FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
POS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DA SAÚDE

DJALMA FELICIANO DOS SANTOS JUNIOR

PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA

Recife - PE
2019

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
POS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DA SAÚDE

PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA

Dissertação apresentada à Faculdade Pernambucana de Saúde como requisito Parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Para o Ensino na Área de Saúde.

Mestrando: Djalma Feliciano dos Santos Junior
Orientadora: Reneide Muniz da Silva
Linha de pesquisa: Planejamento, gestão e avaliação de processos educacionais.

Recife - PE
2019

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

S237p Santos Junior, Djalma Feliciano dos

Percepção dos estudantes sobre a atenção primária à saúde na formação médica. / Djalma Feliciano dos Santos Junior; orientadora Reneide Muniz da Silva. – Recife: Do Autor, 2019.

64 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde, 2019.

1. Formação médica. 2. Atenção primária. 3. Conhecimento. I. Silva, Reneide Muniz da, orientadora. II. Título.

CDU 37:61

Mestrando: Djalma Feliciano dos Santos Junior
Médico residente de Medicina de família e comunidade do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP e mestrando em educação na área de saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Orientadora: Reneide Muniz da Silva
Mestrado em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ (2002). Doutora em Saúde Materno Infantil na linha de pesquisa de Avaliação de Intervenções em Saúde do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP. Atualmente é Coordenadora do Serviço Escola e Coordenadora de tutores do 3ºperíodo do curso de enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde.

FPS
Faculdade Pernambucana de Saúde

Curso: Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde

Avaliação de Defesa de Dissertação

Título:

"Percepção dos estudantes sobre a atenção primária à saúde na formação médica"

Orientadora: **Profa. Dra. Reneide Muniz da Silva - FPS**

Membros da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Reneide Muniz da Silva - FPS
Profa. Dra. Taciana Barbosa Duque - FPS
Profa. Dra. Rossana Carla Rameh de Albuquerque – FPS
Prof. Dr. Paulo Roberto de Santana - UFPE

Analisando o trabalho escrito, a exposição oral e as respostas apresentadas às observações e questionamentos da arguição, o candidato **Djalma Feliciano dos Santos Júnior** foi considerado Aprovado.

Recife, 30 de outubro de 2019

Profa. Dra. Reneide Muniz da Silva - FPS

Profa. Dra. Taciana Barbosa Duque - FPS

Profa. Dra. Rossana Carla Rameh de Albuquerque – FPS

Prof. Dr. Paulo Roberto de Santana– UFPE

05.834.842/0001-62
AECISA - Associação Educacional de Ciências da Saúde
Av. Marechal Mascarenhas de Morais, 4861
Imbiribeira CEP: 51.150-000
RECIFE - PE

Av. Mal. Mascarenhas de Morais, 4861 - Imbiribeira, Recife - PE
CEP: 51150-000
Tel.: (81) 3035-7777 | (81) 3312.7777
www.fps.edu.br

AGRADECIMENTOS

A meu Deus, pela força e fé.

À minha esposa, Priscila, por todo incentivo e amor.

A todos os meus familiares, aqui representados por minha mãe e meu pai, sempre presentes.

À minha querida orientadora Dra. Reneide Muniz da Silva, essencial em minha formação acadêmica.

A todos que fazem a Faculdade Pernambucana de Saúde, uma inesgotável fonte de conhecimento e incentivo a docência transformadora.

A todos os colegas e docentes do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde da FPS.

Aos estudantes de medicina participantes deste estudo, minha eterna gratidão.

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde no Brasil tem a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da formação de recursos humanos e principal porta de entrada do sistema de saúde. A percepção dos estudantes sobre a formação nesse nível de atenção é essencial para a adequação curricular e primordial para melhoria da qualidade da educação médica. **Objetivo:** Compreender a percepção dos estudantes do último período do curso de medicina de uma faculdade privada de Recife sobre a formação e prática em Atenção Primária à Saúde. **Método:** Foi utilizada a metodologia qualitativa, a amostragem foi definida por critério de saturação teórica. Foram entrevistados 10 estudantes do último período da turma 2018 do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde na cidade do Recife-PE. Os dados obtidos por meio das entrevistas individuais gravadas pelo pesquisador foram transcritos integralmente e analisados seguindo as três etapas operacionais da Análise Temática de Minayo: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação. As falas foram reagrupadas em quatro temas principais: Atributos da Atenção Primária à Saúde, papel da preceptoria, precariedade do cenário de prática e contribuição da Atenção Primária à Saúde na formação médica. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto atende as normas da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados e discussão:** Os estudantes demonstraram conhecimento teórico adequado sobre os conceitos da Atenção Primária à Saúde, e destacaram a importância da Atenção Primária à Saúde para a sua formação médica e na aquisição das competências profissionais, bem como, identificaram déficits na preceptoria que em parte demonstrava desinteresse ou falta de atualização teórica, como também, a precariedade dos cenários de práticas que dificultaram o aprendizado. **Conclusão:** Diante das mudanças curriculares nacionais na graduação de medicina, esse estudo sugere sob a percepção dos estudantes, a necessidade de maiores investimentos e desenvolvimento de preceptoria e melhoria dos cenários de prática em Atenção Primária à Saúde, a fim de formar adequadamente recursos humanos para à saúde.

Palavras-chaves: Formação Médica; Atenção Primária; Conhecimento.

ABSTRACT

Introduction: The Unified Health System in Brazil has Primary Health Care as the ordering of human resources training and the main gateway to the health system. Students' perception of training at this level of attention is essential for curriculum and primary adequacy to improve the quality of medical education. **Objective:** To understand the perception of students of the last period of medical school of a private college in Recife about the training and practice in Primary Health Care. **Method:** Qualitative methodology was used, sampling was defined by theoretical saturation criterion. Ten students from the last period of class 2018 of the medical course of the Faculdade Pernambucana de Saúde in Recife-PE were interviewed. Data obtained through individual interviews recorded by the researcher were fully transcribed and analyzed following the three operational steps of Minayo Thematic Analysis: Pre-analysis, exploration of the material and treatment of the results obtained, and interpretation. The speeches were grouped into four main themes: Primary Health Care attributes, preceptor role, precariousness of the practice scenario and Primary Health Care contribution to medical education. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Faculdade Pernambucana de Saúde and all respondents signed the Informed Consent Form. The project meets the norms of Resolution 510/16 of the Conselho Nacional de Saúde. **Results and discussion:** The students demonstrated adequate theoretical knowledge about the concepts of Primary Health Care, and emphasized the importance of Primary Health Care for their medical training and in the acquisition of professional skills, as well as identified deficits in preceptorship that partly showed lack of interest or lack of updating. theoretical, as well as the precariousness of the practice scenarios that made learning difficult. **Conclusion:** Given the national curriculum changes in undergraduate medicine, this study suggests from the students' perception, the need for greater investments and development of preceptorship and improvement of Primary Health Care practice scenarios, in order to adequately train human resources for health.

Keywords: Medical Education; Primary Health Care; Knowledge.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO 1

II. OBJETIVOS 6

2.1. Objetivo geral 6

2.2. Objetivos específicos 6

III. MÉTODO 7

3.1. Desenho do estudo 7

3.2. Local do estudo 7

3.3. Período do estudo 8

3.4. População do estudo 8

3.5. Critérios de elegibilidade 9

3.5.1. Critérios de inclusão 9

3.5.2. Critérios de exclusão 9

3.6. Coleta de dados 9

3.7. Análise de dados 10

3.8. Aspectos éticos 11

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO 13

4.1.Artigo 14

4.2.Relatório técnico 33

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS 41

VI. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES 43

VII. REFERÊNCIAS 45

APÊNDICE I – Instrumento de coleta de dados 47

APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 48

APÊNDICE III – Carta de Anuência 50

ANEXO I - Normas para publicação na RBEM 51

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas

AEBV - Associação Educacional Boa Viagem

AECISA - Associação Educacional de Ciências da Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CNE/CES - Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior

CONASEMS - Conselhos dos Secretários de Saúde Municipais

CONASS - Conselhos dos Secretários de Saúde Estaduais

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DOU – Diário Oficial da União

EM – Estudante de Medicina

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FAF - Fundação Alice Figueira

FIES - Programa de Financiamento Estudantil

FormaSUS - Programa de Formação do Sistema Único de Saúde

FPS – Faculdade Pernambucana de Saúde

IES – Instituição de Ensino Superior

IMIP - Instituto de Medicina Integrada Prof. Fernando Figueira

MEC – Ministério da Educação

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PROUNI - Programa Universidade para Todos

RAS – Rede de atenção à saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

I. INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) foi inicialmente descrita no Relatório Dawson na Inglaterra em 1920, como estratégia para organizar de forma regionalizada e hierarquizada o sistema de saúde por nível de complexidade e território definido. Influenciando na criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, e tornando-se base para reorganização dos sistemas de saúde no mundo.[1]

Posteriormente, a APS foi definida na Conferência de Alma Ata, cidade da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, em 1978, como:[2]

> 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 a um custo que tanto a comunidade quanto o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um 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 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. (p.3)

A autora Barbara Starfield,[3] descreve as principais características da APS como porta de entrada do serviço, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, e ainda que seja orientada para a comunidade, centrada na pessoa e reconheça as diferentes necessidades da população.

Segundo a autora, a porta de entrada do serviço é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e os demais níveis da atenção, sendo acessível e que supere as limitações existentes. A longitudinalidade é o vínculo e continuidade do cuidado profissional/usuário por um período de tempo, com ou sem a presença de patologias. A

integralidade, por sua vez, é o acesso aos serviços preventivos e curativos que reconhece as necessidades de saúde da população. Por fim, a coordenação do cuidado pode ser descrita como ações e serviços que objetivam a alta resolutividade.[3]

A APS também pode ser definida como o conjunto de serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, com a máxima resolutividade aos problemas de saúde apresentados. Portanto, pode-se interpretar como: um modelo assistencial e organizativo do sistema de saúde; uma estratégia que supre as necessidades previamente definidas de grupos populacionais e um dos níveis de atenção composto por serviços ambulatoriais médicos não-especializados como porta de entrada.[4,5]

No contexto das mudanças na organização dos serviços de saúde, no Brasil as primeiras experiências de municipalização da saúde foram realizadas na década de 1970 e início de 1980 como a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde, o projeto de Saúde Comunitária da Unidade São José do Murialdo na cidade de Porto Alegre/RS e início dos primeiros programas de Residência Médica na área (Saúde Comunitária, Medicina Integral e Medicina Comunitária). Com o fim do regime militar, surgiram diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação dos conselhos dos secretários de saúde estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual lançou as bases da reforma sanitária.[6]

Tudo isso contribuiu para a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), devidamente inserido na Constituição Brasileira de 1988,[7] que no artigo 196 dispõe sobre o papel do Estado, a definir que:

> A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (p.96)

O SUS, assim, tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias de cuidado, tratamento e acompanhamento da saúde individual e coletiva, e é neste mesmo sentido que se apresenta a necessidade de rever os modos de formação para se atuar neste sistema de saúde. A especificidade do SUS traz novos desafios para o campo da formação, e a educação dos profissionais de saúde se torna parte importante no processo de mudança social que depende da reestruturação dos serviços de saúde.[8]

No Brasil, a APS tem a estratégia de Saúde da Família como um marco de organização do sistema de saúde de acordo com os princípios do SUS. Esses princípios foram construídos a partir da constituição federal de 1988, e estabelecidos por meio da lei orgânica 8.080 em 1990. Que são descritos como princípios doutrinários: a universalidade, equidade e integralidade. E organizativos: a regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular.[4,7]

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, tornou-se a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de reestruturação do SUS, integrado com os princípios doutrinários e organizativos do sistema de saúde brasileiro. O PSF foi consolidado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo enunciado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006.[4,9]

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs) [10] estabelecem os pilares fundamentais da formação curricular:

> [...] formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (p.1).

Em consonância com as DCNs, os cursos de medicina têm se reorganizado para aprimorar o ensino-aprendizagem na APS. Sendo considerada primordial a inserção em atividades práticas na atenção básica desde o início do curso, atividades na comunidade e em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Como é proposto nas DCNs, que se desenvolva nos estudantes, futuros profissionais, os valores essenciais à formação da cidadania, possibilitando uma visão integral do processo saúde-doença, a possibilitar que o estudante em formação seja habilitado e competente no exercício da profissão médica, tendo como base as competências técnico-científicas, humanas, e, sobretudo, ao pleno desenvolvimento de ações de cuidado integral em saúde. [8,10]

A visão restrita da clínica centrada na doença, hospitalocêntrica, e tratamento individualizado ainda predominam na formação médica como um desafio presente na formação curricular, em especial no que se refere aos determinantes do processo saúde-doença.[3,11]

Feuerwerker,[12] corrobora que o uso de cenários de prática hospitalocêntricos tradicionais fragmentam o aprendizado e contribuem para a formação especializada. A provocar afastamento dos alunos dos cenários de prática que não se aproximam de um ideal construído de prática médica hospitalar e privada.

O estudo de Lobello[13] evidenciou que a formação em APS ainda não possui clareza na graduação em medicina no Brasil, e que a APS ainda é abordada de forma muito conceitual e teórica durante a graduação, ou os cenários de prática não correspondem aos encontrados na realidade pelos egressos.

Em contrapartida, o estudo realizado por Campos e Forster[14] sobre a percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação, concluiu que as práticas possibilitaram que os alunos vivenciassem os princípios essenciais na atenção básica, principalmente acessibilidade, longitudinalidade, trabalho em equipe e atuação na prevenção.

Portanto, há um entrave entre a missão do SUS e o ensino médico, sendo observada uma lacuna que distancia a realidade dos estudantes da real necessidade que esse sistema gerou quando propôs os princípios doutrinários e organizativos do SUS. Evidenciando as diferenças entre as teorias, práticas e conceitos oferecidos pelos cursos de graduação médica, e a realidade vivida pelos graduados na atenção primária à saúde, encontrando-se pontos críticos que muitas vezes não foram oferecidos no processo de formação em saúde.[11,15]

Este trabalho se propôs a compreender a percepção dos estudantes de medicina sobre a formação e prática em APS e identificar os desafios e possibilidades existentes para aprimoramento curricular do curso de medicina e das práticas na APS.

II. OBJETIVOS

2.1. Geral

Compreender a percepção dos estudantes do último período do curso de medicina de uma faculdade privada de Recife sobre a formação curricular e a prática na atenção primária à saúde.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil sócio acadêmico dos estudantes do último período do curso de medicina de uma faculdade privada de Recife.
- Avaliar o conhecimento dos estudantes do último período do curso de medicina de uma faculdade privada de Recife sobre a APS.
- Descrever as competências profissionais adquiridas nas práticas em APS sob a percepção dos estudantes.
- Identificar os desafios e possibilidades para melhoria das práticas em APS na percepção dos estudantes.

III. MÉTODO

3.1. Desenho do estudo

O método utilizado foi uma abordagem qualitativa por meio de análise temática. Optou-se pela metodologia qualitativa dada a necessidade de buscar um nível mais profundo dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que se expressa pela linguagem comum da vida cotidiana, e que permite analisar a complexidade de fenômenos, fatos e processos envolvidos na formação e prática dos estudantes. [16]

3.2. Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, uma Instituição de ensino superior privada, localizada na cidade do Recife. A FPS surgiu em 2005, da aliança entre a Associação Educacional Boa Viagem (AEBV) e a Fundação Alice Figueira (FAF), organização de apoio ao desenvolvimento do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).[17]

Atualmente oferece os cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia. Cursos de pós-graduação lato sensu e cursos de pós-graduação stricto sensu de Mestrado profissional em educação para o ensino na área de saúde e em Psicologia da Saúde.[17]

O Curso de Medicina da FPS autorizado a funcionar através da Portaria do MEC nº 2.990 (DOU 01/09/2005) e reconhecido pela Portaria do MEC nº 24 (DOU 16/03/2012), tem duração de 6 anos em regime de horário integral, oferece 192 vagas por ano e possui como processo seletivo vestibular, transferência, FIES, PROUNI e FormaSUS.[18]

O curso de medicina da FPS é desenvolvido de forma presencial com carga horária de 8.710 horas e 6 anos de integralização mínima e máxima de 9 anos. As atividades teóricas e de laboratórios de habilidades acontecem no campus da Faculdade e as atividades em cenários de prática são desenvolvidas na Rede do SUS, tendo o IMIP como Hospital de ensino conveniado.[17]

O currículo do curso de medicina é baseado em atividades de prática em APS do primeiro período até o último período do curso de graduação sendo utilizada a metodologia ativa com o método de ensino aprendizagem baseada em problemas (ABP).[19] O curso tem 1.216 horas da carga horária total do estágio curricular supervisionado desenvolvidas em atenção básica, conforme as orientações da Resolução Nº 3 CNE/CES de 20 de junho de 2014.[10]

3.3. Período do estudo

O estudo foi realizado no período de Março de 2018 a Agosto de 2019.

3.4. População do estudo

A população deste estudo foram os estudantes do último período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde na cidade do Recife. Sendo realizadas 10 entrevistas.

A amostra foi definida por critério de saturação teórica, que pode ser entendida a partir da análise do pesquisador que começa a observar que as informações obtidas apresentam redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo persistir na coleta de dados. Sendo observado um número de entrevistas que possibilitem a identificação de homogeneidades e/ou divergências das informações necessárias à compreensão do objeto de estudo.[16,20]

3.5. Critérios de elegibilidade

3.5.1. Critérios de Inclusão

Para definição da amostra foi considerado os seguintes critérios: Estudante de medicina matriculado e cursando o último período do curso de graduação da turma de 2018 da Faculdade Pernambucana de Saúde no período de coleta de dados; Ter disponibilidade e aceitar participar do estudo.

3.5.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos aqueles participantes que apresentaram algum tipo de impedimento no momento da coleta.

3.6.Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de Outubro a Dezembro de 2018. Foi solicitada pelo pesquisador, a relação dos estudantes do último período do curso de medicina com os respectivos locais de estágio no hospital de ensino à coordenação do curso da Faculdade Pernambucana de Saúde. Foi realizado contato telefônico com os estudantes e realizado agendamento com data e horário para realização da entrevista.

Posteriormente, os estudantes foram abordados presencialmente pelo pesquisador nos momentos de atividade teórica do estágio, sendo informados a respeito do estudo quanto aos objetivos e critérios de inclusão. Os que se enquadraram nos critérios de inclusão e se disponibilizaram a participar, foram entrevistados e responderam os dados sobre caraterização do perfil sócio acadêmico. As entrevistas foram realizadas em local reservado no hospital de ensino permitindo a livre expressão do entrevistado. As entrevistas individuais foram realizadas pelo pesquisador com o auxílio de um aparelho gravador de áudio sendo utilizado o instrumento de coleta de dados, cada entrevista teve duração média de 30 minutos.

Foi solicitado consentimento para realização da pesquisa aos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo-lhes quanto aos seus direitos a garantir o anonimato da pesquisa.

3.7. Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada de acordo com as informações geradas pelo instrumento de pesquisa. Os dados obtidos por meio das entrevistas gravadas foram transcritos integralmente. Sendo realizada análise detalhada de todo o material obtido para destacar as respostas mais fidedignas aos objetivos da pesquisa e literatura do tema pesquisado.

Foram seguidas as três etapas operacionais da Análise Temática segundo as orientações de Minayo: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. [16]

Foi realizado um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, e foram transcritas todas as gravações, seguida de leitura de todo material, sendo organizados os relatos e os dados da observação do participante.

A exploração do material foi mantida com a leitura exaustiva e repetida dos textos obtidos para estabelecer interrogações e identificar sua relevância. Bem como, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Buscou-se estabelecer articulações entre os dados, que foram grifados em diferentes cores em cada texto para buscar a correlação dos mesmos, por fim, as temáticas mais amplas que contemplassem os textos em cada tema e os referenciais teóricos para responder as questões da pesquisa baseadas nos seus objetivos.

A partir das três etapas operacionais da Análise Temática segundo as orientações de Minayo,[16] as falas foram reagrupadas em quatro temas principais, os quais serão descritos: Atributos da APS, papel da preceptoria, precariedade do cenário de prática e contribuição da APS na formação médica.

Após a análise do material das entrevistas, a identidade de cada participante foi codificada na forma da sigla “EM” (estudante de medicina) seguida de um numeral. Dessa forma “EM1 a EM10” foram sequenciados através da ordem das entrevistas realizadas.

3.8. Aspectos éticos

Foi solicitado consentimento para realização da pesquisa aos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também foi obtida a carta de anuência para realização do estudo na Faculdade Pernambucana de Saúde. (APÊNDICE C)

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde sob o número do parecer: 2.907.814. A fim de atender as normas da resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.[18]

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta dissertação são apresentados em dois produtos. Um artigo a ser encaminhado de acordo com as normas de publicação estabelecidas para submissão à Revista Brasileira de Educação Médica. Qualis A2.

E, um relatório técnico que será encaminhado à Faculdade Pernambucana de Saúde, a fim de apresentar os resultados desse estudo. Pretende-se através desse produto que a instituição de ensino possa aprimorar as práticas de APS na graduação de medicina.

4.1. ARTIGO

PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO MÉDICA

STUDENTS' PERCEPTION OF PRIMARY HEALTH CARE IN MEDICAL TRAINING

AUTORES:

Djalma Feliciano dos Santos Junior

Médico residente de Medicina de família e comunidade do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP. Mestrando em educação para o ensino na área de saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde. E-mail: djalmafelic@hotmail.com. Endereço: Rua Antônio Pimentel, 860, Santa Tereza. 55825000. Paudalho,PE – Brasil.

Reneide Muniz da Silva

Enfermeira. Doutora em Saúde Materno Infantil na linha de pesquisa de Avaliação de Intervenções em Saúde do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP. Mestrado em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ (2002). Atualmente é Coordenadora do Serviço Escola e Coordenadora de tutores do 3ºperíodo do curso de enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde. E-mail: reneide.muniz@gmail.com. Endereço: Faculdade Pernambucana de Saúde. Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 1681. Imbiribeira. 51150000 - Recife, PE – Brasil.

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde no Brasil tem a Atenção Primária à Saúde como ordenadora da formação de recursos humanos e principal porta de entrada do sistema de saúde. A percepção dos estudantes sobre a formação nesse nível de atenção é essencial para a adequação curricular e primordial para melhoria da qualidade da educação médica. **Objetivo:** Compreender a percepção dos estudantes do último período do curso de medicina de uma faculdade privada de Recife sobre a formação e prática em Atenção Primária à Saúde. **Método:** Foi utilizada a metodologia qualitativa, a amostragem foi definida por critério de saturação teórica. Foram entrevistados 10 estudantes do último período da turma 2018 do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde na cidade do Recife-PE. Os dados obtidos por meio das entrevistas individuais gravadas pelo pesquisador foram transcritos integralmente e analisados seguindo as três etapas operacionais da Análise Temática de Minayo: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação. As falas foram reagrupadas em quatro temas principais: Atributos da Atenção Primária à Saúde, papel da preceptoria, precariedade do cenário de prática e contribuição da Atenção Primária à Saúde na formação médica. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados e discussão:** Os estudantes demonstraram conhecimento teórico adequado sobre os conceitos da Atenção Primária à Saúde, e destacaram a importância da Atenção Primária à Saúde para a sua formação médica e na aquisição das competências profissionais, bem como, identificaram déficits na preceptoria que em parte demonstrava desinteresse ou falta de atualização teórica, como também, a precariedade dos cenários de práticas que dificultaram o aprendizado. **Conclusão:** Diante das mudanças curriculares nacionais na graduação de medicina, esse estudo sugere sob a percepção dos estudantes, a necessidade de maiores investimentos e desenvolvimento de preceptoria e melhoria dos cenários de prática em Atenção Primária à Saúde, a fim de formar adequadamente recursos humanos para à saúde.

Palavras-chaves: Formação Médica; Atenção Primária; Conhecimento.

ABSTRACT

Introduction: The Unified Health System in Brazil has Primary Health Care as the ordering of human resources training and the main gateway to the health system. Students' perception of training at this level of attention is essential for curriculum and primary adequacy to improve the quality of medical education. **Objective:** To understand the perception of students of the last period of medical school of a private college in Recife about the training and practice in Primary Health Care. **Method:** Qualitative methodology was used, sampling was defined by theoretical saturation criterion. Ten students from the last period of class 2018 of the medical course of the Faculdade Pernambucana de Saúde in Recife-PE were interviewed. Data obtained through individual interviews recorded by the researcher were fully transcribed and analyzed following the three operational steps of Minayo Thematic Analysis: Pre-analysis, exploration of the material and treatment of the results obtained, and interpretation. The speeches were grouped into four main themes: Primary Health Care attributes, preceptor role, precariousness of the practice scenario and Primary Health Care contribution to medical education. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Faculdade Pernambucana de Saúde and all respondents signed the Informed Consent Form. **Results and discussion:** The students demonstrated adequate theoretical knowledge about the concepts of Primary Health Care, and emphasized the importance of Primary Health Care for their medical training and in the acquisition of professional skills, as well as identified deficits in preceptorship that partly showed lack of interest or lack of updating. theoretical, as well as the precariousness of the practice scenarios that made learning difficult. **Conclusion:** Given the national curriculum changes in undergraduate medicine, this study suggests from the students' perception, the need for greater investments and development of preceptorship and improvement of Primary Health Care practice scenarios, in order to adequately train human resources for health.

Keywords: Medical Education; Primary Health Care; Knowledge.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) foi inicialmente descrita no Relatório Dawson na Inglaterra em 1920, como estratégia para organizar de forma regionalizada e hierarquizada o sistema de saúde por nível de complexidade e território definido. Influenciando na criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, e tornando-se base para reorganização dos sistemas de saúde no mundo.[1]

Posteriormente, a APS foi definida na Conferência de Alma Ata, cidade da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, em 1978, como:[2]

> 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 a um custo que tanto a comunidade quanto o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um 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 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. (p.3).

A autora Barbara Starfield,[3] descreve as principais características da APS como porta de entrada do serviço, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, e ainda que seja orientada para a comunidade, centrada na pessoa e reconheça as diferentes necessidades da população.

A APS também pode ser definida como o conjunto de serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, com a máxima resolutividade aos problemas de saúde apresentados. Portanto, pode-se interpretar como: um modelo assistencial e organizativo do sistema de saúde; uma estratégia que supre as necessidades previamente definidas de grupos populacionais e um dos níveis de atenção

composto por serviços ambulatoriais médicos não-especializados como porta de entrada.[3]

No contexto das mudanças na organização dos serviços de saúde, no Brasil as primeiras experiências de municipalização da saúde foram realizadas na década de 1970 e início de 1980 como a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde, o projeto de Saúde Comunitária da Unidade São José do Murialdo na cidade de Porto Alegre/RS e início dos primeiros programas de Residência Médica na área (Saúde Comunitária, Medicina Integral e Medicina Comunitária). Com o fim do regime militar, surgiram diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação dos conselhos dos secretários de saúde estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual lançou as bases da reforma sanitária.[5]

Tudo isso contribuiu para a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), devidamente inserido na Constituição Brasileira de 1988,[6] que no artigo 196 dispõe sobre o papel do Estado, a definir que:

> A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (p.96)

O SUS, assim, tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias de cuidado, tratamento e acompanhamento da saúde individual e coletiva, e é neste mesmo sentido que se apresenta a necessidade de rever os modos de formação para se atuar neste sistema de saúde. A especificidade do SUS traz novos desafios para o campo da formação, e a educação dos profissionais de saúde se torna parte importante no processo de mudança social que depende da reestruturação dos serviços de saúde.[7]

No Brasil, a APS tem a estratégia de Saúde da Família como um marco de organização do sistema de saúde de acordo com os princípios do SUS. Esses princípios foram construídos a partir da constituição federal de 1988, e estabelecidos por meio da lei orgânica 8.080 em 1990. Que são descritos como princípios doutrinários: a universalidade, equidade e integralidade. E organizativos: a regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular.[3,6]

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, tornou-se a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de reestruturação do SUS, integrado com os princípios doutrinários e organizativos do sistema de saúde brasileiro. O PSF foi consolidado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo enunciado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006.[3,8]

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.(10) (DCNs) estabelecem os pilares fundamentais da formação curricular:

> [...] formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (p.1).

Em consonância com as DCNs, os cursos de medicina tem se reorganizado para aprimorar o ensino-aprendizagem na APS. Sendo considerada primordial a inserção em atividades práticas na atenção básica desde o início do curso, atividades na comunidade e em unidades básicas de Saúde. Como é proposto nas DCNs, que se desenvolva nos estudantes, futuros profissionais, os valores essenciais à formação da cidadania, possibilitando uma visão integral do processo saúde-doença, a possibilitar que o estudante em formação seja habilitado e competente no exercício da profissão médica,

tendo como base as competências técnico-científicas, humanas, e, sobretudo, ao pleno desenvolvimento de ações de cuidado integral em saúde. [7,9]

A visão restrita da clínica centrada na doença, hospitalocêntrica, e tratamento individualizado ainda predominam na formação médica como um desafio presente na formação curricular, em especial no que se refere aos determinantes do processo saúde-doença.[2,10]

Feuerwerker,[11] corrobora que o uso de cenários de prática tradicionais fragmentam o aprendizado e contribuem para a formação especializada. A provocar afastamento dos alunos dos cenários de prática que não se aproximam de um ideal de prática médica hospitalar e privada.

O estudo de Lobello[12] evidenciou que a formação em APS ainda não possui clareza na graduação em medicina no Brasil, e que a APS ainda é abordada de forma muito conceitual e teórica durante a graduação, ou os cenários de prática não correspondem aos encontrados na realidade pelos egressos.

Em contrapartida, o estudo realizado por Campos e Forster[13] sobre a percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação, concluiu que as práticas possibilitaram que os alunos vivenciassem os princípios essenciais na atenção básica, principalmente acessibilidade, longitudinalidade, trabalho em equipe e atuação na prevenção.

Portanto, há um entrave entre a missão do SUS e o ensino médico, sendo observada uma lacuna que distancia a realidade dos estudantes da real necessidade que esse sistema gerou quando propôs os princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Evidenciando as diferenças entre as teorias, práticas e conceitos oferecidos pelos cursos de graduação médica, e a realidade vivida pelos graduados na atenção primária à saúde, encontrando-se pontos críticos que muitas vezes não foram oferecidos no processo de formação em saúde.[10,14]

Este artigo se propõe a descrever a percepção dos estudantes de medicina sobre a formação e prática em APS e apresentar os desafios e possibilidades existentes para aprimoramento curricular e das práticas na APS.

OBJETIVO

Compreender a percepção dos estudantes do último período do curso de medicina de uma faculdade privada de Recife sobre a formação curricular e a prática na atenção primária à saúde.

MÉTODO

O método utilizado foi uma abordagem qualitativa por meio de análise temática. Optou-se pela metodologia qualitativa dada a necessidade de buscar um nível mais profundo dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que se expressa pela linguagem comum da vida cotidiana, e que permite analisar a complexidade de fenômenos, fatos e processos envolvidos na formação e prática dos estudantes. [15]

A pesquisa foi realizada na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), uma Instituição de ensino superior privada, localizada na cidade do Recife-PE. A população deste estudo foram os estudantes do último período da turma 2018 do curso de medicina da FPS.

Foi solicitada pelo pesquisador, a relação dos estudantes do último período do curso de medicina com os respectivos locais de estágio no hospital de ensino à coordenação do curso da Faculdade Pernambucana de Saúde. Foi realizado contato telefônico com os estudantes e realizado agendamento para realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas em local reservado no hospital de ensino Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) permitindo a livre expressão do entrevistado.

Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2018. Foram realizadas 10 entrevistas individuais com a ajuda de um roteiro com perguntas relacionadas ao perfil sócio demográfico dos estudantes, conhecimento sobre APS, percepções sobre a sua formação, desafios e possibilidades relacionados à prática em APS.

A amostra foi definida por critério de saturação teórica, que pode ser entendida a partir da análise do pesquisador que começa a observar que as informações obtidas apresentam redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo persistir na coleta de dados. Sendo observado um número de entrevistas que possibilitem a identificação de homogeneidades e/ou divergências das informações necessárias à compreensão do objeto de estudo.[15,16]

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente pelo pesquisador, para garantir o anonimato dos indivíduos, a identidade de cada participante foi codificada na forma da sigla “EM” (estudante de medicina) seguida de um numeral. Dessa forma “EM1 a EM10” foram sequenciados através da ordem das entrevistas realizadas.

A análise dos dados foi realizada seguindo as três etapas operacionais da Análise Temática segundo as orientações de Minayo:[15] Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação. As falas foram reagrupadas em quatro temas principais, os quais serão descritos: Atributos da APS; Papel da preceptoria; Precariedade do cenário de prática; Contribuição da APS na formação médica.

A pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde sob o número do parecer: 2.907.814, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os estudantes de medicina entrevistados, a maioria do sexo feminino, com média de 25 anos de idade. Nenhum estudante participava ou participou de atividades extracurriculares em APS durante a graduação e nem realizava atividade profissional. Destes, três estudantes participaram de políticas afirmativas (FIES,PROUNI) e apenas um estudante possuía formação em curso superior anterior.

Serão descritos os quatro temas principais: Atributos da APS, papel da preceptoria, precariedade do cenário de prática e contribuição da APS na formação médica.

Atributos da APS

O tema aborda o conhecimento dos estudantes sobre a atenção primária à saúde, bem como em sua definição, os atributos essenciais da APS que são: Primeiro contato (porta de entrada), longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado, e como atributos derivados a orientação familiar e a competência cultural.[3]

Porta de entrada

Percebe-se uma homogeneidade nas falas dos entrevistados sobre a APS com destaque para a porta de entrada do sistema de saúde, a sugerir um marco teórico desse atributo para os estudantes.

Destacam-se as seguintes falas dos entrevistados, sobre esse atributo:

> Eu acho que é uma coisa bem ampla, que abrange tanto a porta de entrada, primeiro contato com o paciente, com a comunidade [...] (EM4)
>
> Eu tive em mente que é a porta de entrada da população pra o sistema único de saúde, é através dele que o paciente será acompanhado ou direcionado para uma assistência mais especializada. (EM10)
>
> Atenção primária é a porta de entrada da assistência à saúde né? Lá onde o paciente geralmente fica vinculado assim, e ai tria, se tem uma necessidade de se referenciar pra um serviço terciário, secundário [...] (EM8)

A Atenção Primária é a porta preferencial de entrada do SUS. E é esperado que os serviços oferecidos nesse cuidado sejam acessíveis e resolutivos frente às necessidades de saúde da população. A expressão primeiro contato resulta em acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelo usuário a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema.[17]

Portanto, quando há uma necessidade ou problema de saúde, e a população e equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser procurado, pode-se definir como a porta de entrada dos serviços de saúde.[2,17]

Campos e Forster[13], demostraram em seu estudo que o estágio em APS possibilitou aos estudantes a vivência dos princípios essenciais na APS, principalmente acessibilidade, ou seja, porta de entrada.

Longitudinalidade

Sabe-se que a presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade.

> [...] mas ali na atenção primária você vai estabelecer um vínculo, você vai dizer: volta na semana que vem, você vai conhecer a família, né? Vai conhecer a comunidade, então muito importante. (EM3)

> [...] e também tem a questão da relação do médico profissional da atenção básica da família e da comunidade, que é uma coisa que aproxima os dois e tenha um acompanhamento durante um tempo, acho que é basicamente isso [...] (EM5)

A longitudinalidade considera a existência de uma regularidade de atenção ao longo do tempo, com uma relação de vínculo, independente da presença de doenças. A saber, que o termo continuidade do cuidado é utilizado com sentido semelhante à palavra longitudinalidade, embora esses termos possuam especificidades conceituais. Ou seja: mesmo que ocorram interrupções na continuidade da atenção, isto não significa que a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários não exista ou que seja interrompida.[2,18]

Integralidade

A percepção do estudante sobre a integralidade do indivíduo faz com que o mesmo tenha uma visão que não seja centrada exclusivamente na patogenia, mas sim uma visão integral do processo saúde-doença.

> A atenção primária faz com que a gente tenha um entendimento do doente como um todo, que muitas vezes nesses outros cenários a gente acaba focando muito mais no doente/doença, e quando a gente tá ali no posto de saúde tendo contato com aquela família, com aquela história mais de perto, a gente acaba criando uma visão mais integral do ser humano. (EM1)

A integralidade é um dos mais importantes atributos, que impacta diretamente na resolubilidade, os serviços de APS devem garantir que o usuário receba toda articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias, bem como dos demais níveis de complexidade da assistência.[7,19]

Coordenação do cuidado

Esse atributo foi demonstrado na seguinte fala:

> [...] que realmente o papel da atenção primária, a prevenção primária e também a prevenção secundária, você diagnosticar precoce a depender do diagnostico você vai referenciar para um serviço que seja referência. (EM8)

A coordenação do cuidado entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação dos serviços e ações de saúde que objetivam oferecer ao usuário um conjunto de serviços e informações que atendam as suas necessidades de saúde de forma integrada, através da rede de atenção à saúde (RAS).[2,17]

O conhecimento do estudante da existência da RAS é necessário para a adequada atenção coordenada. A coordenação das RAS pela APS tem papel central e estratégico na reorganização do SUS, bem como, orientação do cuidado continuado ao longo do tempo, gerando impacto significativo na saúde da população atendida.[20,21]

Papel da preceptoria

Os entrevistados relataram a importância do papel da preceptoria nos cenários de prática, bem como a necessidade de melhor capacitação dos mesmos. Que são expressos nas seguintes falas:

> [...] mas o que é feito lá em relação a gente, tô dizendo assim, em relação a preceptoria e tudo mais, depende muito do preceptor, porque infelizmente não é a maioria dos preceptores que tá realmente interessado e engajado no trabalho. (EM1)

> [...] já participei de muitos postos diferentes, já tiverem postos muito bons, que você percebe que o médico se preocupa tanto com a sua formação, como também o bem estar do paciente. Mas também tem postos de saúde que o médico deixa você largado, assim, não se preocupa em ensinar, e muitas vezes tem conhecimentos que, é, que já não são mais atuais [...] (EM2)

Lobello et al,[12] corrobora o papel fundamental da APS na formação dos profissionais de saúde, e destaca o papel transformador e emancipador exercido pelo preceptor, sabendo da necessidade de capacitação dos mesmos no processo de aprendizagem, destacando a educação permanente nesse processo.

Precariedade do cenário de prática

Nessa categoria os entrevistados relataram os entraves encontrados nas práticas em APS, a escassez de insumos, precariedade da estrutura física dentro e no entrono das unidades de saúde, que impactaram no processo de aprendizagem dos mesmos.

> E também isso agora falando em questão de estrutura, dos postos de saúde que eu rodei, alguns são muito bem estruturados, porém alguns faltam materiais, falta energia, falta luz, isso dificulta muito a prática não só do aprendizado do estudante que tá lá, como também a prática do profissional que trabalha lá, muitas vezes tem profissionais que querem ensinar mais não conseguem porque não tem o material disponível pra demonstrar procedimentos feitos lá. (EM10)

> Primeiro que cheguem mais medicamentos nos lugares, que melhore as estruturas dos lugares. Até já fui num PSF que choveu e alagou tudo, alagou a rua alagou dentro, a gente não conseguia nem entrar, então a estrutura tanto fora quanto dentro das unidades básicas. (EM6)

> Eu acho que a gente tem a precariedade de alguns serviços de onde a gente faz estágio, dificulta muito e desanima muito, porque a gente não consegue ter certa resolutividade, por conta realmente de um problema no sistema, então, eu acho isso um pouco desanimador e isso prejudica também o nosso aprendizado. (EM7)

Esse descompasso entre a vivência acadêmica e a realidade encontrada pelos estudantes nas Unidades de Saúde nas práticas em APS, demonstra uma lacuna na formação que pode afastar os futuros profissionais das condições reais do trabalho no SUS.[11]

Em contrapartida, mesmo com os entraves encontrados nos campos de prática em APS, os mesmos podem ser estimuladores do desenvolvimento do pensamento crítico, ético e social dos estudantes, que podem compreender se as unidades de saúde possuem ou não condições de suprir as necessidades da população, bem como os fatores estruturais que limitam a sua eficácia.[18]

Contribuição da APS na formação médica

Todos os estudantes reconheceram a importância da APS em sua formação profissional, tanto no papel de desenvolvimento do médico com perfil generalista, humanista, crítico, reflexivo e ético, preconizado pela DCNs. Como a APS sendo um espaço singular para formação de recursos humanos para o SUS e na aquisição de competências profissionais.

> A atenção primária ela além de promover, um contato direto com a população ela faz com que a gente tenha um senso crítico melhor sobre a situação né? Real. Muitas vezes a gente tá aqui no hospital não sabe como é, vê um paciente de fora, muitas vezes eles ficam acanhados em falar sobre as questões e na atenção básica eles têm essa abertura de falar, acho que é uma coisa muito boa, até na questão de caráter médico, de ética médica, um crescimento muito grande. (EM5)

> Eu entendo que a atenção primária a saúde é importante porque ela precisa de médico generalista, generalista no sentido de que consegue manejar, diversas[...] todos os sistemas do paciente, não só do paciente, também do contexto familiar, epidemiologia, e [...] Acho que pra o médico formado, recém formado isso é tão importante quanto. (EM7)

> Eu acho assim, muito importante né? Porque nós nos formamos e vamos trabalhar com a atenção primária, então eu acho essencial esse contato na formação, assim como também acho que o aprendizado que você tem lá você não adquire no convívio hospitalar. Você lá tem uma continuidade muito maior com o paciente, você tem um acompanhamento não só daquela patologia, você vê como é a questão social daquele paciente, como é a interação dele perante aquela comunidade, isso eu acho assim de extrema importância pra formação profissional e pessoal também. (EM10)

As práticas em APS proporcionaram mudanças na maioria dos alunos, corroboradas pelo estudo de Campos e Forster[13], que demonstrou que os estudantes

desenvolveram maior habilidade, segurança e paciência no atendimento aos pacientes. Bem como, desenvolvimento do conhecimento e atuação em APS, contato com questões sociofamiliares, e a prática da integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre a percepção de estudantes de medicina na atenção primária à saúde na formação são escassos e anteriores as novas DCNs, o que demonstra uma necessidade de novos estudos na área. Visto que a percepção dos estudantes sobre a formação nesse nível de atenção é essencial para a adequação curricular e primordial para melhoria da qualidade da educação médica.

O presente estudo demonstrou através da percepção dos estudantes e vivência nos campos de prática em APS, a importância das práticas para a adequada formação do estudante preconizadas pelas DCNs. Também, a necessidade de um maior investimento na estrutura física e no funcionamento das unidades de APS por parte dos gestores..

É imprescindível uma melhor capacitação dos preceptores da APS, para que se tenha um melhor aproveitamento das ferramentas de ensino para formação médica. Bem como, para que as instituições de ensino estimulem e criem espaços adequados para atividades curriculares e extracurriculares em APS, que possam trazer um maior estímulo e fortalecimento em suas práticas e conceitos ao longo da graduação.

REFERÊNCIAS

1. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude soc. 2011;20(4):867–74.

2. OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Alta [Internet]. OMS. 1978 [acesso em 2019 Aug 11]. p. 3. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228

3. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília Unesco, Ministério da Saúde. 2002;

4. Portela GZ. Atenção primária á saúde: Um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis. 2017;27(2).

5. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCN, Et a l. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência e Saúde coletiva, Rio Janeiro. 2009;14(3):783–94.

6. Rossoni E. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. Physis Rev Saúde Coletiva, Rio Janeiro. 2015;25(3):1011–31.

7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 2000. 762 p.

8. Cavalheiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. Cad Fnepas, Rio Janeiro. 2011;1.

9. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Cien Saude Colet. 2018;

10. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/ CES Nº. 3. Brasilia; 2014. 1–14 p.

11. Ferreira RC, Fiorini VLM, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da ABS na perspectiva docente. Rev bras educ med, Rio Janeiro. 2010;34(2):207–15.

12. Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. Hucitec. São Paulo; 2002.

13. Lobello HFP. Desafios para o fortalecimento da atenção primária no sistema único de saúde. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo;

2013.

14. 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 Janeiro. 2008;32(1):83–9.

15. Ministério Da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436, Brasília. In 2017.

16. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Série Manuais Acadêmicos. Vozes. Petrópolis. Rio de Janeiro; 2016.

17. O curso de medicina da FPS [Internet]. [acesso em 2019 Aug 10]. Disponível em: https://www.fps.edu.br/cursos/graduacao/medicina

18. Falbo G. A Escola Médica idealizada por Fernando Figueira - O Início da História [Internet]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2014. 113 p. Available from: http://ava.fps.edu.br/livro/EscolaMedicaFernandoFigueira.pdf

19. Borges MC, Quintana SM, Freitas LCC, Rodrigues ML V. Aprendizado Baseado em Problemas. Med (Ribeirao Preto Online). 2014;47:301–7.

20. Falqueto JM zandonade, Hoffmann VE, Farias JS. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. Rev Ciências da Adm. 2019;

21. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510/2016 [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Jul 1]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf

22. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;

23. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery. 2011;

24. Giovanella L, Lobato L, Carvalho A. Sistemas municipais de saúde ea diretriz da

integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde debate. 2002.

25. Rodrigues LBB, Silva PC dos S, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim J de A, et al. A atenção primria à saúde na coordenação das redes de atenção: Uma revisão integrativa. Cienc e Saude Coletiva. 2014 Feb;19(2):343–52.

26. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasilia: OPAS; 2011.

27. Leal JAL, Melo CMM de, Veloso RBP, Juliano IA. Novos espaços de reorientação para formação em saúde: Vivências de estudantes. Interface Commun Heal Educ. 2015;19(53).

4.2. RELATÓRIO TÉCNICO

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

RELATÓRIO TÉCNICO

Produto do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde

Assunto: Demonstrativo dos resultados da pesquisa "Percepção dos estudantes sobre a atenção primária à saúde na formação médica".

1. Introdução

A atenção primária à saúde (APS) têm como marco histórico a declaração de Alma-Ata, que resultou da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (1978), a qual expressa a necessidade de uma ação urgente de todos os governos, de todos os trabalhadores da saúde e da comunidade para proteger e promover a saúde de todas as pessoas do mundo. Estabelece um conjunto de princípios para atingir esses objetivos, princípios que incluem: equidade, participação comunitária, promoção da saúde, colaboração intersetorial e uso de tecnologia apropriada.[1]

Segundo a autora Barbara Starfield,[2] as principais características da APS são: porta de entrada do serviço, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, e ainda que seja orientada para a comunidade, centrada na pessoa e reconheça as diferentes necessidades da população.

No Brasil, a APS tem a estratégia de Saúde da Família como um marco de organização do sistema de saúde de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Que são descritos como princípios doutrinários: a universalidade,

equidade e integralidade. E organizativos: a regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular.[3,4]

O SUS, assim, tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias de cuidado, tratamento e acompanhamento da saúde individual e coletiva, e é neste mesmo sentido que se apresenta a necessidade de rever os modos de formação para se atuar neste sistema de saúde. A especificidade do SUS traz novos desafios para o campo da formação, e a educação dos profissionais de saúde se torna parte importante no processo de mudança social que depende da reestruturação dos serviços de saúde.[5]

Em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação (DCNs), os cursos de medicina tem se reorganizado para aprimorar o ensino-aprendizagem na APS. Como é proposto nas DCNs, que se desenvolva nos estudantes, futuros profissionais, os valores essenciais à formação da cidadania, possibilitando uma visão integral do processo saúde-doença, a possibilitar que o estudante em formação seja habilitado e competente no exercício da profissão médica, tendo como base as competências técnico-científicas, humanas, e, sobretudo, ao pleno desenvolvimento de ações de cuidado integral em saúde. [5,6]

A partir das mudanças do modelo do currículo da formação médica diante das reais necessidades de saúde da sociedade, as DCNs do curso de medicina passaram por mudanças com a publicação da nova resolução 03/2014 em substituição a resolução anterior 04/2001, dentre as principais mudanças está o estágio obrigatório nos serviços do SUS e na atenção básica. Sendo considerada primordial a inserção em atividades práticas na atenção básica desde o início do curso, atividades na comunidade e em unidades básicas de Saúde.[6]

Portanto, existe uma lacuna que distancia a realidade dos estudantes da real necessidade que esse sistema gerou quando propôs os princípios doutrinários e organizativos do SUS. Evidenciando as diferenças entre as teorias, práticas e conceitos oferecidos pelos cursos de graduação médica, e a realidade vivida pelos graduados na APS, encontrando-se pontos críticos que muitas vezes não foram oferecidos no processo de formação em saúde.[7,8]

A motivação para esse trabalho surgiu a partir da minha trajetória profissional, desde quando concluí a graduação em medicina, e logo comecei a trabalhar em unidade de saúde da família mesmo inicialmente com pretensão de permanecer por pouco tempo na área. A atividade profissional em APS me cativou e fez surgir a necessidade de especialização em medicina de família e comunidade. Também, o meu papel como preceptor de estudantes de medicina que além de contribuir para as minhas atividades profissionais, fez despertar o interesse em realizar estudo sobre a percepção dos estudantes na formação em APS.

Este trabalho se propõe a descrever a percepção dos estudantes de medicina sobre a formação e prática em APS e identificar os desafios e possibilidades existentes para aprimoramento curricular e das práticas na APS.

2. Objetivos

Demonstrar à Faculdade Pernambucana de Saúde os resultados da pesquisa intitulada “Percepção dos estudantes sobre a atenção primária à saúde na formação médica”. Para que se possa avaliar e aprimorar a formação em APS na graduação de medicina.

3. Metodologia

Foi realizada pesquisa de natureza qualitativa com utilização de um roteiro de entrevista individual semiestruturada elaborado pelo pesquisador. A população de estudo foram os estudantes do último período da turma 2018 do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde na cidade do Recife-PE.

A coleta de dados foi realizada no período de Outubro a Dezembro de 2018. Foi solicitada pelo pesquisador, a relação dos estudantes do último período do curso de medicina com os respectivos locais de estágio no hospital de ensino à coordenação do curso da Faculdade Pernambucana de Saúde. Foi realizado contato telefônico com os estudantes e realizado agendamento com data e horário para realização da entrevista.

As entrevistas foram realizadas em local reservado no hospital de ensino Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) permitindo a livre expressão do entrevistado. As entrevistas individuais foram realizadas pelo pesquisador com o auxílio de um aparelho gravador de áudio sendo utilizado o instrumento de coleta de dados, o roteiro com perguntas relacionadas ao perfil sócio demográfico dos estudantes, conhecimento sobre APS, percepções sobre sua formação, desafios e possibilidades relacionados à prática em APS. Cada entrevista teve duração média de 30 minutos.

Foram realizadas 10 entrevistas individuais. A amostra foi definida por critério de saturação teórica, que pode ser entendida a partir da análise do pesquisador que começa a observar que as informações obtidas apresentam redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo persistir na coleta de dados. Sendo observado um

número de entrevistas que possibilitem a identificação de homogeneidades e/ou divergências das informações necessárias à compreensão do objeto de estudo.[9,10]

Foram seguidas as três etapas operacionais da Análise Temática segundo as orientações de Minayo: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação. [9]

A pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde sob o número do parecer: 2.907.814, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. Análise dos dados

Foram seguidas as três etapas operacionais da Análise Temática segundo as orientações de Minayo: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.[9] Que resultaram em quatro temas principais, os quais serão descritos: Atributos da APS, papel da preceptoria, precariedade do cenário de prática e contribuição da APS na formação médica.

Entre os estudantes-de medicina entrevistados, a maioria do sexo feminino, com média de 25 anos de idade. Nenhum estudante participava ou participou de atividades extracurriculares em APS durante a graduação e nem realizava atividade profissional. Destes, três estudantes participaram de políticas afirmativas (FIES,PROUNI) e apenas um estudante possuía formação em curso superior anterior.

Os estudantes apresentaram em suas falas conhecimento teórico adequado sobre a APS, e citaram os atributos da APS que são: Primeiro contato (porta de entrada), longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado, e como atributos derivados

a orientação familiar e a competência cultural. Com destaque para o atributo porta de entrada, citado em todas as falas.

Em relação ao papel da preceptoria, os estudantes destacaram a sua importância nas práticas em APS, também relatam que uma parte dos preceptores demonstravam desinteresse/desestímulo que impactaram negativamente no aprendizado dos mesmos. Além da necessidade que muitos preceptores necessitavam de atualização teórica.

A precariedade da estrutura física oferecida para as práticas foram citadas na maioria das falas dos entrevistados, os mesmos relataram diversos entraves encontrados nas práticas em APS, como a escassez de insumos, precariedade da estrutura física dentro e no entorno das unidades de saúde, que também prejudicaram o processo de ensino-aprendizagem.

Todos os estudantes reconheceram a importância da APS em sua formação profissional, tanto no papel de desenvolvimento do médico com perfil generalista, humanista, crítico, reflexivo e ético, preconizado pela DCNs. Como a APS sendo um espaço singular para formação de recursos humanos para o SUS e na aquisição de competências profissionais.

5. Conclusões

A partir das mudanças do modelo do currículo da formação médica diante das reais necessidades de saúde da sociedade, as DCNs do curso de medicina passaram por mudanças com a publicação da nova resolução 03/2014 em substituição a resolução anterior 04/2001, dentre as principais mudanças está o estágio obrigatório nos serviços do SUS e na atenção básica.

Os estudos sobre a percepção de estudantes de medicina na atenção primária a saúde na formação são escassos e anteriores as novas DCNs, o que demonstra uma necessidade de novos estudos na área. Visto que a percepção dos estudantes sobre a formação nesse nível de atenção é essencial para a adequação curricular e primordial para melhoria da qualidade da educação médica.

O presente estudo demonstrou através da percepção dos estudantes e vivência nos campos de prática em APS, a importância das práticas para a adequada formação e aquisição de competências do estudante preconizadas pelas DCNs.

Também, demostrou a necessidade um maior investimento na estrutura física e no funcionamento das unidades de APS por parte dos gestores da atenção básica. Bem como, uma melhor avaliação dos preceptores da APS, para que se tenha um melhor aproveitamento das ferramentas de ensino para formação médica, como a oferta de educação permanente para os mesmos.

Por fim, esse trabalho contribui para que novas pesquisas e discussões nas instituições de ensino estimulem e criem espaços adequados para atividades curriculares e extracurriculares em APS, que possam trazer um maior estímulo e fortalecimento em suas práticas e conceitos ao longo da graduação.

6. Referências

1. Banfield L, Jardine CG. Consultation and remediation in the north: meeting international commitments to safeguard health and well-being. International Journal Of Circumpolar Health. United States, 72, Aug. 5, 2013.

2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília Unesco, Ministério da Saúde. 2002;

3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 2000. 762 p.

4. Portela GZ. Atenção primária á saúde: Um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis. 2017;27(2).

5. Cavalheiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. Cad Fnepas, Rio Janeiro. 2011;1.

6. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/ CES Nº. 3. Brasilia; 2014. 1–14 p.

7. Ferreira RC, Fiorini VLM, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da ABS na perspectiva docente. Rev bras educ med, Rio Janeiro. 2010;34(2):207–15.

8. Ministério Da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436, Brasília. In 2017.

9. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Série Manuais Acadêmicos. Vozes. Petrópolis. Rio de Janeiro; 2016.

10. Falqueto JM zandonade, Hoffmann VE, Farias JS. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. Rev Ciências da Adm. 2019;

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou através da percepção dos estudantes e vivência nos campos de prática em APS, a importância das práticas para a adequada formação do estudante preconizadas pelas DCNs. Pois, as práticas de APS foram destacadas como espaços singulares na aquisição de competências profissionais.

Mesmo com o reconhecimento da importância da APS como espaço singular para a formação profissional, a maioria dos estudantes não demonstrou interesse em se especializar e/ou seguir carreira na área. O Governo Federal através do Ministério da Educação como forma de ampliar o número de especialistas na área, triplicou o número de vagas nos últimos 5 anos do programa de residência em medicina de família e comunidade (PRMFC), porém a maioria dessas vagas continuam ociosas.

Pode-se inferir algumas das causas da baixa procura pelo PRMFC: a diminuta valorização frente a outras especialidades médicas, falta de docentes com formação em MFC nas instituições de ensino para um maior estímulo da escolha da especialidade pelos estudantes, maior enfoque hospitalar nas práticas e no currículo da graduação e a não obrigatoriedade de título de especialista para trabalhar na área.

Os estudantes demonstraram conhecimento teórico satisfatório acerca dos conceitos de APS, com marco referencial para o atributo da acessibilidade, ou seja porta de entrada.

Foi destacada pelos estudantes a precariedade da estrutura física e no funcionamento das unidades de APS. E sabe-se que mesmo diante da real necessidade de investimento na APS, em 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95 que instituiu um novo regime fiscal, a determinar nos anos seguintes um congelamento das

despesas primárias por duas décadas. O que impacta diretamente contra as políticas públicas e também contra o SUS, que padece com um subfinanciamento e desmonte das estruturas antes estabelecidas na constituição nacional.

O papel da preceptoria foi de grande importância nas práticas em APS, os estudantes se sentiram em parte prejudicados por preceptores que apresentavam desinteresse e falta de atualização de conhecimentos teóricos.

Foi elaborado um relatório técnico que será enviado a Faculdade Pernambucana de Saúde, a fim de apresentar os resultados desse estudo. Pretende-se através desse produto que a instituição de ensino possa aprimorar as práticas de APS na graduação de medicina.

VI. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

A revisão bibliográfica demonstrou que os estudos sobre a percepção de estudantes de medicina na atenção primária a saúde na formação são escassos e anteriores as novas DCNs, o que demonstra uma necessidade de novos estudos na área. Visto que a percepção dos estudantes sobre a formação nesse nível de atenção é essencial para a adequação curricular e primordial para melhoria da qualidade da educação médica.

Uma limitação do estudo, foi o fato de não conseguir ampliar o estudo para obter a percepção dos outros atores envolvidos na formação do estudante em APS: Preceptores, docentes, profissionais da APS, gestores, entre outros. A sugerir que novos estudos na área também possam incluí-los nessa temática.

É imprescindível que as instituições de ensino estimulem e criem espaços adequados para atividades curriculares e extracurriculares em APS (Monitoria, projetos de pesquisa, vivências, ligas acadêmicas, simpósios, entre outros), bem como a inserção do médico de família e comunidade em seu corpo docente, durante toda a graduação, para que nessa trajetória da formação os estudantes vislumbrem o futuro profissional atuante em APS que almejam ser.

As instituições de ensino devem favorecer meios para uma melhor avaliação e educação permanente dos preceptores da APS, para que se tenha um melhor aproveitamento das ferramentas de ensino para formação médica, como feedback dos estudantes e dos preceptores das atividades práticas, além da oferta de espaço formativo para os preceptores (palestras, simpósios, especialização em preceptoria, entre outros).

A prática do médico de família e comunidade baseada no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), abrange a integralidade do ser humano, subjetividade e o

meio social. Proporcionar eficazmente o desenvolvimento dessas competências na graduação médica, demandaria maior carga horária destinada as práticas no cenário da APS, o que não elimina a formação no ambiente hospitalar, mas sim serve para avaliar a sua proporção no currículo médico para que se alcance o perfil do médico preconizado pelas DCNs.

A reorganização do currículo de forma a garantir que os estudantes conseguissem acompanhar as mesmas famílias e comunidade em uma mesma equipe, durante toda a graduação garantiria o estabelecimento do vínculo entre o aluno/equipe e usuário. O que é um desafio para o ensino da APS, garantir esse atributo essencial da APS: a longitudinalidade. E também como forma de se aprofundarem nas especificidades da atuação do médico de família (equipe multiprofissional, visitas domiciliares, MCCP, entre outras) que contribuem na formação médica preconizada.

Por fim, a necessidade um maior investimento na estrutura física e no funcionamento das unidades (recursos humanos, consolidação de carreira, fixação dos profissionais, capacitação técnica, entre outros) de APS por parte dos gestores do SUS. Bem como, valorização de espaços para ideias exitosas em APS. Para que possam trazer um maior estímulo e fortalecimento em suas práticas e conceitos ao longo da graduação.

VII. REFERÊNCIAS

1. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude soc. 2011;20(4):867–74.
2. OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Alta [Internet]. OMS. 1978 [acesso em 2019 Aug 11]. p. 3. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228
3. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília Unesco, Ministério da Saúde. 2002;
4. Portela GZ. Atenção primária á saúde: Um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis. 2017;27(2).
5. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCN, Et a l. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência e Saúde coletiva, Rio Janeiro. 2009;14(3):783–94.
6. Rossoni E. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. Physis Rev Saúde Coletiva, Rio Janeiro. 2015;25(3):1011–31.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 2000. 762 p.
8. Cavalheiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. Cad Fnepas, Rio Janeiro. 2011;1.
9. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Cien Saude Colet. 2018;
10. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/ CES Nº. 3. Brasilia; 2014. 1–14 p.
11. Ferreira RC, Fiorini VLM, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da ABS na perspectiva docente. Rev bras educ med, Rio Janeiro. 2010;34(2):207–15.
12. Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. Hucitec. São Paulo; 2002.
13. Lobello HFP. Desafios para o fortalecimento da atenção primária no sistema único de saúde. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2013.
14. 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 Janeiro. 2008;32(1):83–9.
15. Ministério Da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436, Brasília. In 2017.
16. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e

criatividade. Série Manuais Acadêmicos. Vozes. Petrópolis. Rio de Janeiro; 2016.

17. O curso de medicina da FPS [Internet]. [acesso em 2019 Aug 10]. Disponível em: https://www.fps.edu.br/cursos/graduacao/medicina
18. Falbo G. A Escola Médica idealizada por Fernando Figueira - O Início da História [Internet]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2014. 113 p. Available from: http://ava.fps.edu.br/livro/EscolaMedicaFernandoFigueira.pdf
19. Borges MC, Quintana SM, Freitas LCC, Rodrigues ML V. Aprendizado Baseado em Problemas. Med (Ribeirao Preto Online). 2014;47:301–7.
20. Falqueto JM zandonade, Hoffmann VE, Farias JS. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. Rev Ciências da Adm. 2019;
21. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510/2016 [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Jul 1]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf
22. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;
23. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery. 2011;
24. Giovanella L, Lobato L, Carvalho A. Sistemas municipais de saúde ea diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde debate. 2002.
25. Rodrigues LBB, Silva PC dos S, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim J de A, et al. A atenção primria à saúde na coordenação das redes de atenção: Uma revisão integrativa. Cienc e Saude Coletiva. 2014 Feb;19(2):343–52.
26. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasilia: OPAS; 2011.
27. Leal JAL, Melo CMM de, Veloso RBP, Juliano IA. Novos espaços de reorientação para formação em saúde: Vivências de estudantes. Interface Commun Heal Educ. 2015;19(53).

APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome:_____

Idade:_____

Sexo:_____

Possui formação em curso superior anterior?_____

Realiza alguma atividade profissional? _____

É Participante de Políticas afirmativas (FIES, PROUNI ou FormaSUS)? _____

_____

Participa/participou de atividades extracurriculares de APS durante a graduação? _____

_____

1. O que você entende por atenção primária à saúde (APS)?

2. Fale como você compreende a relação da APS e a formação médica.

3. Como você avalia as práticas na APS?

4. Fale sobre possíveis dificuldades e/ou potencialidades das práticas em APS para sua formação.

   4.1. Caso tenha encontrado alguma dificuldade, que sugestões voce propõe para melhoria dessas práticas?

5. Como você considera o tempo de prática em APS ao longo da graduação?

6. Fale sobre como você analisa a prática em APS para o desenvolvimento de suas competências profissionais.

APÊNDICE II

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Titulo: Percepção dos estudantes sobre a atenção primária à saúde na formação médica.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Percepção dos estudantes sobre a atenção primária à saúde na formação médica..

O objetivo desse projeto é compreender a percepção dos estudantes do último período do curso de medicina de uma faculdade privada de Recife sobre a formação curricular e a prática na atenção primária à saúde.

O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: Será realizada entrevista individual com auxílio de um aparelho gravador de áudio e o roteiro de entrevista, as entrevistas gravadas serão transcritas pelo pesquisador.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe o risco mínimo de constrangimento, que se justifica por abordar questões relativas ao conhecimento e percepções do participante sobre atenção primária à saúde.

Caso seja identificado algum sinal de constrangimento a entrevista será interrompida a qualquer momento.

O estudo trará benefícios para avaliação de melhorias nos currículos dos cursos de medicina, pois contribuirá no aprimoramento das práticas em APS com a percepção dos estudantes.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores Djalma Feliciano dos Santos Junior e Reneide Muniz da Silva certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Djalma Feliciano dos Santos Junior através do telefone (81) 988475605 ou endereço Rua Antônio Pimentel, nº860, Santa Tereza – Paudalho-PE. CEP: 55825-000. Ou por sua orientadora Reneide Muniz da Silva através do telefone (81) 997637054, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Av. Mascarenhas de Morais, nº 4861, Imbiribeira- Recife-PE. CEP: 51150-000.Bloco: Administrativo. Tel: (81)33127755 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br
O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome Assinatura do Participante Data

Nome Assinatura do Pesquisador Data

Nome Assinatura da Testemunha Data

APÊNDICE III - CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo Sr. Gilliatt Hanois Falbo Neto

Função: Coordenador acadêmico da FPS

Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado "Percepção dos estudantes sobre a atenção primária à saúde na formação médica", coordenado pela pesquisadora **Profa. Dra. Reneide Muniz da Silva**. Os objetivos da pesquisa são compreender a percepção dos graduandos do último ano da turma de 2018 do curso de medicina de uma faculdade de Recife sobre a formação curricular e a prática na atenção primária à saúde.

Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo.

Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS.

Recife, 24 de Agosto de 2018.

Carimbo e Assinatura do pesquisador

(X) concordo com a solicitação ( ) não concordo com a solicitação

Carimbo e assinatura do responsável pelo setor

Prof. Gilliatt Falbo
FPS Coordenador Acadêmico

ANEXO I – NORMAS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

Revista Brasileira de Educação Médica

ISSN 1981-5271 *online version*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Envio de manuscritos
- Forma e preparação de manuscritos

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Educação Médica** é a publicação oficial da **ABEM**, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol

Envio de manuscritos

Submissão on line

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (https://mc04.manuscriptcentral.com/rbem-scielo). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas.

Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa.

Para a submissão de artigos será cobrada uma taxa de R$ 200,00. Estão isentos desta taxa os sócios adimplentes da Associação Brasileira de Educação Médida (ABEM)

O pagamento deverá ser realizado através de depósito

identificado com o CPF do autor na seguinte conta:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA
BANCO DO BRASIL
AG. 0576-2
C/C 4373-7
CNPJ: 29212628 0001-32

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado pela secretaria da RBEM quanto ao formato. Caso não obedeça os padrões descritos abaixo (forma e padrão de manuscritos), o artigo será devolvido ao autor para correção e nova submissão. Se o original obedecer aos padrões ele será encaminhado ao Editor Chefe da RBEM que avaliará se o artigo faz parte da temática da revista e encaminhará aos Editores Associados e estes para dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 30 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 60 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. Para custear a revisão gramatical tanto de língua portuguesa como inglesa (abstract), por revisor especializado e contratado pela revista, será cobrado uma taxa de R$ 800,00. Se o autor desejar publicar seu artigo integralmente na língua inglesa será cobrado uma taxa de R$ 1.500,00 para a tradução. Se o artigo já for submetido em inglês, será cobrado uma taxa de R$ 800,00 pra revisão gramatical. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação.

Os artigos aceitos para a publicação se tornam propriedade da revista.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-

chave).

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;

1.2. Ensaios - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

2. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente - Limite máximo de 6.000 palavras.

3. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado - Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.

4. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e keywords.

5. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior - Limite máximo de 1.200 palavras

6. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite - Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:
- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de30 palavras, - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 15 palavras)
- Número e Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo e deverá ter no máximo 06 (seis) autores. Caso ocorra a necessidade de exceder esse número, isso deverá ser justificado no início do artigo. **Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.**
- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação.
- Resumo de no mínimo 300 palavras e no máximo 500 palavras. Deve ter versão em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo em inglês.
- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário **DECS** - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em http://decs.bvs.br/) e do **MESH** - Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível

em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).
Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.
No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências
As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: http://www.icmje.org
Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1 (p.32).
Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional.

Exemplos:
Artigo de Periódico
Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico
Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2009]; 38-43. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro
Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro
Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias
Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos
Camargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995.

p.204-7.

Relatórios Campos
MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa
Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade
Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, após a aprovação do artigo, deverão encaminhar por email (rbem.abem@gmail.com) , a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:
"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Ética em Pesquisa
No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse
Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors http://www.icmje.org/#conflicts)