nem chegaram a acontecer. Além disso, há um discurso bastante hegemônico entre discentes e docentes, quanto à existência de ciclo “básico” e “clínico”, que demonstra evidências na prática e no interior dos componentes e disciplinas curriculares. A carga horária do currículo não foi reduzida, e não houve uma significativa ampliação da carga horária prática em detrimento da carga horária teórica como preconizado, associando-se a isso a não organização do currículo por competência, mas sim a manutenção do modelo tradicional de avaliação por conteúdo na maioria das disciplinas, muitas vezes, constituindo-se por provas realizadas de maneira punitiva. Cabe ressaltar ainda, um papel passivo do Colegiado de Graduação da FMB perante sua competência regimental de definição das modificações curriculares necessárias, frente à competência regimental dos departamentos de execução do produto dessas mudanças^(26,54).

Em sequência, 44,3% dos docentes de nossa pesquisa consideraram a **inserção do curso de graduação da FMB-UFBA na rede de serviços de Atenção Básica do SUS** “insuficiente, mas de qualidade” e outros 20,3% consideraram que é “insuficiente e de baixa

qualidade”; somente 1,3% acreditaram que essa inserção é “suficiente, mas de baixa qualidade” e apenas 3,8% pontuaram ser “suficiente e de qualidade”; nenhum docente considerou a inserção excessiva e outros 30,4% afirmaram não saber ou desconhecer como era essa inserção do curso na rede de APS do SUS (Gráfico 29). Além disso, um número significativo de 35% dos educadores negou ter tido qualquer tipo de inserção em cenários na APS durante ou após a sua graduação, em seu processo de formação ou docência, em contraponto a 65% dos educadores que ratificaram ter tido inserção (GRÁFICO 10). Vendo isso, como essa baixa inserção na APS impacta na formação generalista?

Ao longo do tempo, a residência médica foi se expandindo paralela a ampliação da formação em serviço, consolidando-se conforme às necessidades de organização dos serviços médicos hospitalares em cada cenário específico, e não pelas demandas sociais de formar mais profissionais em determinadas áreas. Possivelmente, muitos estágios de internato foram se acoplando às residências e se organizando em sistemas de rodízios de modo semelhante. Assim, muitos desses serviços atendem a demanda de sua lógica de funcionamento de forma adequada; mas, ao mesmo tempo, levam a cada ano à provisão de um número crescente de especialistas, com manutenção de reservas de mercado⁽⁴⁷⁾.

De acordo com Rogério Amoretti⁽⁴⁷⁾:

“A presença de múltiplos especialistas trabalhando como generalistas em unidades básicas do sistema público, em equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) ou fazendo plantões em clínicas de pronto atendimento, prejudica o processo da assistência, pois eles não foram preparados para este tipo de trabalho. Assim, um círculo vicioso se estabeleceu, capaz de promover uma progressiva e nefasta distorção, qualitativa e quantitativa, na formação dos recursos humanos, diante das necessidades do SUS e das demandas prevalentes de saúde da população. (...) Neste contexto de formação maciça de especialistas e subespecialistas, pelas dificuldades e elevados custos de interiorização da medicina, nas cidades do interior ocorre escassez de profissionais, pois lá eles não teriam as melhores condições de exercício de suas práticas; já nas metrópoles, contingentes deles ficam frustrados, pela ausência de postos de trabalho condizentes com a sua formação. No outro extremo, por motivos variados, algumas especialidades médicas são carentes, e o número de profissionais disponíveis não atende às necessidades do sistema. (...) Hoje, muitos médicos de diferentes especialidades – geneticistas, cirurgiões cardíacos, cirurgiões gerais, urologistas, patologistas e outros – buscam trabalho em equipes do PSF, tendo que desenvolver atividades para as quais não foram devidamente preparados. Indo contra a lógica do sistema, isto provoca outra distorção, representada pela redução da resolutividade e ineficácia das práticas, com a intensificação dos encaminhamentos desnecessários e inadequados a outros profissionais de especialidades (...) o que também contribui para prejudicar o funcionamento do sistema, já que a formação curricular não oferece ao médico recém-formado as condições para exercer adequadamente a medicina (AMORETTI, 2005).”

Simultaneamente, sobre o **conteúdo curricular de Atenção Primária à Saúde ministrado nos ensinamentos teórico e prático da FMB-UFBA**, em relação à quantidade de conteúdo, 51,3% dos docentes o consideram “insuficiente”, apenas 15,4% acham “suficiente”, nenhum docente acha “excessivo” e 33,3% afirmaram que “não sabem ou desconhecem” a quantidade de conteúdo; já sobre a percepção de sua qualidade, 3,8% o acham “péssimo”, 22,8% o consideram de “baixa qualidade”, 32,9% o acham “regular”, apenas 3,8% acham “ótimo” e 36,7% afirmaram “não saber ou desconhecer” a qualidade de tal conteúdo ministrado (Gráficos 27 e 28). Em contraste aos 64,6% dos docentes que consideram a inserção nos serviços da atenção básica “insuficiente” e aos 30,4% que não conseguiram identificar como se estrutura tal inserção, na pesquisa realizada em 2014 com discentes internos da FMB, 53,6% dos participantes consideram o tempo de inserção na atenção básica, em atividades curriculares, “suficiente” ou “excessivo”. Nessa mesma pesquisa, também foi verificado que 60% dos discentes não realizaram nenhuma atividade extracurricular relacionada à APS⁽¹¹⁾. Sendo assim, essa comparação permite inferir a seguinte hipótese: a quantidade insuficiente e a baixa qualidade do conteúdo curricular em APS oferecido na FMB têm levado muitos discentes a rechaçarem tal ensino e campo de atuação, e por isso, muitos o consideram suficiente ou excessivo, seja pelo aprendizado deficiente nas vivências e imersões ou por compreensão equivocada dos conceitos e das habilidades de APS, que ao serem assimilados de tal maneira não encontram aplicabilidade prática.

No levantamento realizado pelo **Grupo de Trabalho em Atenção Primária à Saúde da FMB-UFBA de 2016**, há uma ênfase maior na propedêutica, na medicina preventiva e nas especialidades nos componentes relacionados à atenção básica. No 1º semestre do curso de graduação da FMB, o Módulo de Medicina Social e Clínica I (MEDB10) se limita a 6 inserções em USF ou comunidade do território, em desarticulação com a rede municipal e com perspectiva ausente de continuidade; no 2º, o Módulo de Medicina Social e Clínica II (MEDB13) se limita ao ensino teórico de Epidemiologia; no 3º, as atividades restringem-se quase totalmente à sala de aula, sendo que o Módulo de Medicina Social (MEDB19) aborda discussões sobre conceito de saúde, Reforma Sanitária e a Construção do SUS, Estado e Sociedade Civil, relações de trabalho e Saúde do trabalhador e o Módulo Clínico I (MEDB16) é voltado para o ensino da Semiologia; no 4º, o Módulo Clínico II (MEDB20) insere-se um turno semanal no Centro de Integração Universidade e Comunidade do Pelourinho (CIUCP) na sede *mater* da FMB-UFBA (Largo Terreiro de Jesus) ou no Complexo Comunitário Vida Plena (CCVP), que ofertam serviços de USF com adscrição da clientela e UBS por demanda

espontânea, respectivamente; no 6º semestre, a disciplina Políticas de Saúde (ISCB87) ofertada pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) também é predominantemente teórica e inclui conteúdos relacionados a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); e no 8º o Módulo Clínico VI/Saúde da Família (MEDB53) parte da turma se insere quinzenalmente no CIUCP e parte em serviço especializado de Saúde Mental (CAPSad Gregório de Matos) alternando-se com discussão quinzenal em sala de aula, o foco é ambulatorial e não há comunicação com a equipe da ESF, há atividades de campo territorial com técnicos redutores de danos, com foco na população em situação de rua; além disso, o Internato de Medicina Social tem duração de 8 semanas com inserção na ESF, com carga horária inferior à preconizada pela DCNs⁽³⁰⁾. Como se pode observar, essa carga horária voltada para a APS é realmente insuficiente, e possivelmente de baixa qualidade, já que apresenta pouca inserção territorial, ausência de longitudinalidade, pouco contato com equipe de saúde da família; e excesso de carga horária teórica em detrimento de vivências, imersões e atividades práticas; imersões essas que quando acontecem são restritas em sua maioria ao exercício de atividades estritamente ambulatoriais, atividades de educação em saúde, ou realização de aulas teóricas dentro de salas de unidades, apresentando uma fragmentação da abordagem do cuidado em saúde⁽⁵⁵⁾.

Entre as mudanças da reforma curricular da FMB está à substituição dos rodízios em especialidades por módulos clínicos que deveriam estar focado na prática de uma clínica generalista; e ainda hoje uma das principais dificuldades na sua execução é que os professores, em geral habituados a atuar em sua especialidade, na prática não ofertam um módulo de clínica médica geral (com modificação de conteúdos e habilidades e discussões de temáticas gerais ou atividades em ambulatórios e enfermarias que perpassem várias áreas da clínica), mas sim se restringem a ampliação de atividades de seu anterior rodízio em sua especialidade ou desviam-se da função de ensino para a qual foram previamente contratados. Desse modo, o estudante acaba não tendo acesso a outros conhecimentos gerais que antes eram aprendidos mesmo que de forma fragmentada nos rodízios por várias especialidades. Isso leva às mesmas conclusões já retratadas por Leiro (2014), caracterizadas por um desestímulo dos estudantes pela atuação na APS; já que, com uma inserção estudantil da FMB na APS apresentando muitos pontos deficitários, fruto de um processo desordenado ou parcializado de modificação curricular, grande parte debruça sua formação no estudo de especialidades que “agreguem à sua prática maior densidade tecnológica” e que os aproximem dos ideais de “seguir determinada especialização ainda durante o curso médico ou mesmo antes de ingressar na universidade”⁽¹¹⁾. Além disso, sob a justificativa de uma

formação clínica insuficiente devido à fragmentação curricular, disseminam-se um número cada vez maior de ligas acadêmicas entre as atividades extracurriculares (já totalizam na FMB em torno de 35), relacionadas em sua maioria à área de atuação em especialidades ou subespecialidades, as quais alojam grande parcela dos discentes na maioria de suas atividades. Essa inserção amplia da simples perpetuação de valores para uma inserção real em um cenário de atividades de estímulo à especialização precoce, e muitos discentes chegam a priorizar mais as atividades de sua liga que as do próprio curso de graduação.

Pedro Hamamoto Filho⁽⁵⁶⁾ problematiza exatamente isso:

“Disfuncionantes, as Ligas Acadêmicas tornam-se alvo de críticas legítimas, entre elas: são espaços inadequados ao preenchimento de lacunas curriculares; podem subverter a estrutura curricular formal; ocupam o tempo livre dos estudantes; podem reforçar vícios acadêmicos; possibilitam o exercício ilegal da medicina quando da falta de supervisão docente; permitem o aprendizado de conceitos e práticas equivocados; abrem espaço à intervenção da indústria farmacêutica; favorecem a especialização precoce; podem se transformar em meras sociedades científicas, desconsiderando-se sua essência de extensão universitária (HAMAMOTO FILHO, 2011).”

Cabe enfatizar, ainda, que esse processo de ampliação do enfoque especializado nas ligas da FMB está atrelado ao chancelamento de muitos docentes a esse tipo de atividade extracurricular, hipoteticamente por enxergarem nesse espaço uma forma de oferecer conteúdos de sua especialidade que não encontra espaço na graduação formal; pelo desejo corporativo de incentivar discentes a atuarem na sua mesma especialidade após se formarem; ou por incentivarem o ingresso dos estudantes como “força de trabalho” em pesquisas e ambulatórios relacionados à sua especialidade, já que existem até mesmo ambulatórios especializados ou voltados para a pesquisa criados por tais docentes e em seu fluxo de atendimento prescindem do suporte dos acadêmicos. Além dessas hipóteses, muitas ligas utilizam como campos de prática espaços do hospital universitário que poderiam ou seriam utilizados para atividades da graduação e o modelo de regulamentação das ligas aprovado pela Congregação da FMB vincula cada organização estudantil a um docente relacionado à área de sua especialidade.

Paralelamente, conforme observado, apesar de haver no currículo a presença de 13,4% dos docentes que atuam nas áreas de “Saúde Pública/Saúde Coletiva/Vigilância Sanitária/Medicina Preventiva e Social”, os docentes do Instituto de Saúde Coletiva têm maior ênfase na pesquisa e o ensino nos módulos de Medicina Social apresenta carga horária teórica excessiva com forte ênfase no modelo preventivista. Podemos ainda supor que seu processo de ensino vive o chamado “**dilema preventivista**” proposto por Sérgio Arouca, já

que de forma silenciosa o preventivismo como leitura capitalista da saúde pública, em contraponto à determinação social do processo de saúde-doença originário de visão socialista, nega o papel desempenhado por cada sujeito na cadeia produtiva e a influência da sociedade no processo de adoecimento e reforça o domínio do profissional sobre a saúde, aproximando-se do higienismo anglo-saxão; pois mesmo que as disciplinas apresentem ênfase nas ciências da conduta (Sociologia, Antropologia, Psicologia) e na Epidemiologia, ou estejam relacionadas a atividades de educação em saúde junto a grupos comunitários, deixam na prática “intocado o mandado social da assistência médica convencional”, com forte resistência docente à integração com a saúde da família e a inserção territorial⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾. Apesar da medicina preventiva se distanciar da visão “curativista” da clínica flexneriana (sobretudo, após a Reforma Sanitária Brasileira), ao reafirmar uma falsa polaridade simbólica e discursiva entre ‘vigilância’ e ‘clínica’, implica na produção de ações e serviços acentuadamente comprometidos com a promoção e prevenção da saúde, distanciando-se da produção de uma prática clínica cuidadora; e esta quando se efetiva, organiza-se em uma lógica burocratizada da programação da saúde, interdita e limitada pela “padronização de procedimentos” e pelo estabelecimento de protocolos assistenciais⁽⁶⁰⁾.

Para Franco & Mehry (2013), a **produção do cuidado** se dá de forma subjetiva, pois o que define seu perfil não é o lugar físico onde se realiza, mas o “território existencial” (o que há dentro de cada um e sua forma de significar e interagir com o mundo exterior) no qual “o trabalhador se inscreve como sujeito ético-político” e reproduz tal percepção em todo lugar onde exerce seu processo de trabalho⁽⁶⁰⁾. Mehry (2000) acrescenta que o trabalho em saúde apresenta duas dimensões nas intervenções em saúde, uma “dimensão cuidadora” atribuída a todos os tipos de trabalhadores de saúde e uma “dimensão profissional centrada” própria do recorte tecnológico específico de cada núcleo profissional acerca do problema concreto que se tem diante de si. E na medicina, para a produção dos atos em saúde existiriam **três valises tecnológicas**: (1) uma formada por “tecnologias duras”, com utilização de técnicas e equipamentos médicos (estetoscópio, endoscópio, exames de imagem, etc.); (2) outra composta por “tecnologias leve-duras” caracterizadas por saberes bem estruturados (clínica, epidemiologia) em que há um recorte centrado no olhar do médico sobre o objetivo de sua intervenção (o usuário); e (3) uma terceira, a valise das “tecnologias leves”, presente na interseção relacional entre sujeitos (trabalhador e usuário) e o problema de saúde durante o trabalho vivo em ato, quando estes se encontram em situação de trabalho, ou seja, esta valise é um produto de um processo que não tem existência sem esse momento de relação

profissional-usuário-demanda de saúde, pois opera um jogo de expectativas e articulações de saberes para produção de projetos terapêuticos, criando “momentos de falas e escutas”, de interpretações e acolhidas, “momentos de cumplicidades” e produção de “responsabilização em torno do problema” a ser enfrentado, e “momentos de confiabilidade e esperança”, com construção de relações de vínculo, aceitação, adesão e relações com “o mundo subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades de saúde”⁽⁶⁰⁻⁶²⁾.

Conforme a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), podemos dizer que o **Cuidado em Saúde na Atenção Primária à Saúde** se estrutura em três dimensões⁽²⁷⁾:

“Na **abordagem individual**, deve-se:

- conhecer e utilizar a abordagem clínica centrada na pessoa integral, complexa, interdisciplinar, longitudinal e resolutive, utilizando as evidências científicas como ferramenta e suporte, porém, singularizando o processo;
- estabelecer o primeiro contato com os pacientes (...)
- manejar simultaneamente múltiplas queixas e patologias, tanto problemas de saúde agudos como crônicos das pessoas (...)
- conciliar as necessidades de cada paciente e as de saúde da comunidade em que ele vive, de acordo com os recursos disponíveis.

Na **abordagem familiar**, deve-se:

- conhecer e lidar com as distintas fases do ciclo vital;
- conhecer e lidar com a estrutura e dinâmica familiar, utilizando os instrumentos do diagnóstico familiar, como o genograma e ecomapa na abordagem familiar;
- identificar a influência das relações intrafamiliares no processo de saúde e adoecimento.

Na **abordagem comunitária**, deve-se:

- conhecer e lidar com instrumentos de diagnóstico de saúde da comunidade, acessando os diversos setores relacionados e correlacionando-os com a prática clínica do médico;
- identificar a organização da sociedade e da comunidade, os modos de produção presentes e os determinantes sociais do processo saúde-adoecimento;
- identificar e respeitar a diversidade cultural;
- compreender o que é “território vivo”; reconhecer e desenvolver ações de vigilância em saúde e participar de atividades de educação popular em saúde, compreendendo a existência de diferentes concepções pedagógicas e valorizando o saber popular (GUSSO G, et al.; 2010).”

Em contrapartida, apesar de o lugar físico não ser definidor do perfil do cuidado em saúde, é determinante na organização dos serviços de atenção à saúde, na constituição de um espaço de trocas entre profissionais, usuários e comunidades, no entendimento dos modos e estilos de vida dos indivíduos e na compreensão da determinação social do processo de saúde-doença em um dado território, sendo quesito importante para o estabelecimento de práticas em saúde de qualquer uma das valises tecnológicas. Sendo assim, nos âmbitos das

abordagens individual, familiar e comunitária, a Unidade de Saúde da Família (USF) e o Território são espaços físicos dinâmicos fundamentais no processo de saúde e a imersão do ensino médico nesses cenários, “com uma maior aproximação do mundo do estudo ao mundo do trabalho”, é primordial para o desenvolvimento de habilidades e competências que só são possíveis a partir do trabalho vivo em ato⁽⁶³⁾. A **territorialização**, como um processo de análise territorial, é elemento do tripé de planejamento da vigilância em saúde e serve de base organizativa do sistema de saúde, constituindo-se uma ferramenta para reconhecimento, identificação e responsabilização de determinada área; sendo o território um recorte político-administrativo, demográfico-epidemiológico ou sociocultural, relativamente homogêneo em sua identidade (relacionada à história de sua construção) e portador de poder, pois nele se opera os poderes de atuação do Estado, das agências, grupos e cidadãos, a partir do qual se faz o diagnóstico da situação de saúde da população adscrita e se propõe planos terapêuticos de intervenção^(20,64).

Nessa pesquisa, apesar de 51,9% dos docentes da FMB relatarem conhecer “completamente” o **funcionamento das USFs**, inclusive sua rotina de atendimento ambulatorial, visitas domiciliares, acolhimento, atividades em grupo, reuniões de planejamento e gestão, entre outros; uma porcentagem considerável de 30,4% dos docentes da FMB afirmaram “não conhecer” o funcionamento do serviço e 17,7% conhecem apenas “parcialmente” seu funcionamento (Gráfico 17). Trata-se de um somatório percentual considerável, já que na ESF o *território-área* é a delimitação da área de abrangência de uma unidade ambulatorial e o *território-microárea* segue a lógica da homogeneidade socioeconomicossanitária, sendo a USF elemento central na produção de ações de saúde individuais ou coletivas. Logo, para o ensino de uma formação generalista com foco em APS, conhecer esse espaço seria o mínimo esperado para todo docente de graduação em medicina, pois se trata do *locus* de interação entre a população e o serviço de saúde^(20,64).

Esse percentual de docentes que “não conhecem completamente” o funcionamento de uma USF (48,1%) é superior ao percentual de 35% dos educadores que negou ter tido inserção em cenário de APS durante ou após a sua graduação (Gráfico 10). Além disso, 75,9% dos educadores “nunca” participaram de atividade em outros serviços da rede de atenção primária à saúde (excetuando-se as unidades de saúde da família), como NASF, Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) ou de Apoio (EMAP), Programa Melhor em Casa (de internação domiciliar), Consultório na Rua, Academia da Saúde ou

Farmácia Popular (Gráfico 24); e 40,5% relataram “nunca” terem ido a campo conhecer espaços do território onde a USF está inserida, tais como igrejas, grupos de idosos, creches, centro de esportes, centro comunitário, e outros 26,6% “apenas visitaram” alguma localidade territorial (Gráfico 18). Esses dados sugerem uma restrição do olhar dos educadores sobre a APS, resumindo-a a uma perspectiva de atuação meramente ambulatorial realizada no cenário da USF, caracterizando-se uma limitação das atividades de territorialização.

No âmbito da **abordagem comunitária**, apenas 17,9% corroboram com a ideia de “ter se familizariado com a maior parte” das especificidades culturais da comunidade atendida pela USF – como linguagem e religião praticada, grupos de capoeira, música ou dança, utilização de moeda paralela ao real, uso de práticas medicinais alternativas, terreiros de candomblé, etc. –, em contraponto aos 34,6% dos entrevistados que “não teve contato algum” e aos 33,3% que reconheceram a realização de algum contato de “forma superficial” (Gráfico 19). Além disso, 63,2% da amostra “nunca” participou de **atividade curricular em cenários ou com grupos populacionais com demanda específica**, e 36,8% afirmaram que realizaram atividade curricular nesses campos (Gráfico 20). Esses dados estão consonantes com as dificuldades do curso médico da FMB de construir um processo de ensino-aprendizagem centrado em uma perspectiva cuidadora na APS, uma vez que para assimilar competências e habilidades nesse sentido é fundamental o contato e entendimento das especificidades populacionais que impactam diretamente no processo de saúde e adoecimento dessas populações.

Por exemplo, na FMB apenas 13,2% do total de docentes realizaram atividade em Área Rural e não há estágio de internato obrigatório em áreas rurais, porém a saúde das populações rurais é caracterizada por modos de vida, problemas de saúde, exposição a riscos ou variação de gravidade singulares; soma-se a isso, dificuldades de transporte e acesso e de manutenção da longitudinalidade, longas distâncias ou maior isolamento relativo ao restante da rede de saúde, menor número e variedade de profissionais da saúde, “em alguns locais, o posto de saúde é único ponto próximo de acesso ao sistema de saúde”; e a formação nesse cenário é também importante para o recrutamento e retenção de profissionais médicos em tais localidades, já que são localidades distantes das oportunidades da cidade, dos programas de residência, entre outros^(20,65). De modo semelhante, a População Ribeirinha vive às margens dos rios e igarapés, ou apresentam modo de vida peculiar marcado pela presença de rio, transporte fluvial, condições sanitárias precárias com falta de abastecimento de água, coleta

de lixo ou presença de fossas sanitárias, exposição a infecções de transmissão hídrica e a acidentes com animais de água doce (sucuris, jacarés, piranhas, carandiru, arraia, paroquê), entretanto somente 1,3% dos entrevistados realizou atividade com População Indígena ou com População Ribeirinha, cenários nos quais são bastante utilizadas unidades móveis fluviais ou ferramentas de telessaúde/telemedicina.

Outro exemplo curioso é que apesar da cidade de Salvador ser a cidade mais negra fora do continente africano, apresentando um perfil populacional de 85% de negros e pardos, apenas 6,6% dos docentes afirmaram ter realizado atividade com População Negra; a baixa cobertura da ESF na cidade pode ser um dos fatores que contribuíram para tal afirmativa. Além disso, as comunidades das Favelas são submetidas a uma grande vulnerabilidade, cujas características marcantes são moradias com poucos cômodos estreitos, mal ventiladas (resultando em maior proliferação de microorganismos por via respiratória), condições precárias de abastecimento de eletricidade e água, propensão a alagamentos, soterramentos e contaminação por helmintos, baixa renda e subemprego; no entanto, apenas 5,3% dos educadores realizaram atividade em Favelas, reduzindo a potencialidade de atuação no processo de ensino-aprendizagem para esse cenário, em que a atuação do médico depende da capacidade de construção de vínculo com os indivíduos da comunidade e tem que lidar com desafios na atenção à saúde relacionados à falta de estruturas sociais, à baixa escolaridade, aos maiores índices de violência doméstica e criminalidade e à culpabilização do médico pelos indivíduos por carências do sistema^(20,66). Paralelo a isso, houve um aumento da população em Situação de Rua nas grandes cidades; essa população é multifetada, formada por imigrantes para cidades na busca de empregos, vítimas de desastres, de violência doméstica, LGBTfobia ou perseguição extrema, dependentes químicos, egressos de instituições de longa permanência (hospitais psiquiátricos, prisões), “trecheiros”, pessoas com transtornos mentais em abandono, ocupantes de moradias degradadas ou abandonadas, entre outros; no entanto, apenas 3,9% dos docentes realizaram atividade com População em Situação de Rua. Esse dado contrasta com um contexto em que Salvador é cidade pioneira na rede de atenção à população em situação de rua, com a instalação de equipes de “Consultórios na Rua”, serviços de educação em saúde como o “Corra pro Abraço”, pontos de atendimento em locais estratégicos com o “Ponto de Cidadania”, e integração com a Rede de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (RAPSad)^(20,67). Cabe ressaltar que apenas 2,6% realizaram atividade com População LBGT (pessoas Lésbicas, Bissexuais, Gays e Transexuais ou Travestis), e isso pode estar correlacionado com ausência de serviços específicos para essa população, e pouca procura

desse público nos serviços de saúde, sobretudo por pessoas trans; e o contatato com tal grupo populacional talvez fosse produtivo para reduzir à reprodução de estigmas sociais pelos futuros profissionais de saúde em formação na FMB.

Entre as **atividades de prevenção**, necessárias para a abordagem comunitária e para a formação médica generalista, estão a prevenção primária (medidas que atuam antes do adoecimento e impedem a ocorrência de doenças, como imunização e educação em saúde), a prevenção secundária (voltada ao diagnóstico e ao tratamento precoce, como rastreamento e preventivos de câncer e DSTs, triagens), a prevenção terciária (focada na redução de complicações e na reabilitação de doença ou lesão já estabelecida, como redução do prejuízo funcional no diabetes)⁽²⁰⁾.

Outrossim, na FMB, 76,1% dos docentes “nunca” fizeram identificação de problemas no **Processo de Trabalho** do serviço ou no **Modelo de Gestão**, bem como não desenvolveram ou avaliaram projetos de Intervenção Coletiva ou metas para planos de intervenção na comunidade. Igualmente, 70,6% “nunca” efetuou caracterização do Perfil Epidemiológico, Rastreamento de Doenças ou Diagnóstico da Situação de Saúde da população adscrita à USF (de doenças prevalentes, com maior morbi-mortalidade) (Quadro 2). Sabe-se que o reconhecimento do território perpassa pela caracterização do **perfil epidemiológico** e pela construção do **diagnóstico da situação de saúde** para a avaliação e planejamento dos serviços de saúde, pois o conhecimento de agravos, doenças e enfermidades prevalentes na comunidade é imprescindível para a provisão de recursos e serviços. Para a realização desse diagnóstico são necessárias etapas de elaboração de protocolo de pesquisa e dos instrumentos a serem utilizados, de seleção de amostra, treinamento de entrevistadores, padronização de medidas, de realização de estudo piloto, coleta e análise dos dados e divulgação de resultados, e requerem dados acerca das condições de vida da população, relacionando-se ao trinômio “informação-decisão-ação”. Conjuntamente, o **rastreamento de doenças** é organizado pela aplicação de triagens ou testes diagnósticos em pessoas assintomáticas (de uma dada população) buscando selecionar indivíduos cujo benefício potencial de uma intervenção precoce na sua condição de saúde seja maior que o dano potencial. Envolve vieses (tempo de antecipação, tempo de duração, sobrediagnóstico e sobretratamento), sendo necessária maior exigência técnica do que em situações habituais de adoecimento e maior segurança de que a intervenção produzirá mais benefícios que malefícios ou impliquem em dano previsível de menor grau. No Brasil, apesar de não existir

nenhum programa de rastreamento com qualidade certificada (com os passos para a redução de risco baseados nas melhores evidências científicas), segundo o Caderno de APS sobre Rastreamento de 2010, deve se fazer rastreio de dislipidemia, HAS, diabetes melito tipo II, tabagismo, uso de álcool, obesidade (a dependerem da situação, em adultos); de anemia falciforme, hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, perda auditiva, ambliopia, estrabismo, acuidade visual (em crianças), além de realizar rastreamento de câncer de colo de útero, de mama e de cólon e reto. Portanto, essa baixa quantidade de docentes da FMB aptos a realizarem essas ações de forma integral pode dificultar o processo de aprendizagem estudantil em tais competências⁽²⁰⁾.

Unidamente, 60,3% dos educadores do curso médico da FMB “nunca” e 10,3% “raramente” praticaram ações de Vigilância em Saúde ou atividades de Imunização e Vacinação (Quadro 2). A **Vigilância em Saúde** (VS) faz parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família, por meio da análise permanente da situação de saúde, depende da entrada de dados corretamente preenchidos pelos médicos para alimentação dos sistemas de informação de vigilância materna, de óbitos e nascidos vivos, de doenças e agravos não transmissíveis, de informações sobre câncer de colo uterino e para acompanhamento de hipertensos e diabéticos (hiperdia); além disso, a VS inclui atividades de vigilância alimentar e nutricional, de vigilância à saúde do trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional, e de vigilância ambiental – fatores não biológicos do meio ambiente que possam acarretar riscos à saúde, como falta de acesso à água potável. O *território-moradia* é o objeto da prática da vigilância em saúde. E entre as competências necessárias aos médicos estão a realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, a identificação do óbito, o preenchimento correto de sua causa básica na Declaração de Óbito (DO), sua investigação e análise de evitabilidade com execução de medidas de prevenção, encaminhamento de casos graves para centros de referência, realização de assistência domiciliar e a participação em atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção e ao manejo dessas situações. Além disso, a **Imunização** consegue prevenir e controlar surtos e possibilita a erradicação de doenças; e o médico generalista deve estar apto a aplicar o calendário básico de vacinação para crianças, adolescentes, adultos e idosos, manejar situações especiais envolvendo gestantes e lactantes, crianças prematuras, imunodeprimidos, vacinas para trabalhadores da área da saúde, vacinas para viajantes, imunoprofilaxia após exposição, ocorrência de eventos adversos após aplicação de vacina e vacinação de bloqueio em surtos. Sendo assim, é de extrema

necessidade a presença de mais docentes na FMB qualificados para o desenvolvimento de tais conhecimentos para com os estudantes^(20,68,69).

Para complementar, a **Prevenção Quaternária**, como subproduto de relacionamentos entre profissional e usuário, analisa criticamente a atividade do médico com ênfase na necessidade de não causar danos, inclui os cuidados paliativos, e segundo o Comitê Internacional de Classificação do Congresso Mundial de Medicina de Família e Comunidade (WONCA de 1999) é a “ação feita para identificar um paciente ou população em risco de supermedicalização, para protegê-lo de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis”⁽⁷⁰⁾. Tem se percebido gastos progressivos embalados pelo tratamento em excesso por atuação médica defensiva; um embaraço entre os médicos acerca dos conceitos de ‘risco’ e ‘doença’, manejando fatores de risco como fatores causais e aumentando a prescrição de remédios; e uma confusão entre conceitos de “enfermidade” e “doença”, por exemplo, quando a pessoa se sente enferma e não se encontra causa de doença ou diagnostica-se causa errada, o paciente sofre e tem medo, mas a ciência não consegue resolver o seu problema, assim ações errôneas de promoção, triagens ou interações podem lançar o paciente nesse quarto campo⁽⁷¹⁻⁷⁴⁾.

“Informações erradas obtidas na internet (campo I) são fonte de ansiedade e demanda injustificada por tratamento. Triagens para o câncer de próstata ou mama (campo II) podem lançar o paciente no quarto campo caso ele se torne cancerofóbico. Um texto pouco claro em uma receita médica ou algo que não seja explicado de forma clara o bastante podem também desencadear a ansiedade do paciente (JAMOULLE & GUSSO, 2012).”

“(…) Prevenir é melhor que curar quando a intervenção preventiva produz mais benefícios do que a intervenção terapêutica. (...) A prevenção desnecessária pode provocar mais danos do que aqueles que ela evita (GÉRVAS & FERNÁNDEZ, 2012)”.

Desse modo, as ações preventivas vão se tornando a base da medicalização na medicina, resultado da “medicalização dos medos”, das intervenções contínuas visando ao “controle da ansiedade” devido à “falta de conhecimento dos pacientes e dos próprios médicos”. Na FMB, 66,7% “nunca” e 13,6% “raramente” fez Ações de Prevenção Quaternária (Quadro 2), com busca da prevenção de iatrogenia causada por ações de prevenção unidirecionais ou excessivas, além disso, esse assunto passa praticamente despercebido na graduação com quase nenhum espaço de discussão sobre o tema; isso pode impactar negativamente na qualidade do ensino para a formação de um médico com perfil generalista⁽⁷⁵⁾.

No plano da **Abordagem Centrada na Família**, a compreensão da família enquanto “sistema” permite a realização de intervenção, investigação e tratamento clínico de casos simples ou complexos. A família simboliza “apoio”, “proteção” ou é um modelo propulsor da forma de se perceber no mundo e superar dificuldades, passa por distintos estágios do ciclo vital (da saída dos jovens de casa à velhice e momentos tardios da vida), crises decorrentes de tais acontecimentos, e cada fase é um desafio para o reestabelecimento de sua funcionalidade e do equilíbrio nas relações entre seus membros⁽⁷⁶⁾.

“Saber quando e como se aproximar das famílias passa a ser essencial para essa prática. (...) A presença da família possibilita que uma mesma situação seja compreendida e descrita de outra forma. (...) Pode-se utilizar as pessoas ausentes para que a pessoa fale sobre si. O essencial desse recurso é refletir sobre o problema ou sintoma no contexto familiar. (...) É ideal que o MFC entre em contato com a família toda vez que um problema passe a fazer parte ou influenciar o contexto familiar. (...) Quando a família busca ajuda, isso significa estar autorizando a introdução e a intervenção do terapeuta no encontro familiar e, em geral, o grau de disfunção que causou a necessidade de mudança é grande, o que exige mais habilidade técnica para lidar com a situação. (DIAS, 2012)”.

Em situações de saúde, como patologias individuais, tabagismo, sobrepeso, uso problemático de substâncias psicoativas, depressão, ansiedade e comportamentos de risco, doenças terminais, má aderência ao tratamento em doenças crônicas, puericulturas, pré-natais, situações que envolvem problemas mentais e interrelacionais, o envolvimento de outros membros da família facilita a compreensão do sistema familiar e a adesão por parte das pessoas ao tratamento. Entre os objetivos da abordagem estão o contato mínimo com a família, o aconselhamento e apoio na resolução de conflitos, a troca de informações e colaborações sobre a situação de saúde do paciente e realização de avaliações continuadas. Entre as ferramentas utilizadas na abordagem, o Genograma possibilita mapear e ampliar o entendimento sobre a arquitetura da família (seus membros, identidades, vivos e falecidos, enfermidades, fatores de risco, situação laboral, padrão de herança genética) e sobre sua composição funcional (dinâmica entre os membros, recursos familiares de suporte, presença de conflitos), permitindo explorar a família “como ela se move no tempo e como lida com as mudanças e transições do ciclo de vida familiar” e as “conexões que afetam a família e o indivíduo naquele momento, retratando as consequências que o padrão familiar das outras gerações causou sobre as pessoas”. Já o Ecomapa é uma forma de registro da rede social (igreja, escola, posto de saúde, grupos recreativos, amigos, trabalho, etc.), uma visualização

do contexto relacionado à família e ao meio onde vive, sendo útil para “tecer hipóteses, integrar e envolver os recursos disponíveis dessa rede de possível apoio” no processo terapêutico de seus membros. Na FMB, identifica-se que 66,7% dos docentes entrevistados “nunca” e 22,7% “raramente” realizou Entrevista Motivacional ou Consulta e Abordagem Centrada na Família (Quadro 2), e entre um total de 13,92% (11) dos entrevistados que realizaram visitas domiciliares, apenas 3 docentes elaboraram Familiograma, Ecomapa, Genograma ou outro instrumento semelhante utilizado na saúde da família (Quadro 1). Apesar de constar na ementa da disciplina Medicina Social e Clínica I (MEDB19) o ensino desses instrumentos de saúde da família, sua aprendizagem não se verifica na prática; e logo, possivelmente há na FMB um modelo de ensino que não leva em conta as deficiências de desempenho em intervenções em que o contato familiar se faz por questões médico-legais, pela abordagem em grupos de prevenção e promoção da saúde, ou em outras terapias em que a participação da família é um elemento central para o sucesso terapêutico⁽⁷⁶⁾.

Além disso, 62,5% dos educadores “nunca” e 10,9% “raramente” participaram de atividade de **Terapia Comunitária** ou discussão de **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** (Quadro 2). A Terapia Comunitária é apoiada em ‘encontros’, no compartilhamento de narrativas de vida, aflições, temores, visando à construção de redes solidárias que valorizem a experiências das pessoas e comunidades, integrando o ‘saber popular’ ao ‘saber científico’ na busca pelo ‘saber político’ (da consciência e intervenção cidadã); e tem como princípios: (1) o *pensamento sistêmico* (sistema = relação), em que somos todos parte do problema e da solução, (2) a *teoria da comunicação* (relação = comunicação), pois todo comportamento ou sintoma é comunicação, (3) a *resiliência* (experiência = competência), já que a adversidade é fonte de aprendizagem, (4) a *antropologia cultural* (cultura = referência), pois a pluralidade cultural é base da identidade, e (5) a *pedagogia de Paulo Freire* (educação = relação), preconizando uma educação inclusiva, com autonomia e liberdade. Desse modo, por meio de atividade de ‘Roda de Conversa’, com etapas de planejamento, acolhimento, escolha de temática, contextualização, problematização, finalização (ritual de agregação e conotação de aprendizagem) e avaliação, mobiliza acolhimento, vínculo, responsabilização e restauração da saúde no sistema, promovendo a consciência de todos como responsáveis e ninguém como culpado do problema^(20,77,78). Já o PTS é um movimento de coprodução e cogestão do cuidado dos indivíduos, de forma inter-multidisciplinar, com rotina de discussões de casos e agenda de formulação e revisão de planos terapêuticos dos usuários conjuntamente por profissionais dos serviços, tendo um profissional como referência de determinado caso para a família e para a

equipe de saúde, sendo organizado em três etapas: (a) *coprodução da problematização*, com acesso a singularidade do caso em questão, análise dos saberes da equipe e reconhecimento da capacidade das pessoas de interferir na relação com sua vida e doença, momentos de discussão em equipe, avaliação do que já foi feito na relação com o usuário e se teve alcance ou não dos resultados esperados, e contato direto com usuário e suas vivências, buscando soluções das problemáticas ‘com’ ou ‘junto’ ao indivíduo (e não ‘para’ ou ‘pelo’ indivíduo); (b) *coprodução de projeto*, caracterizada pela conciliação das práticas de planejamento da equipe tanto para resolução pragmática do problema quanto para produção de novos processos de cuidado, estímulo à participação ativa dos profissionais e atores envolvidos, análise de tudo que mobiliza os envolvidos em relação ao teor de conhecimento, experiência e fluxos afetivos, compartilhamento de percepções e hipóteses acerca do ‘problema’ e pactuação de objetivos, estratégias de intervenção e responsabilidades entre os membros dos diferentes núcleos profissionais da equipe; e (c) *cogestão/avaliação do processo*, com produção de espaço para o PTS na agenda do serviço, busca de rede solidária para sustentação do projeto proposto, escolha de profissional de referência para o usuário, com manutenção da responsabilização dos outros profissionais envolvidos no processo de cuidado⁽⁷⁹⁾. Em vista disso, é notório a quase inexistência desse tipo de atividade no currículo formal de graduação da FMB, sendo que alguns discentes tem a oportunidade de participar de atividades de PTS realizadas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad), ou em reuniões de equipe em rodízios de internato de Medicina Social.

Ademais, é também de alta prevalência na atenção primária à saúde a abordagem à **violência doméstica**, aos **maus tratos** e ao **abuso sexual**, em todas as camadas sociais, sobretudo no seio familiar (em que o agressor geralmente convive com a vítima), e há uso proposital de força/poder, real ou em ameaça, contra pessoa, grupo ou comunidade, podendo ocasionar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento, privação de liberdade ou importantes repercussões na saúde física e mental de crianças, mulheres, idosos e pessoas portadoras de deficiência física ou transtornos mentais. Na violência doméstica há uma disparidade de gênero da mulher em relação aos parceiros, pais, filhos, responsáveis, irmãos, tios, sogros ou outro parente, em que atitudes de fundamento machista e caráter violento ou de exploração levam a efeitos insidiosos em longo prazo na saúde da mulher vítima. Já o idoso está submetido à violência física, psicológica, econômico-financeira, negligência e abandono, sendo os principais fatores associados o isolamento social, a dependência físico-motora, afetiva e socioeconômica, o “comportamento difícil”, a

incontinência fecal e urinária e a violência familiar preexistente ou recorrente com idosos. Nas crianças, os ‘maus tratos’ são interpretados com uma ação deliberada de colocá-la em situação de perigo, a ‘negligência’ é caracterizada pela ausência de atitude ou atendimento às suas necessidades básicas (higiene, assistência alimentar e em saúde, proteção e supervisão), que resulte em danos, e os ‘abusos’ como atitude intencional ou exposição que provoca danos à criança (abuso sexual e psicológico, síndrome do bebê sacudido, síndrome de Munchausen por procuração do serviço de saúde). Ao analisar a FMB, 74,6% dos docentes relatou “nunca” ter feito abordagem à Violência Doméstica ou contra a mulher, a situações de Abuso Sexual de crianças e adolescentes ou a situações de abuso contra idosos e Maus-Tratos (Quadro 2). Como contraponto, de forma teórica parte desses conteúdos é abordada na disciplina de Pediatria (MEDB44) e no rodízio de Geriatria do componente Módulo Clínico IV (MEDB29). Cabe ressaltar que esses problemas passam muitas vezes quase despercebidos pelos trabalhadores da saúde, devendo-se suspeitar quando dados do caso em questão não estão sendo suficientes para sua compreensão ou quando planos terapêuticos estão sendo ineficazes; aliás, esse tipo de abordagem é importantíssimo no âmbito generalista, porque sua conduta exige ações de enfrentamento imediato do problema, notificação ao conselho tutelar ou mobilização do aparato legal existente, ações de acompanhamento e prevenção primária da violência, buscando evitar ou reduzir seus riscos^(20,80,81).

No âmbito da **Abordagem Centrada na Pessoa**, a consulta é a cardinal relação clínica estabelecida entre profissional de saúde e sujeito. O método clínico centrado na pessoa busca compreender a pessoa por inteira, como um todo, explora a doença e a percepção da pessoa acerca de seu próprio problema, por meio da coleta de anamnese, história de vida, exame físico, e da avaliação dos aspectos pessoais e de desenvolvimento, dos sentimentos, das expectativas da pessoa, dos efeitos da patologia na sua funcionalidade e do contexto próximo e distante (família, emprego, comunidade, cultura); buscando elaborar um projeto comum de manejo (avaliação de problemas e prioridades, estabelecimento de objetivos do tratamento e esclarecimento do papel do profissional e da pessoa). Incorpora ainda ações de prevenção e promoção para identificar precocemente, reduzir riscos e complicações e evitar procedimentos e intervenções desnecessárias; sendo sempre realista, informando e envolvendo as famílias nas decisões, sendo franco quando efeitos colaterais ou erros ocorrerem, obtendo consentimento informado e retorno das pessoas, ouvindo suas opiniões e esclarecendo procedimentos de risco e possibilidades de danos; tendo como base o fortalecimento da relação médico-paciente, através do compartilhamento de poderes, da

utilização de transferência e contratransferência, do estímulo ao autoconhecimento e da avaliação das características do relacionamento terapêutico⁽⁸²⁾.

O **Acolhimento** foi instituído pela Política Nacional de Humanização (PNH), em 2004, como uma atividade primária na abordagem individual ao paciente, reconhece a dimensão subjetiva do ser humano e “compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde” e a “responsabilização integral de suas necessidades” até a reorganização do serviço para responder positivamente ao seu problema de saúde⁽⁸³⁾.

“Acolher é ouvir suas necessidades, de modo a oferecer respostas. (...) É imprimir ao simples ato de ouvir a capacidade humana de escutar, de estar atento ao outro (BREHMER, 2010).”⁽⁸⁴⁾

Na graduação da FMB, 46,1% dos educadores “nunca” e 17,6% “raramente” praticou ações de Acolhimento em algum serviço de saúde (Quadro 2). Percebe-se o acolhimento na APS como potencial cenário para conflitos éticos no dia-a-dia cotidiano, em que há duas ordens de distanciamento, uma subjetiva/ideológica e outra “distinção técnica”. Na primeira, por um lado, o ato de acolher é entendido como a “escuta atenta e qualificada” sobre os problemas do serviço ou o “acolhimento dialogado” como técnica de conversa; por outro, na prática revela-se restrito a estratégias técnicas de recepção, triagem, encaminhamento e atendimento às urgências, ou a atendimentos pontuais de demanda espontânea às necessidades de atenção médica curativa e à medicalização, desde que a necessidade do usuário “seja avaliada como importante ou factível” pelos profissionais. Na segunda, há um paradoxo entre o “discurso de direito ao acesso” e a “estratégia de organização por demanda espontânea”. Se por um lado, acolhimento seria o acesso aos serviços; por outro, verifica-se uma “exclusão e negação do direito à saúde”, com alta demanda e baixa capacidade nas unidades, escassez de profissionais, restrição de espaço físico, ineficiência de sua programação e lógica verticalizada de atuação frente aos problemas comunitários. Sendo assim, uma formação ainda na graduação acerca das estratégias de promoção do acolhimento seria fundamental, não só para superar as limitações de ordem ideológica acerca do “ato de acolher” com respeito e entendimento das fragilidades e vulnerabilidades humanas, como enfrentar os conflitos relacionados ao direito de privacidade e sigilo, de atendimento às necessidades particulares do usuário em um contexto de “privação da liberdade individual”, de negligência do direito à saúde pelo Estado, de limitações de ordem estrutural e de fragmentação dos

serviços e sujeitos. Contudo, os dados anteriores podem refletir um modelo de formação, na FMB, ainda distante dessas estratégias^(83,84).

Em uma abordagem individual, o **vínculo** é uma relação proximal, perdurável, de cooperação mútua entre o trabalhador de saúde e o usuário do serviço, família ou comunidade, pautada em relações de afetividade, escuta, diálogo, respeito, confiança e corresponsabilização pelo cuidado; ou seja, uma estrutura relacional emocional dialética entre terapeuta e usuário, atuando um sobre o outro, na qual os afetos vivenciados e mobilizados pelos profissionais em sua atuação clínica podem ser organizados como ferramenta potencializadora do trabalho, e não o inviabilize. Esse elo não se estabelece de modo imediato, é construído ao longo do tempo e carrega potencial terapêutico, pois os profissionais conseguem perceber respostas para além das demandas vistas, ouvidas ou presenciadas no momento da consulta; havendo necessidade de tempo suficiente para que usuário e família consigam expor suas preocupações e angústias e de tempo do profissional disponível para escutá-los; sendo a realização de consultas rápidas na medicina, devido à grande demanda pelos serviços, uma importante limitação a essa relação. Por conseguinte, como o indivíduo se sente mais seguro e acolhido, deposita confiança na relação profissional e compreende melhor a significância de seu tratamento ou sofrimento, possibilitando a construção de planos de cuidado e promovendo continuidade de tratamento, maior adesão terapêutica e seguimento de recomendações “prescritas”, evitando consultas e internações desnecessárias, constituindo-se importante incentivar o autocuidado e a autonomia dos usuários nas decisões de seu processo terapêutico, tomando-se a precaução de não gerar dependência do indivíduo em relação ao profissional de saúde^(21;85-87).

Diversos autores apontam que o vínculo se mostra eficaz, sobretudo, ao lidar com pacientes com doença de evolução crônica (tuberculose, diabetes, HAS, AIDS), com transtornos mentais, portadores de patologia complexa, idosos e população de baixa renda, com a saúde da mulher e da criança (do pré-natal ao crescimento e desenvolvimento infantil), já que são abordagens em sua maioria não fundamentadas somente nos problemas de saúde, mas valorizam outros fatores (estigmas e preconceitos, problemas relacionados ao convívio familiar e social), necessitam de tratamento prolongado, administra-se maior quantidade de medicamentos, e a rotatividade de profissionais pode levar à interrupção do tratamento. De modo diferentemente do hospital, onde a gravidade da situação de saúde-doença e as condições orgânicas do ambiente faz com que a adesão ao tratamento tende por uma “via de

execução compulsória” na busca pelo retorno da homeostase corporal; em seus lares, na sua comunidade, o paciente possui maior autonomia e o manejo de doenças crônicas está atrelado ao seu desejo de “mudança de estilo de vida” e de “renúncia a hábitos seculares”, como tabagismo, excesso de sódio ou de glicose^(85,88).

Em vista disso, foi explorada nessa pesquisa a percepção dos docentes acerca do estabelecimento de vínculo bidirecional eficaz (docente-paciente-docente) com seus pacientes em sua atuação profissional durante atividades do curso de medicina da FMB e 58,3% dos docentes observaram “frequentemente” o estabelecimento de vínculo eficaz e 25% “nunca” averiguou tal vínculo de forma efetiva (Gráfico 14). Além disso, em relação ao tempo médio de permanência do docente em um mesmo serviço durante um semestre letivo, 61,8% dos docentes referiram um tempo médio de “4 a 6 meses” de permanência em um mesmo serviço em atividade curricular e 25% afirmaram permanecer de “2 a 4 meses” (Gráfico 12). Esses dados vão de encontro a uma pesquisa realizada em 2014 com discentes da FMB, na qual 87,8% referiram um tempo de permanência em geral de “até 1 mês” ou de “1 a 2 meses” e 54,8% “nunca” ou “raramente” perceberam um estabelecimento de vínculo bidirecional eficaz discente-paciente; no entanto, 57,32% “eventualmente” e 26,83% “frequentemente” observaram um vínculo eficaz entre o médico assistente/professor e o paciente⁽¹¹⁾. Esse confronto de dados permite inferir, sob um ponto de vista, que as relações de vínculo entre os professores e usuários são mais fortes e eventuais e não se reproduz entre discentes e usuários, muito possivelmente porque boa parte dos docentes se mantém alocados nos campos de práticas das disciplinas as quais ministram aulas em diferentes semestres, possibilitando uma relação mais prolongada com o serviço e seus usuários; em contrapartida, em muitas disciplinas a inserção dos discentes nos campos de prática funciona por sistema de rodízio, com maior rotatividade e período curto de tempo em um mesmo campo de prática, além disso, a forma com o currículo está organizada não há perspectiva de inserção do estudante em um mesmo cenário de prática, unidade ou comunidade por longo período ou por mais de um semestre ao longo do curso. Por outra ótica, cabe problematizar se o tempo médio de permanência no mesmo serviço é capaz de retratar o estabelecimento de vínculo, já que depende: do funcionamento organizacional de muitos ambulatórios quanto à marcação ou não de consultas de retorno (pois o sistema de regulação do COM-HUPES com a rede SUS apresenta discrepantes deficiências); do perfil do ambulatório e do perfil de pacientes atendidos (se é generalista ou especializado, se é voltado ou não para pesquisa); se o docente atende apenas um único dia no serviço de determinada especialidade ou ambulatório; e se se

trata de atendimentos de acompanhamento pós-operatório de pacientes encaminhados (esses pacientes podem ter contato apenas temporário com o serviço).

Quanto à realização de consulta ou acompanhamento de retorno de paciente atendido junto com discentes em um mesmo ambulatório durante atividades curriculares, 43,2% dos educadores realizaram “frequentemente” essa ação e 41,9% “nunca” ou “raramente” realizou atendimento de retorno em atividade curricular (Gráfico13). Destarte, questiona-se por que há um número maior de docentes com maior tempo de permanência no ambulatório e que referem maior vínculo bidirecional eficaz, se um número considerável “nunca” ou “raramente” fez acompanhamento de retorno?

Para Starfield (2002), a **continuidade do cuidado**, sobretudo a continuidade informacional, foca em um problema específico e apresenta uma sucessão de eventos entre as consultas e mecanismos de transferência de informação (bons registros nos prontuários e relatórios, coleção organizada de informações sobre condição clínica e preferências, disponível para acesso de todos os profissionais do serviço) que permitem qualquer médico do serviço acompanhar a evolução clínica de um problema específico do paciente, mas sem a preocupação de estabelecer relação terapêutica ao longo do tempo. Já a **longitudinalidade ou vínculo longitudinal** é característica central e exclusiva da APS e permite o acompanhamento de distintos problemas pelo mesmo profissional, e segundo Cunha & Giovanella (2011) apresenta, além da continuidade informacional e da relação terapêutica duradoura entre trabalhador de saúde e usuário, uma fonte regular de cuidado que é a unidade de saúde da família; ou seja, a população deve reconhecer a unidade básica como referência habitual de atendimento, e o vínculo com profissionais da equipe (em vez do vínculo com um único médico) permite abordar além de episódios específicos de doença e valorizar não só aspectos clínicos, mas características sociodemográficas, valores e situação familiar do paciente, com grandes impactos dessa abordagem longitudinal na redução de gastos, em menores taxas de internação por condições crônicas sensíveis ao tratamento ambulatorial, menor utilização de serviços de urgência e emergência e melhor satisfação do paciente, além de permitir o retorno acerca de seu diagnóstico e tratamento^(18,88).

Sendo assim, como a maioria dos campos de prática na FMB são hospitais ou ambulatórios especializados e há uma dificuldade muito grande de inserção na rede de atenção primária de Salvador, os dados acima sugerem que não há uma longitudinalidade nas atividades curriculares da FMB, nas quais o vínculo está limitado a uma continuidade

informacional e ao estabelecimento temporário ou fragmentado de uma relação entre médico assistente e paciente. Cabe acrescentar que, segundo dados da pesquisa realizada em 2014 com discentes da FMB, 96,3% dos discentes “nunca” ou “raramente” realizaram consultas de retorno dos pacientes em um mesmo ambulatório, ou seja, em meio aos discentes não há sequer o estabelecimento de continuidade informacional suficiente para acompanhar o efeito terapêutico do diagnóstico e tratamento das intervenções vivenciadas⁽¹¹⁾.

Ademais, corrobora com essa análise nossos dados coletados, entre os quais 60,6% dos docentes entrevistados “nunca” e 12,1% “raramente” fez Acompanhamento Longitudinal para o cuidado de um paciente, grupo de risco ou população vulnerável ou realizou atividade de **Redução de Danos** (Quadro 2). A Redução de Danos considera o uso de substâncias psicoativas (SPAs) como uma questão humana, não o encara como elemento central na vida do indivíduo, esquivando-se da lógica hegemônica centrada na estigmatização do indivíduo consumidor de drogas, onde o uso é tido como “delito” cuja percepção é que são “casos de polícia” e cujo tratamento é “punição”, é tido como um “pecado” cujo tratamento é a “conversão”, ou é tido como uma doença “dependência química” cujo tratamento é a abstinência e a “internação psiquiátrica” (típicos da concepção manicomial, com forte tendência de transformação do usuário de SPAs em um novo ‘louco’). Nessa abordagem, a aproximação do usuário do serviço de saúde depende de confiança e vínculo, do “não julgamento” (ausência de preconceitos) e da oferta de possibilidades de ressocialização. Portanto, trata-se de um conjunto de ações que coloca a pessoa em primeiro plano, pautando-se em liberdade de escolha, cidadania e autonomia e na longitudinalidade; promovendo o cuidado sem necessariamente reduzir o consumo ou interferir na oferta, mas estimulando a diminuição do consumo de SPAs ou sua substituição por substâncias que causem menos agravos, usando-se até mesmo da abstinência, mas sem uma exigência imediata ou automática; realizando ações de intervenção individuais, como: oficinas e grupos de discussão e ressocialização, utilização da arte como dispositivo terapêutico, realização de visitas domiciliares, auxílio para retirada de documentos, troca de seringas para o uso seguro de SPAs, distribuição de preservativos, etc. Cabe observar que o Módulo Clínico de Saúde da Família da FMB, no 8º semestre (MEDB53), apresenta um foco na Redução de Danos, com realização de atividades de campo territorial, mas mesmo assim as atividades são pontuais e não há tempo suficiente para o estabelecimento de qualquer tipo de relação de continuidade ou longitudinalidade⁽⁸⁹⁻⁹¹⁾.

Outrossim, o **Cuidado Domiciliar** é uma prática inquestionável de vínculo do profissional com indivíduo, a família e o cuidador e se constitui em um conjunto de ações programadas e continuadas de caráter ambulatorial, preventivo, curativo-assistencial ou de promoção ou busca ativa realizadas no domicílio, operacionalizado por meio de internação domiciliar (continuidade temporária da internação hospitalar, não substitui o hospital, mas utiliza aparato tecnológico no domicílio) ou de visitas domiciliares (utiliza tecnologias leves, prioriza o diagnóstico da realidade e ações educativas). Na **visita domiciliar** o foco da atenção é a pessoa restrita ao domicílio, como portadores de doenças crônicas com dependência física, pacientes em fase terminal ou em cuidados paliativos, idosos com dificuldades de locomoção ou morando sozinhos, egressos de hospital acompanhados por condição incapacitante e pessoas com transtornos mentais, além da vigilância domiciliar de puérperas e recém-nascidos, busca de ativa dos programas de prioridades e avaliação de habitação e peridomicílio⁽²⁰⁾.

O médico generalista deve ser capaz de organizar uma visita domiciliar, revisar prontuários e planejar a visita, avaliar as condições de manejo no domicílio e o profissional da equipe mais indicado para realizar a visita, organizar material e medicações apropriadas para o atendimento, avaliar as condições de comunicação da pessoa atendida e garantir privacidade no atendimento, participar da definição em equipe de critérios de inclusão, desligamento e alta da assistência domiciliar, estar preparado para realizar visita domiciliar de urgência e atestar óbito no domicílio, capacitar cuidadores leigos para a atenção à saúde no domicílio. E deve aproveitar o momento da visita para realização de escuta e atenção à saúde do cuidador, uma vez que boa parte deles tem pouca experiência de cuidar de pessoas doentes, há sobrecarga de responsabilidade em uma única pessoa e distanciamento de outros familiares, muitos abrem mão de atividades de sua vida em função do tempo prolongado da doença, sendo importante sabe identificar e envolver não só o cuidador principal, mas toda a família no processo de cuidado, delimitando as responsabilidades que são da família e as que são da equipe⁽²⁰⁾.

Desse contexto, avaliou-se a realização de atividades de Visita Domiciliar pelos docentes da FMB durante atividades curriculares e 86,07% “nunca” realizou alguma atividade nesse sentido (Gráfico 21). Além disso, entre os que realizaram alguma visita, 60% “nunca” ou “raramente” fizeram busca ativa de pacientes de risco, 72,8% “nunca” ou “raramente” fizeram identificação de exposição a riscos ambientais, 54,6% “nunca” ou “raramente”

realizaram atividade de educação em saúde e 63,6% “nunca” ou “raramente” utilizaram instrumentos de saúde da família como ecomapa, familograma e genograma; por outro lado, 54,5% “frequentemente” ou “eventualmente” fizeram reconhecimento da realidade social da comunidade e 50% “frequentemente” ou “eventualmente” realizaram atendimento clínico (Quadro 1). Desse modo, percebe-se que esse tipo de ação é extremamente negligenciada pelos docentes da FMB, reafirmando a lógica de atendimento centrada nos hospitais; entre os poucos docentes que a realizaram, percebe-se uma restrição do olhar na doença e no diagnóstico, ou na simples realização de “visitas” pontuais de observação não-intervencionista nas comunidades, sem nenhum caráter extensionista de transformação social ou integração ensino e serviço. Por exemplo, no Grupo de Trabalho de Atenção Primária à Saúde foi proposto implantar na FMB um modelo de Projetos de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (PIESC) nos dois primeiros anos do curso de graduação, com participação de docentes e preceptores em USFs de Salvador e, além das dificuldades de articulação com a rede e contratação de novos profissionais, desde o início a resistência docente a tais mudanças foi muito grande, sobretudo dos docentes comprometidos com o ensino da Epidemiologia. Adicionalmente, Campos & Forster (2008) apontam que as visitas domiciliares são consideradas pouco importantes ou repetitivas pelos discentes, como se não estivessem no rol de atuação médica ou fossem pouco efetivas; segundo a visão de Kawamoto (1995), percebe-se que tais idas a domicílio muitas vezes nem caracterizam como ‘visita domiciliar’, pois a maioria delas não tem qualquer tipo de planejamento prévio, avaliação ou discussão junto à equipe; e conforme Cunha & Gama (2012), o estudante é inserido apenas no contexto de sua execução, mas não em seu planejamento, realizando a atividade muitas vezes sem qualquer integração com a clínica ou com uma abordagem clínica fragmentada, o que contribuiria para o baixo interesse apontado por Campos e Forster⁽⁹²⁻⁹⁴⁾. Ademais, é quase inexistente no currículo da FMB a realização de ‘visita domiciliar’ nas populações sem domicílio, em situação de rua, tendo em vista que apenas 3,9% dos docentes realizaram algum tipo de atividade com População em Situação de Rua (Gráfico 20). Isso seria importante ao se observar que o processo de ensino nesse cenário é rico por ser caracterizado pela abordagem em “locais inseguros, isalubres e de difícil acesso”, caracterizado por dificuldades com segurança da equipe e na realização de entrevista clínica, coleta de anamnese, realização de exame físico e conduta; e caracterizado por realização de abordagem ao estado de higiene e alimentação, aos usuários de drogas, às condições gerais, sinais e sintomas aparentes e nível de consciência, abordagem de feridas e próteses, e abordagem da presença ou ausência de vínculos familiares na cidade⁽²⁰⁾.

Ainda no escopo da abordagem individual, a Racionalidade Médica considera que um sistema médico deve definir sua cosmovisão médica e suas bases epistemológicas levando em conta cinco grandes dimensões (doutrina médica, morfologia, fisiologia ou dinâmica vital humana, sistema de diagnose e sistema de intervenções terapêuticas). Sendo assim, haveria cinco grandes sistemas médicos: Alopatria, Homeopatia, Medicina Ayurvedica, Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Medicina Antroposófica. Fundamentado nisso, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) adotou a MTC, a acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia e uso de plantas medicinais, a medicina antroposófica e o termalismo social-crenoterapia como práticas, definindo metas para ampliação de seu acesso nos serviços no SUS, buscando estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Vale esclarecer que a *MTC* são um conjunto de práticas milenares, utiliza linguagem que retrata as leis da natureza, valoriza a inter-relação harmônica, fundamenta-se na teoria dos cinco movimentos e cinco energias (madeira, fogo, terra, metal e água) e utiliza-se de elementos como anamnese, palpação de pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais); a *acupuntura* compreende um rol de procedimentos de estímulos precisos em locais anatômicos (pontos de acupuntura) por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas, cujo efeito terapêutico de estimulação de zonas neuroreativas promove a liberação (no SNC) de neurotransmissores e substâncias responsáveis pela promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária; a *fitoterapia* caracteriza-se pelo uso de plantas medicinais “em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”; a *homeopatia* é uma especialidade médica baseada no princípio vitalista e no uso da Lei dos Semelhantes e busca a administração de doses mínimas (diluídas) de medicamentos para evitar a intoxicação e estimular a reação orgânica; já o *termalismo-crenoterapia* compreende as diferentes maneiras de utilização e indicação de águas minerais e sua finalidade terapêutica em tratamentos complementares de saúde; por fim, a *medicina antroposófica* é uma ampliação da medicina acadêmica e considera a organização ‘vital’, ‘anímica’ e ‘espiritual’ do homem, admite o ‘corpo físico’, o ‘corpo vital ou entérico’, o ‘corpo anímico ou astral’ e a ‘organização para o eu’ como estruturas essenciais da entidade humana, e considera a existência dos sistemas “neurossensorial”, “rítmico” e “metabólico-motor” como estruturas funcional e anatômica de constituição tríplice, além de propor terapias baseadas na “Euritímia curativa”, na “terapia artística”, na “massagem rítmica”, na “quirofonética” e nos medicamentos antroposóficos⁽⁹⁵⁾. Dentro de tal perspectiva, nessa

pesquisa buscamos avaliar o contato dos docentes com essas políticas e 76,9% dos docentes da FMB “nunca” e 12,3% “raramente” fizeram alguma atividade de **Prática Integrativa e Complementar** em algum serviço de saúde (Quadro 2). Para Loch-Neckel et al. (2010), consta-se um desconhecimento ou nível superficial de informação dos pressupostos teóricos e o não reconhecimento da incorporação dessas práticas no SUS entre os estudantes; e ao comparar com a FMB, percebe-se o mesmo entre os docentes, além da inexistência de qualquer disciplina obrigatória ou optativa sobre práticas integrativas e racionalidades médicas no currículo, com a realização de ínfimas atividades em algumas aulas dependentes do interesse do professor. Por consequência, há uma visível necessidade de contato desses futuros profissionais com outras racionalidades médicas para possibilitar a quebra de preconceitos e o reconhecimento desses saberes populares como uma ferramenta potencializadora do trabalho médico⁽⁹⁶⁾.

Quanto à **assistência farmacêutica**, que envolve a prescrição, dispensação e uso de medicações, 65,7% dos docentes da FMB “nunca” e 10,4% “raramente” executaram atividades ou grupos que busquem o **Uso Racional de Medicamentos** (URM) ou a qualificação da Atenção Farmacêutica (Quadro 2). O URM inclui a escolha medicamentosa adequada, a inexistência de contra-indicação, a mínima possibilidade de reações adversas, a dispensação correta e o fornecimento de informação apropriada aos pacientes, a adesão e o seguimento de efeitos desejados e possíveis reações adversas ao tratamento. Diversas pesquisas apontam que os erros mais cometidos pelos médicos estão relacionados a interações medicamentosas, a subprescrição ou superprescrição, a prescrições incorretas (ambíguas, ilegíveis, incompletas) ou que não levam em conta as características individuais físico-patológicas ou sócio-psíquicas das pessoas, a ausência de informações verbais e não elucidação das dúvidas da pessoa e o não monitoramento da ação do medicamento prescrito. Nessa lógica, a desprescrição, a modificação e revisão de dosagens, a substituição ou eliminação de fármacos, o ajuste a expectativas, crenças e ao ritmo do paciente e monitoramento dos resultados são fundamentais para a formação generalista, especialmente em pacientes que fazem uso de polifarmácia como os idosos^(20,97). Contudo, isso não tem sido motivo de grande preocupação no currículo da FMB, já que conta com poucas discussões no Eixo Ético-Humanístico relacionadas ao impacto da Indústria Farmacêutica e sua relação com a formação médica, sendo bastante frequente o assédio de profissionais de marketing de medicamentos a docentes e discentes, inclusive nos campos de prática do hospital universitário, além do mais muitas ligas e pesquisas são patrocinadas por agentes desse setor

industrial. Em um estudo de percepção com discentes e docentes da FMB sobre a influência da indústria farmacêutica na formação e prática médica, De Sousa (2013) identifica uma necessidade de inclusão dessa temática no currículo do curso e conclui que discentes e docentes percebem, de forma geral, a influência da indústria na prática e formação médica, mas “quando a questão é tratada no âmbito pessoal esta influência não é percebida de forma tão consciente” na prática e no padrão de prescrição⁽⁶⁾.

Na abordagem individual na APS, a maioria dos profissionais encaminha usuários para os níveis de atenção secundário e terciário do próprio setor público de saúde; esses dados estão consonantes com um maior percentual (53,9%) de docentes dessa pesquisa que “frequentemente” ou “eventualmente” produziram ações de **Referência e Contrarreferência** em caso de encaminhamento de pacientes a outros serviços e instituições (Quadro 2). Porém, há diversos problemas que interferem nesse encaminhamento, como limitada oferta de consultas e exames especializados na rede pública, dificuldades de atendimento nos serviços de média e alta complexidade e falta de vagas para consultas especializadas, má organização e pequena capacidade de regulação por parte dos gestores, dificuldades de acesso por distâncias exageradas ou dificuldades de pagamento das tarifas de transporte público para seu deslocamento até as unidades de referência, inexistência ou precariedade da contrarreferência e violência, pois “muitos usuários não podem sair cedo de casa por conta da dominação de seus locais de moradia pelo crime organizado”. Além disso, quanto se trata dos recursos humanos, a variedade de setores dificulta o trabalho de conscientização dos profissionais envolvidos na assistência quanto à importância da contrarreferência para a APS, há “esquemas precários de educação permanente” e muitos profissionais sem formação específica ou treinamento para atuar na saúde da família, além da irregularidade de vínculos funcionais e do isolamento e falta de apoio técnico, sobretudo, aos profissionais que trabalham em pequenas unidades ou regiões interioranas. Apesar de menor, um percentual significativo (45,6%) de docentes da FMB “nunca” ou “raramente” realizaram ações de referência e contrarreferência (Quadro 2), o que retrata bem no micro espaço da FMB esse quadro de ineficiência dos recursos humanos, já que uma formação estritamente especializada não possibilita o entendimento do funcionamento em rede do SUS e o papel de coordenação da APS nessa rede^(98,99).

“Os médicos têm dúvidas clínicas a cada turno de trabalho. Eles decidem resolvê-las conforme a gravidade do quadro e a disponibilidade de suporte ou material de estudo rápido. Nos outros casos, é comum o “encaminhamento”,

formalmente chamado de referência, com variados graus de manutenção da coordenação do cuidado pelo médico inicial. (CASTRO FILHO et al., 2012)”⁽¹⁰⁰⁾

Certamente, os formulários de papel ainda são o meio mais utilizado para a referência e a contrarreferência, muitas unidades apresentam sistemas de informação e comunicação precários, não contam com telefones, nem computadores em rede, não há prontuários eletrônicos, nem sistemas de agendamento de consultas e exames. Diametralmente, o **Prontuário Eletrônico** é uma ferramenta importante de apoio à prática gerencial e assistencial, pois melhora a legibilidade e disponibilização das anotações clínicas e permite o apoio a prescrições quanto a alertas sobre alteração de exames laboratoriais, interações clínicas e lembretes para administração de vacinas. Em contraposição ao prontuário biomédico tradicional, em que o registro clínico é organizado a partir do Código Internacional de Doenças (CID) e tem uma estrutura rígida com foco em doenças definidas, na APS o registro deve ser orientado por problemas e não por programas, seguindo a sistematização do SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) e o diagnóstico e o processo de intervenção deve ser classificado usando-se a Classificação Internacional de Atenção Primária (ICPC2 ou CIAP), sendo a lista de problemas o elemento central^(20,101). Além disso, por ser o maior sistema “público” de saúde do mundo, é essencial para o SUS ter Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que contribuam com a integração entre os diversos pontos da rede de atenção e permitam interoperabilidade entre os diferentes sistemas. O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração desses sistemas, de modo a permitir um registro da situação de saúde, individual e da família, por meio do Cartão Nacional de Saúde. O nome “e-SUS” faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é, sobretudo, facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população⁽¹⁰²⁾. Entretanto, sabe-se que há uma resistência de parte dos profissionais em aderir ao prontuário eletrônico; mas atualmente com a introdução dessas novas tecnologias no campo da saúde, uma formação generalista que contemple tais tecnologias é importante para que os futuros profissionais não engessem a prática clínica ou induzam iatrogenia e, ao mesmo tempo, assegurem o fluxo de trabalho, a garantia de segurança e de acesso do paciente às informações de seus prontuários^(20,101).

Nessa conjuntura, nossa pesquisa identificou que 77,3% dos docentes da FMB “nunca” e 12,1% “raramente” utilizaram Prontuário Eletrônico ou suporte de Telessaúde em serviço de saúde primária (Quadro 2). Isso provavelmente se deve à falta de contato desses

profissionais com essas tecnologias em crescente expansão na APS, à diferença significativa entre prontuários eletrônicos da APS e os hospitalares (em que maioria a codificação é feita pelo CID), a um processo de ensino na FMB que não leva o aprendizado dessas tecnologias como ferramenta potencial de trabalho e à insegurança dos profissionais em se expor em meios virtuais para a retirada de dúvidas. Vale a pena adicionar que o **Telessaúde**, como suporte à distância, utiliza tecnologias da comunicação (telefone, videoconferência, internet) para responder às necessidades identificadas no exercício da prática profissional (sobretudo de médicos isolados em regiões interioranas ou em contexto de alta variabilidade e baixa prevalência de problemas para os quais foram formados), sendo um campo promissor a disponibilização de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em redes de telessaúde e ficando cada vez mais frequente a teleconsulta a pacientes (estritamente em casos de emergência) e a teleconsultoria na APS para segunda opinião médica; já tendo uma experiência aplicada em larga escala via internet de suporte à ESF com o Programa Telessaúde Brasil do Ministério da Saúde, onde se constatou resultados promissores como evitação em 77% das vezes de encaminhamento para outros serviços de saúde e 95% de satisfação dos solicitantes. Essa rede de comunicação é composta por um núcleo de telessaúde que oferece suporte e atividades de educação permanente a pontos de telessaúde (cada unidade de saúde), seguindo o fluxo “assistência-dúvida-teleconsultoria-regulação-resposta-assistência”; entre os pontos positivos estão a “aproximação de solução disponível de uma necessidade específica”, a “oferta de procedimentos a maior número de pacientes e mais próximo de seu local de consulta habitual” e a “implantação de protocolos assistenciais fortemente embasados em evidências de qualidade adequadas para a APS”; entre os negativos estão o “potencial de superutilização de um método diagnóstico em situações não adequadas” e a produção de práticas iatrogênicas; e o maior desafio na APS é “incrementar a utilização e o aproveitamento pelas equipes de SF dos recursos disponibilizados pelos núcleos”⁽¹⁰⁰⁾.

“O médico é sujeito de sua própria educação permanente. (...) protagonista da seleção de suas necessidades (CASTRO FILHO et al., 2012)”

Segundo o Caderno 3 da Atenção Básica (2000), a **Educação Permanente em Saúde** tem como objetivo qualificar os serviços mediante processo educativo comprometido com a prática do trabalho, melhorar a resolutividade das ações de saúde e fortalecer o processo de trabalho da equipe e o compromisso com a saúde da população por parte dos membros da equipe, além do mais se caracteriza pela metodologia de aprendizagem baseada em problemas, pela autoinstrução, pela educação à distância e por capacitações em temas

frequentes⁽¹⁰³⁾. Nessa pesquisa, 52,6% dos educadores “nunca” e 9% “raramente” afirmaram ter participado de alguma atividade de Educação Permanente em Saúde visando a uma formação continuada e em serviço (Quadro 2), esses dados vão de encontro a afirmativa anterior, em que 77,8% dos docentes da FMB afirmaram ter participado de programa permanente de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde (Gráfico 26); sendo assim, ou essa disparidade (em contraponto às respostas dos docentes) reforça ainda mais os dados da literatura que apontaram secundarização dos aspectos didático-pedagógicos e preterição da carreira docente, ou essa disparidade leva a crer que os docentes, apesar de supostamente priorizar a carreira docente, não valorizam a sua própria educação continuada em saúde. Cabe observar as peculiaridades dos locais e do público-alvo a que se destina a “Educação Permanente em Saúde”, que a distingue do “programa permanente de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde”, pois enquanto a primeira é uma diretriz e área de competência que parte do trabalho em ato no cotidiano do serviço de saúde e do trabalho em equipe com foco nos usuários e no território, o segundo é uma medida com público restrito ao meio acadêmico e ao aprimoramento técnico-pedagógico do corpo docente. Porém, uma terceira hipótese ainda seria possível, se considerássemos que os docentes nem valorizam a carreira docente nem a educação permanente em saúde; e, quando a sua formação continuada é valorizada, possivelmente é centrada em qualificações profissionais em suas respectivas especialidades e áreas de atuação, e não a partir das demandas dos serviços ou do currículo.

Para mais, a educação permanente exige uma “permanente comunicação horizontal entre os membros da equipe”, por conseguinte, o **trabalho em equipe** traz à tona a horizontalização da relação entre os profissionais de saúde e torna-se essencial para a coordenação conjunta do cuidado⁽¹⁰⁴⁾. Considerando isso, avaliou-se o percentual de docentes que se envolveram no trabalho em equipe ou no **apoio matricial** de equipes ou serviços de saúde, onde foi identificado que um percentual de 57,1% “nunca” e de 11,1% “raramente” participaram de tais ações (Quadro 2). Contrariamente, soma-se o fato que 61,6% disseram ter executado “frequentemente” ou “eventualmente” ações em conjunto com profissionais ou estudantes de outras áreas da saúde (Gráfico 15); e dentre os que realizaram ações conjuntas (Gráfico 16), três atividades foram as mais realizadas – Discussão de Caso Clínico (68,25%), participação em Aula Teórica (52,3%), atividade de Educação em Saúde (49,2%) –, e outras atividades foram realizadas em percentuais consideravelmente menores – reuniões de Equipe Multiprofissional Hospitalar (38,1%), ação de Acolhimento de Usuários (23,8%), participação em Reunião com Equipe de Saúde da Família ou com Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da

Família (15,8%), discussão de Plano Terapêutico Singular (15,8%), realização de Visita Domiciliar (6,3%) e de atividade de Vigilância Sanitária (4,7%).

Adiante, duas questões podem ser levantadas a partir desses dados. Os docentes, em sua maioria médicos, participam de atividades com profissionais de outras áreas, mas têm dificuldades de realizar o trabalho em equipe? Por que nas atividades relacionadas diretamente ao cuidado em APS há menor envolvimento dos docentes com outros profissionais ou estudantes de outras áreas da saúde?

“O interdisciplinar não é algo que se ensine ou se aprenda. É algo que se vive. É fundamental uma atitude de espírito. Atitude feita de curiosidade, de abertura, de sentido de aventura, de busca, de intuição das relações existentes entre as coisas e que escapam da observação comum (JAPIASSU, 1979)”⁽¹⁰⁵⁾.

Para Santos & Cutolo (2003) a **interdisciplinaridade** prescinde de um objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, pelos vários profissionais, em um trabalho coordenado de forma integrada e convergente, em que a abordagem questione as certezas profissionais e fomente relações de comunicação horizontais entre os membros da equipe. Sendo assim, o primeiro questionamento levantado nos remete a refletir se essa relação dos docentes com outros profissionais tem caráter interdisciplinar ou não⁽¹⁰⁶⁾. De modo indubitável, Gomes (1997) reforça que⁽¹⁰⁷⁾:

“(...) a interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Ela emerge 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 (GOMES, 1997)”.

Para Hilton Japiassu (1976), a multidisciplinaridade é caracterizada pela simples justaposição de recursos de várias disciplinas, mas sem a busca real de projetos comuns, sem integração ou coordenação, e a pluridisciplinaridade trabalha com objetivos comuns que podem cooperar entre si, mas sem coordenação⁽¹⁰⁸⁾. Isto posto, pode-se concluir que esta atuação conjunta dos docentes da FMB com outros profissionais podem se limitar a atividades multiprofissionais, como as aulas teóricas realizadas com docentes e discentes de outros cursos, pois muitas não tem objetivos de formação comuns; ou caracterizar-se como atividades pluridisciplinares, já que os componentes profissionais não se integram de maneira ampla, apenas cooperando uns com os outros, como em muitas discussões de caso clínico ou em algumas atividades de educação em saúde; além disso, outro fator limitante compara-se ao

trabalho realizado por uma equipe mínima multiprofissional da ESF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários), 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”⁽¹⁰⁶⁾. Além do mais, segundo Saraiva e Zepeda (2012), o **Apoio Matricial** realizado pela equipe de apoio especializada do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) busca a elaboração de planos terapêuticos em conjunto com a equipe da USF, é fundamentado no suporte pedagógico, na retaguarda assistencial e em ações definidas a partir de problemas locais ou demandadas pela equipe de referência, e se faz de “forma programada em encontros regulares e periódicos para discussão de casos, e em situações urgentes ou imprevistas”; então, o fato de boa parte dos docentes não ter realizado esse tipo de atividade, somado ao menor envolvimento dos docentes em atividades diretamente relacionadas ao Cuidado em APS e que prescindem de maior interdisciplinaridade, corroboram com a ideia de fragilidade da interdisciplinaridade no curso da FMB. E a baixa quantidade de docentes não médicos no curso de graduação da FMB, sobretudo nos ciclos pré-clínico e clínico e nos departamentos da FMB, são uma barreira importante para o desenvolvimento de ações de interdisciplinaridade; normalmente, o que se observa é uma resistência tanto de docentes quanto de discentes à realização de ações interdisciplinares⁽²⁰⁾. Por consequência, essas deficiências são frutos de uma educação médica que não prevê currículos de graduação com espaços de trabalho em equipe, onde os estudantes tenham a oportunidade de atuar conjuntamente, ainda dentro da universidade⁽¹⁰⁶⁾.

No âmbito da gestão em saúde, a institucionalização da **participação popular no controle social do SUS** buscou democratizar as decisões de gestão, por meio da implementação das Conferências e dos Conselhos de Saúde. As primeiras definem as políticas de saúde, suas diretrizes e estratégias de execução em cada nível de governo (federal, estadual e municipal) há cada 4 anos. Os últimos de caráter deliberativo, fiscalizador e permanente possuem representação paritária, com metade dos seus membros usuários do SUS e outra metade formada por governo, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços privados⁽²³⁾. Dentro dessa perspectiva, foi avaliada a frequência de contato dos docentes com alguma instância de controle social do SUS e 73,4% dos entrevistados “nunca” participaram de reunião de Conselho Gestor de USF e 10,1% apenas visitaram (Gráfico 22), acrescenta-se ainda que 72,2% dos docentes “nunca” realizaram alguma atividade de conscientização ou incentivo à participação popular ou frequentaram algum movimento social da comunidade (Gráfico 23). Portanto, cabe questionar como esperar a formação de futuros médicos da FMB

comprometidos com a qualificação da atenção no SUS nacionalmente ou nos seus locais de trabalho, se a grande maioria dos docentes não conhece, não participa ou rechaça a participação social na definição de políticas públicas? Se os docentes não têm esse tipo de postura, com esperar que os discentes naturalmente a tenha?

No Brasil, a participação popular na gestão pública aumentou consideravelmente nos últimos anos, mas as instâncias formais de controle social enfrentam diversas problemáticas em sua operacionalização, tais como: baixa visibilidade perante a população e pouco conhecimento de suas reais atribuições; baixa representação de diferentes segmentos populacionais; burocratização das ações e espaços de construção coletiva; precariedade das estruturas físicas, operacionais e de recursos humanos disponíveis; baixa capacidade de qualificação e informação de muitos conselhos; fisiologismo e cooptação em troca de favores e benefícios para determinados grupos; autoritarismo e corporativismo; além da insuficiência dos conselhos quanto à politização, à formação cidadã das pessoas e à imprecisão sobre a definição jurídica de seu “caráter deliberativo”, já que suas ações estão limitadas às decisões dos poderes de estado⁽¹⁰⁹⁾. Aliado a isso, desde antes e mais intensamente agora após o **golpe jurídico-midiático-parlamentar de 2016**, vivemos em uma conjuntura de ataque aos direitos sociais e ao direito à saúde, sobretudo após a promulgação da PEC 55/2016 (a PEC do teto de gastos). Conforme o Boletim Legislativo 53, de Novembro de 2016, do Núcleo de Estudos e Pesquisas da Consultoria Legislativa do Senado Federal, esse ‘Novo Regime Fiscal’ (NRF) trata do congelamento das despesas no âmbito da União pelos próximos 20 anos, com a correção apenas do índice da inflação, e sua promulgação estaria violando 6 cláusulas pétreas da constituição brasileira: (1) *violação do princípio da separação dos poderes*, já que “estrangula” a independência financeira do Legislativo, Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública da União levando a sua inviabilidade progressivamente ao longo dos anos; (2) *violação do princípio da segurança jurídica*, pois na prática inviabiliza o cumprimento das decisões judiciais que o Poder Público é obrigado a tomar para garantir a priorização, a homogeneidade e a organicidade necessária na implementação das políticas públicas; (3) *violação do princípio da razoabilidade e proporcionalidade*, porque impõe ônus demasiados aos por ela atingidos, comprime despesas essenciais, diminui a provisão de serviços públicos e inclui sanções em caso de descumprimento que seriam pagas por todos os assalariados; (4) *violação do voto direto, secreto, universal e periódico*, uma vez que impõe medidas a cinco legislaturas impedindo as gestões desse período de definir seu próprio orçamento, mitigando a soberania popular nas decisões da gestão pública nesse período; (5) *violação ao princípio da*

intranscendência da pena em sua dimensão institucional, já que pragmaticamente uma instituição pagará pelo ‘erro’ de outra, mesmo tendo respeitado o teto de gastos; e (6) *violação ao princípio da vedação ao retrocesso social*, pois resultará em não garantia das aplicações mínimas na saúde e na educação, indo na contramão do aumento e envelhecimento populacional e da melhoria da expectativa de vida em um cenário que os recursos alocados são incapazes de garantir a universalização do atendimento na saúde e na educação, logo, resultará a médio e a longo prazo na inviabilização do Plano Nacional de Educação e na redução da cobertura do SUS⁽¹¹⁰⁾. Nessa conjuntura, é fundamental promover a autonomia das pessoas na construção da saúde e da sociedade, para que possam ter ferramentas para lutar pela melhoria das suas condições de vida. Assim, se os docentes não se inserem nesses cenários de compartilhamento da gestão com os usuários, em atividades curriculares, como discentes e docentes vão compreender o papel cidadão da participação efetiva das pessoas na definição das políticas de saúde e na construção de planos locais de intervenção coletiva e seu impacto na prática médica? Como vão aprender a atuar enquanto profissional para superar esses desafios?

A Reforma Sanitária Brasileira é um exemplo vivo de como a participação em massa das pessoas, sobretudo dos movimentos sociais, foi importante para a transformação dos modelos de atenção à saúde no Brasil, já que garantiu a seguridade social e a criação do SUS universal, público e gratuito, tendo impactos exorbitantes na forma como se organiza a rede de saúde na atualidade, seu controle social e o processo de formação de recursos humanos para a saúde. Desde jeito, somente com profissionais engajados nas questões sociais sob a ótica da prevenção, promoção, recuperação e reabilitação, com uma formação que leve em conta a **militância em serviço** como “clínica”, como ferramenta de produção de cuidado, atuando cotidianamente na transformação dos serviços, lutando junto aos órgãos e entidades públicas, propondo espaços de reflexão, discussão e atuação junto às comunidades e aos usuários, e articulando com políticos, movimentos sociais e outros grupos, é possível mudar as necessidades de saúde coletivas⁽⁹¹⁾.

Além disso, Bulcão & Sayd (2013) levantam uma reflexão⁽⁴⁵⁾:

“A profissão médica apresenta especificidades relativas a valores e autoimagem do médico, os quais, ao final, estariam influenciando diretamente os caminhos percorridos pela escola médica, como parte importante do currículo oculto (Bulcão & Sayd, 2003)”.

Para Akerman (2015), o “**currículo oculto**” é um “conjunto de tradições, valores, normas, regras e rotinas” que não estão presentes no currículo formal, nas ementas de disciplinas ou no projeto político-pedagógico da escola médica, mas são transmitidas de forma consciente ou inconsciente entre professores e alunos, entre estudantes e estudantes, entre docentes e docentes, junto a outros funcionários da escola ou no seio de seus órgãos instituições; e que constituem em um ciclo virtuoso ou vicioso “de atitudes e ações que podem marcar o corpo e a alma dos estudantes durante o período escolar, ou para o resto do tempo de vida fora da escola”. Ou seja, vão desde as vivências subjetivas nas salas de aula e nos corredores até as atividades extracurriculares como participação em ligas, grupos de estudos, vivências no movimento estudantil. Tem se verificado que, de forma hegemônica, há no interior das escolas médicas uma “produção de abuso, intimidação, humilhação, cinismo, desrespeito”, que ganham “entornos intimidatórios”, muitas vezes expressos em ações simples do cotidiano como o “medo de se perguntar e de se clarear dúvidas ou aspectos de difícil compreensão” em sala de aula ou com algum colega. Sabe-se que a relação professor-discente não é uma relação horizontal, mas sim essencialmente hierarquizada, onde o docente detém poder e capacidade de influência⁽¹¹¹⁾.

Na tentativa de avaliar alguns desses aspectos relacionados à capacidade de influencia dos docentes quanto à propagação de valores comprometidos com uma formação generalista com foco em APS; foi questionado aos docentes se incentivam seus estudantes a atuarem/trabalharem na APS ou na Saúde da Família e os resultados apontaram que 37,2% dos entrevistados afirmaram “incentivar cotidianamente”, 34,6% acham que “incentivam pouco”, 28,2% responderam que “não incentivam, mas desejam que atuem” e nenhum docente desaconselhou essa atuação profissional (Gráfico 32). Aliás, foi também questionado se os docentes acreditam ser importante a consolidação de um **Eixo de Atenção Primária à Saúde no currículo da FMB-UFBA**, com inserção progressiva (do 1º ao 12º semestre) nos serviços de atenção básica, e dentre o total de respostas, 83,1% consideram ser “muito importante” e 16,9% acredita ser “desnecessário” (Gráfico 33).

Esses dados vão de encontro ao que se observa no itinerário da FMB, já que o percentual de 71,8% dos entrevistados que incentivam os estudantes a atuar na APS não encontra base de sustentação, pois maioria dos docentes (conforme a discussão realizada até aqui) não tem inserção ou possui relação frágil com a APS e em suas aulas, na maioria das disciplinas, corriqueiramente estimulam a escolha pelos discentes da mesma área de sua

atuação na especialidade. Ademais, são frequentes as reclamações de estudantes que se dedicam mais as atividades de Atenção Primária à Saúde durante o curso médico, como membros da Liga de Atenção Primária à Saúde e participantes do movimento estudantil, quanto a processos de estigmatização e estereotipação sofridos, nos quais são submetidos a perguntas retóricas ou conclusões pejorativas, como “estão participando de escolinha?”, “querem trabalhar em postinho?”, “não estudam ou se dedicam a coisas menos importantes”, por parte de outros colegas membros de ligas de especialidade ou por outros professores, em que são transmitidas percepções nas quais a APS não é valorizada. Cabe observar que um estudo qualitativo esclareceria melhor essas evidências. Outra hipótese plausível, além de um possível viés de participantes nessa pesquisa, é que a Atenção Primária a Saúde já teria ganhado certa relevância no cenário nacional com uma busca permanente no plano do discurso de um profissional mais generalista, de tal forma que não cabe mais no interior das escolas médicas a sua caracterização como uma atividade ‘irrelevante’, o que justificaria nenhum docente ter afirmado desaconselhar essa atuação profissional e o baixo número percentual de docentes que cravaram ser desnecessário implantar um eixo de APS no currículo da FMB.

Supreendentemente, quanto ao **grau de segurança para atuar na APS**, 67,6% disseram estar “totalmente ou razoavelmente” seguros para atuar na APS, 27,3% afirmaram estar “pouco seguros” e apenas 5,2% relataram estar “totalmente inseguros” (Gráfico 7). Adicionalmente, quanto ao **grau de segurança para ensinar** aos discentes conteúdos e habilidades característicos da atenção básica, 65% dos professores reiteraram estar “totalmente ou razoavelmente” seguros, 24,7% atestaram estar “pouco seguros” e apenas 10,4% alegaram estar “totalmente inseguros” (Gráfico 9). Cabe lembrar que 71,3% dos docentes relataram não ter tido formação generalista com ênfase em APS (Gráfico 6); à vista disso, questiona-se como podem os docentes se sentirem seguros para atuar na APS e ensinar sobre APS se não tiveram uma formação generalista e se a discussão nessa pesquisa aponta para uma direção diametralmente oposta?

Conforme Freire (1996) & Tardiff (2002), a prática docente espontânea, “desarmada”, fundamentada apenas na experimentação ou na aplicação de teorias descontextualizadas, certamente produz um saber “ingênuo”^(112,113).

“É preciso que, pelo contrário, desde os começos do processo, vá ficando cada vez mais claro que, embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao for-mar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É neste sentido que

ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro (FREIRE, 1996)”.

“A prática profissional não é vista, assim, como um simples campo de aplicação de teorias elaboradas fora dela, por exemplo nos centros de pesquisa e nos laboratórios. Ela torna-se um espaço original e relativamente autônomo de aprendizagem e de formação para os futuros práticos, bem como um espaço de produção de saberes e de práticas inovadoras pelos professores experientes (TARDIFF, 2002)”

Vale problematizar que para a aprendizagem de competências e habilidades de atenção primária não cabe um processo de ensino passivo, em que os discentes são comparados a “contas bancárias” de depósito de conhecimento, nesse cenário o ensino se faz em serviço. De mais a mais, os dados dessa pesquisa apontaram insuficiente integração docente assistencial e integralidade da atenção; desconhecimento do funcionamento das USFs; pouca realização de atividades com grupos populacionais com demandas específicas e pouco envolvimento no modelo de gestão e nos projetos de intervenção coletiva; baixa participação em movimentos sociais e pouco incentivo à participação popular; dificuldades de caracterização do perfil epidemiológico e de realização de diagnóstico da situação de saúde territorial; ineficiência de práticas de vigilância em saúde, de rastreamento de doenças e de imunização e prevenção quaternária; fragilidade nos vínculos, nas atividades de acolhimento, na longitudinalidade, na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe realizado pelos docentes; insuficiente abordagem à família com desinteresse pelo cuidado domiciliar; pouca realização de plano terapêutico singular; abordagem pouco qualificada à violência, abusos e maus tratos; resistência a outras racionalidades médicas; negligência do uso racional de medicamentos; não compreensão da importância da contrarreferência e baixa qualificação para realizar a referência, utilizar prontuário eletrônico ou telessaúde; pouca valorização da educação permanente em serviço; baixa qualidade do conteúdo de APS na graduação e inserção insuficiente do currículo da FMB nos serviços de APS; além de um perfil docente especializado, com pouco interesse nos aspectos pedagógicos e nos processos de transformação curricular. A partir disso, conclui-se que esse grau de segurança provavelmente está relacionado a uma visão restrita da formação generalista, conforme o modelo tradicional flexenariano; pois enxerga a atuação na APS como “mais fácil” ou que exige menor densidade tecnológica e pouca capacidade técnica, o que justificaria se sentir seguro para atuar nesse cenário.

Nessa medicina tecnológica, verifica-se um empobrecimento da valise das tecnologias leves, no qual “o trabalho vivo em ato é capturado” pela “lógica instrumental de produção do cuidado (trabalho morto)” e explicitado em saberes tecnológicos cada vez mais focalizados, reduzindo a ação do médico à produção de procedimentos, cuja clínica não “usuário centrada” é focada no consumo de insumos médicos, na pesquisa biológica ou nos atos prescritivos ou pouco relacionais. Essa produção “procedimento centrada” dos atos em saúde faz das microdecisões dos médicos combinar-se com as microdecisões pretendidas pelos atos produtivos do capital⁽⁶⁰⁻⁶²⁾.

“Que tipo de crise tecnológica e assistencial é essa?

(...) Que crise é essa que não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo na possibilidade material de se atuar diante do problema apresentado.

(...) Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema (MERHY, 2004)”.

“Esta modelagem é possível de ser assumida por uma lógica de produção capitalista que vê na parceria entre os serviços da medicina tecnológica (com seus equipamentos e saberes focais bem estruturados) e o capital industrial um produtivo terreno de investimento e de acumulação, tanto no plano dos serviços empresariais da saúde, quanto no das indústrias de equipamentos e medicamentos.

(...) Sob este modelo, as situações mais comuns que podem expressar suas tensões são, de um lado, a busca permanente no plano do discurso de um perfil profissional mais generalista - fato que nunca se realizará -, e de outro, a perseguição incessante de modalidades de baixo custo para a produção dos atos de saúde que, ao não romperem com a base desta modalidade de produção, acabam sempre em uma ação de mudança na conservação, não estabelecendo de fato um novo compromisso com a eficácia e efetividade, em torno das necessidades dos usuários, mas sim com modalidades simplificadas consumidoras de menos tecnologias duras ou endurecidas. E, por último, um movimento consumista do usuário, como que para compensar a baixa efetividade do mesmo.

(...) Este processo procura promover a troca de um médico centrado em procedimentos por um outro ordenado a partir das relações cuidadoras, mas opera esta transição afirmando mais um cuidador do capital do que um cuidador do usuário (MERHY, 2000).”

Logo, a abordagem em saúde não tem como centro o campo relacional, relegando ao plano secundário a “dimensão relacional do cuidado em saúde, das intersubjetividades operantes e da produção subjetiva do cuidado”. Nessa perspectiva, o que tem se percebido no currículo da FMB é uma multiplicação de disciplinas, conteúdos e tempos, substituindo uma relação médico-paciente centrada no subjetivismo pelo objetivismo de exames de diagnóstico e prescrições medicamentosas⁽¹¹⁴⁾. Sendo assim, ao invés da formação generalista, vê-se uma

formação fragmentada na tentativa fracassada de formar médicos poliespecialistas ou clínicos gerais com conhecimento básico em todas as especialidades⁽³⁹⁾.

Por fim, cabe reavaliar que uma inserção extremamente baixa da FMB na APS pode ter sido ‘pano de fundo’ para o não desenvolvimento de outros elementos que só seriam possíveis com a exposição a esse cenário de prática; caracterizando-se, portanto, mais um viés dessa pesquisa. Além disso, esse baixo interesse de atuação na APS referido pelos entrevistados deve representar um percentual bem superior aos dados apresentados se todos ou um número maior de docentes tivessem participado dessa pesquisa, já que provalmente haveria mais baixa vinculação e identificação com a APS. Isso, após essa análise de todos os resultados encontrados, revela o quanto a FMB está distante de um curso onde a APS tenha a importância prevista nas DCNs e sugere que somente com uma mudança no perfil docente conseguiremos alcançar estas mudanças, ou seja, faz-se necessária uma mudança no perfil do docente concursado em TODOS os departamentos, ampliando significativamente o número de médicos docentes com formação e interesse na APS.

Sendo assim, é necessário a FMB encarar seriamente esse cenário e repensar os compromissos de sua educação médica. E uma formação que sensibilize os estudantes e docentes com as necessidades de saúde do seu povo é fundamental para não se subverter a essa lógica do capital, para a conquista de direitos, para a quebra das barreiras de acesso construídas historicamente, para a formação de profissionais comprometidos com a atenção básica e com o SUS, além de possibilitar a transformação das próprias práticas e maneiras de se fazer saúde.

VII. CONCLUSÕES

1. A maioria dos docentes se sente segura em atuar na atenção primária à saúde (APS) e em ensinar conteúdos e habilidades de APS, no entanto, não tiveram uma formação generalista com foco em APS em seu processo de formação e o conhecimento sobre as DCNs é deficiente. Ademais, identificam-se grandes deficiências relacionadas à docência e ao processo de ensino-aprendizagem em APS na FMB-UFBA; e nota-se que vieses relacionados à baixa participação de docentes na pesquisa e à inserção extremamente baixa na APS podem ter interferido em outros resultados da pesquisa.

2. Percebe-se uma grande fragilidade nos vínculos, nas atividades de acolhimento, na longitudinalidade, na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe estabelecidos pelos docentes da FMB, além de frágeis ações de referência e contrarreferência e de utilização de instrumentos tecnológicos, como prontuário eletrônico e telessaúde. Nota-se resistência a outras racionalidades médicas; com raras ações curriculares de educação permanente em serviço; de práticas de vigilância em saúde, de rastreamento de doenças e de imunização; e de atividades de prevenção quaternária e de abordagem ao uso racional de medicamentos. Acrescenta-se a insuficiente abordagem à família e à comunidade, com baixa frequência ou inexistente realização de atividades de cuidado domiciliar; de plano terapêutico singular; de abordagem qualificada à violência, aos abusos e aos maus tratos e às populações marginalizadas ou com demanda específica. Além disso, as atividades curriculares de incentivo à participação popular, ou relacionadas ao controle social do SUS, são raras ou superficiais.

3. Identifica-se um perfil docente com grau elevado de formação especializada, com pouco interesse nos aspectos pedagógicos e nos processos de transformação curricular; escassos médicos de saúde da família e comunidade e quase inexistência de profissionais de outras áreas com inserção na APS. Nota-se uma baixa qualidade de conteúdos de APS na graduação e inserção insuficiente do currículo da FMB na rede de serviços de Atenção Básica do SUS; desconhecimento do pleno funcionamento das USFs, pouco envolvimento no modelo de gestão e nos projetos de intervenção coletiva; dificuldades de caracterização do perfil epidemiológico e de realização de diagnóstico da situação de saúde territorial e insuficiente integração ensino-serviço-comunidade. Os cenários de prática são em sua maioria em ambulatorios especializados ou serviços hospitalares e há uma perspectiva de atuação meramente ambulatorial realizada no cenário da USF.

4. Maioria afirma, no plano do discurso, ser importante formar médicos para trabalhar na APS e considera importante a implementação de eixo de APS na graduação; porém na prática, boa parte não tem interesse em atuar na APS e se mantém distante desse cenário.

5. A reforma curricular esbarrou-se em muitos problemas, como a resistência docente a mudanças, a não efetivação da modularização dos componentes e pouca redução de carga horária, e percebe-se um currículo fragmentado, com multiplicação de disciplinas e conteúdos, em que a APS não é norteadora do modelo de formação e sim a formação especializada. É necessário uma mudança no perfil do docente concursado em todos os departamentos para a ampliação de médicos docentes com formação e interesse na APS. Logo, é preciso a FMB repensar os compromissos de sua educação médica, bem como são necessários outros estudos qualitativos complementares para a proposição de soluções, bem como novos processos de mudanças.

VIII. SUMARRY

MEDICAL TRAINING AND TEACHING IN PRIMARY HEALTH CARE: PERCEPTIONS OF FEDERAL UNIVERSITY OF BAHIA, FACULTY OF MEDICINE'S PROFESSORS.

Objectives: To analyze the perception of UFBA's undergraduate medical course professors on teaching in Primary Health Care (PHC). **Background:** In the context of the development of American capitalism, with the existing tendency to profit from health care, the biomedical model became hegemonic in the United States during the 20th century; and the 1912 Flexner Report served as the basis for medical education worldwide. New models of health care were proposed and, after the Alma-Ata Conference, Primary Health Care (PHC) stood out as the basis of health systems. With the creation of the Brazilian Public health (SUS) in 1988, there was a convergence towards the installation of a comprehensive PHC model, with the expansion of the Family Health Strategy in Brazil, and changes in the scope of medical education became necessary. **Methods:** A cross-sectional qualitative and quantitative study based on the application of questionnaires, sent by electronic means to all the professors of the Medicine Faculty of Bahia in the semesters 2015.2 and 2016.1, who voluntarily agreed to participate on the study. The questions were grouped in the following blocks: 1- Characterization of the study population and factors related to their health training; 2- Medical course factors directly or indirectly related to PHC; 3- Factors related to teaching in PHC. **Results:** 82 professors answered the questionnaire. **Ethical Considerations:** Participation was voluntary and all subjects in the study agreed to the informed consent form. The authors did not have any conflicts of interest in the study. **Discussion and conclusions:** Most professors feel secure working in primary health care (PHC) and teaching related content and skills, however, they did not have a generalist background with a focus on PHC in their training process and their knowledge on the National curricular guidelines was deficient. In addition, major deficiencies related to teaching and to the teaching-learning process in PHC in FMB-UFBA were identified, and it is necessary to rethink the commitments of medical education and stimulate new processes of change.

Key words: 1. Primary Health Care. 2. Medical Education. 3. Family Health.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BREILH, J. **Determinantes sociais da saúde: entrevista com Jaime Breilh**. Rio de Janeiro: CEBES. 2011. Disponível em: <http://cebes.org.br/2011/11/determinantes-sociais-da-saude-entrevista-com-jaime-breilh/>. Acesso em 16 de outubro de 2015.
2. CZERESNIA, D; ALMEIDA FILHO, N. **O que é Saúde?** [entrevista no programa Ciência e Letras; Canal Saúde]. Psicanálises e Humanidades. Publicado em 09 de Janeiro de 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gLoCt4PemEc>. Acesso em 12 de Setembro de 2015.
3. DA ROS, MA; MARINS, JJN. **A ideologia nos cursos de medicina**. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, p. 224-44, 2004.
4. FEDERAL, Senado. **Constituição federal de 1988**. Retrieved March, v. 13, p. 2004, 2003.
5. CAMPOS, GWS. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. CAMPOS, GWS Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
6. DE SOUSA, MFA. **A influência da indústria farmacêutica na formação e na prática médica: percepção dos discentes e docentes da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia**. 2014.
7. MENDES EV. **A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica**. Belo Horizonte: PUC/FINEP; 1985.
8. PAGLIOSA, FL.; DA ROS, MA. **O relatório Flexner: para o bem e para o mal**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n. 4, p. 492-99, 2008.
9. FLEXNER A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4)
10. FOUCAULT, M. **Crise da medicina ou crise da antimedicina**. verve. revista semestral autogestionária do Nu-Sol., n. 18, 2010.
11. LEIRO, FD. **A relação do estudante de medicina da Universidade Federal da Bahia com a atenção primária à saúde** / Felipe Dantas Leiro. Salvador: FD, Leiro, 2014. L531. vii; 60 fls.
12. PAIM, JS. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ 2012. p. 459-91.

13. MELLO, GA; FONTANELLA, BJB; DEMARZO, MMP. **Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais**. Revista de APS, v. 12, n. 2, p. 204-13, 2009.
14. GIOVANELLA L., **Atenção Primária à Saúde**. Giovanella, L. etal.orgs. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2.ed. rev. e amp. p. 493-546. Disponível em: SciELO Books <<http://boooks.scielo.org>>. Acesso em 26 de outubro de 2015.
15. 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.
16. STARFIELD, B. **Is primary care essential?**. Lancet, v. 344, n. 8930, p. 1129-33, Out. 1994.
17. 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.
18. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
19. LUNA RL. **Um novo paradigma de Ensino Médico**. Revista Brasileira de Educação Médica. 2001; 25(1):42-52.
20. GUSSO, G.; LOPES JMC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. – Dados Eletrônicos. ISBN 978-85-363-2797-6 (obra completa). Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em 24 de Dezembro de 2016.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília-DF, 30 dez. 2010.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 31/12/1990, Página 25694. Brasília, DF; 1990.
24. MERHY EE, ACIOLE GG. **Em busca da nova escola médica: a CINAEM e a construção dos novos paradigmas para a formação em medicina**. Disponível em:

- <<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/indexados-12.pdf>>. Acesso em 22 de Fevereiro de 2016.
25. 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.
 26. FORMIGLI VL.; LIMA MAG.; ARAÚJO, IB.; FAGUNDES, NC.; MACEDO, RDA. **Projeto político-pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB/UFBA**. Gaz Méd Bahia, 2010; 80(1):3-47.
 27. GUSSO, G.; MARINS, JJJ.; DEMARZO MMP, BELACIANO MI, ALMEIDA RCC, STEIN AT, et al. **Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina - SBMFC e ABEM**. Cad ABEM. 2009 [online]; 5: 13-20. Disponível em: <http://www.abemeducmed.org.br/pdf_caderno5/atencao_primaria_saude.pdf>. [Acesso em 1 nov. 2010].
 28. BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o **Programa Mais Médicos**, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 23 out. 2013d. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina1&data=23/10/2013>>. Acesso em: 22 de maio de 2014.
 29. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília; 2014.
 30. FMB-UFBA. Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. **Site**. Dados On-line. Disponível em: <<http://www.fameb.ufba.br/>>. Acesso em 30 de Janeiro de 2017.
 31. SOUSA, DAB. **Educação médica no contexto da docência: a formação pedagógica dos docentes da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia** / Daniel Andrade Barreto de Sousa. – 2016.
 32. LAMPERT, JB. **Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no Panorama atual e perspectivas**. Gazeta Médica da Bahia, v. 78, n. 1, 2008.
 33. DAHLGREN G.; WHITEHEAD M. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
 34. CARVALHO, RRP. **CINAEM - Avaliação do Ensino Médico em Nova Fase**. Portal Médico, CFM, 1998. Acesso em 09 de Janeiro de 2017. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais1998/0898/cinaem.htm>>.

35. ISSA, AHTM. **Percepções discentes sobre a Estratégia de Saúde da Família e a escolha pela especialidade de Medicina de Família e Comunidade** [manuscrito] / Afonso Henrique Teixeira Magalhães Issa. - 2013.
36. CAVALCANTE NETO, PG. **Opiniões de estudantes de medicina sobre as perspectivas de especialização e prática profissional no Programa Saúde da Família**. 2008. Dissertação. (Mestrado em Medicina). Departamento de Medicina Comunitária. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
37. OLIVEIRA, FP. Diretor Adjunto do DEGES/SGTES/MS. **Residência de MFC e o Desafio de Vagas Ociosas**. 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Belém-PA. 31 de Maio de 2013.
38. SCHEFFER, M. (coord.). **Demografia médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USF. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015. 284 páginas. ISBN: 978-85-89656-22-1
39. 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.
40. SISSON MC. **Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais**. Rev Bras Educ Méd. 2009; 33(1 Supl. 1):92-03.
41. SCOTT, I.; GOWANS, M.; WRIGHT, B.; BRENNEIS, F.; BANNER, S.; BOONE, J. **Determinants of choosing a career in family medicine**. Canadian Medical Association Journal. v. 183, n.1, p. 1-8, jan. 2011.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria Nº 1, de 6 de Janeiro de 2017. **Programa Mais Médicos Para o Brasil, PMMB. Divulga a relação dos médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, com inscrição validada para os Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde, e aptos a escolha de municípios**, nos termos do Edital SGTES/MS nº 19, de 10 de novembro de 2016. Disponível em: <<http://maismedicos.saude.gov.br/>>. Acesso em 11 de Janeiro de 2017.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2013**. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Diário Oficial da União - 30/08/2012. Brasília, DF; 2012.
44. OLID, AS.; ZURRO, AM.; VILLA, JJ.; HIJAR, AM.; TUDURI, XM.; PUIME, ÀO; ALONSO-COELHO, P. **Medical students' perceptions and attitudes about family practice: a qualitative research synthesis**. BMC Medical Education. Londres, v. 12, 2012.

45. BULÇÃO, LG.; SAYD, JD. **As Razões da Escola Médica: Sobre Professores e seus valores. Os Valores dos Médicos e os Impasses da Escola Médica.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 13, p. 11-38, jun. 2003.
46. CARNEIRO AP. **A medicina de família. Seminário sobre “A formação do médico generalista”.** Rev Bras Educ Med. 1978 (1 supl.): 19.
47. AMORETTI, Rogério. **A educação médica diante das necessidades sociais em saúde.** Rev bras educ méd, v. 29, n. 2, p. 136-46, 2005.
48. ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde?** In: Temas em saúde. Fiocruz, 2011.
49. MARX, Karl. Le Capital. 1872.
50. KEMP A, EDLER FC. **A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas.** Hist. cienc. saúde-Manguinhos. 2004; 11(3): 569-85.
51. GALLI A. **Argentina: Transformacion Curricular.** Educ Med Salud. 1989; 23(4)
52. COSTA NMSC. **A formação e as práticas educativas de professores de medicina: uma abordagem etnográfica.** [tese] São Paulo: Pontifica Universidade Católica de São Paulo; 2005. 201. Pág. 123.
53. COSTA, NMSC. **Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? Revista brasileira educação médica,** v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.
54. UFBA. Conselho Universitário. **Resolução nº 01 de 28 de junho 2011.** Aprova o Regimento Interno da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Salvador; Palácio da Reitoria. 2011.
55. FMB-UFBA (Org. MARAMBAIA, MA.). **Projeto de Operacionalização do Eixo de Atenção Primária à Saúde.** Grupo de Trabalho de Atenção Primária à Saúde; instituído pela Portaria FMB Nº 036/2016. Salvador: Outubro de 2016.
56. HAMAMOTO FILHO, PT. **Student Leagues: motivations and criticisms regarding a necessary reconsideration.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 35, n. 4, p. 535-543, 2011.
57. HUMANIZASUS, Rede. **A Formação do Profissional de Saúde – A Saúde Preventivista.** Disponível em : <<http://www.redehumanizaus.net/11545-a-formacao-do-profissional-de-saude-a-saude-preventivista>>. Acesso em 16 de Janeiro de 2017.
58. ALMEIDA FILHO N.; PAIM JS. **A saúde coletiva e a nova saúde pública novo paradigma ou velha retórica?** Salvador, 1997. (Texto para discussão, comissionado pela OPS).

59. AROUCA, ASS. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** Unesp, 2003.
60. FRANCO, TB; MERHY, EE. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado.** Merhy E, Franco TB. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, p. 151-171, 2013.
61. MERHY, EE. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde.** Interface-comunicação, saúde, educação, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.
62. MERHY, EE. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004.
63. PINTO LLS.; PEREIRA JLB. **Um exercício para o docente na perspectiva da transformação curricular do curso médico.** In: José Tavares-Neto. (Org.). Contribuições das especialidades médicas à atenção primária a saúde. Salvador: contexto, 2006; p. 31-34.
64. GONDIM, GMM.; MONKEN, M.; ROJAS, LI.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; NAVARRO, MBMA.; GRACIE, R. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização.** Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-55, 2008.
65. PINHEIRO RS. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(4): 687-707
66. EACHUS J. **Deprivation and cause specific morbidity: evidence from the somerset and avon survey of heath.** BMJ. 1996; 312 (7026): 287-92.
67. BRASIL. Decreto n. 7053, de 23 de dezembro de 2009. **Institui a política nacional para a população em situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá providências.** Diário Oficial da União, 2009; Seção 1: 46-7
68. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança e aleitamento materno. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde;** 2009.
69. LAGUARDIA, J.; DOMINGUES, CMA.; CARVALHO, C; LAUERMAN, CR.; MACÁRIO, E.; GLATT, R. **Sistemas de informação de agravos de notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde.** Epidemiologia e Serviço de Saúde. 2004; 13 (3): 135-47.
70. BENTZEN N, editor. **Wonca dictionary of general/family practice.** Copenhagen: Wonca; 2003.

71. WELCH, HG.; SCHWARTZ, L.; WOLOSHIN, S. **Overdiagnosed**. Boston: Beacon; 2011.
72. STARFIEL, B.; HYDEL, J.; GÉRVAZ, J.; HEATH, I. **The concept of prevention: a good idea gone astray?** *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62 (7): 580-3
73. JAMOULLE, M.; GUSSO, G. **Prevenção Quaternária: primeiro não causar dano**. In: GUSSO, G.; LOPES JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. – Dados Eletrônicos. ISBN 978-85-363-2797-6 (obra completa). Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v. Cap. 24; Pag. 205-11.
74. GÉRVAZ, J.; FERNÁNDEZ, MP. **Proteção dos pacientes contra os excessos e danos das atividades preventivas**. In: GUSSO, G.; LOPES JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. – Dados Eletrônicos. ISBN 978-85-363-2797-6 (obra completa). Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v. Cap. 25; Pag. 212-20.
75. ILLICH I. **Némésis médica: l'expropriation de la santé**. Paris: Seuil; 1975.
76. DIAS, LC. **Abordagem Familiar**. In: GUSSO, G.; LOPES JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. – Dados Eletrônicos. ISBN 978-85-363-2797-6 (obra completa). Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v. Cap.26; Pag. 221-32.
77. BARRETO AP. **Terapia Comunitária: passo a passo**. 5. Ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
78. BERTALANFFY, LV. **Teoria geral dos sistemas**. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
79. MIRANDA, FAC; COELHO, EBS; MORÉ, CLOO. **Projeto terapêutico singular** [Recurso eletrônico] – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis; 2012.
80. SBP. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**. **Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)**. Centro Latino - Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves). Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). FIOCRUZ. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Ministério da Justiça. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Março de 2001.
81. KRUG, EG.; DALHBERG, LL.; MERCY, JÁ.; ZWY. AB.; LOZANO, R., editores. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: World Health Organization; 2002.
82. STEWART M. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed; 2010.
83. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

- Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf>. Acesso em 30 de janeiro de 2017.
84. BREHMER, LCF; VERDI, M. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 7, 2010.
85. BRUNELLO, MEF.; PONCE, MAZ.; ASSIS, EGD.; ANDRADE, RLDP.; SCATENA, LM.; PALHA, PF.; VILLA, TCS. **O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007)**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 1, p. 131-35, 2010.
86. RAMIRES, VRR. **As transições familiares: a perspectiva de crianças e pré-adolescentes**. Psicologia em estudo, v. 9, n. 2, p. 183-93, 2004.
87. PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
88. 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, v. 16, n. supl 1, p. 1029-42, 2011.
89. NERY FILHO, A. **Por que os humanos usam drogas?**. In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Orgs.). Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, p. 11, 2010.
90. RODRIGUES, RA. **O que é Redução de Danos? Uma olhar da cidadania...** In: Cartilha sobre Drogas da Coordenação de Cultura. Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. DENEM-Brazil; 09 de Dezembro de 2015. Pag. 37-9. Disponível em: <<http://www.denem.org.br/cartilhas/>>. Acesso em 28 de Janeiro de 2017.
91. RODRIGUES, RA. **Para Além da Redução de Danos...** In: Cartilha sobre Drogas da Coordenação de Cultura. Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM-Brazil. Publicado em 09 de Dezembro de 2015. Pag. 40-5. Disponível em: <<http://www.denem.org.br/cartilhas/>>. Acesso em 28 de Janeiro de 2017.
92. 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**. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008; 32(1):83-9.
93. KAWAMOTO, EE.; SANTOS, MCH.; MATOS, TM. **Enfermagem Comunitária: visita domiciliária**. São Paulo: EPU, 1995.

94. 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.
95. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
96. LOCH-NECKEL, G.; CARMIGNAN, F.; CREPALDI, MA. **A homeopatia no SUS na perspectiva de estudantes da área da saúde.** Rev Bras Educ Med, v. 34, n. 1, p. 82-90, 2010.
97. JOÃO, WSJ. **Reflexões sobre o Uso Racional de Medicamentos.** Pharmacia Brasileira, v. 78, 2010.
98. COSTA, SM.; FERREIRA, A.; XAVIER, LR.; GUERRA, PNS.; RODRIGUES, CAQ. **Referência e Contrarreferência na Saúde da Família: percepção dos profissionais de saúde.** Revista de APS, v. 16, n. 3, 2014.
99. SERRA, CG.; RODRIGUES, PHA. **Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil).** Ciênc Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 3579-86, 2010.
100. CASTRO FILHO, ED.; HARZHEIN, E.; SHMITZ, CAA.; SIQUEIRA, AC. **Telessaúde para Atenção Primária à Saúde.** In: GUSSO, G.; LOPES JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. – Dados Eletrônicos. ISBN 978-85-363-2797-6 (obra completa). Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v.
101. ROMAN AC. **Informatização do registro clínico essencial para a atenção primária à saúde: um instrumento de apoio às equipes da estratégia da saúde da família.** São Paulo; 2009.
102. BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. Departamento de Atenção Básica. **Sistema e-SUS Atenção Básica. Manual de Exportação – API Thrift.** 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/esus>>. Acesso em 24 de Dezembro de 2016.
103. BRASIL. COSTA NETO, MM. (org.). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação Permanente.** Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [Cadernos de Atenção Básica 3].
104. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [Caderno de Atenção Básica 1].

105. JAPIASSU, H. Prefácio. In: FAZENDA, Ivani Catarina Arantes (Org.). **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?** São Paulo: Loyola, 1979.
106. SANTOS, MAM.; CUTOLO, LRA. **A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família.** Arquivos catarinenses de medicina. 2003; 32(4).
107. GOMES, DCR. (org). **Interdisciplinaridade em Saúde: um princípio a ser resgatado.** Uberlândia: Edufu, 1997.
108. JAPIASSU H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.
109. ESPERIDIÃO, M.A. Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde. In.: Paim, J.S.; Almeida-Filho, N. 2014. Cap. 18, p. 245-59.
110. VIEIRA JUNIOR, RJA. As inconstitucionalidades do " Novo Regime Fiscal" instituído pela PEC nº 55, de 2016 (PEC nº 241, de 2016, na Câmara dos Deputados). Boletim Legislativo 53. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Consultoria Legislativa. Senado Federal. Novembro; 2016.
111. AKERMAN, M. **“Currículo oculto”:** há que se evidenciar ainda mais a sua associação com preconceitos, abusos, humilhações, e violências nas escolas médicas. In: Cartilha Trote e Currículo Oculto: A formação médica para além do que se vê. Coordenação de Cultura. Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. DENEM-Brazil; 24 de Julho de 2015. Pag. 06-9. Disponível em: < <http://www.denem.org.br/2017/01/14/trote-e-curriculo-oculto-cocult/>>. Acesso em 28 de Janeiro de 2017.
112. FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa.** São Paulo, Paz e Terra. 1996.
113. TARDIFF, M. **Saberes docentes e formação profissional.** Petrópolis, Vozes. 2002.
114. FEUERWERKER LCM. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec; 2002.

X. ANEXOS

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: Formação Médica e Docência em Atenção Primária à Saúde: Percepções dos docentes do curso de medicina da Universidade Federal da Bahia.

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) pelo discente de Medicina, Rodrigo Alves Rodrigues, matrícula 213103220 do curso de graduação da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, sob orientação da docente Dra. Lorene Louise Silva Pinto (CRM 7106) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, para participar deste estudo, e está sendo informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, com o título acima citado. O objetivo principal desta pesquisa é analisar a percepção dos docentes do curso de graduação em medicina da UFBA sobre o ensino e a docência em Atenção Primária à Saúde (APS).

A pessoa responsável por esse convite está justificando este estudo porque deseja saber dados e informações sobre sua profissão, formação ou vida acadêmica e informações sobre o que o(a) Sr.(a) pensa sobre questões gerais a respeito de: princípios e diretrizes da APS; diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina; inserção na rede de APS e na comunidade; ensino e docência em APS; cuidado em saúde.

Após leitura deste documento e esclarecido seus termos, o responsável pela pesquisa lhe deixa ciente que, caso deseje participar do estudo, terá o direito de saber os seus resultados. Segundo as informações prestadas, a pesquisa consta de levantamento de alguns dados pessoais, e o(a) Sr.(a) está sendo informado que pode deixar de responder parte ou todas as perguntas constantes no questionário. Será aplicado um questionário, não identificado, contendo informações que possam influenciar na sua percepção sobre a docência e a prática médica em atenção primária à saúde. Esclarecemos a possibilidade de haver desconforto ou constrangimento ao entrevistado no momento da abordagem, mas serão adotados os cuidados necessários para minimizar tais possibilidades. Os registros da sua participação no estudo serão mantidos confidencialmente, sendo do conhecimento apenas dos próprios autores e do orientador do projeto. A sua anuência sobre a participação no estudo implica na permissão para aplicação do questionário em anexo. Também solicitamos que o(a) Sr.(a) concorde com a publicação dos resultados coletados, sempre seguindo os aspectos éticos determinados na resolução 466/2012 do CNS.

Não será colhido nenhum material biológico dos entrevistados.

Também deixamos ciente que, caso o(a) Sr.(a) não aceite participar desta pesquisa, não terá qualquer tipo de prejuízo.

Informamos que, caso tenha alguma dúvida ou reclamação a fazer, poderá entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA). Telefone: (71) 3283-5564/ 8726-4038. E-mail: cepfmb@ufba.br. Endereço: Largo do Terreiro de Jesus s/nº Centro Histórico, CEP 40.026-010, Salvador, Bahia, Brasil.

Se o(a) Sr.(a) se considera suficientemente esclarecido e deseja participar da pesquisa, exclusivamente na condição de voluntário(a) sem nenhuma remuneração, marque a opção abaixo.

Concordo

NÃO Concordo.

Salvador, 17 de Maio de 2016.

Contato dos pesquisadores responsáveis:

Dr^a Lorene Louise Silva Pinto – orientadora do projeto – e-mail: lorene@ufba.br – 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.

Rodrigo Alves Rodrigues - Estudante da graduação de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia – autor do projeto – e-mail: digouniversidade@gmail.com, fone: (71) 996423114.

(DOCUMENTO GERADO ELETRONICAMENTE)

ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: TESTE PILOTO

As perguntas foram agrupadas de acordo com as dimensões a serem analisadas, distribuídas em três blocos.

As perguntas com o símbolo () foram retiradas ou adaptadas do instrumento de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “A relação do estudante da FMB-UFBA com a Atenção Primária à Saúde”, de autoria de Felipe Dantas Leiro, 2014¹¹.

I. Caracterização da População de Estudo e Fatores Relacionados à sua Formação em Saúde

1. Tempo de Formatura

Até 4 anos De 5 a 10 anos De 11 a 20 anos De 21 a 39 anos 40 anos ou mais

2. Tempo de Docência

Até 4 anos De 5 a 10 anos De 11 a 20 anos De 21 a 39 anos 40 anos ou mais

3. Formação/Área de Atuação:

Docente Médico (a):

- Atenção Primária à Saúde (APS)/Saúde da Família/Medicina de Família e Comunidade
- Saúde Pública/Medicina Preventiva e Social/Vigilância Sanitária
- Medicina Interna/Clínica Médica e/ou especialidades
- Urgência e Emergência
- Atenção Psicossocial/Saúde Mental/Psiquiatria
- Ginecologia e Obstetrícia
- Pediatria
- Clínica Cirúrgica e/ou especialidades
- Genética Médica/Medicina do Tráfego/Medicina do Trabalho/Medicina Esportiva/Medicina Física e Reabilitação/Medicina Legal/Medicina Nuclear/Patologia/Radioterapia.
- Pesquisa no campo da saúde
- Outros

() Docente não médico (a):

- () Atenção Primária à Saúde (APS)/ Saúde da Família
 - () Saúde Pública/ Vigilância Sanitária
 - () Urgência e Emergência
 - () Atenção Psicossocial/Saúde Mental
 - () Pesquisa no campo da saúde
 - () Não é profissional de saúde
 - () Outros
4. Você atua, como docente, na mesma área de formação/atuação médica?
() Sim () Não
5. Na sua percepção, você teve uma formação médica generalista, com ênfase na atenção primária à saúde?
() Sim () Não
6. Em sua opinião, qual o seu grau de segurança para atuar na Atenção Primária à Saúde?*
- () Totalmente inseguro () Pouco seguro () Razoavelmente seguro () Totalmente seguro
7. Você conhece os principais elementos, princípios, conteúdos e habilidades para atuação na Atenção Primária à Saúde, recomendados para a graduação em medicina pelas diretrizes curriculares nacionais de 2014?
() Sim () Parcialmente () Não
8. Tendo em vista sua condição de docente, qual o seu grau de segurança para ensinar aos discentes conteúdos e habilidades característicos da atenção básica?
() Totalmente inseguro () Pouco seguro () Razoavelmente seguro () Totalmente seguro
9. Você teve alguma inserção na APS durante ou após a sua graduação?
() Sim () Não
- Se 'Não', você tem o desejo de atuar na Atenção Primária?
() Sim () Não

II. Fatores do curso médico relacionados direta ou indiretamente ao Cuidado em APS:

a) Fatores indiretamente relacionados à APS:

10. Qual o seu tempo médio de permanência, como docente, exercendo atividade CURRICULAR em um mesmo ambulatório, junto com discentes?*

- () Até 1 mês () 1 a 2 meses () 2 a 4 meses () 4 a 6 meses () Mais de 6 meses
- 11.** Com que frequência, como docente, você fez acompanhamento de retorno de paciente atendido, junto com discentes, em um mesmo ambulatório de uma atividade CURRICULAR? *
- () Nunca () Raramente () Eventualmente () Frequentemente
- 12.** Com que frequência você estabeleceu um eficaz vínculo bidirecional (docente-paciente-docente) com os seus pacientes em sua atuação profissional, em atividades CURRICULARES? *
- () Nunca () Raramente () Eventualmente () Frequentemente
- 13.** Na sua percepção, do total de ambulatórios que você realizou Atividade CURRICULAR, qual o percentual de ambulatórios especializados? *
- (Obs.: NÃO considerar como ambulatório especializado aqueles que fazem abordagem generalista do paciente – pediatria geral, clinica geral, saúde integral da mulher, geriatria geral, saúde da família).
- () Até 25% () 26-50% () 51-75% () Mais de 75%
- 14.** Na docência, você já desenvolveu alguma ação em conjunto com profissionais e/ou estudantes de saúde de outras áreas, em atividades CURRICULARES? *
- () Nunca () Raramente () Eventualmente () Frequentemente
- 15.** Em relação à pergunta anterior, quais as atividades a seguir desenvolveu com estudantes e/ou profissionais de outras áreas? *
- () Educação em Saúde
 - () Acolhimento de usuários
 - () Discussão de Caso Clínico
 - () Reunião com equipe multiprofissional hospitalar
 - () Reunião de equipe de saúde da família (ESF)/núcleo de apoio à Saúde da família (NASF)
 - () Discussão de Plano Terapêutico Singular (PTS)
 - () Visita domiciliar
 - () Atividade de Vigilância Sanitária
 - () Aula teórica
 - () Outro: _____

b) Fatores diretamente relacionados à APS:

- 16.** Você teve a oportunidade de conhecer o funcionamento (incluindo atendimento ambulatorial, visitas domiciliares, acolhimento, atividades em grupo, reuniões de planejamento e gestão, etc.) de uma Unidade de Saúde da Família? *
- () Sim () Parcialmente () Não

- 17.** Você foi a campo conhecer espaços do Território (igrejas, grupos de idosos, creches, centro de esportes, centro comunitário, etc), onde a Unidade de Saúde da Família está inserida, que poderiam servir como rede de apoio aos usuários atendidos na USF, ou para a realização de atividades relacionadas ao serviço de saúde? *
- Nunca Superficialmente (apenas visitei) Eventualmente
 Frequentemente
- 18.** Teve contato com especificidades culturais da população atendida pela USF (língua, religião praticada, grupos de capoeira, música, dança ou outras manifestações culturais, utilização de moeda paralela ao real, uso de práticas medicinais alternativas, terreiro de candomblé etc.)? *
- Não tive contato nenhum Ouvi falar Tive contato superficialmente Familiarizei-me com maior parte da especificidades culturais da comunidade
- 19.** Você já realizou alguma atividade CURRICULAR com cenário ou grupo populacional com demanda específica?
- Sim, realizei com o seguinte grupo/cenário:
- Área Rural
 População em Situação de Rua
 Favelas
 População Ribeirinha
 Tragédias, Inundações ou Desastres
 População LGBT
 População Indígena
 População Negra
 Outro
- Não realizei:
- 20.** Com que frequência você realizou Visitas Domiciliares, em atividades CURRICULARES? *
- Nunca Raramente Eventualmente Frequentemente
- 21.** Durante as visitas domiciliares, com que frequência você realizou as seguintes atividades? *
- a.** Atendimento Clínico
 Nunca Raramente Eventualmente Frequentemente
- b.** Busca ativa de pacientes de risco
 Nunca Raramente Eventualmente Frequentemente
- c.** Atividade de educação em saúde
 Nunca Raramente Eventualmente Frequentemente
- d.** Elaboração de familiograma, ecomapa, ou outro instrumento semelhante utilizado na saúde da família
 Nunca Raramente Eventualmente Frequentemente
- e.** Identificação de riscos ambientais
 Nunca Raramente Eventualmente Frequentemente

f. Conhecer a realidade social da comunidade

Nunca Raramente Eventualmente Frequentemente

- 22.** Com que frequência, em atividades CURRICULARES junto com discentes, você teve contato com alguma instância formal de Controle Social do SUS ou de reunião de Conselho Gestor de unidade de saúde da família? *

Nunca Superficialmente (apenas visitei) Eventualmente Frequentemente Não Sei/Desconheço

- 23.** Com que frequência realizou alguma atividade de conscientização ou incentivo à participação popular, ou frequentou algum movimento social da comunidade, em atividades CURRICULARES? *

Nunca Superficialmente Eventualmente Frequentemente

- 24.** Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as seguintes atividades:

- a.** Fez diagnóstico da situação de saúde (de doenças prevalentes, com maior morbi-mortalidade) da população adscrita à USF, caracterização do perfil epidemiológico ou Rastreamento de doenças?

Nunca Raramente Eventualmente

Frequentemente Não Sei/Desconheço

- b.** Ações de Vigilância em Saúde ou atividades de imunização e vacinação?

Nunca Raramente Eventualmente

Frequentemente Não Sei/Desconheço

- c.** Ações de Referência e Contrarreferência em caso de encaminhamento de pacientes a outros serviços e instituições?

Nunca Raramente Eventualmente Frequentemente

Não Sei/Desconheço

- d.** Acompanhamento longitudinal para o cuidado de um paciente, grupo de risco ou população vulnerável, ou para atividade de redução de danos?

Várias vezes Poucas vezes Uma única vez Nunca

Não Sei/Desconheço

- e.** Identificação de problemas no processo de trabalho do serviço ou no modelo de gestão, bem como desenvolveu ou avaliou projetos de intervenção coletiva ou metas para planos de intervenção na comunidade?

Várias vezes Poucas vezes Uma única vez Nunca

Não Sei/Desconheço

- f.** Abordagem à violência doméstica ou contra a mulher, a situações de abuso sexual de crianças e adolescentes ou de abuso de idosos e maus-tratos?

Várias vezes Poucas vezes Uma única vez Nunca

Não Sei/Desconheço

- g.** Ações de Acolhimento em algum serviço de saúde?

Várias vezes Poucas vezes Uma única vez Nunca

Não Sei/Desconheço

- h.** Atividade de Educação Permanente em Saúde visando a uma formação continuada e em serviço?

Várias vezes Poucas vezes Uma única vez Nunca

Não Sei/Desconheço

- i.** Trabalho em equipe ou apoio matricial de equipes ou serviços de saúde?

- () Várias vezes () Poucas vezes () Uma única vez () Nunca
 () Não Sei/Desconheço
- j.** Discussão de Plano Terapêutico Singular ou Terapia Comunitária?
 () Várias vezes () Poucas vezes () Uma única vez () Nunca
 () Não Sei/Desconheço
- k.** Realização de Entrevista Motivacional ou Consulta e Abordagem centrada na família?
 () Várias vezes () Poucas vezes () Uma única vez () Nunca
 () Não Sei/Desconheço
- l.** Atividade de Prática Integrativa e Complementar no serviço de saúde?
 () Várias vezes () Poucas vezes () Uma única vez () Nunca
 () Não Sei/Desconheço
- m.** Ações de Prevenção Quaternária (busca da prevenção de iatrogenia causada por ações de prevenção unidirecionais ou excessivas)?
 () Várias vezes () Poucas vezes () Uma única vez () Nunca
 () Não Sei/Desconheço
- n.** Atividades ou grupos que busquem o Uso Racional de Medicamentos ou qualificação da Atenção Farmacêutica?
 () Várias vezes () Poucas vezes () Uma única vez () Nunca
 () Não Sei/Desconheço
- o.** Utilização de Prontuário Eletrônico ou Telessaúde em serviço de saúde primária?
 () Várias vezes () Poucas vezes () Uma única vez () Nunca
 () Não Sei/Desconheço
- 25.** Você já desenvolveu alguma atividade da graduação em outros serviços da rede de atenção primária, EXCETUANDO-SE as USFs, como Consultório na Rua, Consultório de Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Academia de Saúde, Farmácia Popular, Programa Saúde na Escola, Programa Melhor em Casa ou Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) ou de Apoio (EMAP)?
 () Várias vezes () Poucas vezes () Uma única vez () Nunca
 () Não Sei/Desconheço

II. Fatores relacionados ao Ensino e à Docência em APS:

- 26.** Você já realizou ou realiza alguma ação que vise à adequação de disciplina ou módulo curricular às novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014?
 () Sim () Não () Está em curso
- 27.** Participou de Programa Permanente de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, ou Fórum Pedagógico na FMB-UFBA?
 () Sim () Não
- 28.** Como você avalia o conteúdo curricular de Atenção Primária (teórico e prático) oferecido na graduação da FMB-UFBA?
 () Insuficiente () Suficiente () Excessivo () Não Sei/Desconheço
- 29.** Para você, qual a qualidade do ensino de Atenção Primária (teórico e prático)

- ministrado na graduação da FMB-UFBA?
() Péssimo () Baixa qualidade () Regular () Ótima Qualidade
- 30.** Em sua concepção, como é a inserção do curso de graduação da FMB-UFBA na rede de serviços de Atenção Básica do SUS?
() Insuficiente e de baixa qualidade () Insuficiente, mas de qualidade () Suficiente, mas de baixa qualidade () Suficiente e de qualidade () Excessiva
- 31.** Em sua opinião, qual a relevância de uma formação generalista, com ênfase na Atenção Primária, para o processo de formação médica?
() Irrelevante () Pouco relevante () Relevante () Muito relevante
- 32.** Na sua percepção, é importante formar médicos dispostos a atuar na atenção primária à saúde?*
- () Sim () Não
- 33.** Você incentiva, em suas aulas, os estudantes a atuarem na atenção primária à saúde ou na saúde da família, quando concluírem a graduação?
() Sim, incentivo cotidianamente () Sim, incentivo pouco () Não incentivo, mas desejo que atuem () Desaconselho a atuarem
- 34.** Você considera necessária a consolidação de um eixo de APS no currículo da FMB-UFBA, com inserção progressiva (do 1º ao 12º semestre) nos serviços de atenção básica?
() É muito importante () É desnecessário

ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



FACULDADE DE MEDICINA DA
BAHIA DA UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Formação Médica e Docência em Atenção Primária à Saúde: Percepções dos docentes do curso de medicina da Universidade Federal da Bahia

Pesquisador: Lorene Louise Silva Pinto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54535116.1.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Universidade Federal da Bahia - UFBA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.530.769

Apresentação do Projeto:

O modelo flexneriano ainda é hegemônico na grande maioria das faculdades de medicina do mundo, inclusive do Brasil. De fato, no século XX, com o desenvolvimento da economia política da medicina, do complexo médico-industrial, da indústria farmacêutica e do “consumo” da saúde; com o aumento populacional e intensificação das desigualdades sociais e dos problemas de natureza sanitária, como a mortalidade infantil, a desnutrição e as doenças infecto-parasitárias, primordialmente nos países subdesenvolvidos; o modelo biomédico começou a se mostrar caro, inacessível e ineficiente para a população. Dentre desse contexto, o movimento da “medicina comunitária” se conforma operacionalizando as ações da medicina preventiva, buscando integrar ações e serviços e introduzindo outras práticas e concepções, como a regionalização e a participação da comunidade na pactuação e dentre outros. A Conferência de Alma-Ata influenciou a implementação inicial de serviços municipais de saúde brasileiros, e após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o país adotou o termo Atenção Básica (AB) para denominar os serviços ambulatoriais de primeiro nível estabelecidos em âmbito municipal e no modelo de atenção. Com essas mudanças, em 2014, o Conselho Nacional de Saúde lançou as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina. Entre as principais proposições para a educação médica, estão a definição de competências, habilidades e conteúdos imprescindíveis para a formação,

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n

Bairro: PELOURINHO

CEP: 40.026-010

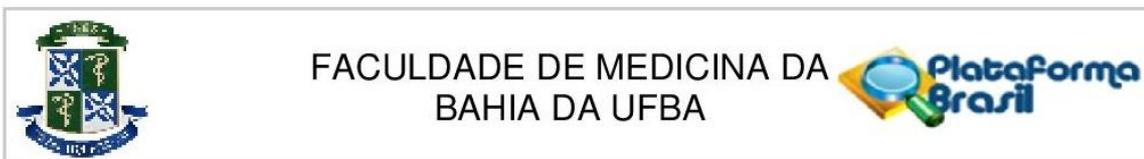
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-5564

Fax: (71)3283-5567

E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.530.769

estruturados em três áreas: Atenção à Saúde, que inclui atenção às necessidades de saúde individuais e coletivas, o desenvolvimento e avaliação de planos terapêuticos, a investigação dos problemas coletivos e outros. Nesse contexto faz-se a hipótese de que os docentes da Faculdade de Medicina da Bahia não valorizam o ensino e a docência em Atenção Primária à Saúde.

Trata-se de um estudo quali-quantitativo em que os 229 docentes do corpo docente das unidades de ensino da UFBA que atuam no curso de graduação em medicina da FMB-UFBA, que estejam atuando no curso no semestre de 2015.2, serão convidados a responder voluntariamente ao questionário da pesquisa, enviada por correio eletrônico. Inclui um questionário longo com 34 questões fechadas sobre a formação e atenção do participante da pesquisa na atenção básica.

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO

Analisar a percepção dos docentes do curso de graduação em medicina da UFBA sobre o ensino e a docência em Atenção Primária à Saúde (APS).

SECUNDÁRIOS

Verificar como os docentes percebem a presença dos princípios e diretrizes da APS no curso de graduação da FMB-UFBA;

Caracterizar a docência em APS na FMB-UFBA, para os ensinamentos teórico e prático;

Analisar a percepção do docente sobre a importância da APS no processo de formação médica;

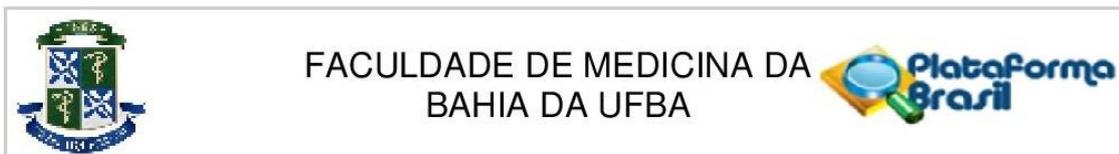
Contribuir com a consolidação do currículo do curso de graduação em medicina da FMB-UFBA, de acordo com as novas diretrizes curriculares nacionais de 2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

“A pesquisa consta de levantamento de alguns dados pessoais, e o entrevistado será informado que pode deixar de responder parte ou todas as perguntas constantes no questionário. Será aplicado um questionário não identificado contendo informações que possam influenciar na percepção do entrevistado sobre a docência e a prática médica em atenção primária à saúde.

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



Continuação do Parecer: 1.530.769

Esclarecemos a possibilidade de haver desconforto ou constrangimento ao entrevistado no momento da abordagem, mas serão adotados os cuidados necessários para minimizar tais possibilidades. Os registros da sua participação no estudo serão mantidos confidencialmente, sendo do conhecimento apenas dos próprios autores e do orientador do projeto. A sua anuência sobre a participação no estudo implica na permissão para aplicação do questionário em anexo."

BENEFÍCIOS

"Contribuir com a formação em atenção primária à saúde na Faculdade de Medicina da Bahia."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo sobre a formação, atuação, conhecimento e ensino do professor da faculdade sobre mudanças do currículo médico de 2014, emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde das Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina. Bem argumentado. ÉTICO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: contém as salvaguardas de sigilo e privacidade, e demais elementos da RES466/12. ADEQUADO.

ORÇAMENTO: R\$ 730. Próprio do investigador -ADEQUADO.

Cronograma: ADEQUADO.

Carta de confidencialidade dos participantes: anexada. ADEQUADA.

Contrapartida da instituição: anotada. ADEQUADA.

Recomendações:

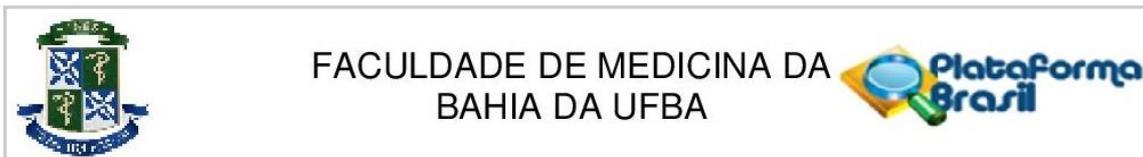
Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Investigadora responde às questões de sigilo adequadamente.

Protocolo de pesquisa sem pendências.

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



Continuação do Parecer: 1.530.769

Considerações Finais a critério do CEP:

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS).

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_668127.pdf	04/05/2016 15:10:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCIProjetoFinalizado030516.pdf	04/05/2016 15:08:33	Lorene Louise Silva Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE03052016.pdf	04/05/2016 15:06:59	Lorene Louise Silva Pinto	Aceito

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: 1.530.769

Ausência	TCLE03052016.pdf	04/05/2016 15:06:59	Lorene Louise Silva Pinto	Aceito
Orçamento	OrcamentoTCC.pdf	27/03/2016 21:13:20	Lorene Louise Silva Pinto	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoRodrigo.pdf	06/03/2016 21:20:04	Lorene Louise Silva Pinto	Aceito
Outros	TermodeSigiloeConfidencialidade.pdf	06/03/2016 21:19:17	Lorene Louise Silva Pinto	Aceito
Outros	TermodeCompromissoOrientador.pdf	06/03/2016 21:18:29	Lorene Louise Silva Pinto	Aceito
Cronograma	cronogramatcc.pdf	23/02/2016 22:09:09	Lorene Louise Silva Pinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 04 de Maio de 2016

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

ANEXO IV – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: VERSÃO FINAL DO QUESTIONÁRIO

Questionário da Monografia "Formação Médica e Docência em Atenção Primária à Saúde: Percepções dos docentes do curso de medicina da Universidade Federal da Bahia"

Caro(a) Professor(a),

Este questionário é uma ferramenta que servirá para coleta de dados à elaboração da monografia de conclusão de curso do Acadêmico Rodrigo Alves Rodrigues, sob orientação da Prof^a.

Dr^a. Lorene Louise Silva Pinto, de título: Formação Médica e Docência em Atenção Primária à Saúde: Percepções dos docentes do curso de medicina da Universidade Federal da Bahia.

Sua participação é de fundamental importância para a realização da pesquisa. O questionário consta de 35 questões divididas em 3 blocos: I- Caracterização da população de estudo e Fatores relacionados à sua Formação em Saúde; II- Fatores do curso médico relacionados direta ou indiretamente ao Cuidado em APS; III- Fatores relacionados ao Ensino e à Docência em APS. Não há resposta correta para as questões, pretendendo-se apenas observar o comportamento das respostas dos respondentes, de forma agrupada, garantindo assim o ANONIMATO.

Esperamos que os dados obtidos com essa pesquisa contribuam para o aprimoramento docente e o desenvolvimento institucional do eixo de atenção primária à saúde.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Número do Parecer: 1.479.223).

Eu e a Prof^a Dr^a Lorene Pinto estamos dispostos a esclarecer quaisquer dúvidas.

Desde já, obrigado!

Rodrigo Rodrigues (pesquisaapsfmb@gmail.com) - Acadêmico do 3º ano de Medicina pela FMB/UFBA.

Para ter acesso às perguntas é necessário concordar com o Termo de consentimento Livre Esclarecido.

Lembre-se de Clicar em "ENVIAR" ao término do questionário!

*Obrigatório

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) *

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: Formação Médica e Docência em Atenção Primária à Saúde: Percepções dos docentes do curso de medicina da Universidade Federal da Bahia. O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) pelo discente de Medicina, Rodrigo Alves Rodrigues, matrícula 213103220 do curso de graduação da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, sob orientação da docente Dra. Lorene Louise Silva Pinto (CRM 7106) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, para participar deste estudo, e está sendo informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, com o título acima citado. O objetivo principal desta pesquisa é analisar a percepção dos docentes do curso de graduação em medicina da UFBA sobre o ensino e a docência em Atenção Primária à Saúde (APS). A pessoa responsável por esse convite está justificando este estudo porque deseja saber dados e informações sobre sua profissão, formação ou vida acadêmica e informações sobre o que o(a) Sr.(a) pensa sobre questões gerais a respeito de: princípios e diretrizes da APS; diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina; inserção na rede de APS e na comunidade; ensino e docência em APS; cuidado em saúde. Após leitura deste documento e esclarecido seus termos, o responsável pela pesquisa lhe deixa ciente que, caso deseje participar do estudo, terá o direito de saber os seus resultados. Segundo as informações prestadas, a pesquisa consta de levantamento de alguns dados pessoais, e o(a) Sr.(a) está sendo informado que pode deixar de responder parte ou todas as perguntas constantes no questionário. Será aplicado um questionário, não identificado, contendo informações que possam influenciar na sua percepção sobre a docência e a prática médica em atenção primária à saúde. Esclarecemos a possibilidade de haver desconforto ou constrangimento ao entrevistado no momento da abordagem, mas serão adotados os cuidados necessários para minimizar tais possibilidades. Os registros da sua participação no estudo serão mantidos confidencialmente, sendo do conhecimento apenas dos próprios autores e do orientador do projeto. A sua anuência sobre a participação no estudo implica na permissão para aplicação do questionário em anexo. Também solicitamos que o(a) Sr.(a) concorde com a publicação dos resultados coletados, sempre seguindo os aspectos éticos determinados na resolução 466/2012 do CNS. Não será colhido nenhum material biológico dos entrevistados. Também deixamos ciente que, caso o(a) Sr.(a) não aceite participar desta pesquisa, não terá qualquer tipo de prejuízo. Informamos que, caso tenha alguma dúvida ou reclamação a fazer, poderá entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA). Telefone: (71) 3283-5564/ 8726-4038. E-mail: cepfmb@ufba.br. Endereço: Largo do Terreiro de Jesus s/nº Centro Histórico, CEP 40.026-010, Salvador, Bahia, Brasil. Se o(a) Sr.(a) se considera suficientemente esclarecido e deseja participar da pesquisa, exclusivamente na condição de voluntário(a) sem nenhuma remuneração, marque a opção abaixo. Contato dos pesquisadores responsáveis: Drª Lorene Louise Silva Pinto – orientadora do projeto – e-mail: lorene@ufba.br – 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. Rodrigo Alves Rodrigues - Estudante da graduação de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia – autor do projeto – e-mail: digouniversidade@gmail.com, fone: (71) 996423114.

- Concordo
- Não concordo

PRÓXIMA

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

I. Caracterização da população de estudo e Fatores relacionados à sua Formação em Saúde

1. Tempo de Formatura

- Até 4 anos
- De 5 a 10 anos
- De 11 a 20 anos
- De 21 a 39 anos
- 40 anos ou mais

2. Tempo de Docência

- Até 4 anos
- De 5 a 10 anos
- De 11 a 20 anos
- De 21 a 39 anos
- 40 anos ou mais

3.1 Qual a sua Formação/Graduação?

- Docente Médico(a)
- Docente NÃO Médico(a)

3.2 Qual a sua Área de Atuação?

3.2 Qual a sua Área de Atuação?

- Atenção Primária à Saúde (APS)/Saúde da Família/Medicina de Família e Comunidade
- Saúde Pública/Saúde Coletiva/Vigilância Sanitária/Medicina Preventiva e Social
- Atenção Psicossocial/Saúde Mental/Psiquiatria
- Urgência e Emergência
- Ginecologia e Obstetrícia
- Pediatria
- Medicina Interna/Clinica Médica e/ou especialidades
- Clínica Cirúrgica e/ou especialidades
- Genética Médica/Medicina do Tráfego/Medicina do Trabalho/Medicina Esportiva/Medicina Física e Reabilitação/Medicina Legal/Medicina Nuclear/Patologia/Radioterapia.
- Pesquisa no campo da saúde
- Não é profissional de Saúde
- Outros

4. Você atua, como docente, na mesma área de formação/atuação médica?

- Sim
- Não

5. Na sua percepção, você teve uma formação médica generalista, com ênfase na atenção primária à saúde?

- Sim
- Não

6. Em sua opinião, qual o seu grau de segurança para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS)?

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

7. Você conhece os principais elementos, princípios, conteúdos e habilidades para atuação na Atenção Primária à Saúde, recomendados para a graduação em medicina pelas diretrizes curriculares nacionais de 2014?

- Sim
- Parcialmente
- Não

8. Tendo em vista sua condição de docente, qual o seu grau de segurança para ensinar aos discentes conteúdos e habilidades característicos da atenção básica?

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

9. Você teve alguma inserção na Atenção Primária à Saúde durante ou após a sua graduação?

- Sim
- Não

10. Na atualidade, você tem o desejo ou interesse de atuar na Atenção Básica como profissional de saúde ou docente?

- Sim
- Não

VOLTAR

PRÓXIMA

Nunca envie senhas pelo Formulário Google.

II.a Fatores do curso médico relacionados **INDIRETAMENTE** ao Cuidado em APS:

11. Por quanto tempo no semestre você permanece, em atividade curricular, com a presença de estudantes no mesmo serviço?

Observação: O objetivo da pergunta é identificar o tempo médio de permanência do docente em curricular em um mesmo serviço, onde ocorrem as práticas das disciplinas, durante um semestre.

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

12. Com que frequência, você fez acompanhamento de retorno de paciente atendido, junto com discentes, em um mesmo ambulatório de uma atividade CURRICULAR?

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

13. Com que frequência você estabeleceu um eficaz vínculo bidirecional (docente-paciente-docente) com os seus pacientes em sua atuação profissional, em atividades CURRICULARES?

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

14. Na sua percepção, do total de ambulatórios que você realizou Atividade CURRICULAR, qual o percentual de ambulatórios especializados?

Observação: NÃO considerar como ambulatório especializado aqueles que fazem abordagem generalista do paciente – pediatria geral, clínica geral, saúde integral da mulher, geriatria geral, saúde da família.

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

15. Na docência, você já desenvolveu alguma ação em conjunto com profissionais e/ou estudantes de saúde de outras áreas, em atividades CURRICULARES?

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

16. Em relação à pergunta anterior, quais as atividades a seguir desenvolveu com estudantes e/ou profissionais de outras áreas?

ATENÇÃO: Responda a essa pergunta SOMENTE se tiver realizado alguma atividade com profissionais de OUTRAS áreas

- Educação em Saúde
- Acolhimento de usuários
- Discussão de Caso Clínico
- Reunião com equipe multiprofissional hospitalar
- Reunião de equipe de saúde da família (ESF)/núcleo de apoio à Saúde da família (NASF)
- Discussão de Plano Terapêutico Singular (PTS)
- Visita domiciliar
- Atividade de Vigilância Sanitária
- Aula teórica
- Outro: _____

VOLTAR

PRÓXIMA

Nunca envie senhas pelo Formulário Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

Google Forms

II.b Fatores do curso médico relacionados DIRETAMENTE ao Cuidado em APS:

17. Você teve a oportunidade de conhecer o funcionamento de uma Unidade de Saúde da Família (USF)?

(Incluir atendimento ambulatorial, visitas domiciliares, acolhimento, atividades em grupo, reuniões de planejamento e gestão, etc.)

- Sim
- Parcialmente
- Não

18. Você foi a campo conhecer espaços do Território, onde a Unidade de Saúde da Família está inserida, que poderiam servir como Rede de Apoio aos usuários atendidos na USF, ou para a realização de atividades relacionadas ao serviço de saúde?

(Exemplos: Igrejas, grupos de idosos, creches, centro de esportes, centro comunitário, etc)

- Nunca
- Superficialmente (apenas visitei)
- Eventualmente
- Frequentemente

19. Teve contato com especificidades culturais da população atendida pela USF?

(Exemplos: linguagem, religião praticada, grupos de capoeira, música, dança ou outras manifestações culturais, utilização de moeda paralela ao real, uso de práticas medicinais alternativas, terno de candomblé etc.)

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

20. Você já realizou alguma atividade CURRICULAR com cenário ou grupo populacional com demanda específica?

ATENÇÃO: Somente se responder SIM, pode ser selecionado mais de uma resposta.

- NÃO realizei
- SIM, com População Negra
- SIM, com População em Situação de Rua
- SIM, em Favelas
- SIM, em Área Rural
- SIM, em Tragédias, Inundações ou Desastres
- SIM, com População Indígena
- SIM, com População Ribeirinha
- SIM, com População LGBT
- SIM, com OUTRO cenário ou grupo populacional

21. Com que frequência você realizou Visitas Domiciliares, em atividades CURRICULARES?

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente

22. Se realizou visitas domiciliares, com que frequência você executou as seguintes atividades?

ATENÇÃO: SOMENTE responda essa pergunta, caso tenha realizado pelo ao menos uma visita domiciliar.

	Nunca	Raramente	Eventualmente	Frequentemente
a. Atendimento Clínico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Busca ativa de pacientes de risco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Atividade de educação em saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Elaboração de familograma, ecomapa, ou outro instrumento semelhante utilizado na saúde da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Identificação de riscos ambientais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Conhecer a realidade social da comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Com que frequência, em atividades CURRICULARES junto com discentes, você teve contato com alguma instância formal de Controle Social do SUS ou participou de reunião de Conselho Gestor de unidade de saúde da família?

- Nunca
- Superficialmente (apenas visitei)
- Eventualmente
- Frequentemente
- Não Sei/Desconheço

24. Com que frequência realizou alguma atividade de conscientização ou incentivo à participação popular, ou frequentou algum movimento social da comunidade, em atividades CURRICULARES?

- Nunca
- Superficialmente
- Eventualmente
- Frequentemente

25. Você já desenvolveu alguma atividade de graduação em OUTROS serviços da rede de atenção primária, EXCETUANDO-SE as unidades de saúde da família?

Exemplos: Consultório na Rua, Consultório de Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Academia de Saúde, Farmácia Popular, Programa Saúde na Escola, Programa Melhor em Casa ou Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) ou de Apoio (EMAP)

- Várias Vezes
- Poucas Vezes
- Uma única vez
- Nunca
- Não Sei/Desconheço

26. Com que frequência, em atividade CURRICULAR junto aos discentes, realizou as SEGUINTEs ATIVIDADES:

ATENÇÃO: As opções abaixo apresentam 5 alternativas: (Nunca, Raramente, Eventualmente, Frequentemente, Não Sei/Desconheço). Para ter acesso as todas elas, rode a roleta da Grade de Múltipla Escola para a sua Direita, caso necessário.

	Nunca	Raramente	Eventualmente	Frequentemente	Não Sei/Desconheço
a. Fez caracterização do PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, Rastreamento de doenças ou DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE da população adscrita à USF (de doenças prevalentes, com maior morbimortalidade)?	<input type="radio"/>				
b. Ações de VIGILÂNCIA EM SAÚDE ou atividades de IMUNIZAÇÃO e vacinação?	<input type="radio"/>				
c. Ações de REFERENCIA E CONTRAREFERÊNCIA em caso de encaminhamento de pacientes a outros serviços e instituições?	<input type="radio"/>				
d. ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL para o cuidado de um paciente, grupo de risco ou população vulnerável, ou para atividade de REDUÇÃO DE DANOS?	<input type="radio"/>				
e. Identificação de problemas no PROCESSO DE TRABALHO do serviço ou no MODELO DE GESTÃO, bem como desenvolveu ou avaliou projetos de INTERVENÇÃO COLETIVA ou metas para planos de Intervenção na Comunidade?	<input type="radio"/>				
f. Abordagem à VIOLENCIA DOMÉSTICA ou contra a mulher, a situações de ABUSO SEXUAL de crianças e adolescentes ou de abuso de idosos e MAUS-TRATOS?	<input type="radio"/>				
g. Ações de ACOELHIMENTO em algum serviço de saúde?	<input type="radio"/>				

g. Ações de ACOLHIMENTO em algum serviço de saúde?	<input type="radio"/>				
h. Atividade de EDUCAÇÃO PERMANENTE em Saúde visando a uma formação continuada e em serviço?	<input type="radio"/>				
i. TRABALHO EM EQUIPE ou apoio matricial de equipes ou serviços de saúde?	<input type="radio"/>				
j. Discussão de PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR ou Terapia Comunitária?	<input type="radio"/>				
k. Realização de Entrevista Motivacional ou Consulta e ABORDAGEM CENTRADA NA FAMÍLIA ?	<input type="radio"/>				
l. Atividade de PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR no serviço de saúde?	<input type="radio"/>				
m. Ações de PREVENÇÃO QUATERNÁRIA (busca da prevenção de letargia causada por ações de prevenção unidirecionais ou excessivas)?	<input type="radio"/>				
n. Atividades ou grupos que busquem o USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS ou qualificação da Atenção Farmacêutica?	<input type="radio"/>				
o. Utilização de PRONTUÁRIO ELETRÔNICO ou Telessaúde em serviço de saúde primária?	<input type="radio"/>				

[VOLTAR](#)
[PRÓXIMA](#)

III. Fatores relacionados ao Ensino e à Docência em APS:

27. Você já realizou ou realiza alguma ação que vise à adequação de disciplina ou módulo curricular às novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014?

- Sim
- Não
- Está em Curso

28. Participou de algum Programa Permanente de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, ou Fórum Pedagógico na FMB-UFBA?

- Sim
- Não

29. Como você avalia o conteúdo curricular de Atenção Primária (teórico e prático) oferecido na graduação da FMB-UFBA?

- Insuficiente
- Suficiente
- Excessivo
- Não Sei/Desconheço

30. Para você, qual a qualidade do ensino de Atenção Primária (teórico e prático) ministrado na graduação da FMB-UFBA?

- Péssimo
- Baixa Qualidade
- Regular
- Ótima Qualidade
- Não Sei/Desconheço

31. Em sua concepção, como é a inserção do curso de graduação da FMB-UFBA na rede de serviços de Atenção Básica do SUS?

- Insuficiente e de baixa qualidade
- Insuficiente, mas de qualidade
- Suficiente, mas de baixa qualidade
- Suficiente e de qualidade
- Excessiva
- Não Sei/Desconheço

32. Em sua opinião, qual a relevância de uma formação generalista, com ênfase na Atenção Primária, para o processo de formação médica?

- Irrelevante
- Pouco Relevante
- Relevante
- Muito Relevante

33. Na sua percepção, é importante formar médicos dispostos a atuar na atenção primária à saúde?

- Sim
- Não

34. Você incentiva, em suas aulas, os estudantes a atuarem na atenção primária à saúde ou na saúde da família, quando concluírem a graduação?

- Sim, incentivo cotidianamente
- Sim, incentivo pouco
- Não incentivo, mas desejo que atuem
- Desaconselho a atuarem

35. Você considera necessária a consolidação de um Eixo de Atenção Primária à Saúde no currículo da FMB-UFBA, com inserção progressiva (do 1º ao 12º semestre) nos serviços de atenção básica?

- É muito importante
- É desnecessário