

DANILO FERNANDO MACEDO NARCISO

**Atenção Primária em Saúde na graduação em Medicina: Percepção
dos discentes da Universidade Estadual de Montes Claros –
UNIMONTES – MG**

Montes Claros – MG
2009

DANILO FERNANDO MACEDO NARCISO

**Atenção Primária em Saúde na graduação em Medicina: Percepção
dos discentes da Universidade Estadual de Montes Claros –
UNIMONTES – MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Linha de pesquisa: Educação na Formação e Atenção em Saúde

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

N222a Narciso, Danilo Fernando Macedo.
Atenção primária em saúde na graduação em medicina: percepção dos discentes da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES - MG [manuscrito] / Danilo Fernando Macedo Narciso. – 2009.
86 f.

Bibliografia : f. 68-69.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/ PPGCS, 2010.
Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.

1. Atenção primária. 2. Educação médica. 3. Sistemas de saúde. I. Rodrigues Neto, João Felício. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

Reitor

Paulo César Gonçalves de Almeida

Vice-reitor

João dos Reis Canela

Pró-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Sílvia Nietzsche

Coordenador de Pós-Graduação

Hercílio Martelli Júnior

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Paulo Rogério Ferreti Bonan

Sub-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

João Felício Rodrigues Neto



ALUNA: DANILO FERNANDO MACEDO NARCISO

TÍTULO DO PROJETO: "ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA: PERCEPÇÃO DOS DISCENTES DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES - MG".

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO - ORIENTADOR/PRESIDENTE

PROFª. DRª. VIRGÍNIA TORRES SCHALL (FIOCRUZ)

PROFª. DRª. CELINA MARIA MODENA (FIOCRUZ)

BANCA (SUPLENTES)

ASSINATURAS

PROFª. DRª. MAÍSA TAVARES DE SOUZA LEITE (UNIMONTES)

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA (UNIMONTES)

APROVADA [] REPROVADO

Tudo posso nAquele que me fortalece.
(Filipenses 4:13)

Dedico este trabalho a meus queridos pais, Pedro Narciso e Maria do Rosário Macedo Narciso, pela educação que me proporcionaram e pelos exemplos de honestidade, trabalho e amor a Deus.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a todos que participaram comigo desta jornada e que me incentivaram e ajudaram nos momentos mais difíceis. Em especial:

- à minha esposa, Fransally, e à minha filha, Sofia, por constituírem a razão de minha vida e pela compreensão nos momentos de minha ausência;
- ao meu orientador, João Felício, pelas contribuições, estímulo, paciência e tolerância com minhas dificuldades;
- ao mestre, João Batista Silvério, por toda sua dedicação à consolidação do Sistema Único de Saúde, particularmente, pelos esforços para o desenvolvimento dos processos de formação de recursos humanos para a Estratégia Saúde da Família;
- à Kátia Maia, pelas transcrições;
- aos discentes entrevistados, pela disponibilidade;
- a Deus, pela companhia e força no cumprimento de minha missão.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| LISTA DE SIGLAS | 08 |
| RESUMO | 09 |
| ABSTRACT | 10 |
| APRESENTAÇÃO | 11 |
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 A EDUCAÇÃO MÉDICA | 13 |
| 1.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 18 |
| 1.2.1 Atributos da Atenção Primária à Saúde | 24 |
| 1.3 GRADUAÇÃO MÉDICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA | 31 |
| 2 OBJETIVOS | 52 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 52 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 52 |
| 3 MATERIAL E MÉTODOS | 53 |
| 4 PRODUTO GERADO | 54 |
| RESUMO/ABSTRACT | 54 |
| INTRODUÇÃO | 55 |
| OBJETIVOS | 57 |
| MATERIAIS E MÉTODOS | 58 |
| UNIVERSO E SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO | 58 |
| INSTRUMENTO | 58 |
| COLETA DE DADOS | 58 |
| ANÁLISE DOS DADOS | 59 |
| QUESTÕES ÉTICAS | 59 |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO | 59 |
| CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS | 59 |
| PRIMEIRO CONTATO | 60 |
| LONGITUDINALIDADE | 60 |
| COORDENAÇÃO | 63 |
| INTEGRALIDADE | 64 |
| A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CURSO DE MEDICINA | 66 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 68 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 68 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 70 |
| REFERÊNCIAS | 72 |
| ANEXOS | |
| PARECER CONSUBSTANCIADO | 74 |
| IAPSC | 75 |
| APÊNDICES | |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 84 |
| ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA | 86 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-----------|--|
| ABP | Aprendizagem Baseada em Problemas |
| AIS | Ações Integradas de Saúde |
| AP | Atenção Primária |
| CCBS | Centro de Ciências Biológicas e da Saúde |
| CES | Câmara de Educação Superior |
| CIBS | Comissões Intergestores Bipartites |
| CIMS | Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde |
| CLIS | Comissão Local Interinstitucional de Saúde |
| CNE | Conselho Nacional de Educação |
| CRIS | Comissão Regional Interinstitucional de Saúde |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina |
| ESMIG | Escola de Saúde de Minas Gerais |
| FAMEMA | Faculdade de Medicina de Marília |
| FEPAFEM | Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades de Medicina |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FIRO | Fundamental Interpersonal Relations Orientation |
| HUCF | Hospital Universitário Clemente de Faria |
| IAPSC | Interação, Aprendizagem, Pesquisa, Serviço e Comunidade |
| IAV | Índice Adicional de Valorização |
| IDA | Integração Docente Assistencial |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| IVH | Índice de Valorização Hospitalar |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PIASS | Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste |
| PPREPS | Programa de Preparação Estratégica de Recursos Humanos de Saúde |
| PROMED | Programa de Incentivo às Transformações Curriculares nas Escolas Médicas |
| PRÓ-SAÚDE | Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SAMU | Serviço de Atenção Móvel de Urgência |
| SESP | Serviço Especial de Saúde Pública |
| SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UEL | Universidade Estadual de Londrina |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| UNICAMP | Universidade Estadual de Campinas |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| UNIMONTES | Universidade Estadual de Montes Claros |
| UNISIS | Universidade Integrada ao Sistema de Saúde |

RESUMO

Em sintonia com as transformações que os processos de formação de profissionais da saúde têm passado, o curso de Medicina da UNIMONTES vem implantando, desde 2000, estratégias de diversificação dos cenários de ensino/aprendizagem com ampliação das atividades curriculares nos serviços de Atenção Primária (AP). O objetivo deste trabalho foi compreender a percepção dos discentes em relação à AP e à importância desta na formação médica. Como metodologia, utilizou-se a pesquisa qualitativa, através da realização de entrevistas direcionadas por questionários semi-estruturados com 28 discentes dos diversos períodos do curso. As respostas encontradas foram analisadas e enquadradas em quatro categorias empíricas relacionadas com os atributos da AP referenciados por Starfield (2002): Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade, e, em uma categoria referente à importância da AP no curso médico. As percepções evidenciadas demonstraram a importância da utilização do cenário da AP na formação de médicos como um instrumento para adequação às diretrizes curriculares atuais e para a apreensão, por parte dos discentes, dos papéis do nível primário de atenção no sistema de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária. Educação Médica. Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

In tune with the transformation the educational process of health professionals has gone through, the UNIMONTES' Medical School has been implementing, since 2000, strategies to make sure there is a diverse learning/training scenario, including the amplification of curricular activities in primary care services. The goal of this work is to understand the students' perception regarding the primary care and its importance in the medical school. The methodology used so far was a qualitative research accomplished through semi-structured interviews with twenty eight students from different semesters of medical school. The answers were analyzed and separated into four empirical categories related to the primary care attributes referenced by Starfield (2002): First Contact, Longitudinality, Coordination and Comprehensiveness of care, and a category referring the primary care importance in medical education. The perceptions evidenced here showed the importance of the use of the primary care scenario in the medical educational process as a tool for adapting it to the current curricular programs and for assimilating the attributes of the primary level in the health system.

Keywords: primary health care, medical education, health care systems.

APRESENTAÇÃO

Formei-me Engenheiro Agrônomo pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), em 1986; e Médico pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), em 1998. Fiz parte da primeira turma de residentes em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) no biênio 1999/2000 e, desde então, atuo como docente do curso de Medicina e de cursos de pós-graduação da Universidade Estadual de Montes Claros na área de Atenção Primária à Saúde.

Tive, ainda, a oportunidade de participar da Comissão de Educação Médica que se responsabilizou pelo processo de planejamento, implantação, em 2002, e consolidação do projeto político pedagógico atual do curso de Medicina da UNIMONTES, o qual se baseia nos princípios e métodos da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), buscando se adequar às mais recentes diretrizes para a educação médica. Durante os primeiros cinco anos de implantação do currículo ABP, coordenei o módulo de Interação, Aprendizagem, Pesquisa, Serviço e Comunidade (IAPSC), que tem, no cenário da Atenção Primária (AP), um espaço privilegiado para a prática. Nos anos de 2005 e 2006, respondi pela chefia das Unidades Básicas de Saúde do município de Montes Claros e, desde 2005, atuo como supervisor de dois grupos de médicos da Estratégia Saúde da Família do município de Janaúba, os quais buscam o aperfeiçoamento profissional através de metodologias baseadas nos fundamentos da educação permanente. Atualmente, coordeno e sou tutor da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), além de atuar como médico da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros.

Tais experiências me despertaram para a importância da reflexão acerca da formação profissional de médicos e me estimularam ao envolvimento com a produção de conhecimento necessário à evolução e aperfeiçoamento do modelo de educação para se formar o médico pretendido.

Esta dissertação, que versa sobre a percepção dos discentes do curso médico da UNIMONTES, atores também do currículo da aprendizagem baseada em problemas, poderá contribuir para o reconhecimento da importância em se utilizar o cenário da Atenção Primária na formação médica. Poderá, também, oferecer subsídios para diagnosticar essa utilização como instrumento capaz de promover a apreensão, por parte dos discentes, dos papéis do nível primário de atenção no sistema de saúde, além de possibilitar a identificação dos pontos vulneráveis do currículo atual.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A EDUCAÇÃO MÉDICA

A prática médica ocidental nas últimas décadas inspirou-se no chamado modelo flexneriano, que se desenvolveu nos Estados Unidos no início do século passado e foi propagado pelo mundo através de organizações internacionais de saúde e financiamento. Esse modelo foi consignado a partir das recomendações de Abraham Flexner, em 1910, que propunha um rigoroso controle de admissão, um currículo de quatro anos, divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos, realizado em laboratórios, seguido de um ciclo clínico realizado em hospitais, além da exigência de laboratórios e instalações adequadas. De acordo com Pagliosa ⁽¹⁾, alguns consideram que esse modelo de formação médica nunca conseguiu atender as necessidades de saúde das sociedades onde foi implantado. Além disso, adjetivo flexneriano é aplicado, geralmente com caráter pejorativo, aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos. Pagliosa (1) afirma que o grande mérito da implantação desse modelo foi a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época, mas que, ao focar toda a sua atenção nesse aspecto, desconsiderou outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde. Segundo Mendes ⁽²⁾, esse modelo cristalizou uma visão mecanicista e um reducionismo biológico do homem. Também individualizou a abordagem e priorizou as práticas curativas, o que promoveu a fragmentação da prática em especialidades e induziu grande incorporação de tecnologias com alta concentração de recursos financeiros.

De acordo com Amoretti ⁽³⁾, na área médica, a renovação tecnológica em velocidade sem precedentes passou a determinar a necessidade de atualização permanente nos conteúdos do aprendizado e na formação dos profissionais. Fundamentos e conceitos anteriores de uma medicina baseada na relação médico-paciente, na

escuta dos problemas, no humanismo e na consideração da unidade indissolúvel do corpo e mente foram muitas vezes deixados de lado. A pessoa e suas necessidades, as populações e suas necessidades, atendidas em domicílio pelo médico da família. Até então tidas como objetos importantes da medicina e da saúde pública, foram sendo relegadas, com o argumento da eficácia dos resultados obtidos, fossem eles em termos de diagnóstico, de terapêutica clínica ou cirúrgica.

Mendes ⁽²⁾ também afirma que tal modelo tem se mostrado incapaz de dar resposta a vários aspectos da saúde individual e coletiva, apresentando problemas de eficiência, de eficácia e de desigualdade.

Amoretti ⁽³⁾ ressalta que o mundo da medicina e da saúde está em crise. O excesso de tecnologias que se renovam continuamente se contrapõe à completa carência de acesso aos mais elementares recursos da medicina e da saúde pública para grande parte da população. Para muitos, o médico é um vilão egoísta e insensível, representante dos interesses das indústrias farmacêuticas e biotecnológicas.

Segundo Piancastelli ⁽⁴⁾, outro ponto a destacar nos processos de formação dos profissionais de saúde é a pouca valorização da formação generalista. No caso da Medicina, nos últimos anos, foram desenvolvidas inúmeras especialidades médicas, o que provocou um impacto significativo na organização de sua prática, fragmentando o cuidado à saúde; e, ainda na graduação, cada vez mais as especialidades foram incorporadas aos currículos, multiplicando-se disciplinas, conteúdos e tempos. Perdeu-se, assim, o conhecimento generalista das ações em saúde, e substituiu-se cada vez mais o subjetivismo da relação médico-paciente pelo objetivismo tecnológico dos exames complementares de diagnóstico.

Já no início da década de cinquenta, nos Estados Unidos, frente à necessidade de responder à crise de financiamento que se instalava, conforma-se a Medicina Integral, cuja expressão na educação médica era a Medicina Preventiva; fato que gerou enfrentamento entre a organização privada dos serviços médicos e o Estado. De acordo com Cyrino ⁽⁵⁾, objetivava aprimorar a medicina individual e superar seu caráter fragmentário, em função da crescente especialização da prática, mediante a concepção globalizadora do objeto individual: o paciente como totalidade

biopsicossocial. Tal proposição exigiria das escolas médicas a formação de um profissional que atuasse apreendendo globalmente a complexidade do paciente, inclusive atingindo a família.

A busca de um modelo alternativo de prática médica, no ocidente, continua com as experiências inglesas na África Colonial, nos anos cinquenta, que foram aproveitadas e desenvolvidas por universidades americanas nos programas “Community Health” destinados a grupos de minorias daquele país nos anos sessenta e que foram difundidas na América Latina no início da década de setenta com o apoio de agências internacionais de saúde ⁽⁶⁾. Conhecida como Medicina Comunitária, segundo Cyrino ⁽⁵⁾, ofereceu conceitos voltados a se repensar o cuidado médico intimamente ligado às necessidades da população. Desse modo, ao buscar compatibilizar a necessidade de extensão de serviços com o problema dos custos crescentes da assistência médica, reconheceu como essencial uma simplificação tecnológica nas práticas de atenção à saúde, tendo por base evidências epidemiológicas que apontavam maior prevalência de doenças mais simples em populações. Para a Medicina Comunitária, a escola médica formava profissionais inadequados para resolver os problemas de saúde das comunidades, dado à crescente valorização do conhecimento em campos cada vez mais segmentados.

De acordo com o documento UNIMONTES ⁽⁶⁾, no Brasil, a medicina comunitária é efetivamente introduzida no início dos anos setenta com projetos pilotos de Extensão de cobertura, implantados em Paulínia, Montes Claros e Caruaru, todos financiados por organizações internacionais, principalmente pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Na mesma época, o Programa de Preparação Estratégica de Recursos Humanos de Saúde (PPREPS), patrocinado pela OPAS, busca trazer, para a formação de recursos humanos, os elementos constitutivos do novo modelo, sendo que, na área específica da formação médica, o PPREPS introduz a proposta de Integração Docente Assistencial. O próprio curso de Medicina da UNIMONTES desenvolveu o projeto IDA, de integração docente assistencial sob orientação e financiamento do PPREPS/OPAS/FIOCRUZ.

A partir dos anos noventa, como coloca Cyrino ⁽⁵⁾, novos modelos de ensino médico vêm sendo construídos em diversas escolas da América Latina, com projetos que propõem uma aprendizagem médica voltada para o desenvolvimento de atividades que tomam como objeto necessidades sociais de saúde, a busca de novos cenários para o ensino/aprendizagem, como as unidades básicas de saúde, e a idéia de um ensino médico que articule os diferentes níveis de atenção à saúde e à integração dos serviços de saúde.

As transformações que estão acontecendo na prática médica e nos serviços de saúde demandam mudanças no perfil profissional do médico, não se restringindo à área da competência técnica, mas redefinindo as relações médico-sociedade, médico-paciente e médico-serviço de saúde, e exigindo uma concepção diferenciada da educação médica.

De acordo com Campos e Foster ⁽⁷⁾, no Brasil, o processo de ensino na maioria das faculdades de Medicina ainda privilegia o aprendizado em centros terciários, voltados para cuidar de problemas de maior complexidade. Nesse contexto, constata-se que o curso médico prioriza a formação especializada e o aprendizado dessas especialidades, sendo organizado de forma fragmentada, o que impede o discente de ter uma visão geral do paciente. Esse perfil de médico egresso das faculdades de Medicina não corresponde àquele desejado pelo mercado de trabalho do Sistema Único de Saúde e do Programa de Saúde da Família (PSF).

A base do ensino médico ainda está muito voltada aos avanços das novas e diversificadas tecnologias de diagnóstico e tratamento de enfermidades. Inúmeras doenças que há pouco eram fatais, hoje são consideradas e tratadas como doenças crônicas, aumentando a expectativa de vida por muitos anos. Esse sucesso na manutenção da vida, no entanto, não tem sido acompanhado do desenvolvimento da habilidade médica de ouvir, de cuidar, de compreender a vulnerabilidade dos pacientes diante do sofrimento e ao adoecer. Cyrino ⁽⁵⁾ afirma que há uma relação paradoxal: enquanto a confiança na medicina como prática técnica tenha sido ampliada durante a segunda metade do século XX, a confiança nos médicos foi reduzindo-se, instalando-se uma crise de confiança.

Segundo Feuerwerker ⁽⁸⁾, o Ministério da Educação (MEC), através de suas avaliações do ensino médico no país, chegou a algumas conclusões, como a baixa qualidade e qualificação dos professores; baixa produção de conhecimento; dissociação entre teoria e prática e entre o ciclo básico e clínico; desumanização e descontextualização da prática; incorporação indiscriminada de tecnologias e currículos arcaicos.

O Curso Médico do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), implantado no ano de 1969 e autorizado a funcionar com o Parecer nº 29/63, de 04/03/1969, do Conselho Estadual de Educação e Decreto de Reconhecimento nº 75599/75, de 11/04/1975 formou sua primeira turma em 1974 e tem sido objeto, nos últimos anos, de estudo e análise sistemáticos com o objetivo de reformular o seu Projeto Político Pedagógico.

De acordo com UNIMONTES ⁽⁹⁾, o referencial maior desse processo tem sido as novas orientações nacionais e internacionais para a educação médica, fruto do consenso já alcançado pelos atores sociais em torno dos fatores que devem nortear a prática profissional e a formação do médico contemporâneo para o século XXI.

Já em 1995, o curso médico da UNIMONTES experimentou uma mudança em sua grade curricular e passou a contar com conteúdos da área de Ciências Sociais e Humanas, como Antropologia, Psicologia, Sociologia, Saúde Ocupacional e, ainda, disciplinas técnico-científicas essenciais, como metodologia científica, métodos e técnicas de pesquisa e estatística, além de aumentar a carga horária de ética médica e do internato, que passou a ser desenvolvido em um ano e meio. Também se mudou o sistema de entrada, que passou a ser no início e no meio do ano, de forma a possibilitar uma formação seqüencial, maior eficiência na utilização da capacidade espacial e didático-pedagógica e aumento das oportunidades de práticas, segundo UNIMONTES ⁽⁶⁾.

As propostas de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), surgida inicialmente na Universidade de McMaster, em Hamilton, Ontário, Canadá, ao final da década de sessenta e disseminada para as Universidades da Maastricht, na Holanda; Harvard e Cornell, nos EUA; Sherbrook, no Canadá; Faculdade de Medicina de Marília

(FAMEMA, 1997) e Universidade Estadual de Londrina (UEL, 1998), dentre outras mais de sessenta escolas ou universidades, têm se apresentado, juntamente com estratégias de ensino orientado para a comunidade ⁽¹⁰⁾, como opções para a formação do médico atualmente necessário e desejável e foram valorizadas na última mudança curricular do curso médico da Universidade Estadual de Montes Claros, ocorrida em 2002.

Entretanto, atualmente, está estabelecida uma discussão a respeito da necessidade de se promover ajustes na proposta curricular vigente, principalmente em função de problemas relacionados à menor participação das ciências básicas na formação do médico e à concentração nas questões clínicas relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento. Com isso, têm sido sugeridas novas mudanças para a construção de um projeto pedagógico orientado pelo conceito, multidisciplinaridade, problema, pequenos grupos e simulação. O último Fórum de Educação Médica realizado na UNIMONTES diagnosticou também pouca integração entre os módulos de Conteúdos Específicos, Habilidades e Atitudes, Interação da Aprendizagem, Pesquisa, Serviço e Comunidade, Internato e Avaliação. Diante disso, a Comissão de Educação Médica da UNIMONTES está trabalhando para aprovar e implementar uma nova proposta curricular.

1.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo Starfield ⁽¹¹⁾, em 1920, oito anos após a instituição do seguro nacional de saúde na Grã-Bretanha, foi divulgado um “texto oficial” (Lord Dawson of Penn, 1920) tratando da organização dos serviços de saúde. Distinguiu três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Foram propostos vínculos formais entre os três níveis e foram descritas as funções de cada um. Essa formulação foi a base para o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população. Esse arranjo teórico forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais possuem agora níveis claramente definidos de

atenção, cada um com um setor de atenção médica primária identificável e em funcionamento.

De acordo com Cury ⁽¹²⁾, em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu, unanimemente, que a principal meta social dos governos participantes deveria ser a obtenção, por parte de todos os cidadãos do mundo, de um nível de saúde, no ano 2000, que lhes permitiria levar vida social e economicamente produtiva. Essa declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um considerável impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária.

Segundo Mendes ⁽¹³⁾, a catalogação da atenção básica à saúde como doutrina universal aconteceu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF - 1979), que definiu como elementos essenciais da atenção básica à saúde: a educação sanitária; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes e a valorização da medicina tradicional.

A Atenção Primária à Saúde foi definida como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade quanto o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, com espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as

“pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”⁽¹⁴⁾.

De acordo com Starfield⁽¹¹⁾ A atenção primária à saúde foi reconhecida como uma porção “integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países, não sendo apenas uma coisa a mais”. Embora esses conceitos de atenção primária à saúde tenham sido pensados para serem aplicados em todos os países, há discordâncias a respeito da extensão em que são aplicáveis nas nações industrializadas, bem como a respeito dos impedimentos à sua aplicação. O conceito de atenção primária à saúde, em sua ênfase sobre a “proximidade com as pessoas”, parece estranho em países com sistemas de saúde baseados em tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais. Além disso, o princípio de que a atenção à saúde deve ser “relacionada às necessidades” não é facilmente entendido em países com sistemas de saúde bem estabelecidos, mas sem nenhum sistema de informação para documentar sistematicamente as necessidades de saúde ou avaliar o impacto dos serviços de saúde sobre elas. A orientação para a comunidade tem pouca base histórica nos sistemas de saúde da maioria dos países industrializados.

Quando a atenção primária em saúde é vista como “serviços acessíveis”, muitos desses países podem, com justiça, assegurar que alcançaram as metas devido à disponibilidade de serviços de atenção médica. Apenas quando as nações encaram a atenção primária à saúde como uma estratégia para integrar todos os aspectos dos serviços de saúde é que ela se torna igualmente aplicável como uma meta em nações industrializadas. Tal visão requer que um sistema de atenção à saúde seja organizado para enfatizar a justiça e a equidade social, a auto-responsabilidade, a solidariedade internacional e a aceitação de um conceito amplo de saúde⁽¹⁵⁾.

Segundo Mendes⁽¹³⁾, no Brasil, o primeiro ciclo de expansão da atenção básica à saúde aconteceu no início dos anos quarenta, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que foi pioneiro na criação de unidades de atenção básica que articulavam ações preventivas e curativas, ainda que restritas ao campo das doenças infecciosas e carenciais.

A partir da metade dos anos sessenta, de acordo com Mendes ⁽¹³⁾, com a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista, a atenção básica à saúde desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original do modelo sespiano, o que implicava focalizar suas ações na promoção da saúde e na prevenção de doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecto-contagiosas e carenciais, os denominados programas de saúde pública. Paralelamente, desenvolviam-se na medicina previdenciária unidades ambulatoriais destinadas à atenção médica às pessoas portadoras de emprego formal, que nunca deram prioridade à organização da atenção básica à saúde porque constituíam um sistema de atenção aberto e sem base populacional.

Mendes ⁽¹³⁾ relata que, nos anos setenta, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta da atenção primária à saúde, começam a desenvolver-se os programas de extensão de cobertura destinados a populações e regiões pobres, com tecnologias simples e de baixo custo, iniciados em experiências pilotos em universidades. Tal fato conflui para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), em 1976, que alcança abrangência nacional em 1979, caracterizando um segundo ciclo de expansão da atenção básica no país.

Um movimento importante, segundo Mendes ⁽¹³⁾, realizado na primeira metade da década de oitenta, impulsionado pela OPAS, foi a implantação, em vários municípios brasileiros, dos Distritos Sanitários, centrados na idéia da territorialização, o que deu início à consolidação de um sistema de serviços de saúde estruturado em bases populacionais e voltado para a saúde e não apenas para as doenças, construindo-se e difundido-se o conceito de vigilância à saúde. Nessa mesma época, ocorreu uma grave crise da Previdência Social, que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), levando, para dentro das unidades básicas de saúde do sistema público, parte da cultura de atenção médica do INAMPS; e isso propiciou um terceiro ciclo de expansão da rede da atenção básica que exigia algo mais que uma medicina simplificada, pois as unidades básicas deveriam prestar atenção médica à clientela previdenciária.

De acordo com Mendes ⁽¹³⁾, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 e, em 1988, a nova Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS), adotando como uma de suas diretrizes a descentralização, feita, principalmente, através de um processo de municipalização, iniciado pela transferência da rede de atenção básica estadual para os municípios, o que foi seguido pelo quarto ciclo de expansão da atenção básica, que decorreu da criação de novas unidades básicas de saúde pelos municípios. Com o SUS, mudou-se também a qualidade da atenção básica, já que um dos princípios do SUS é o da integralidade, incompatível com um programa de atenção básica simplificada.

Ao longo do tempo, surgiram, no país, várias propostas alternativas ao modelo convencional hegemônico, para organização da atenção básica à saúde, com destaque para a da Medicina Geral e Comunitária (Porto Alegre), a da Ação Programática em Saúde (São Paulo), a do Médico de Família (Niterói), a da Defesa da Vida (UNICAMP) e a da Estratégia Saúde da Família, que se institucionalizou como política de corte nacional, no final de 1993, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que significou o quinto ciclo de expansão da atenção básica à saúde no país, segundo Mendes ⁽¹³⁾.

O PSF, de acordo com Mendes ⁽¹³⁾, sofreu influências de diferentes modelos de saúde da família, em especial do canadense, do cubano e do inglês, mas suas origens estão no Programa de Agentes de Saúde do Ceará, de 1987, e que foi estendido a todo o país, pelo Ministério da Saúde, em 1991, com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

De acordo com o documento UNIMONTES ⁽⁹⁾, a Saúde da Família é vista, aqui, como síntese de dois movimentos de superação do modelo biomédico: a Medicina de Família e o movimento dos Cuidados Primários de Saúde. Da medicina de família vieram os princípios, a teoria, o método e as ferramentas do fazer clínico. Dos cuidados primários vieram os atributos e os fundamentos de organização dos serviços. A Estratégia Saúde da Família é a proposta brasileira de saúde da família.

Para Mendes ⁽²⁾, o modelo de Saúde da Família é uma estratégia de organização da atenção primária de saúde que se pode apresentar sob as seguintes concepções:

- estratégia de reordenamento do setor Saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir;
- programa com objetivos restringidos, especificamente para satisfazer algumas necessidades elementares e predeterminadas de grupos humanos considerados em situação de extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, baixa densidade tecnológica e custos mínimos; e
- estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

A Estratégia Saúde da Família, apesar de se apresentar, inicialmente, segundo Campos ⁽¹⁶⁾, como um programa periférico, dissociado dos serviços de saúde vigentes até então, ganhou força a partir da busca de um novo modelo de organização da atenção à saúde, capaz de superar o modelo curativo que se firmou com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Segundo o Ministério da Saúde ⁽¹⁷⁾, o Programa Saúde da Família foi formalizado como a estratégia norteadora da reorganização da atenção à saúde em todo o território nacional, em 1997.

De acordo com Mendes ⁽¹³⁾, a Estratégia Saúde da Família se apresenta como promissora na reorganização da atenção primária no âmbito do SUS, com potencialidades para induzir a reorganização dos níveis secundário e terciário, consolidar a prática sanitária da vigilância da saúde e conseqüente inversão do nosso sistema de saúde. Em 2006, segundo o Ministério da Saúde ⁽¹⁸⁾, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a Saúde da Família como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, que tem como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

1.2.1 Atributos da Atenção Primária à Saúde

De acordo com Starfield ⁽¹¹⁾, tanto o potencial como o alcance dos aspectos cruciais da atenção primária podem ser medidos pela abordagem da capacidade-desempenho. Quatro elementos estruturais do sistema de serviços de saúde definem o potencial, enquanto dois aspectos do processo traduzem o potencial numa atividade importante.

Os quatro elementos estruturais relevantes à atenção primária são acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade. Assim definidos por Starfield ⁽¹¹⁾:

- A *Acessibilidade* envolve a localização do estabelecimento próximo da população à qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos.
- A *Variedade de serviços* é o pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles que a população acredita estarem disponíveis.
- A *Definição da população eletiva* inclui o quanto o serviço de atenção à saúde pode identificar a população pela qual assume responsabilidade e o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são considerados parte dela.
- A *Continuidade* consiste nos arranjos cuja atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende o paciente ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado, um registro computadorizado ou mesmo um prontuário trazido pelo paciente. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção.

Para Starfield ⁽¹¹⁾, traduzir o potencial na atividade adequada requer dois elementos de desempenho do sistema de serviços de saúde: utilização de serviços pela população e reconhecimento de problemas por profissionais de serviços de saúde.

A *utilização* refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde. A razão fundamental para uma consulta pode ser a investigação da ocorrência de um novo problema, o acompanhamento de um problema antigo ou o recebimento de serviços preventivos. A utilização pode começar pelo paciente ou ser uma exigência ou orientação de um profissional de saúde, podendo, ainda, ocorrer como resultado de alguma exigência administrativa.

O *reconhecimento de um problema ou necessidade* é o passo que precede o diagnóstico. Se os problemas ou necessidades de saúde não forem reconhecidos, não haverá qualquer processo diagnóstico ou, então, será um processo inadequado. Os pacientes podem não se queixar de problemas por não estarem cientes deles, ou podem se queixar de uma coisa que mascara outra. O papel do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades de saúde de um paciente ou da população.

Starfield ⁽¹¹⁾ enfatiza que são necessários um dos quatro elementos estruturais (acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade) e um dos dois elementos processuais (utilização, reconhecimento do problema) para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos da atenção primária: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A *atenção ao primeiro contato* implica acessibilidade (elemento estrutural) e uso do serviço (elemento processual) a cada novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Independente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, ele não oferece atenção ao primeiro contato, a menos que os seus usuários em potencial percebam-no como acessível e isso se reflita na sua utilização.

Starfield ⁽¹¹⁾ afirma que a acessibilidade da atenção varia com o tipo de médico, sendo que, em geral, médicos de atenção primária são mais acessíveis do que outros tipos de médicos, em particular, no que se refere à flexibilidade na prestação do atendimento sem consulta marcada ou horários para marcação.

Starfield ⁽¹¹⁾ também encontrou em suas pesquisas que o acesso à atenção é importante na redução de mortalidade e morbidade. O uso dos profissionais da atenção primária, em vez de especialistas para atenção ao primeiro contato, provavelmente, leva a uma atenção mais apropriada, a melhores resultados de saúde e a custos totais mais baixos.

Segundo Starfield ⁽¹¹⁾, o crescente enfoque sobre “as portas de entrada” deveria ser acompanhado por uma estratégia para obtenção de informações referentes à natureza e extensão dos encaminhamentos, o desenvolvimento de melhores critérios para encaminhamentos e o papel adequado dos subespecialistas na atenção aos pacientes.

A *longitudinalidade* pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso (elemento processual) ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva (elemento estrutural), bem como os indivíduos dessa população. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

A longitudinalidade implica a existência de um profissional ou equipe de saúde e o uso dessa fonte para a atenção que não está limitada a determinados problemas ou tipos de problemas. Sua avaliação envolve a medição de aspectos estruturais da atenção (a identificação da fonte habitual de atenção pelas pessoas e a identificação da população eletiva por parte do profissional ou grupo) e determinados aspectos do desempenho (uso adequado da fonte de atenção e a força das relações interpessoais).

Starfield ⁽¹¹⁾ observou, em suas pesquisas, que a longitudinalidade da atenção não é tão bem alcançada por determinados segmentos da população, especialmente indivíduos de classes sociais mais baixas e outros grupos relativamente desprovidos. Notou, além disso, que ela está associada a diversos benefícios, incluindo menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento dos problemas dos pacientes, menos hospitalizações e custo total mais baixo. A

longitudinalidade envolvendo uma relação com um profissional específico confere benefícios que são mais extensivos do que aqueles envolvendo apenas uma relação com um local específico.

A *integralidade* implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde (elemento estrutural), mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isso inclui o encaminhamento de serviços secundários para consultas e serviços terciários de suporte fundamentais, como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Embora cada unidade de atenção primária possa definir diferentemente sua própria variedade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade tanto para a população de pacientes quanto para a equipe, bem como reconhecer as situações para as quais os serviços estão disponíveis. A equipe deveria, além de oferecer, reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas. Também deveria reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos (elemento processual), sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Este último é particularmente relevante, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que, em geral, predispõe ou causa enfermidades.

A integralidade dos serviços requer que seu conteúdo seja explícito e que haja o reconhecimento de situações em que sua aplicação seja adequada. Assim, deveria ser avaliada através do exame da variedade de serviços disponíveis (um aspecto estrutural) e o reconhecimento das necessidades (um aspecto processual). A variedade de serviços que estão disponíveis deveria consistir de um núcleo que se aplicaria a cada população e serviços adicionais que estariam disponíveis para atender necessidades especiais que são comuns na população atendida. A falha em reconhecer as necessidades e problemas é manifestada através de um subdiagnóstico sistemático dos problemas comuns à população de pacientes ou pela evidência da falta de recebimento de serviços indicados naquela população.

A decisão sobre o *locus* apropriado dos serviços não é direta. Para serviços preventivos, a consideração da probabilidade de risco, bem como a natureza dos

aspectos organizacionais dos serviços clínicos, influenciam as decisões quanto às vantagens relativas das abordagens de saúde pública *versus* as de medicina clínica.

Starfield ⁽¹¹⁾ afirma que, embora os médicos de atenção primária, geralmente, prestem atenção mais integral do que outros especialistas, existem distinções persistentes na integralidade entre as especialidades de atenção primária, e mesmo dentro delas, sendo que as taxas de encaminhamento variam amplamente, tanto entre países como dentro deles. Isso sugere que as diferenças existem, seja nas necessidades da população, seja na integralidade dos serviços de atenção primária.

De acordo com Starfield ⁽¹¹⁾, a política imperativa relacionada à integralidade envolve as diferenças na extensão do “pacote de benefícios” fornecido por várias seguradoras, governos e organizações de serviços de saúde. No momento, esses benefícios variam amplamente. No futuro, as abordagens que empregam as considerações das necessidades populacionais, a freqüência dessas necessidades, a efetividade de vários tipos de intervenções sobre o estado de saúde e nos resultados em saúde e os custos das intervenções fornecerão uma abordagem mais consistente e racional para definição da variedade de serviços a serem disponibilizados.

A *coordenação* da atenção requer alguma forma de continuidade (elemento estrutural), seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas (elemento processual). O estado de problemas observado em consultas anteriores ou problemas pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais deveria ser avaliado nas consultas subseqüentes. Esse reconhecimento de problemas será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento ou se houver um prontuário médico que os esclareça.

Alcançar a coordenação é um desafio para os profissionais de atenção primária devido à multiplicidade dos tipos de motivos para encaminhamento e das dificuldades técnicas na transferência e reconhecimento de informações geradas em diferentes lugares. Freqüentemente, os pacientes consultam em outros lugares, quer mediante recomendação do seu médico ou por sua própria vontade, e a

transferência de informações a respeito dessas consultas ou o que ocorreu durante elas, em geral, está ausente.

Starfield ⁽¹¹⁾ encontrou que a continuidade do profissional facilita o reconhecimento das informações referentes à atenção aos pacientes dentro da unidade de atenção primária, contudo não melhora o reconhecimento de informações a respeito de consultas em outros lugares. Atesta ainda que, atualmente, as melhoras disponíveis nos prontuários médicos e outras tecnologias facilitam o reconhecimento das informações geradas a respeito de pacientes e a melhora da atenção prestada aos pacientes, mas elas não se estendem ao reconhecimento de informações que ocorrem em outros lugares, seja mediante encaminhamento ou por iniciativa do paciente.

De acordo com Starfield ⁽¹¹⁾, quanto maior o reconhecimento dos problemas dos pacientes pelos profissionais, maior a probabilidade dos pacientes mostrarem uma melhora subsequente.

Segundo Starfield ⁽¹¹⁾, as implicações de novas políticas estão levando à exploração de uma diversidade de novas abordagens, incluindo a atenção compartilhada entre médicos da atenção primária e os especialistas. As decisões políticas informadas a respeito da coordenação da atenção requerem mais pesquisas sobre as diferenças nas necessidades, dependendo do tipo de encaminhamento, do emprego das medidas para distinguir, claramente, entre os conceitos de continuidade e coordenação no contexto da atenção por consultorias (curta duração) e por encaminhamento (longa duração), e dos mecanismos de compartilhamento da atenção, quando apropriado.

Consoante Starfield ⁽¹¹⁾, a adequação dos recursos para a oferta da atenção envolve todos os aspectos da estrutura, como, por exemplo, o número de pessoal adequadamente treinado para prestação dos serviços, a variedade de serviços cobertos, providências para garantir a acessibilidade, além de mecanismos administrativos para garantir que as unidades de saúde sejam projetadas e operadas para atender às necessidades da população.

Segundo o Ministério da Saúde ^(18:02):

“[...] a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”.

A Política Nacional de Atenção Básica, segundo o Ministério da Saúde ⁽¹⁸⁾, estabelece como fundamentos:

- possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade.
- efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

- realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, a nova Política Nacional define como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde em geral. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestores Bipartites – CIBs.

1.3 GRADUAÇÃO MÉDICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Segundo Feuerwerker e Marsiglia ⁽¹⁹⁾, as propostas decorrentes do informe FLEXNER, publicado nos Estados Unidos em 1910, e implantadas no Brasil a partir da *década de quarenta*, consignaram um modelo de ensino cujas características principais são:

- sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso;
- pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde e concentração nos aspectos de atenção médica individual;
- valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar;
- organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade.

De acordo com Pagliosa ⁽¹⁾, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde. As críticas recorrentes ao setor da saúde, que aconteceram com maior intensidade e frequência a partir de década de sessenta em todo o

mundo, pelo que se denominou a “crise da medicina”, evidenciaram a falta de compromisso com a realidade e as necessidades da população.

Já no final da *década de cinqüenta*, de acordo com Feuerwerker e Masiglia ⁽¹⁹⁾, por influência da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o ensino foi marcado pelos modelos da Medicina Integral e a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva, tendo como finalidade a orientação de discentes em programas médico-sociais de higiene e prevenção. Como concretização dessas propostas ao nível organizativo, houve a criação dos Centros de Saúde-Escola.

Feuerwerker e Marsiglia ⁽¹⁹⁾ afirmam que, a partir da segunda metade da *década de setenta*, iniciou-se um processo de discussão sobre o Sistema de Saúde no Brasil, preocupando-se com a constituição de um sistema público, único, universal e descentralizado, que deu origem a propostas que já apontavam problemas na formação de recursos humanos e a necessidade de integração dos dois sistemas: o de ensino e o de saúde.

A Declaração de Alma-Ata ⁽²⁰⁾, ao valorizar a atenção primária à saúde, reforçava a experiência dos Departamentos de Medicina Preventiva e as atividades fora do hospital de ensino. Segundo Gil ⁽²¹⁾, a Conferência Internacional de Alma Ata é exemplo de um evento internacional que representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando-a como direito humano fundamental. Em que pese ter sido realizada num contexto acirrado da crise monetária internacional, ela continuou influenciando mudanças no cenário mundial durante toda a década de oitenta, considerada a dos anos do ajuste fiscal.

Já a OPAS ⁽²²⁾ preconiza que

“[...] para a transformação da profissão médica [...] se faz necessário um novo estatuto de valores que [...] reconstrua a ética das relações básicas do exercício profissional e da função social de responder às necessidades de saúde, considerando as dimensões da relação médico/paciente, as relações entre os trabalhadores coletivos e entre a educação e a prática médica”. Esta deve nortear-se pela “promoção da saúde e defesa da vida em condições que a façam possível e

digna; a orientação solidária, baseada na equidade e guiada por políticas sociais que dêem prioridade aos problemas sanitários”.

A OPAS e a FEPAFEM ⁽²²⁾ assumem que:

“uma parte integral da missão de cada centro acadêmico de saúde deve ser seu compromisso com uma comunidade definida, manifestado através da investigação, promoção e cuidado da saúde que, em si mesmo, pode gerar um ambiente de aprendizagem adequado”.

Nos *anos oitenta*, segundo Feuerwerker e Marsiglia ⁽¹⁹⁾, a Integração Docente Assistencial (IDA) foi definida como a união de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, adequados às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino. Critérios demográficos e epidemiológicos deveriam passar a ser usados para a definição das áreas docentes assistenciais; a IDA deveria contribuir para a formação do médico geral; a educação permanente deveria ser assegurada para o pessoal dos serviços de saúde e as responsabilidades das diferentes instituições e da própria comunidade deveriam ser delimitadas. Buscaram-se, a partir de 1983, estabelecer novas relações entre instituições de ensino e prestadoras de serviços caracterizadas pela:

- presença dos serviços universitários nas instâncias integradas de condução do sistema de saúde (CLIS, CRIS e CIMS);
- existência de novas formas de incentivo financeiro do INAMPS a esses serviços (IVH e IAV);
- definição de normas e legislação correspondentes (UNISIS).

As mudanças conseguidas foram:

- introdução de novas unidades de conteúdo, novas disciplinas ou maior ênfase na dimensão social do conhecimento ministrado aos discentes e profissionais;

- ampliação da assistência, dos diagnósticos locais e introdução de novas tecnologias nos serviços de saúde;
- capacitação de agentes comunitários e aumento de participação dos usuários e grupos organizados nos serviços locais.

No I Encontro Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras ⁽²³⁾ conclui-se que:

“A Extensão é o processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre a Universidade e a Sociedade [...] é uma via de mão dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará, na sociedade, a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico...docentes e discentes trarão um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, será acrescido àquele conhecimento. Este fluxo, que estabelece a troca de saberes sistematizados – acadêmico e popular, terá como conseqüência: a produção de conhecimento resultante do confronto com a realidade brasileira e regional; a democratização do conhecimento acadêmico e a participação efetiva da comunidade na atuação da universidade. Além de instrumentalizadora desse processo dialético de teoria/prática, a Extensão é um trabalho interdisciplinar que favorece a visão integrada do social”.

A “Declaração de Edimburgo” ⁽²⁴⁾ anunciou recomendações para uma substancial transferência do cenário de ensino médico centrado no hospital para a comunidade, com a utilização mais ampla de ambientes apropriados e situações de ensino-aprendizagem.

Nos *anos noventa*, surgiu a Interação ensino-serviço-comunidade. De acordo com Feuerwerker e Marsiglia ⁽¹⁹⁾, o desafio foi lançado às escolas de saúde e não somente a cursos isolados, sendo que os modelos de serviço e pedagógicos deveriam ter como denominador comum a base epidemiológica, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe multiprofissional e o ensino-aprendizagem em serviço. Partiu-se do pressuposto de que a graduação deve possibilitar o exercício competente da profissão em qualquer nível do sistema de saúde. Por isso, a importância de chegar a uma definição clara do produto final e das competências a

serem buscadas, não somente ao nível da clínica, mas também as relativas à pesquisa, à administração de serviços, à relação interpessoal com pacientes e com outros membros de uma equipe de saúde. Recomendou-se combater a separação tradicional entre os ciclos básico e profissional e incentivar a incorporação das ações clínicas de natureza preventiva e de promoção à saúde na atividade habitual dos profissionais.

Feuerwerker e Marsiglia ⁽¹⁹⁾ relatam que, em todo o curso, deveria predominar a experiência de aprendizagem, isto é, a interação do discente com o meio ambiente. O discente aprenderia o que ele próprio faz ou descobre, não o que faz ou ensina o professor. O princípio da participação ativa dos discentes indica como adequados pedagogicamente o método de resolução de problemas e a participação dos discentes em projetos de investigação científica. As falhas e deficiências observadas na prestação de serviços assistenciais deveriam servir de base para a programação de educação permanente do pessoal dos serviços. Potencialmente, também deveriam alimentar ajustes, revisões e reformas curriculares, já que muitas vezes as deficiências identificadas são frutos da orientação da própria graduação.

Segundo Campos ⁽²⁵⁾, todos os esforços prévios de integração do processo de ensino-aprendizagem à rede de serviços tiveram baixa sustentabilidade, pois dependiam de uma adesão ideológica de docentes e estudantes e, mesmo estando institucionalizados, mostravam-se vulneráveis às conjunturas políticas locais. Assim, os deslocamentos para ambulatórios periféricos, a supervisão de internatos rurais, a participação, entre outras, em atividades comunitárias sempre representaram um pesado ônus para aqueles que as assumiam e as levavam à frente.

De acordo com Feuerwerker e Marsiglia ⁽¹⁹⁾, não se trataria apenas de encaminhar os estudantes para os serviços básicos de saúde ou para atividades na comunidade, mas de incorporar o trabalho que neles se desenvolve aos objetivos e estratégias educacionais das escolas. O sistema de avaliação deveria estar voltado para verificar a competência e o desempenho, o que exigiria mais do que memorização de conhecimentos; exigiria desenvolvimento de habilidades técnicas, atitudes e valores a serem incorporados ao longo da formação.

Ao propiciar uma interação mais democrática entre serviços, comunidade e universidade, estar-se-ia construindo um caminho que levaria à relevância social dos serviços e da universidade.

Segundo Santos ⁽²⁶⁾, consta no Plano Nacional de Extensão Universitária que:

“Assume interesse especial a possibilidade de produção de conhecimento na interface universidade/comunidade, priorizando as metodologias participativas e favorecendo o diálogo entre categorias utilizadas por pesquisados e pesquisadores, visando à criação e recriação de conhecimentos possibilitadores de transformações sociais, onde a questão central será identificar o que deve ser pesquisado e para quais fins e interesses se buscam novos conhecimentos”.

De acordo com Ferreira et al. ⁽²⁷⁾, a diversificação dos cenários é compreendida como uma das estratégias para a transformação curricular. Essa estratégia aproxima os estudantes da vida cotidiana das pessoas e desenvolve olhares acadêmicos críticos e voltados para os problemas reais da população.

Feuerwerker ⁽²⁸⁾, aponta que os cenários de aprendizagem não devem se restringir a locais de desenvolvimento de práticas profissionais como espaços físicos de trabalho, mas sim representar espaços em que as relações dos sujeitos sejam eficazmente desenvolvidas. Nesse sentido tais espaços devem possibilitar a incorporação do estudante ao processo de produção do serviço e gerar mudanças no processo de formação profissional do estudante.

Segundo Silva ⁽²⁹⁾, uma das opções dessa diversificação é a aprendizagem baseada na comunidade, na qual o estudante permanece durante sua formação, inserido-se num processo dinâmico de práticas integradas à comunidade, além de produzir conhecimento e serviço de saúde para a população. Esse tipo de educação requer envolvimento do educando com a comunidade, fazendo-se reflexões acerca das práticas em saúde envolvidas para a construção de sua aprendizagem, diferentemente dos processos de formação que envolvem breves estágios em centros de saúde-escola.

Atualmente, os enfoques em educação médica apontam inequivocamente para um novo espaço da comunidade, identificando as necessidades de saúde e demandas da sociedade como critérios de seleção de conteúdos e práticas curriculares. Isso significa que a comunidade, que estava fora enquanto ator do processo de planejamento curricular, passa a ser nele incluída. A essa mudança corresponde, de fato, o processo de conquista da cidadania.

A Conferência Internacional de Educação Médica ⁽³⁰⁾ chegou à conclusão de que:

“A integração docente assistencial tentada no passado sem grandes resultados, poderá agora se repetir com possibilidade de sucesso, pois o Programa Saúde da Família - PSF - tem amplo apoio estatal e as ementas sugeridas são plenamente factíveis”.

A Resolução do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº. 4, de 07 de Novembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (CNE/CES), definiu o perfil do formado egresso e as competências e habilidades como segue ⁽³¹⁾:

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de

forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

- II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando ao uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e
- VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja

benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I - promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
- V - realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocioambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
- IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
- X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

- XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
- XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
- XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;
- XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;
- XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;
- XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;
- XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;
- XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;
- XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
- XXI - atuar em equipe multiprofissional; e
- XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único: Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

- I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
- II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- IV - compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;
- V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e
- VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Podemos afirmar que o Brasil dispõe hoje, se não da melhor, de uma das melhores e mais atualizadas propostas de sistema de saúde do mundo, cuja materialização plena é o grande desafio sanitário da nossa sociedade para a corrente década. O documento UNIMONTES ⁽⁹⁾ expressa que o contexto político e social bem como o jurídico e legal nos parece bastante favoráveis. Entretanto, muitos obstáculos necessitam ser rompidos para alcançarmos as melhorias necessárias e desejadas. Entre as barreiras a serem vencidas, há que se priorizar a produção de conhecimentos e a formação de recursos humanos referidos pelo novo paradigma e

pela nova prática. Nesse particular, a Universidade passa a ter uma responsabilidade singular e intransferível, especialmente no campo da pesquisa em saúde e da formação de médicos.

Segundo o documento UNIMONTES ⁽⁹⁾, a Universidade por meio do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde e do Hospital Universitário Clemente Faria, tem procurado dar a sua contribuição no processo de desenvolvimento dos recursos humanos capacitados para a Atenção Primária. Nesse sentido, associou-se à Escola de Saúde de Minas Gerais (ESMIG) e à Universidade de Toronto, Canadá, em meados de 1997, para implantar em Minas Gerais um treinamento básico para médicos e enfermeiros atuantes em saúde da família, denominado “Five Weekend Program”. Tal convivência propiciou a alguns docentes e dirigentes da UNIMONTES o acesso à experiência da Universidade de Toronto e à literatura específica, o que despertou o interesse e o desenvolvimento de alguns professores da área. Como resultado desse processo, foi criado o Pólo de Educação Permanente em Saúde da Família, que ofereceu, a partir de 1997-98, vários cursos de Especialização em Saúde da Família para médicos e enfermeiros de equipes do PSF de municípios norte mineiros, em convênio com a Secretaria de Estado da Saúde. Além disso, multiplicou o “Five Weekend Program” para muitas equipes. A partir de 1999, tem oferecido “Cursos Introdutórios” para médicos e enfermeiros do PSF de vários municípios da nossa região, em convênio com o Pólo da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG.

De acordo com o documento UNIMONTES ⁽⁹⁾, ainda em 1999, iniciaram-se a Residência Médica em Saúde da Família e a Residência em Saúde da Família para Enfermeiros, programas que deram origem, a partir de janeiro de 2000, à Residência Multiprofissional em Saúde da Família para Médico e Enfermeiro no Hospital Universitário Clemente Faria. Em 2005, o programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade recebeu o credenciamento provisório pela Comissão Nacional de Residência Médica, sendo que, em 2007, veio o credenciamento definitivo por 5 anos. Em 2006, a Residência Multiprofissional incorporou a categoria dos odontólogos, sendo que, desde 2002, tais programas têm recebido apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Em nível da graduação, o Colegiado de Coordenação Didática e Pedagógica do curso médico formalizou, para iniciar no segundo semestre de 2000, o Internato Curricular em Saúde da Família para os estudantes de medicina, com um semestre de duração. Em 2002, o curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da UNIMONTES optou pela metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas, estratégia que tem como princípios norteadores a interdisciplinaridade, a integração básico-clínico, o respeito à individualidade, a autonomia do estudante, a aproximação da prática à realidade, a orientação para a comunidade e a avaliação formativa do estudante e contínua do processo. O currículo foi estruturado em cinco pilares: Módulo de Conteúdos Específicos, cujas unidades são organizadas por temas afins e a resolução de problemas em grupos tutoriais, constituindo principal recurso pedagógico; Módulo de Habilidades e Atitudes, cujas atividades são divididas em habilidades clínico-cirúrgicas, habilidades de comunicação e habilidades em informática e metodologia de pesquisa, ocorrem em laboratórios de simulação, ambulatórios e hospitais; Módulo Interação, Aprendizagem, Pesquisa, Serviço e Comunidade (IAPSC) que tem como cenário de prática os territórios do Programa Saúde da Família; A Avaliação, que é realizada de forma diagnóstica, formativa e somativa; e o Internato, realizado nos dois últimos anos com importante inserção no cenário hospitalar. Tal processo de mudança curricular tem sido apoiado pelo Ministério da Saúde através de programas de incentivo como o Programa de Incentivo às Transformações Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED) e o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), especialmente por se tratarem de propostas curriculares de forte integração docente-assistencial, principalmente com o nível primário de atenção.

O Módulo de Interação Aprendizagem, Pesquisa, Serviço e Comunidade (IAPSC) é a estratégia adotada no seio do novo currículo para integrar o estudante de medicina na realidade social e na prática sanitária a partir do início do curso, de forma a proporcionar-lhe oportunidades de aprendizagem indispensáveis na formação do médico desejado e necessário. E isso, dificilmente, é proporcionado dentro dos limites do paradigma da educação médica tradicional.

De acordo com o documento UNIMONTES ⁽⁹⁾, da forma como foi concebido e vem sendo implantado, deve estar dentro do escopo e das potencialidades privilegiadas

do IAPSC o desenvolvimento de competências singulares preconizadas para o novo médico, a saber:

- percepção das necessidades reais de saúde da população; atitudes e valores orientados para a cidadania e para os aspectos éticos e humanísticos da profissão;
- atuação integrada nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais da saúde e da doença;
- integração dos conhecimentos básico e clínico;
- prática integral: promoção, prevenção, atenção e reabilitação;
- trabalho intersetorial;
- trabalho em equipe multiprofissional;
- resolução de problemas reais;
- autodidatismo, atuação como agente de transformação social; análise crítica e compreensão das realidades vivenciadas; resposta com embasamento técnico e científico às necessidades de saúde mais frequentes;
- uso do método científico na prática cotidiana;
- economia da saúde e gestão de recursos, dentre outras.

A base metodológica do Módulo Interação Aprendizagem, Pesquisa, Serviço e Comunidade (IAPSC) é a inserção dos estudantes de medicina em grupos de sete a oito colegas em um território assistido por uma equipe da Estratégia Saúde da Família da área urbana do município de Montes Claros, a partir do início do curso até o sexto período, com duração de quatro horas semanais. Segundo o documento UNIMONTES ⁽⁹⁾, no transcorrer dos seis primeiros semestres do curso de medicina, os estudantes assumem, sob supervisão docente, responsabilidades crescentes e acumulativas no seu território, à medida que novas competências vão sendo agregadas por eles.

Cada subturma tem um preceptor-facilitador, sempre que possível com Residência em Medicina de Família e Comunidade e que seja um membro da equipe do PSF em questão. Designado como instrutor do IAPSC, deve acompanhar os estudantes

durante os três anos do módulo, que deve ser todo realizado em um mesmo território de maneira a se garantirem os benefícios da longitudinalidade das relações.

A metodologia utilizada nesse módulo é a da Problematização, identificando-se problemas da realidade vivenciada, suas causas e possíveis soluções, buscando-se propostas de enfrentamento para os mesmos, em consonância com as diretrizes do novo currículo a ser implantado. O planejamento das atividades se dá de forma participativa, considerando-se a horizontalidade do módulo, o método científico, a relevância das questões levantadas e o alcance dos objetivos elaborados.

Ao final dos seis semestres, o Módulo IAPSC proporciona ao estudante transitar, desde sua inserção, apropriação e legitimação, no território selecionado, passando pela identificação e compreensão dos problemas através da Territorialização; pela seleção e implantação de intervenções através do desenvolvimento do planejamento estratégico; pelo estudo de famílias por ferramentas de acesso e avaliação; pela avaliação da saúde dos indivíduos através da prática de habilidades clínicas; pela organização dos serviços após pesquisa de avaliação do cuidado primário oferecido pela equipe em que estão inseridos, até a prestação de cuidados integrais de saúde à população adscrita ao território selecionado, inclusive com a implantação de um “*menu*” de medidas preventivas a um determinado grupo de risco dessa população, baseado nas melhores evidências científicas disponíveis.

Os conteúdos teóricos são definidos a partir das necessidades geradas pela prática, e a problematização e a aprendizagem baseada em problemas são privilegiadas. A aprendizagem e a prática do método e da investigação científica, do planejamento participativo, do método clínico centrado no paciente, da medicina baseada em evidências, bem como o uso rotineiro de ferramentas de acesso e avaliação de famílias, são enfatizados.

A compreensão dos macro-problemas e de seus determinantes e dos princípios organizativos do serviço (aspectos coletivos) e o desenvolvimento de habilidades clínicas (aspectos individuais) são igualmente perseguidos. É dada atenção especial ao aspecto multiprofissional e intersetorial da prática sanitária, com busca da integração e reforço das especificidades de cada setor e categoria profissional.

A prática reflexiva e o aprender sozinho (autodidatismo) são estimulados e o instrutor adota função de facilitador, privilegiando o ensino tutorial.

De acordo com o documento UNIMONTES ⁽⁹⁾, o IAPSC foi concebido conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina, apontando que estes deverão em suas estruturas:

- ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde mais freqüentes, referidas pela comunidade e identificadas pelo setor saúde;
- utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do estudante na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;
- incluir as dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no estudante atitudes e valores orientados para a cidadania;
- promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo do desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;
- inserir o estudante, desde o início do curso, em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
- utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao educando conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
- propiciar a interação ativa do estudante com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, de forma que o estudante tenha contato com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato;
- vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

O documento UNIMONTES ⁽⁹⁾ ainda expressa que, com essa estruturação, o estudante de medicina deve agregar, ao longo do módulo, competências para, ao final do curso:

- perceber saúde como qualidade de vida, como o resultado de um processo de produção social que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços sociais e econômicos: educação, saneamento básico, moradia, meio ambiente equilibrado e auto-sustentado, lazer, transporte, trabalho, renda, segurança, serviços de saúde, etc;
- perceber saúde como objeto interdisciplinar no campo do conhecimento, e intersetorial no campo da prática social;
- perceber a prática sanitária como uma combinação, de forma ótima em eficiência e eficácia sociais, de ações de promoção de saúde, prevenção das doenças e agravos e atenção curativa e reabilitadora;
- perceber os serviços de saúde como uma rede integrada e hierarquizada. Perceber claramente a importância, o papel e as responsabilidades do nível primário nos sistemas de saúde. Perceber a relação de intercomplementariedade entre nível primário e os outros níveis do sistema de saúde, o fluxo e contra-fluxo de pacientes e informações. Perceber a insuficiência resolutiva do nível primário, coerente com a sua complexidade e insuficiência tecnológica para atender problemas que transcendem sua capacidade resolutiva;
- perceber a Estratégia Saúde da Família como uma estratégia para reorganizar o nível de atenção primária do SUS, um sistema de saúde universal, equitativo, integral e democrático;
- perceber na prática social dos serviços e na vida das pessoas, melhorias e mudanças advindas da organização da atenção primária referida pela estratégia da saúde da família: impacto, resolubilidade, custos econômicos e sociais, continuidade, personalização e humanização das ações, satisfação dos profissionais e população, etc;
- perceber e compreender os grandes problemas de saúde de uma população e identificar as intervenções mais eficientes e mais eficazes no seu enfrentamento;
- conhecer, compreender e praticar os fundamentos filosóficos e científicos, bem como os princípios básicos da medicina familiar dentro do contexto mais amplo de saúde da família, contribuindo para a releitura e reconstrução desses fundamentos, respeitadas a heterogeneidade da realidade e das necessidades de cada lugar e as especificidades de cada profissão;

- ser um médico com habilidade clínica que: conhece e pratica o método clínico centrado no paciente; utiliza conhecimentos baseados em evidências científicas; desenvolve parcerias e comprometimentos; conhece bem as condições de saúde comuns na comunidade e sabe lidar com situações menos comuns, mas que impõem risco de vida; compreende as experiências de adoecer dos indivíduos e o impacto das doenças em suas vidas; é habilidoso no fornecimento de informações para os pacientes; procura aliviar o sofrimento enquanto se faz as investigações diagnósticas; tem consciência das condutas alternativas e suas conseqüências; respeita a autonomia dos pacientes e permite que eles assumam papéis no seu próprio cuidado e tomem decisões no seu melhor interesse; mobiliza os sistemas de apoio dos pacientes para otimizar o plano de tratamento; envolve, de forma apropriada, outros profissionais de saúde, recursos comunitários e outras pessoas que podem ajudar na conduta; acompanham a evolução do problema até a solução ; tem habilidades para lidar com as incertezas e ambigüidades e para prestar cuidados paliativos para pessoas com doenças em fase terminal; é preparado par ver doenças crônicas, problemas emocionais, distúrbios agudos (variando de problemas menores, simples e auto-limitados, àqueles com risco de vida), e problemas biopsicossociais complexos; encaminha para os especialistas ou outros recursos da comunidade com rigor e critérios;
- estar preparado para ser fonte de recurso para uma população definida que: trata sua população como população de risco; avalia novas informações de forma crítica como relevantes para sua prática; mantém registros e sistema de informação; faz folha de rosto e genograma; promove a saúde; é estudante e auto-didata (prática reflexiva); é advogado do seu usuário nas políticas públicas; tem responsabilidade com o sistema de saúde quanto ao manejo de recursos e necessidades de referência;
- estar preparado para exercer sua prática baseada na comunidade: lidar com problemas indiferenciados; considerar a freqüência relativa dos problemas na comunidade; cuidar do paciente em diferentes contextos (casa, trabalho, creche, centro de saúde, ambulatório, hospital, etc.); atuar e considerar-se como parte de uma rede de serviços que inclui especialistas e outros recursos;
- considerar a relação médico-paciente-família como o alvo central da prática; abandonar as atitudes de “eu” e “poder” com relação ao paciente; ter

comprometimento com o paciente em primeiro lugar; ouvir o paciente e sua família; usar ferramentas de acesso e avaliação de famílias (ciclo de vida familiar, genograma, folha de rosto, FIRO, PRACTICE, método de ajuda, entrevista de ajuda, conferência familiar, etc.); dar continuidade aos cuidados ao longo do tempo; usar contatos repetidos com os pacientes e suas famílias para construir a relação médico/paciente e promover o “poder de cura” das interações; procurar ser uma presença constante e visível no território; comprometer-se com a pessoa e não com um conjunto de conhecimentos, grupo de doenças ou técnica especial; não limitar o compromisso a prazo definido ou tipo de problema;

- ter consciência da sua própria personalidade: compreender que os seus próprios valores, atitudes e sentimentos são determinantes do modo como exerce a profissão; ter consciência de suas potencialidades (forças, poderes e capacidades, etc.) e limitações; perceber quando seus próprios problemas pessoais interferem na eficácia do cuidado dos pacientes; ter ciência do balanço de poder entre médicos e pacientes e o potencial de abuso desse poder.

Além dessas competências, necessárias para o exercício profissional do novo médico em qualquer nível do sistema de saúde, as experiências curriculares proporcionadas pelo Módulo visam atingir, também, objetivos educacionais específicos para o nível primário de atenção referido pela Estratégia Saúde da Família. Nesse campo, o estudante deve, ao longo do módulo, agregar competências para, ao final do curso, ser capaz de:

- perceber o território para além do seu espaço físico natural com sua superfície-solo e suas características geofísicas, para vê-lo como um território-processo: um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que sujeitos sociais se tencionam na arena política; um espaço de vida pulsante, de conflitos de interesses, de projetos, nunca acabado, em constante reconstrução;
- realizar o processo de Territorialização de qualquer espaço desconhecido, na perspectiva de território processo, identificando: superfície solo, população definida, barreiras (geográficas, sociais, culturais, econômicas, etc.), história, informantes-chave, atores e recursos sociais, perfil demográfico e epidemiológico, determinantes de saúde, micro-áreas de risco, serviços de

- saúde, etc. e organizando os dados e informações em mapas e relatórios de utilidade para a equipe de saúde e a população;
- identificar as doenças mais comuns e os maiores problemas de saúde coletiva do território, através dos bancos de dados existentes, técnica da estimativa rápida ou outras fontes de dados;
 - compreender os macro-problemas de saúde do território, identificar seus reais determinantes e selecionar as intervenções mais adequadas;
 - conhecer as famílias do território e promover a saúde delas;
 - avaliar a saúde dos indivíduos do território e prevenir suas doenças;
 - diagnosticar e tratar as doenças freqüentes no território e reconhecer e encaminhar com critério os pacientes com doenças menos freqüentes que exigem avaliação de especialista;
 - planejar, organizar e avaliar os cuidados de saúde no âmbito do seu território.

Segundo o documento UNIMONTES ⁽⁹⁾, o trabalho no nível primário de saúde não demanda alta densidade tecnológica, mas é de alta complexidade tecnológica. Para atuar no nível primário com qualidade e resolubilidade, exige-se do profissional um leque de conhecimentos, habilidades, valores, atitudes, enfim, competências muito mais amplas e complexas do que aquelas normalmente exigidas no trabalho de especialistas nos outros níveis do sistema de saúde.

A medicina de família ou medicina de cuidados primários da forma como vem sendo construída, apreendida e praticada hoje no mundo, de acordo com o documento UNIMONTES ⁽⁹⁾, preenche os critérios acadêmicos de uma nova especialidade médica: teoria, conhecimento, objeto de estudo, método, ferramentas, linguagem e corpo de profissionais organizados que se comunicam entre si, etc., próprios para a área. A formação do médico para atuar no nível primário deve ser objeto de pós-graduação na modalidade residência, o que já é considerado pela Comissão Nacional de Residência Médica, que tem entre as especialidades médicas reconhecidas a Medicina de Família e Comunidade.

Segundo o documento UNIMONTES ⁽⁹⁾, a graduação deve ser orientada no sentido de romper os reducionismos do modelo flexneriano e as limitações positivistas do

tecnicismo e da pedagogia da transmissão. Precisa ter como referencial as reais necessidades de saúde da população, e como espaço educacional privilegiado, mas não exclusivo, o nível primário do sistema de saúde. Tem que adotar modelos pedagógicos que promovam a busca ativa do conhecimento e o método científico como estratégia para análise crítica do conhecimento. Sendo assim, o objetivo maior do módulo IAPSC é contribuir, efetivamente, para que o médico egresso do curso médico CCBS/UNIMONTES tenha uma formação geral, humanista, crítica e reflexiva; capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na perspectiva da integralidade da assistência. Deve, além disso, agir com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano e também tenha a Atenção Primária como uma opção desejada para sua atividade profissional futura.

Após cumprir as atividades dos módulos de Conteúdos Específicos, do IAPSC e de Habilidades e Atitudes os estudantes do curso médico da UNIMONTES, a partir do sétimo período, passam por experiências em ambulatórios de especialidades e em unidades hospitalares, com todas as suas possibilidades como serviços de urgência e emergência, maternidade, bloco cirúrgico, enfermaria e CTI. Isso acontece, principalmente, nos estágios dos internatos em Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Clínica Médica. No décimo segundo período, os discentes podem, opcionalmente, fazer o estágio em Saúde da Família, em Saúde Mental, repetir algum de sua preferência ou realizar um outro em qualquer serviço conveniado com a UNIMONTES, desde que aprovado pelo Colegiado de Coordenação Didática do Curso Médico.

Diante das constantes mudanças no currículo do curso médico da UNIMONTES, que buscam estar em consonância com os princípios constitucionais do SUS, com as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e com o movimento internacional da Educação Médica e, diante do fato de que três turmas de médicos já foram formadas dentro deste desenho atual, faz-se necessária a verificação da percepção dos discentes sobre a Atenção Primária e seus atributos na graduação de Medicina da UNIMONTES e sobre a importância da atenção primária à saúde na formação do médico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção dos discentes do curso médico da UNIMONTES em relação à Atenção Primária à Saúde e seus atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o conceito de atenção primária à saúde e quais os seus atributos na ótica dos discentes do curso de Medicina da UNIMONTES;
- Verificar a importância da atenção primária à saúde na formação do médico na ótica dos discentes do curso de Medicina da UNIMONTES.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa qualitativa em que o detalhamento dos materiais e métodos utilizados encontra-se no produto gerado; apresentado a seguir em forma de artigo científico que foi submetido à Revista Brasileira de Educação Médica, estando, assim, redigido e formatado de acordo com as normas da mesma.

4 PRODUTO GERADO

ARTIGO ORIGINAL

ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CURSO MÉDICO: percepção dos discentes da UNIMONTES – MG
PRIMARY HEALTH CARE IN MEDICAL EDUCATION: students' perception

RESUMO

Em sintonia com as transformações que os processos de formação de profissionais de saúde têm passado, o curso de Medicina da UNIMONTES vem implementando, desde 2000, estratégias de diversificação dos cenários de aprendizagem com ampliação das atividades curriculares nos serviços de Atenção Primária (AP). O objetivo deste trabalho foi compreender a percepção dos discentes em relação à AP e à importância desta na formação médica. Como metodologia, utilizou-se a pesquisa qualitativa, através da realização de entrevistas direcionadas por questionários semi-estruturados com 28 discentes dos diversos períodos do curso. As respostas encontradas foram analisadas e enquadradas em quatro categorias empíricas relacionadas com os atributos da AP referenciados por Starfield (2002): Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade, e em uma categoria referente à importância da AP no curso médico. As percepções evidenciadas mostraram o reconhecimento da importância da utilização do cenário da AP na formação de médicos como um instrumento para adequação desta às diretrizes curriculares atuais e para a apreensão, por parte dos discentes, dos papéis do nível primário de atenção no sistema de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária. Educação Médica. Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

In tune with the transformation the educational process of health professionals has gone through, the UNIMONTES' Medical School has been implementing, since 2000, strategies to make sure there is a diverse learning/training scenario, including the amplification of curricular activities in primary care services. The goal of this work is to understand the students' perception regarding the primary care and its importance in the medical school. The methodology used so far was a qualitative research accomplished through semi-structured interviews with twenty eight students from different semesters of medical school. The answers were analyzed and separated into four empirical categories related to the primary care attributes referenced by Starfield (2002): First Contact, Longitudinality, Coordination and Comprehensiveness of care, and a category referring the primary care importance in medical education. The perceptions evidenced here showed the importance of the use of the primary care scenario in the medical educational process as a tool for adapting it to the current curricular programs and for assimilating the attributes of the primary level in the health system.

Keywords: primary health care, medical education, health care systems.

INTRODUÇÃO

Em pleno século XXI, ainda podemos observar a hegemonia da concepção de saúde como ausência de doença, cuja prática sanitária é centrada no atendimento médico individual e curativo, hospitalocêntrico e com uso de tecnologias sofisticadas, herança do paradigma flexneriano, que, contudo, não tem resolvido, efetivamente, as demandas e as necessidades da população.⁽¹⁾ A pessoa e suas necessidades, as populações e suas necessidades estão sendo relegadas, com o argumento da eficácia dos resultados obtidos, sejam eles em termos de diagnóstico ou de terapêutica clínica ou cirúrgica.⁽²⁾

Nesse contexto, constata-se que o curso médico prioriza a formação especializada e o aprendizado dessas especialidades, sendo organizado de forma fragmentada, o que impede o discente de ter uma visão geral do paciente. Assim, tendo o hospital universitário como cenário principal do aprendizado médico, o discente acompanha, na maioria das vezes, pacientes com patologias já instaladas, com um nível de gravidade alto ou com seqüelas, e realiza uma atuação pontual no doente, que depois será acompanhado por outros médicos e discentes, resultando numa visão fragmentada do paciente. Nesse processo, a visão que o discente adquire é a de que sua atuação no processo saúde-doença consiste apenas em tratar patologias ou suas complicações.⁽³⁾

Nesse currículo tradicional do curso médico, ocorre a segregação entre teoria e prática e a fragmentação do aprendizado, o que favorece o crescimento das especializações existentes, vendo-se conteúdos sem relevância, que hierarquizam e desintegram o conhecimento.⁽⁴⁾

É preciso que a educação médica se estabeleça definitivamente em novos cenários, lá onde as práticas assistenciais estejam ocorrendo, e não somente no hospital. A integração entre ensino, pesquisa e serviço deve ser ampliada, abrangendo as unidades sanitárias, os postos de saúde, os pronto-atendimentos, as emergências, os programas de assistência domiciliar, os centros de atenção psicossocial, as escolas e outros locais.⁽⁵⁾

Os cenários de aprendizagem não devem se restringir aos locais de desenvolvimento de práticas profissionais como espaços físicos de trabalho, mas, sim, representar espaços em que as relações dos sujeitos sejam eficazmente desenvolvidas; espaços que possibilitem a incorporação do estudante ao processo de produção do serviço e gerem mudanças no processo de formação profissional do estudante.⁽⁶⁾

Uma das opções dessa diversificação é a aprendizagem baseada na comunidade, em que o estudante permanece, durante sua formação, inserido num processo dinâmico de práticas integradas à comunidade, produzindo conhecimento e serviço de saúde para a população. Esse tipo de educação requer envolvimento dos educandos com a comunidade, fazendo-se reflexões acerca das práticas em saúde envolvidas para a construção de sua aprendizagem, diferentemente dos processos de formação que envolvem breves estágios em centros de saúde-escola ⁽⁷⁾.

Todos os esforços prévios de integração do processo de ensino-aprendizagem à rede de serviços tiveram baixa sustentabilidade, pois dependiam de uma adesão ideológica de docentes e estudantes e, mesmo estando institucionalizados, mostravam-se vulneráveis às conjunturas políticas locais. Assim, os deslocamentos para ambulatórios periféricos, a supervisão de internatos rurais, a participação em atividades comunitárias, entre outras atividades, sempre representaram um pesado ônus para aqueles que as assumiam e as levavam à frente.⁽⁸⁾

Diante dessa realidade, as universidades vêm buscando se adequar às Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina, DCN de 2001, mediante a expansão do ensino para o nível primário de atenção, ou seja, Centros de Saúde ou Unidades de Saúde da Família. Além disso, os currículos estão sendo reorganizados para que os estudantes tenham um contato longitudinal com a atenção básica, desenvolvendo atividades acadêmicas em determinada Unidade de Saúde durante um tempo razoável do curso.⁽³⁾

A consideração da atenção primária como nível adequado de formação profissional para os discentes de Medicina é determinada pelo fato de que, na comunidade, o discente está numa posição privilegiada para aprender as atividades preventivas, compreender a realidade do processo saúde-doença e sua abordagem holística, assim como a complexidade e importância da relação médico-paciente e da longitudinalidade da atenção, além de compreender a abordagem das doenças prevalentes, tanto agudas como crônicas.⁽⁹⁾

Na Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES, o Colegiado de Coordenação Didática do Curso Médico formalizou, para iniciar no segundo semestre de 2000, o Internato Curricular em Saúde da Família para os estudantes de medicina, com um semestre de duração. Em 2002, o curso de Medicina da UNIMONTES optou pela metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), estratégia que tem como princípios norteadores a interdisciplinaridade, a integração básico-clínico, o respeito à individualidade, a autonomia do estudante, a aproximação da prática à realidade, a orientação para a comunidade e a avaliação formativa do estudante e contínua do processo. O currículo foi estruturado em cinco pilares: Módulo de Conteúdos Específicos, cujas unidades são organizadas por temas afins e a resolução de problemas em grupos tutoriais, constituindo o principal recurso pedagógico; Módulo de Habilidades e Atitudes, cujas atividades são divididas em habilidades clínico-cirúrgicas, habilidades de comunicação e habilidades em informática e metodologia de pesquisa e ocorrem em laboratórios de simulação, ambulatórios e hospitais; Módulo de Interação, Aprendizagem, Pesquisa, Serviço e Comunidade (IAPSC) que tem como cenário de prática os territórios do Programa Saúde da Família (PSF), o Internato, realizado nos dois últimos anos, com importante inserção no cenário hospitalar e a Avaliação, que é realizada de forma diagnóstica, formativa e somativa.

Tal processo de mudança curricular tem sido apoiado pelo Ministério da Saúde através de programas de incentivo, como o Programa de Incentivo às Transformações Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED) e o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

(PRÓ-SAÚDE), especialmente por se tratar de propostas curriculares de forte integração docente-assistencial, principalmente com o nível primário de atenção.

O Módulo IAPSC é a estratégia adotada no seio do novo currículo para integrar o estudante de medicina na realidade social e na prática sanitária a partir do início do curso, de forma a proporcionar-lhe oportunidades de aprendizagem indispensáveis na formação do médico desejado e necessário e que, dificilmente, são proporcionadas dentro dos limites do paradigma da educação médica tradicional.

A base metodológica do Módulo IAPSC é a inserção dos estudantes de medicina em grupos de sete a oito colegas em um território assistido por uma equipe de PSF da área urbana do município de Montes Claros, a partir do início do curso até o sexto período com duração de quatro horas semanais. No transcorrer dos seis primeiros semestres do curso de medicina, os estudantes assumem, sob supervisão docente, responsabilidades crescentes e acumulativas no seu território, à medida que novas competências vão sendo agregadas por eles.

Após cumprir as atividades dos módulos de Conteúdos Específicos, do IAPSC e de Habilidades e Atitudes os estudantes do curso médico da UNIMONTES, a partir do sétimo período, passam por experiências em ambulatórios de especialidades e em unidades hospitalares. Isso abrange todas as suas possibilidades, como serviços de urgência e emergência, maternidade, bloco cirúrgico, enfermaria e CTI, o que acontece, principalmente, nos estágios dos internatos em Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Clínica Médica. No décimo segundo período, os discentes podem, opcionalmente, fazer o estágio em Saúde da Família, em Saúde Mental, repetir algum de sua preferência, ou realizar um outro em qualquer serviço conveniado com a UNIMONTES, desde que aprovado pelo Colegiado de Coordenação Didática do Curso Médico.

O Módulo IAPSC e o Internato em Saúde da Família propiciam aos estudantes a aproximação com os atributos da Atenção Primária definidos por Starfield (2002), como Porta de Entrada, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação.

Diante das mudanças ocorridas no currículo do curso médico da UNIMONTES, que buscaram estar em consonância com os princípios constitucionais do SUS, com as DCN de 2001 e com o movimento internacional da Educação Médica e, diante do fato de que, três turmas de médicos já foram formadas dentro deste desenho atual, fez-se necessária a verificação da percepção dos discentes sobre a Atenção Primária e seus atributos e sobre a importância da Atenção Primária na graduação de Medicina da UNIMONTES.

OBJETIVOS

Compreender a percepção dos discentes do curso médico da UNIMONTES em relação à Atenção Primária à Saúde e seus atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, e a importância da Atenção Primária na formação médica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa se desenvolveu por meio de um estudo qualitativo sobre a percepção dos estudantes do curso médico da UNIMONTES em relação à Atenção Primária à Saúde e seus atributos¹⁰. Pela natureza conceitual do objeto em questão, optamos pelo método qualitativo, aplicado ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. ⁽¹¹⁾

Universo e Sujeitos Participantes do Estudo

O universo da pesquisa foi composto pelos discentes do curso de Medicina da UNIMONTES, e os sujeitos participantes do estudo foram selecionados de forma aleatória e representativa, mediante sorteio de discentes de forma a contemplar cada um dos doze períodos do curso em quantidades consideradas suficientes para se alcançar a saturação das percepções encontradas.

Instrumento

A pesquisa teve como base uma entrevista direcionada por um questionário semi-estruturado, composto por variáveis de identificação, sócio-demográficas e por outras perguntas abertas que visaram à apreensão da percepção dos discentes do curso de Medicina da UNIMONTES acerca da Atenção Primária à Saúde e seus atributos.

O uso do questionário semi-estruturado foi adotado por permitir ao informante relatar livremente seu pensamento e suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, participando na elaboração do conteúdo da pesquisa ⁽¹²⁾, garantindo ao entrevistado um espaço para reflexão de suas concepções e uma auto-avaliação. As questões norteadoras foram submetidas ao pré-teste com quatro estudantes, e, logo após, foram feitas adequações a fim de assegurar a validade e a precisão das questões. ⁽¹³⁾

Coleta de Dados

Nessa etapa, o pesquisador realizou as entrevistas através da aplicação de questionário semi-estruturado com os discentes, que, após a concordância na participação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram gravadas em fitas mini-cassete de sessenta minutos, o que permite contar com todo o material fornecido pelo informante, e transcritas para facilitar o processo de formação do *Corpus* e categorização das falas.

Análise dos Dados

Utilizando a técnica de análise de conteúdos, foram analisadas e categorizadas as respostas dos indivíduos entrevistados, de forma a caracterizar os sujeitos entrevistados e suas percepções acerca de cada um dos atributos da atenção primária à saúde: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação,⁽¹⁰⁾ e acerca da importância da atenção primária no curso médico da UNIMONTES.

Foi realizada uma leitura das transcrições das falas dos entrevistados, desmembradas em unidades de registro, fazendo-se uma codificação que correspondeu a uma transformação dos dados brutos do texto de maneira a se atingir uma representação do conteúdo.

Questões Éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNIMONTES por meio do Parecer Consubstanciado nº 1240/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu a construção de categorias empíricas que corresponderam à consolidação dos dados sócio-demográficos dos entrevistados, às percepções dos atributos do cuidado primário e à importância da utilização de um cenário da atenção primária durante o curso médico, as quais serão apresentadas e discutidas a seguir.

Caracterização dos Sujeitos

Vinte e oito estudantes foram entrevistados, sendo quatro do décimo segundo período, três do terceiro, três do quinto e dois de cada um dos demais períodos do curso de Medicina. Dezesete deles (60,7%) são do sexo masculino, com média de idade de 23 e 24 anos, variando o restante de 18 a 32 anos.

Três discentes (10,7%) revelaram falta de conhecimento a respeito das ações coletivas do SUS ao dizerem que nunca utilizaram seus serviços, demonstrando a falta de conhecimento de que serviços que atingem a população em geral, como controle de zoonoses e vacinação, são realizados pelo SUS. Dezoito estudantes (64,3%) afirmaram já terem utilizados serviços de Atenção Primária (PSF, Centro de Saúde, Vacinação), doze (42,9%) relataram ter feito uso de pronto atendimento ou pronto socorro do SUS, oito (28,6%) responderam que já utilizaram serviços hospitalares incluindo cirurgias, dois (7,1%) citaram serviços ambulatoriais. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), aquisição de medicamentos especiais e realização de exames laboratoriais foram lembrados por apenas um discente de cada (3,6%).

Primeiro Contato

A resposta que apareceu com maior frequência quando perguntado aos estudantes qual o serviço de saúde uma pessoa deveria procurar quando precisasse foi o da atenção primária com as suas variáveis - PSF, Posto de Saúde ou Unidade Básica de Saúde.

Deve procurar um PSF mais próximo da sua casa [...]. (EJ2)

Seria a atenção primária, PSF é a porta de entrada, mas eu sei que não está funcionando muito bem, pois tem lugar que ainda não tem [...]. (EW2)

Diante de tais afirmações, percebe-se o reconhecimento, por parte dos estudantes, de que o Primeiro Contato é um atributo da atenção primária e de que a acessibilidade, elemento estrutural do Primeiro Contato ⁽¹⁰⁾, é imprescindível para o alcance da porta de entrada e deve ser considerada no planejamento dos serviços de saúde, que devem buscar a expansão da Estratégia Saúde da Família com aumento de cobertura da população.

Essas respostas também estão de acordo com a proposta de a atenção primária servir como porta de entrada do sistema de saúde, servindo como primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde⁽¹⁴⁾.

Muitos estudantes também responderam que o serviço procurado deve depender da necessidade ou gravidade da situação do paciente, apontando o hospital como o lugar a ser procurado em caso de urgências.

Depende da necessidade da pessoa. Se a pessoa estiver em situação de emergência, deve procurar o pronto socorro. Se for um problema que pode esperar um pouco de tempo, deve procurar o posto de saúde (EY2-4).

Se não for urgência, uma atenção básica de saúde, PSF. Se for urgência, pronto socorro (EP2).

Nesse caso, os estudantes reconheceram que a porta de entrada deve obedecer a critérios clínicos, o que aponta para a necessidade de implantação de um protocolo que defina as situações pertinentes a serem abordadas em cada ponto da rede que trabalha como essa “porta de entrada” do sistema de saúde.

Longitudinalidade

A quase unanimidade dos discentes reconhece que a longitudinalidade na atenção médica deve ser buscada, e que o generalista, clínico geral ou médico de família é o profissional mais adequado para o alcance desse atributo, principalmente pela capacidade de abordagem de problemas diversos e possibilidade de conhecer a família dos pacientes, o que é apontado como

importante no reconhecimento das mais variadas necessidades apresentadas pelos pacientes. Essa situação está coerente com o fato de que o profissional com formação generalista tem mais facilidade para alcançar a longitudinalidade.⁽¹⁰⁾

Médico da família é o mais capacitado para isso e ele engloba melhor as necessidades da pessoa no sentido de conhecer os fatores de risco, a sua família. Esse acompanhamento é importante, tanto para a questão curativa, quanto para a questão da prevenção (EW5-7).

Médico da Saúde da Família, pela preparação para lidar com diversos problemas diferentes (EX3).

Os estudantes também consideraram que o médico de referência deveria ser aquele de confiança, amigo da família e capaz de fazer orientações.

O médico que tem mais confiança (ET3).

Porque é importante você ter uma referência de médico, algum em que você confia, compartilha informações da vida como um todo e que sabe que pode contar com aquele médico quando for necessário [...]. Qualquer tipo de médico. Acho que a questão é de identificação do paciente com o médico [...] (EO4-7).

Tais afirmações também estão em sintonia com o fato de que o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde¹⁰. Daí a importância de se considerarem na formação do médico as recomendações das DCN (2001), estabelecendo que os conteúdos essenciais para o curso de graduação em Medicina devem contemplar o desenvolvimento da capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente⁽¹⁵⁾.

Também os estudantes reconheceram que conhecer o paciente como um todo é a principal função que o médico de referência deve ter. O reconhecimento de problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais, é o elemento processual da integralidade. Os problemas sociais são particularmente importantes, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que frequentemente predispõe ou causa enfermidades⁽¹⁰⁾. As DCN (2001) também apontam que a formação do médico tem por um dos seus objetivos dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o domínio dos saberes científicos básicos da natureza biopsicossocioambiental subjacentes à prática médica e para o raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução⁽¹⁵⁾.

Ele deve ter abordagem de psicossocial, como a gente já viu no curso, deve ter essa aproximação, deve saber não só da sua história patológica, mas também, sua história social familiar, saber todas as dimensões do problema do paciente (EK5-7).

Deve conhecer a família, os aspectos sociais, onde essa pessoa está inserida, conhecer as condições, até a abordagem psicológica, para entender melhor o ambiente que ela vive e para saber a complexidade da sua doença, o estágio da doença (EM7-8).

Podemos perceber que a centralização na família deve subsidiar o processo de trabalho do médico de referência, o que é um atributo derivativo da Atenção Primária⁽¹⁰⁾, também contemplado na estruturação do IAPSC, que tem como competência a ser desenvolvida pelo discente a capacidade de conhecer as famílias do território e promover a saúde delas. As DCN (2001) também sugerem que os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Além disso, devem contemplar, entre outros, a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença e a abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção⁽¹⁵⁾.

A prevenção de doenças como função que o médico de referência deveria exercer apareceu nas respostas dos estudantes de forma prevalente.

Acompanhar, orientar no que ele quer que seja que ele tenha, se tiver alguma patologia; se não tiver, deve orientar quanto à alimentação, vícios, que são coisas que, no futuro, podem causar uma imunidade para a pessoa (EN7-9).

Primeiramente, orientação em relação à prevenção de saúde, rastreamento nas doenças mais frequentes de cada pessoa que compõe a família e também intervenção sempre que for necessário quando alguém for acometido por algum tipo de doença (EAB4-6).

Perceber a prática sanitária como uma combinação, de forma ótima em eficiência e eficácia sociais, de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos e atenção curativa e reabilitadora é uma aptidão que o discente, ao final do curso médico, deverá ter, após ter agregado as competências objetivadas pela estruturação do módulo IAPSC⁽¹⁶⁾. Os estudantes lembraram disso quando tentaram definir as funções do médico de referência.

A habilidade de orientar os pacientes também foi veementemente lembrada pelos discentes como uma das principais funções do médico de referência, como demonstrado nas citações relacionadas à prevenção e nas seguintes.

Ser alguém que saiba prestar assistência no sentido de informação ao paciente, não só a questão médica, mas como um todo, seja capaz de orientar o paciente na vida também porque muitas vezes o médico é a única referência dele, alguém que entenda todo o processo que o paciente vive (EO10-13).

Tem tanto que tratar como conscientizar e fazer um trabalho de prevenção de doenças (ER4).

O reconhecimento de que a habilidade de orientar os pacientes é fundamental para o médico de referência também é coerente com os benefícios da longitudinalidade de melhor atenção preventiva e menos doenças preveníveis⁽¹⁰⁾ e, também, está de acordo com as DCN (2001) ao recomendar que a formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício da competência e habilidade específica para, entre outros, informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade acerca da promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação⁽¹⁵⁾. Ser habilidoso no fornecimento de informações ao paciente é uma das competências cujo desenvolvimento durante a graduação⁽¹⁶⁾ constitui meta do IAPSC.

Coordenação

Todos os estudantes afirmaram ser necessário que as informações sobre a saúde de um paciente sejam conhecidas por algum profissional de saúde, e a maioria respondeu que o médico de referência, generalista, clínico ou médico de família deveria ser o profissional com essa missão, mas, aqui também, alguns lembraram dos outros profissionais da equipe.

O médico de preferência, mas hoje também temos enfermeiros no centro de saúde e nos PSFs com boa formação acadêmica e que poderiam também dar um suporte bem melhor (E110-11).

O médico, o enfermeiro, o técnico que está diretamente em contato com o paciente e que deve conhecer a sua saúde de forma mais ampla possível (EP7-8).

Tais afirmações nos fazem acreditar que os discentes reconhecem a importância do trabalho em equipe na atenção à saúde, principalmente na atenção primária. O fato de que, em nosso sistema de saúde, somente o médico tem a prerrogativa de referenciar os pacientes para outros profissionais, pode ser um obstáculo ao alcance da coordenação em nossa atenção primária, que tem no processo de encaminhamento uma importância fundamental.

Alguns estudantes relataram que o conhecimento das informações sobre a saúde do paciente é significativo no processo de referência.

Se o médico não foi capaz de resolver o problema do paciente, ele deve compartilhar a história do paciente com outro profissional [...] (EY8-9).

Profissional com formação generalista que possa articular juntamente com outros profissionais de outras áreas [...] (EV5-6).

Tais afirmações estão em consonância com as DCN (2001), ao proporem que a formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício da competência e habilidade para atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos

princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência⁽¹⁵⁾. Também estão de acordo com os objetivos do IAPSC a capacitação do estudante para diagnosticar e tratar as doenças freqüentes no território e reconhecer e encaminhar, com critério, os pacientes com doenças menos freqüentes que exigem avaliação de especialista⁽¹⁶⁾. O reconhecimento de problemas, elemento processual da coordenação que se dá pela observação do estado de problemas em consultas anteriores ou de problemas pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais, deveria ser avaliado nas consultas subseqüentes. Freqüentemente, os pacientes consultam em outros lugares, quer mediante recomendação do seu médico ou por sua própria vontade, e a transferência de informações a respeito dessas consultas ou o que ocorreu durante elas, geralmente, está ausente⁽¹⁰⁾.

Os discentes também reconheceram que as diversas funções médicas, como diagnosticar e tratar, que influenciam nos resultados de saúde do paciente, são dependentes do conhecimento acerca do paciente, o que é corroborado com a afirmação de que quanto maior o reconhecimento dos problemas dos pacientes pelos profissionais, maior a probabilidade de os pacientes mostrarem uma melhora subseqüente⁽¹⁰⁾.

Facilita quando a pessoa tiver algum problema de saúde, para fazer diagnóstico, ajudar no tratamento (EL7-8).

É importante para que ele, conhecendo a história do paciente, a história pregressa e patológica dele, possa, de certa forma, melhorar a atenção e intervir de forma mais eficaz (EE7-8).

Integralidade

A maioria dos discentes entrevistados considerou que seria o médico de referência, o generalista ou o médico do PSF o responsável por reconhecer a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilizar os recursos para atendê-las.

Eu acho que seria aquele médico com quem a pessoa tem um maior vínculo, para ele estar identificando essas necessidades, o atendimento primário (ES12-13).

O médico do saúde da família. Por ter um maior conhecimento sobre a vida, sobre a história desse paciente, ele tem mais chance de acertar naquilo que aquela pessoa está precisando [...] (EM12-13).

Apesar de revelar uma percepção de uma prática sanitária centrada no médico, o que pode representar herança do, ainda hegemônico, paradigma flexneriano, que tem como prática sanitária a atenção médica, essas respostas nos apontam uma percepção da necessidade do médico atuar de maneira holística, fato que também está em consonância com as DCN (2001), como discutido na categoria longitudinalidade⁽¹⁵⁾.

Muitos estudantes também consideraram que a equipe multidisciplinar da atenção primária deveria assumir essa missão, conforme a afirmativa de que a equipe deveria oferecer e

reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas. Também deveria reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos (elemento processual), sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais⁽¹⁰⁾.

Eu acho que o serviço do PSF se enquadra muito porque é uma equipe multiprofissional. O conhecimento dos problemas é muito mais abrangente (EQ12-13).

Eu acho que quem sabe o que a gente precisa é quem está com a gente, quem convive. Considerando que a atenção primária é o serviço de saúde que acompanha a pessoa ao longo do tempo, então eu acho que é o serviço que mais deve estar atento às necessidades da pessoa e conseguir o máximo de atendimento (EW19-22).

Nessa última afirmativa, podemos perceber que a Longitudinalidade, que tem como um dos seus benefícios o melhor reconhecimento dos problemas dos pacientes, o que seria o elemento processual da integralidade¹⁰, é também importante para o alcance desta.

Também alguns discentes opinaram que o Estado seria o responsável pela integralidade.

Acho que para disponibilizar recurso, já vai além da questão de médico e enfermeiro, é o órgão governamental (EL10-11).

O Estado, a via que ele pode usar para o reconhecimento das necessidades seria o médico, o enfermeiro, o odontólogo pelo SUS, PSF ou Posto de Saúde (EAB8-9).

Tais colocações nos remetem à lembrança de que um dos princípios do SUS é o da Integralidade, e que o Estado deve reconhecer a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde dos cidadãos e disponibilizar os recursos para atendê-las e o faz através de seus agentes públicos, que constituem a equipe de saúde.

Também, alguns discentes responderam que o próprio paciente deveria reconhecer a variedade completa de necessidades relacionadas à sua saúde e disponibilizar os recursos para atendê-las. Essa percepção está de acordo com um dos objetivos do IAPSC, que é o de dotar o estudante da competência para respeitar a autonomia dos pacientes e permitir que eles assumam papéis no seu próprio cuidado e tomem decisões no seu melhor interesse⁽¹⁶⁾.

O Paciente deve ser autônomo e ele mesmo reconhecer o serviço que ele vai querer. Mas, se tiver alguém, o médico é o mais indicado por ser a pessoa em quem, geralmente, o paciente confia. O médico orienta, mas quem deve tomar a decisão é o paciente (E017-19).

Acho que normalmente depende de demanda. Acho que o paciente sabe do que ele precisa. O profissional de saúde pode buscar por estatística, em geral é por demanda de pessoa (EP9-10).

Essa última resposta nos lembra que o diagnóstico das necessidades de saúde dos pacientes deve ser feito de maneira sistemática através de pesquisas a respeito dos problemas mais prevalentes na população assistida.

Importância da Atenção Primária no Curso de Medicina

Todos os discentes reconheceram, em suas considerações, que o espaço da Atenção Primária no curso médico deveria ser valorizado.

Desde o começo deve-se trabalhar, porque, com a inserção, ficou, desde o começo, aquela capacidade de generalização geral, sem especialização em tal coisa, sempre uma visão geral dentro daquela comunidade, do que ela necessita (EH21-23).

Tem que ser mais valorizada porque a formação nossa está mais voltada para a formação hospitalar e isso deve ser trabalhada melhor, [...] (EV18-19).

Analisando tais afirmações, podemos perceber que, na visão dos estudantes, a valorização do cenário da Atenção Primária durante o curso médico pode ser um instrumento para o rompimento com o modelo de ensino consignado pelo paradigma flexneriano, que se baseia em uma visão mecanicista e um reducionismo biológico do homem. Além disso, caracteriza-se por sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso, pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde e concentração nos aspectos de atenção médica individual, valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar e organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade.

Como podemos observar, os discentes também apontaram que a comunidade seria o espaço prioritário para as atividades relacionadas com a Atenção Primária no curso médico.

A atenção primária é muito importante. Já acontece hoje através de reuniões em que já identificamos os problemas da comunidade, podendo ajudar um pouco (EL20-22).

O IAPSC é uma oportunidade muito boa para os estudantes, porque, além de toda a questão do trabalho envolvido, você tem o contato, mesmo que seja através das pesquisas, das entrevistas, mas já é uma maneira de lidar com a comunidade, conviver, entender o que essa população mais precisa. As disciplinas de habilidades que temos no ambulatório são boas, mas o IAPSC fornece uma base de convivência maior (EX25-28).

Tais considerações nos apontam a constatação dos estudantes de que, ao se propiciar uma interação mais democrática entre serviços, comunidade e universidade, estar-se-ia construindo um caminho que levaria à relevância social dos serviços e da universidade. Vale lembrar que o Plano Nacional de Extensão Universitária (2000-2001) assumiu como de interesse especial a possibilidade de produção de conhecimento na interface universidade/comunidade⁽¹⁷⁾. Em sintonia com isso, atualmente, os enfoques em educação médica apontam, inequivocamente, para um espaço da comunidade, identificando as necessidades de saúde e demandas da sociedade como critérios de seleção de conteúdos e práticas curriculares para que os profissionais formados sejam relevantes. As respostas dos estudantes também estão em concordância com a Declaração de Alma-Ata (1978) de que, ao valorizar a atenção primária à

saúde, reforçava a experiência dos Departamentos de Medicina Preventiva e as atividades fora do hospital de ensino⁽¹⁸⁾. Dialogam também com a “Declaração de Edimburgo”, que recomendou uma substancial transferência do cenário de ensino médico centrado no hospital para a comunidade, com a utilização mais ampla de ambientes apropriados e situações de ensino-aprendizagem⁽¹⁹⁾.

A importância da utilização do cenário da Atenção Primária para o desenvolvimento de habilidades necessárias para uma boa relação médico-paciente também foi considerada pelos estudantes.

[...] ser inserindo ali, na própria residência das pessoas, para você ter um melhor relacionamento entre médico e paciente (EY22-23).

Eu acho que deve ter um espaço mais valorizado, não somente por uma questão de aprendizado, mas também porque a atenção primária humaniza muito o estudante. É lógico que todo mundo gosta de ir para a atenção terciária, mas eu acho que o contato, o vínculo com o paciente é muito proveitoso no nível de atenção primária, não só academicamente pensando, mas para humanizar também (EQ25-28).

Tais respostas estão em sintonia com as DCN (2001) abordadas na categoria longitudinalidade ao sugerir que, em sua estrutura, o curso médico deverá incluir as dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no estudante atitudes e valores orientados para a cidadania⁽¹⁵⁾.

Os discentes também citaram que a valorização do cenário da Atenção Primária no curso médico é fundamental para a aquisição de habilidades para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

A atenção primária é extremamente necessária porque, justamente, trata na base o desenvolvimento dessas doenças, principalmente com prevenção, orientação e depois com o tratamento na fase inicial dessas doenças. [...] (EAA19-21).

[...] a atenção primária é muito voltada para prevenção. A gente vê dificuldades dos profissionais que não estão habituados a atuar em atenção primária e mexer com medicina preventiva, saúde preventiva (EAB24-26).

Essas afirmações estão de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2006), estabelecendo que esta tem como um de seus fundamentos efetivar a integralidade em seus vários aspectos; dentre outros o da articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde⁽²⁰⁾. As DCN (2001) também preconizam que os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções dos discentes, evidenciadas nesta pesquisa, a respeito da Atenção Primária, de seus atributos e da sua importância no curso médico vão ao encontro dos principais referenciais teóricos do assunto, principalmente com as DCN (2001) e com Starfield (2002). Essa constatação demonstra, de maneira inequívoca, que a valorização desse cenário na graduação médica pode ser um instrumento a ser utilizado para a adequação desta às diretrizes curriculares atuais e para a apreensão, por parte dos discentes, dos papéis do nível primário de atenção no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira RC, Silva RF, Aguer CB. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Méd* 2007;31(1):52-59.
2. Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Rev Bras Educ Méd* 2005; 29(2):136-146.
3. Campos MAF, Forster AC. Percepção e avaliação dos discentes do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Rev Bras Educ Méd* 2008; 32(1):83-89.
4. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo Jgc. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abem; 2004.
6. Feuerwerker L, Costa H, Rangel ML. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. *Divulgação em Saúde para Debate* 2000;22:18-24.
7. Silva RF. Prática educativa transformadora: a trajetória da unidade educacional [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.
8. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB; Cordeiro H, Cordoni LJ. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Rev Bras Educ Méd* 2001; 25(2):53-59.
9. Pitz PB, Vicente VC. La medicina de familia como disciplina académica y la atención primaria como entorno de aprendizaje. *Atención Primaria* 2004; 34(8): 433-6.
10. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002, 726 p.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007, 406 p.

12. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.
13. Gil AC. Métodos e técnicas da pesquisa social. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.
14. World Health Organization. Primary health care. Geneva, WHO, 1978.
15. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 04 de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 09 nov 2001.
16. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES -. Interação Aprendizagem, Pesquisa, Serviço e Comunidade – IAPSC – Montes Claros: 2002. Texto mimeografado.
17. Santos BS. Plano Nacional de Extensão Universitária. Edição Atualizada, Brasil, 2000/2001. Fórum de Pró-reitores de Extensão de Universidades Públicas Brasileiras e SESu/MEC Disponível em www.ufac.br/pro_reitorias/pr_assunt_comunitarios/doc_ass_comunitarios/doc
18. OMS/UNICEF. Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma – Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979
19. World Federation for Medical Education. The Edinburgh declaration. The Lancet 1988; 2: p.464.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n 61 de 29 de março de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, 29 março 2006.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As críticas ao modelo flexneriano de educação médica concede a oportunidade de se considerar questões como as concepções de saúde-doença, os modelos de atenção em saúde e as políticas públicas para o setor, entre outras. É desejável que as transformações em curso nas escolas de medicina contribuam para a formação de médicos que desempenhem suas atividades profissionais considerando as várias dimensões das pessoas que necessitam de cuidados de saúde e desenvolvam suas ações abordando toda a amplitude do processo da saúde e da doença e seus determinantes.

A mudança ocorrida no curso médico da UNIMONTES, em 2002, com a implantação de um currículo orientado pela aprendizagem baseada em problemas (ABP) demandou a realização de estudos que objetivassem a avaliação do alcance dos objetivos desta nova proposta, principalmente no que se refere à utilização do cenário da Atenção Primária à Saúde como espaço privilegiado para a prática, pois muitos questionamentos quanto à pertinência desta estratégia surgiram durante esse processo.

As percepções dos discentes, evidenciadas nesta pesquisa, a respeito da Atenção Primária, de seus atributos e da sua importância no curso médico estão em consonância com os principais referenciais teóricos do assunto, principalmente com as DCN⁽³²⁾ e com Starfield⁽¹¹⁾.

As categorias construídas a partir das respostas encontradas permitem-nos concluir que os estudantes de medicina da UNIMONTES têm tido, ao longo de sua formação no currículo atual, experiências suficientes para conseguirem identificar a importância e as responsabilidades da Atenção Primária à Saúde, principalmente no que se refere ao reconhecimento desta como Porta de Entrada de um Sistema de Saúde; ao reconhecimento dos benefícios da longitudinalidade na relação médico-paciente e nas ações preventivas e promocionais; ao reconhecimento da coordenação como instrumento imprescindível no funcionamento de um sistema de

saúde em rede e ao reconhecimento da necessidade de ações de saúde voltadas para as necessidades integrais de saúde das pessoas.

Isso demonstra, de maneira inequívoca, que a valorização da utilização do cenário da Atenção Primária pode ser um poderoso instrumento a ser utilizado na graduação médica para a adequação desta às diretrizes curriculares atuais e para a apreensão, por parte dos discentes, dos papéis do nível primário de atenção no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Pagliosa LF, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Méd 2008;32(4):492-499.
2. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 2ª ed.,1999.300p.
3. Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. Rev Bras Educ Méd 2005; 29(2):136-146.
4. Piancastelli CH. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. In: Arruda BKG, org. A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, (IMIP); 2001.p.121-40.
5. Cyrino EG, Rizzato ABP. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. Rev Bras Saúde Matern Infant 2004; 4(1):59-69.
6. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Proposta para reformulação do currículo do curso médico da UNIMONTES. UNIMONTES: Montes Claros, 1994. Texto mimeografado
7. Campos MAF, Forster AC. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro 2008;32(1):83-9.
8. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
9. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. UNIMONTES: Montes Claros, 2001. Texto mimeografado.
10. Komatsu RS. Aprendizagem Baseada em Problemas: sensibilizando o olhar para o idoso. Rede Unida/ABEM/Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Estado de São Paulo, Londrina/Rio de Janeiro/São Paulo; 2003. p., 2003.
11. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.726 p.
12. Cury GC, Melo EM. Ensino Baseado em Pessoas – A experiência da mudança curricular de 1974 realizada pela Faculdade de Medicina da UFMG. Caderno ABEM 2006; 02: 46-48.
13. Mendes EV. A Atenção Básica à Saúde no SUS. Belo Horizonte, 2002.
14. OMS/UNICEF. Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma – Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.
15. Vuori H. Primary care in Europe: problems and solutions. Community Medicine, 6:221-231, 1984.
16. Campos FE, Aguiar RAT. Especialização em Saúde da Família: uma estratégia para o apoio à expansão da Atenção Básica nas grandes cidades. Rev Bras Saúde da Família 2005; 08: 38-46.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde;1997.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n 61 de 29 de março de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, 29 março 2006.
19. Feuerwerker LCM, Marsiglia R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. Divulgação n 12, julho/96.

20. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
21. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública 2006; 22(6): 1171-1181.
22. OPAS/MS/MEC. Programa geral de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no Brasil. Brasília, 1979, p. 3.
23. FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS (1987-2000). Belo Horizonte: PROEX/UFMG, 2000.
24. World Federation for Medical Education. The Edinburgh declaration. The Lancet 1988; 2: p.464.
25. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB; Cordeiro H, Cordoni LJ. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. Rev Bras Educ Méd 2001; 25(2):53-59.
26. Santos BS. Plano Nacional de Extensão Universitária. Edição Atualizada, Brasil, 2000/2001. Fórum de Pró-reitores de Extensão de Universidades Públicas Brasileiras e SESU/MEC Disponível em www.ufac.br/pro_reitorias/pr_assunt_comunitarios/doc_ass_comunitarios/doc
27. Ferreira RC, Silva RF, Aguer CB. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. Rev Bras Educ Méd 2007;31(1):52-59.
28. Feuerwerker LCM. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. Div Saude Debate 2000;22:18-24.
29. Silva RF. Prática educativa transformadora: a trajetória da unidade educacional [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000. In: Ferreira RC, Silva RF, Aguer CB. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. Rev Bras Educ Méd 2007;31(1):52-59.
30. Conferência Internacional sobre Educação Médica, Rio de Janeiro, 25-28 out. 2000.
31. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 04 de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 09 nov 2001.
32. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina: Brasília: MEC; 2001.

ANEXOS

ANEXO I



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 24 de outubro de 2008.

Processo N.º 1240/08.

Título do Projeto: Inserção do estudante de medicina no serviço de saúde da cidade de Montes Claros, MG: a visão dos atores do processo da APS.

Coordenador: João Felício Rodrigues Neto

Relatora: Prof.ª Simone de Melo Costa

Histórico

A inserção dos estudantes dos vários cursos da área de saúde no cenário da atenção primária tem sido recomendada por constituir campo potencial de práticas, indispensável à formação. Há reconhecimento da importância de consolidar e valorizar a estruturação e a efetivação do sistema de saúde, e a necessidade da inserção dos estudantes de medicina na prática da atenção primária logo no início da formação profissional. O projeto objetiva verificar a visão dos atores envolvidos na formação de médicos na Unimontes com a inserção dos estudantes de medicina nos serviços de Atenção Primária à Saúde em Montes Claros. Trata-se de estudo qualitativo que envolverá entrevistas a gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde.

Mérito

As Diretrizes Curriculares para os cursos médicos recomendam a inserção de estudantes desde o 1º período em serviços de saúde, no entanto, atualmente, há grande discussão sobre os desafios do ensino da Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido o estudo contribuirá para adequações do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Unimontes em consonância com a proposta dos Ministérios da Saúde e da Educação, Programa de Reorientação do Profissional em Saúde, Pró-Saúde.

Parecer

O Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo 1240, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa.

Prof.ª Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes

IAPSC

Primeiro

Conhecer o território e inserir- Período

- OBJETIVO GERAL se na equipe de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer e discutir sobre o Programa Saúde da Família;
- Discutir e desenvolver, a nível local, as técnicas de diagnóstico situacional;
- Conhecer e as técnicas de territorialização e da Estimativa Rápida Participativa;
- Conhecer os Sistemas de Informação de Saúde e Bases de Dados do SUS;
- Participar de atividades realizadas no território (habilidades clínicas, grupos operativos, procedimentos, oficinas, visita domiciliar, etc.).

PROGRAMAÇÃO DO PRIMEIRO PERÍODO

QUADRO DA SEMANA PADRÃO

| Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira |
|----------------------------------|--------------------------|--|----------------------------------|---------------------|
| 8:00– 11:30 h Sessão Tutorial | | 7:30 – 11:00 Habilidades e atitudes | 8:00– 11:30 h Sessão Tutorial | 8:00 h Palestra |
| | 14:00h – 18:00h IAPSC | | | Atividades práticas |

Fonte: CCBS – Novembro de 2003.

Turnos/Semana: 01

Semanas/Semestre: 18

Carga Horária/Semana: 04 Horas

Carga Horária/Semestre: 72 Horas

CRONOGRAMA PROPOSTO PARA AS ATIVIDADES

- Reunião geral da coordenação do período com todos os estudantes e instrutores do mesmo, para apresentação dos participantes e discussão do plano de curso com os objetivos e o cronograma de atividades do Primeiro Período do IAPSC, introdução sobre Diário de Campo (para atividades individuais) e Atas (para atividades coletivas) e apresentação dos “territórios de IAPSC”: 1 semana;
- Apresentação da proposta do IAPSC ao longo do curso e divisão dos grupos por território: 1 semana;
- Apresentação do Programa de Saúde da Família (PSF) aos estudantes. Promover uma visão geral do território aos estudantes, problematizar a necessidade de um diagnóstico situacional e disponibilizar bibliografia específica: 1 semana;
- Definir a metodologia a ser usada para o diagnóstico situacional e Trabalhar com mapas: 1 semana;
- Entrevistas com informantes-chave: 2 semanas;
- Busca de dados secundários: 1 semana;

- Reunião geral - apresentação dos trabalhos realizados até o momento e planejamento das atividades a serem realizadas para o alcance dos objetivos do período: 1 semana (realizada na metade do semestre);
- Consolidar as informações colhidas e a Ficha A: 2 semanas;
- Traçar perfil dos problemas de saúde mais prevalentes: 2 semanas;
- Divisão dos textos: 1 semana;
- Confecção do Relatório Final: 1 semana;
- Participação de atividades realizadas no território (habilidades clínicas, grupos operativos, procedimentos, oficinas, visita domiciliar, etc.): 4 semanas.

AVALIAÇÃO

Ao final desse período os estudantes deverão apresentar o resultado de suas atividades de maneira sistemática e dentro dos padrões aceitáveis pela metodologia científica, através de relatórios capazes de servirem como subsídios para sua avaliação e que passarão a compor o seu *portfólio*.

A avaliação do desempenho do estudante no IAPSC será consolidada ao final do período e composta pela avaliação do instrutor (40 pontos), auto-avaliação (10 pontos), avaliação interpares (10 pontos) e confecção produto final (40 pontos: relatório da Territorialização - 20 pontos, diário de campo -10 pontos e atas - 10 pontos)

Segundo Período

OBJETIVO GERAL DO PERÍODO

- Desencadear um projeto de planejamento participativo com a comunidade para melhor compreender os macro-problemas que interferem na qualidade de vida dos moradores; eger e descrever um deles para enfrentamento nos próximos períodos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PERÍODO

- Desenvolver habilidades para praticar a metodologia da problematização, a educação em saúde, a andragogia e o planejamento participativo;
- Identificar um problema que seja importante para a comunidade e o serviço para o qual deverá apontar e testar hipóteses de solução durante os anos subseqüentes, norteando-se sempre pela metodologia científica e pelo planejamento estratégico;
- Participar de atividades realizadas no território (habilidades clínicas, grupos operativos, procedimentos, oficinas, visita domiciliar, etc.).

PROGRAMAÇÃO DO SEGUNDO PERÍODO

QUADRO DA SEMANA PADRÃO

| Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira |
|------------------------------------|------------------------|---|------------------------------------|------------------------|
| | 8:00– 11:30 h IAPSC | 7:30 – 11:00 Habilidades e atitudes | . | Atividades práticas |
| 13:30 – 17:00 h Sessão Tutorial | | | 13:30 – 17:00 h Sessão Tutorial | Palestras |

Fonte: CCBS – Novembro de 2003.

Turnos/Semana: 01

Semanas/Semestre: 18

Carga Horária/Semana: 04 Horas

Carga Horária/Semestre: 72 Horas

CRONOGRAMA:

- Reunião geral da coordenação do período com todos os estudantes e instrutores, para apresentação dos participantes e discussão do plano de curso com os objetivos e o cronograma de atividades do semestre. Em um segundo momento, discussão individualizada de cada subturma sobre a avaliação do período anterior - 1 semana;
- Problematização da necessidade de desenvolver o planejamento participativo como forma de promoção à saúde no território (atuação nos grandes determinantes da saúde) e Discussão sobre Planejamento Estratégico e Participativo e Método Altadir de Planificação Popular - 2 Semanas;
- Discussão dos problemas levantados na territorialização e na aproximação com a comunidade - 2 Semanas;
- Preparo e Apresentação da Territorialização no Território – 2 semanas;
- Planejamento, realização e avaliação de reuniões com a comunidade para escolha do problema a ser enfrentado nos próximos semestres - 5 Semanas;
- Reunião Geral no meio do semestre com apresentação dos trabalhos realizados até o momento e do planejamento das atividades a serem realizadas para alcance dos objetivos até o final do período - 1 Semana;
- Apresentação dos Trabalhos desenvolvidos com a comunidade - 1 Semana;
- Participação de atividades realizadas no território (habilidades clínicas, grupos operativos, procedimentos, oficinas, visita domiciliar, etc.) - 4 semanas.

AValiação

Ao final desse período, os estudantes deverão apresentar o resultado de suas atividades de maneira sistemática e dentro dos padrões aceitáveis pela metodologia científica, através de seminário capaz de servir como subsídio para sua avaliação.

A avaliação do desempenho do estudante no IAPSC será consolidada ao final do período e composta pela avaliação do instrutor (40 pontos), auto-avaliação (10 pontos), avaliação interpares (10 pontos) e confecção e apresentação do produto final (40 pontos: apresentação da territorialização no território – 10 pontos, apresentação final -10 pontos, atas – 10 pontos e diário de campo -10 pontos).

Terceiro Período

OBJETIVO GERAL DO PERÍODO

- Desenvolver, juntamente com a comunidade, um projeto para enfrentamento do problema eleito e descrito no período anterior.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PERÍODO

- Desenvolver habilidades para praticar a metodologia da problematização, a educação em saúde, a andragogia e o planejamento participativo.
- Participar de atividades realizadas no território (habilidades clínicas, grupos operativos, procedimentos, oficinas, visita domiciliar, etc.).

PROGRAMAÇÃO DO TERCEIRO PERÍODO

QUADRO DA SEMANA PADRÃO

| Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira |
|--|---------------------------------|--|-------------------|---------------------------------|
| 7:30 – 11:00 Habilidades e atitudes | 7:30 – 11:00 Sessão Tutorial | 7:30 – 11:00 Habilidades e atitudes | 8:00 Palestras | 7:30 – 11:00 Sessão Tutorial |
| | | 14:00– 18:00 h IAPSC | | Atividades práticas |

Fonte: CCBS – Novembro de 2003.

Turnos/Semana: 01

Semanas/Semestre: 18

Carga Horária/Semana: 04 Horas

Carga Horária/Semestre: 72 Horas

CRONOGRAMA:

- Reunião geral da coordenação do período com todos os estudantes e instrutores, para apresentação dos participantes e discussão do plano de curso com os objetivos e o cronograma de atividades do semestre. Em um segundo momento, discussão individualizada de cada subturma sobre a avaliação do período anterior - 1 semana;
- Planejamento, realização e avaliação de reuniões com a comunidade para construção do projeto de enfrentamento do problema eleito no período anterior - 10 Semanas;
- Reunião Geral no meio do semestre com apresentação dos trabalhos realizados até o momento e do planejamento das atividades a serem realizadas para alcance dos objetivos até o final do período - 1 Semana;
- Confecção do relatório final - 2 semanas;
- Participação de atividades realizadas no território (habilidades clínicas, grupos operativos, procedimentos, oficinas, visita domiciliar, etc.) - 4 semanas.

AVALIAÇÃO

Ao final desse período, os estudantes deverão apresentar o resultado de suas atividades de maneira sistemática e dentro dos padrões aceitáveis pela metodologia científica, através de seminário capaz de servir como subsídio para sua avaliação.

A avaliação do desempenho do estudante no IAPSC será consolidada ao final do período e composta pela avaliação do instrutor (40 pontos), auto-avaliação (10 pontos), avaliação interpares (10 pontos) e confecção do produto final (40 pontos : Relatório das atividades do planejamento participativo – 20 pontos, atas – 10 pontos e diário de campo -10 pontos).

Quarto Período

OBJETIVO GERAL DO PERÍODO

- Desencadear a implementação do projeto construído no período anterior, juntamente com a comunidade, para enfrentamento do problema eleito, com controle e avaliação das atividades desenvolvidas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PERÍODO

- Desenvolver habilidades para praticar a metodologia da problematização, a educação em saúde, a andragogia e o planejamento participativo;
- Construir um protocolo de medidas preventivas a serem aplicadas a determinado grupo de risco, dentro dos princípios da Medicina Baseada em Evidências;
- Participar de atividades realizadas no território (habilidades clínicas, grupos operativos, procedimentos, oficinas, visita domiciliar, etc.).

PROGRAMAÇÃO DO QUARTO PERÍODO

QUADRO DA SEMANA PADRÃO

| Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira |
|-------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------|
| 8:00 Palestras | | Atividades práticas | | |
| 14:00– 18:00 h IAPSC | 14:00 Sessão Tutorial | 14:00 – 17:30 Habilidades e atitudes | 14:00 – 17:30 Habilidades e atitudes | 14:00 Sessão Tutorial |

Fonte: CCBS – Novembro de 2003.

Turnos/Semana: 01

Semanas/Semestre: 18

Carga Horária/Semana: 04 Horas

Carga Horária/Semestre: 72 Horas

CRONOGRAMA:

- Reunião geral da coordenação do período com todos os estudantes e instrutores, para apresentação dos participantes e discussão do plano de curso com os objetivos e o cronograma de atividades do semestre. Em um segundo momento, discussão individualizada de cada subturma sobre a avaliação do período anterior - 1 semana;
- Planejamento, realização e avaliação de reuniões com a comunidade para implantação do projeto de enfrentamento do problema construído no período anterior – 5 Semanas;
- Reunião Geral no meio do semestre com apresentação dos trabalhos realizados até o momento e do planejamento das atividades a serem realizadas para alcance dos objetivos até o final do período e apresentação dos protocolos de medidas preventivas (meio de semestre) - 2 Semanas;
- Construção do protocolo de medidas preventivas a serem aplicadas a determinado grupo de risco, dentro dos princípios da Medicina Baseada em Evidências - 5 semanas;
- Apresentação dos trabalhos do planejamento participativo - 1 semana;
- Participação de atividades realizadas no território (habilidades clínicas, grupos operativos, procedimentos, oficinas, visita domiciliar, etc.) - 4 semanas.

AValiação

Ao final desse período, os estudantes deverão apresentar o resultado de suas atividades de maneira sistemática e dentro dos padrões aceitáveis pela metodologia científica, através de seminário capaz de servir como subsídio para sua avaliação.

A avaliação do desempenho do estudante no IAPSC será consolidada ao final do período e composta pela avaliação do instrutor (40 pontos), auto-avaliação (10 pontos), avaliação interpares (10 pontos) e confecção e apresentação do produto final (40 pontos: Apresentação do protocolo preventivo – 10 pontos, apresentação das atividades do planejamento participativo – 10 pontos, atas – 10 pontos e diário de campo -10 pontos).

Quinto Período**OBJETIVO GERAL DO PERÍODO**

- Fazer vigilância à saúde da população do território de prática.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PERÍODO

- Realizar estudo de uma família do território, aplicando as ferramentas de acesso e avaliação de famílias e acompanhando a intervenção;
- Estudar famílias do território, construir e implantar projetos de intervenção sobre os problemas familiares;
- Conhecer e Estudar o Método Clínico Centrado no Paciente;
- Acompanhar e desenvolver atividades clínicas e coletivas no território.

PROGRAMAÇÃO DO QUINTO PERÍODO

QUADRO DA SEMANA PADRÃO

| Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira |
|--|----------------|-------------------|--|------------------------|
| 8:00 Sessão Tutorial | 08:00 IAPSC | | 8:00 Sessão Tutorial | Atividades práticas |
| 14:00 – 17:30 Habilidades e atitudes | | 14:00 Palestra | 14:00 – 17:30 Habilidades e Atitudes | |

Fonte: CCBS – Novembro de 2003.

Turnos/Semana: 01

Semanas/Semestre: 18

Carga Horária/Semana: 04 Horas

Carga Horária/Semestre: 72 Horas

CRONOGRAMA:

- Reunião geral da coordenação do período com todos os estudantes e instrutores, para apresentação dos participantes e discussão do plano de curso com os objetivos e o cronograma de atividades do semestre - 1 semana;
- Discussão individualizada de cada subturma sobre a avaliação do período anterior e construção dos planos de desenvolvimento pessoal - 1 semana;
- Reunião Geral no meio do semestre com apresentação dos trabalhos realizados até o momento e do planejamento das atividades a serem realizadas para alcance dos objetivos até o final do período e apresentações dos estudos de família - 1 Semana;
- Estudo "individual" (podem ser feitos dois por dupla) de uma família do território, confecção do produto para avaliação e apresentação dos trabalhos (um de cada subturma) - 7 semanas;
- Participação de atividades realizadas no território (habilidades clínicas, grupos operativos, procedimentos, oficinas, visita domiciliar, reuniões comunitárias, etc.) - 8 semanas.

AVALIAÇÃO

Ao final desse período, os estudantes deverão apresentar o resultado de suas atividades de maneira sistemática e dentro dos padrões aceitáveis pela metodologia científica, através de seminários, relatórios, artigos, pôsteres e outros instrumentos capazes de servirem como subsídios para sua avaliação e que passarão a compor o seu *portfólio*. A avaliação do desempenho do estudante no IAPSC será consolidada ao final do período e composta pela avaliação do instrutor (40 pontos), auto-avaliação (10 pontos), avaliação interpares (10 pontos) e confecção e apresentação do produto final (40 pontos: relatório do estudo de família - 20 pontos e diário de campo-10 pontos e atas – 10 pontos).

Sexto Período

OBJETIVO GERAL DO PERÍODO

- Fazer vigilância à saúde da população do território de prática.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PERÍODO

- Desenvolver habilidades para praticar a metodologia da problematização, a educação em saúde, a andragogia, o planejamento participativo e a prática baseada em evidências;
- Continuar o estudo da família do território acompanhando o enfrentamento de seus problemas e conhecer a conferência familiar;
- Realizar a avaliação do cuidado primário ofertado no território;
- Participar de atividades realizadas no território (habilidades clínicas, grupos operativos, procedimentos, oficinas, visita domiciliar, reuniões comunitárias, etc.).

PROGRAMAÇÃO DO SEXTO PERÍODO

QUADRO DA SEMANA PADRÃO

| Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| | 08:00 Palestra | | | 08:00 Habilidades e atitudes |
| 14:00 – 17:30 Sessão Tutorial | 14:00 – 18:00 IAPSC | 14:00 Habilidades e atitudes | 14:00 – 17:30 Sessão Tutorial | 14:00 Atividades práticas |

Fonte: CCBS – Novembro de 2003.

Turnos/Semana: 01

Semanas/Semestre: 18

Carga Horária/Semana: 04 Horas

Carga Horária/Semestre: 72 Horas

CRONOGRAMA:

- Reunião geral da coordenação do período com todos os estudantes e instrutores, para apresentação dos participantes, discussão do plano de curso com os objetivos e o cronograma de atividades do semestre, discussão individualizada de cada subturma sobre a avaliação do período anterior e construção dos planos de desenvolvimento pessoal - 1 semana;
- Realização da avaliação do cuidado primário ofertado no território – 5 semanas;
- Reunião Geral no meio do semestre, com apresentação dos trabalhos realizados até o momento e do planejamento das atividades a serem realizadas para alcance dos objetivos até o final do período e feedback individual aos estudantes - 1 Semana;
- Acompanhamento da família do território em estudo e participação no enfrentamento de seus problemas – 3 semanas;
- Participação de atividades realizadas no território (habilidades clínicas, grupos operativos, procedimentos, oficinas, visita domiciliar, reuniões comunitárias, etc.) - 7 semanas;
- Confecção do relatório da avaliação do cuidado primário e apresentação dos resultados para a equipe de saúde e conselho gestor local – 1 semana.

AVALIAÇÃO

Ao final desse período os estudantes deverão apresentar o resultado de suas atividades de maneira sistemática e dentro dos padrões aceitáveis pela metodologia científica, através de seminário capaz de servir como subsídio para sua avaliação.

A avaliação do desempenho do estudante no IAPSC será consolidada ao final do período e composta pela avaliação do instrutor (40 pontos), auto-avaliação (10 pontos), avaliação interpares (10 pontos) e confecção e apresentação do produto final (40 pontos - Relatório do cuidado primário – 10 pontos, apresentação da avaliação do cuidado primário – 10 pontos, atas – 10 pontos e diário de campo -10 pontos)

APÊNDICES

APÊNDICE I:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: “INSERÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA NO SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE DE MONTES CLAROS, MG: A VISÃO DOS ATORES DO PROCESSO DA APS”

Instituição promotora: Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde

Patrocinador: *Não se aplica*

Pesquisadores: Danilo Fernando Macedo Narciso e Érika Soares Caldeira

Orientador Responsável: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

- 1- Objetivo:** Verificar/Compreender a visão dos atores envolvidos na formação de médicos com a inserção dos estudantes de medicina nos serviços de saúde de Montes Claros.
- 2- Metodologia/procedimentos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva. A coleta de dados será realizada por meio de grupos focais com o usuários cadastrados na área de abrangência de Equipes de Saúde da Família de Montes Claros, com funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, envolvidas na gestão, com profissionais de ESFs da mesma cidade, professores e estudantes do curso de medicina da UNIMONTES.
- 3- Justificativa:** A contribuição da aproximação com a academia pode trazer benefícios para serviço. Conseqüentemente, a comunidade assistida terá maior acesso aos serviços e maior perspectiva de resolubilidade de seus problemas de saúde. É importante verificar os benefícios da inserção dos estudantes de medicina no serviço da Atenção Primária à Saúde na visão dos atores do processo devido aos poucos estudos existentes com esta finalidade.
- 4- Benefícios:** Os resultados desta pesquisa poderão ser implementados no serviço de Saúde da Família, melhorando a qualidade da assistência.

- 5- Desconfortos e riscos:** Não se aplica.
- 6- Danos:** É garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos participantes, ficando estes isentos de quaisquer riscos, danos ou agravos conseqüentes deste estudo.
- 7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não se aplica.
- 8- Confidencialidade das informações:** Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto dos entrevistados e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.
- 9- Compensação/indenização:** A participação é voluntária; não haverá nenhuma remuneração pela participação.
- 10- Outras informações pertinentes:** Será garantida ao participante a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização em qualquer etapa da pesquisa.
- 11- Consentimento:**

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

| | |
|----------------------|----------------------------|
| _____ | _____ |
| Nome do participante | Assinatura do participante |

| | |
|--------------------|--------------------------|
| _____ | _____ |
| Nome da testemunha | Assinatura da testemunha |

| | |
|---------------------|---------------------------|
| _____ | _____ |
| Nome do pesquisador | Assinatura do pesquisador |

| | |
|----------------------|----------------------------|
| _____ | _____ |
| Nome da pesquisadora | Assinatura da pesquisadora |

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| _____ | _____ |
| Nome do orientador da pesquisa | Assinatura do orientador |

Endereço do pesquisador:

Endereço da pesquisadora: Rua Irmã Beata 829/502 Melo, Montes Claros - MG CEP: 39400-110 Telefone: (38) 3222-6715

Endereço do Orientador: Av. Cula Mangabeira 1562, Santo Expedito, Montes Claros – MG CEP: 39.401-002, Telefone: (38) 3224-8383

APÊNDICE II
QUESTIONÁRIO PARA OS DOCENTES E DISCENTES

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Sexo: _____
4. Profissão: _____
5. Departamento ou Período: _____
6. Você já usou algum serviço de saúde do SUS ?
6. Qual serviço de saúde uma pessoa deve procurar quando adoece?
7. As pessoas devem ter um médico de referência para acompanhá-las durante a vida? Se sim, que tipo de médico deve ser este?
8. Quem deve reconhecer a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilizar os recursos para abordá-las?
9. É necessário que as informações a respeito dos problemas de saúde de um paciente, em qualquer contexto, sejam conhecidas por algum profissional de saúde? Se sim, qual profissional deve ser este?
10. Conhecer o contexto familiar dos pacientes e os problemas de saúde de seus membros pode ser necessário?
11. Necessidades especiais de subpopulações devem ser consideradas no planejamento dos serviços de saúde? Qual nível de atenção deveria fazer isso?
12. Entender a distribuição das características de saúde das comunidades e dos recursos nelas disponíveis é importante para quê?
13. Como deve ser trabalhada e qual deve ser o espaço da Atenção Primária no curso de Medicina?

