

FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: NEFROLOGIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

EDER DE MATTOS BERG

**IDENTIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DE EXPECTATIVAS SOBRE O
INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA POR ESTUDANTES DE MEDICINA EM ESTÁGIO EM UNIDADE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE.**

Porto Alegre
2016

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA
SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: NEFROLOGIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

EDER DE MATTOS BERG

**IDENTIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DE
EXPECTATIVAS SOBRE O INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA POR
ESTUDANTES DE MEDICINA EM ESTÁGIO EM UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE.**

Dissertação de Mestrado para o
Programa de Pós-Graduação em
Medicina e Ciências da Saúde, da
Faculdade de Medicina da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande
do Sul.

Orientador: Ivan Carlos Ferreira Antonello

PORTO ALEGRE

2016

FICHA CATALOGRÁFICA**Ficha Catalográfica**

B493i Berg, Eder de Mattos

Identificação dos atributos da atenção primária e de expectativas sobre o internato em saúde coletiva por estudantes de medicina em estágio em unidade de saúde da família de Porto Alegre / Eder de Mattos Berg . – 2016.

110 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Ivan Carlos Ferreira Antonello.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação Médica. 3. Saúde Coletiva. I. Antonello, Ivan Carlos Ferreira. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

EDER DE MATTOS BERG

**IDENTIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DE
EXPECTATIVAS SOBRE O INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA POR
ESTUDANTES DE MEDICINA EM ESTÁGIO EM UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE.**

Dissertação de Mestrado para o Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Carmen Vera Giacobbo Daudt – PUCRS/UFSCPA

Profa. Dra. Rita Mattiello - PUCRS

Profa. Dra. Bartira Ercilia Pinheiro da Costa – PUCRS

Porto Alegre
2016

Dedicatória

A minha esposa, aos meus filhos e aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Doutor Ivan Carlos Ferreira Antonello, pela paciência, incentivo, prontidão e compreensão em vários momentos desta jornada.

A minha esposa, Mônica, a quem devo muito e que me ajudou por muitas horas no cuidado aos nossos filhos.

Aos meus filhos, Elisa e Miguel, por cada sorriso e brincadeiras após períodos de trabalho. Vocês me incentivaram a cada recepção calorosa ao chegar em casa.

Aos meus pais pelo apoio na jornada, pelo incentivo a cada ligação telefônica, pelo suporte que só um pai e mãe sabem dar.

Aos colegas de trabalho da minha unidade de saúde, por entenderem os períodos fora para conclusão do curso, por estarem presentes sempre e por ajudarem a tornar o cotidiano divertido

Aos alunos da Faculdade de Medicina da PUCRS pela participação e por tornar esse trabalho possível. São ao mesmo tempo incentivadores e atores de um processo de aprendizagem e de uma visão de mundo que delicadamente tentamos aprimorar na unidade de saúde diariamente.

Epigrafe

“O maior de todos os erros é não fazer nada só porque se pode fazer pouco. Faça o que lhe for possível”.

(Sidney Smith)

RESUMO

O ensino da Atenção Primária à Saúde na graduação do curso de Medicina tem sido um desafio constante para os docentes e instituições. Propõe uma medicina ambulatorial distante da prática hospitalar cotidiana dos alunos e tende a não ser assunto de interesse maior dos mesmos. Com o objetivo de trazer a discussão para o tema, este estudo avalia a identificação dos atributos da atenção primária em saúde, o desempenho de uma Unidade de Saúde da Família em Porto Alegre, e as expectativas e percepção do realizado em estudantes de medicina antes e após a realização do Internato em Saúde Coletiva. Utiliza para isso a identificação dos atributos da Atenção Primária, a avaliação do atributo integralidade pelo questionário sobre Atenção Primária à Saúde (*PCA tools*) e questões abertas sobre a expectativa e realidade encontrada em Unidades de Saúde da Família. A análise das respostas se fez por estatística descritiva e análise de conteúdo, de Bardin. Como resultado, ao final, os alunos identificaram maior número de atributos da Atenção Primária a Saúde, trouxeram aspectos importantes na avaliação das Unidades da estratégia de saúde da família, e a leitura de suas falas em resposta às perguntas abertas sobre o estágio evidenciou a expectativa e percepção do realizado na atenção e educação em saúde.

Palavras-chave: Educação Médica; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

The teaching of Primary Health Care in undergraduate medical school has been a constant challenge for professors and educational institutions. It proposes an outpatient care distant from the students' day-to-day hospital practice and tends not to be a subject of greater interest to them. With the purpose of discussing the topic, this study evaluates the identification of the attributes of primary health care, the performance of a Family Health Unit in Porto Alegre, and the expectations and perception of what was performed by medical students before and after the completion of the Internship in Collective Health. In order to do so, the identification of primary care attributes, the evaluation of the integrality attribute through the questionnaire on Primary Health Care (PCA tools), and open-ended questions about the expectation and reality found in Family Health Units were used. Answer analysis was done using Bardin's descriptive statistics and content analysis. As a result, at the end, students had identified more attributes of Primary Health Care, brought up important aspects in the evaluation of the Family Health Strategy Units, and their written answers to the open-ended questions about the internship evidenced the expectation and perception of what was performed in care and health education.

Keywords: Medical Education; Primary Health Care; Family Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Categorias e subcategorias das análises das falas em resposta à pergunta aberta feita antes do estágio. | 41 |
| Quadro 2. Frequência das menções às subcategorias Atenção em saúde e Educação em saúde dos acadêmicos <u>antes</u> da realização do estágio (n= 65) | 43 |
| Quadro 3. Frequência das menções às subcategorias Atenção em saúde e Educação em saúde dos acadêmicos <u>após</u> a realização do estágio (n= 62) | 51 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Perfil dos acadêmicos de medicina respondentes ao questionário de avaliação do cumprimento dos atributos da Atenção Primária em Saúde e de suas expectativas quanto ao estágio de Saúde Coletiva. | 30 |
| Tabela 2. Número de ocorrência e porcentual de atributos da atenção primária em saúde, identificados por acadêmicos de medicina, antes e após o estágio de Saúde Coletiva. | 31 |
| Tabela 2. Número de ocorrência e porcentual de atributos da atenção primária em saúde, identificados por acadêmicos de medicina, antes e após o estágio de Saúde Coletiva. | 32 |
| Tabela 4. Reconhecimento após o estágio em Saúde Coletiva de acadêmicos da Faculdade de medicina da PUCRS quanto ao desempenho da Unidade Básica de Saúde no cumprimento do atributo Integralidade em saúde (<i>PCA Tool</i>) | 35 |
| Tabela 5. Comparação entre as porcentagens de resposta de cada quesito do questionário <i>PCA Tools</i> para o atributo Integralidade em saúde, onde “Q” significa pré-estágio e “R”, pós-estágio. | 37 |

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ATA – Ácido Tricloroacético

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CAVF – Campus Avançado da Vila Fátima

CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FAMED – Faculdade de Medicina

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

HPS – Hospital de Pronto Socorro

HPV – *Human Pappiloma Virus*

MFC – Médico de Família e Comunidade

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ONG – Organização Não-governamental

PCA *Tool* – *Primary Care Assessment Tool*

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSBJ – Unidade Básica de Saúde Bom Jesus

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1) INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 Atenção Primária à Saúde e seus Atributos | 13 |
| 1.2 Avaliação de qualidade dos Serviços de Saúde | 15 |
| 1.3 Integralidade na percepção do acadêmico de medicina | 17 |
| 1.4 Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde | 18 |
| 1.5 Atenção Primária à Saúde e as Diretrizes Curriculares..... | 19 |
| 2. OBJETIVOS..... | 23 |
| 2.1 Objetivo geral | 23 |
| 2.2 Objetivos específicos | 23 |
| 3. SUJEITOS E MÉTODO..... | 24 |
| 3.1 Delineamento | 24 |
| 3.2 População..... | 24 |
| 3.3 Amostra | 24 |
| 3.4 Critérios de inclusão | 24 |
| 3.5 Critérios de exclusão..... | 24 |
| 3.6 Contexto e procedimentos..... | 25 |
| 3.7 Variáveis em estudo | 26 |
| 3.8 Coleta e organização de dados | 27 |
| 3.9 Análise dos dados | 27 |
| 3.10 Procedimentos éticos..... | 29 |
| 4. RESULTADOS..... | 30 |
| 4.1 Caracterização da amostra | 30 |
| 4.2 Identificação dos Atributos da Atenção Primária | 31 |
| 4.3 Expectativa inicial e o reconhecimento após o estágio quanto ao desempenho da Unidade Básica de Saúde no cumprimento do atributo Integralidade em saúde (c/Instrumento PCATool)..... | 32 |
| 4.4 Categorização das respostas às perguntas abertas (expectativa inicial e percepção final do acadêmico quanto ao estágio realizado) | 41 |
| 4.4.1 Categorias Atenção em saúde e Educação em saúde - prévio ao estágio | 42 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.4.2 | Categorias Atenção em saúde e Educação em saúde – após o estágio | 50 |
| 5. | DISCUSSÃO | 58 |
| 5.1 | Caracterização da amostra estudada..... | 58 |
| 5.2 | Identificação dos Atributos da Atenção Primária à saúde | 59 |
| 5.3 | Desempenho do atributo Integralidade nas USF | 61 |
| 5.4 | Expectativa inicial e percepção ao final do estágio..... | 68 |
| 6. | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 75 |
| | REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS | 77 |
| | ANEXOS | 82 |
| | Termo de consentimento livre e esclarecido | 82 |
| | Aceite da publicação | |
| | Artigo enviado para publicação..... | |

1. INTRODUÇÃO

O ensino da Atenção Primária à Saúde (APS) na graduação do curso de Medicina tem sido um desafio constante para os docentes e instituições de ensino¹. Enquanto disputa a atenção com o estudo de doenças, tecnologias, métodos diagnósticos, técnicas cirúrgicas, além de novos e complexos conhecimentos, propõe uma medicina ambulatorial distante da prática hospitalar do cotidiano dos alunos e tende a não ser assunto de interesse principal dos mesmos. Neste sentido, a avaliação do cumprimento dos atributos da APS pela visão dos alunos, bem como a diferença entre a expectativa e realidade encontrada em campos de estágio de Estratégias de Saúde da Família (ESF) pode direcionar os cursos de graduação sobre quais aspectos do currículo e do campo de estágio podem ser aprimorados^{1,2,3}.

1.1 Atenção Primária à Saúde e seus Atributos

A APS é uma maneira de organizar os serviços de saúde no mundo. Descrita por Barbara Starfield⁴, é organizada a partir de quatro atributos principais e três derivados, os quais descreveremos à seguir. Os atributos são Integralidade, Longitudinalidade, Acessibilidade e Coordenação do cuidado. Seus derivados foram nominados como Orientação comunitária, Orientação familiar e Competência cultural.

Integralidade é característica de ver a pessoa na plenitude de sua complexidade, portador de necessidades únicas e sujeito de uma história proveniente do resultado entre questões genéticas e determinantes sociais que agiram sobre sua vida até então⁵. Este princípio é descrito na atenção primária e

também se encontra como princípio doutrinário do Sistema único de Saúde (SUS), motivo pelo qual elencamos como objeto do estudo proposto. Foi recentemente incorporado às bibliotecas virtuais e base de dados como termo universal, devido a importância que vem ganhando em número de publicações e na prática cotidiana. Notadamente, tem sido estudado e avaliado por enfermeiros devido fundamentalmente à sua característica profissional relacionado ao cuidado.

A *Longitudinalidade* significa o seguimento do paciente através do tempo, pode ser cumprida de algumas maneiras. Conforme Pastor-Sanchez⁶, podemos exercer a *Longitudinalidade* através do seguimento do mesmo profissional através do tempo, pelo registro do paciente bem realizado para bom seguimento ou, ainda, *Longitudinalidade* de gestão, quando a organização dos serviços obedece a uma lógica e continuidade no cuidado.

Acesso, ou *Acessibilidade* é o atributo que corresponde a porta de entrada do sistema. Significa organizar o sistema de saúde baseado na atenção primária e ser o primeiro contato do paciente. O acesso, quando bem executado, é passo essencial na construção de bom vínculo com o usuário, pois cria condições de confiança em ambas as partes da relação médico-paciente para boa troca. Além do conceito de acessar o profissional, o atributo em sua língua original também perpassa a ideia que o local de trabalho seja acessível, proporcionando condições para que o usuário acesse a unidade. Inclui localização da unidade de saúde, rampas de acesso, salas amplas, com ambiência e material para realização de consultas.

Coordenação do cuidado trata sobre a referência do cuidado do paciente estar centrado no profissional que está mais próximo do paciente. Este atributo garante ao paciente um nível de prevenção frequentemente discutido no âmbito da Medicina de Família e Comunidade (MFC), a prevenção quaternária. Quando a referência do

paciente está na atenção primária, a chance de evitarmos exames e condutas com indicação questionável aumenta. Este atributo protege o paciente de exageros da medicina e torna o sistema mais produtivo e economicamente viável. Os encaminhamentos aos especialistas focais são realizados no momento correto, contando com a contra referência como ferramenta de tomada de decisão.

Os atributos derivados são *Orientação comunitária*, consistindo em ordenar a atenção baseada na realidade local na qual a população local está inserida, relativizando os aspectos econômicos, geográficos, sociais, no planejamento de ações para com a comunidade. *Orientação familiar* versa sobre o cuidado ao paciente levando em conta a família na qual ele está inserido. *Competência cultural* é o atributo que leva em conta aspectos da população no atendimento ao usuário, como língua, costumes, postura e práticas coletivas de saúde

1.2 Avaliação de qualidade dos Serviços de Saúde

Para avaliar tais atributos na prática da atenção primária à saúde, Starfield desenvolveu um instrumento, o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, que foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian⁷, e validado para o Brasil⁸. Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. No mesmo sentido, Campbell⁹ descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. Desse modo, devido a ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o *PCATool* preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS. Cada atributo essencial identificado no instrumento *PCATool-Brasil* é formado por um componente relacionado à

estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo). Neste sentido, este instrumento pode suprir a ausência de rigor em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção ambulatorial, favorecendo o esforço científico na busca de evidências sobre a real efetividade da APS, com consequências importantes sobre a definição das políticas públicas. Sua importância reside na inexistência de outros instrumentos validados que objetivem mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS em diferentes serviços de saúde nacionais, disponibilizando uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade. Pode ser utilizado em investigações acadêmicas, mas também como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de Saúde da Família, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil.

O instrumento *PCATool*, desenvolvido por Barbara Starfield e validado para vários países, incluindo o Brasil, é um método eficaz de avaliar quão voltada para a Atenção Primária é aquela unidade, ou até aquela cidade. Constitui-se de um questionário com 77 perguntas divididas em escala *Likert*, com variações para usuários adultos, usuários pediátricos e trabalhadores da saúde. Este questionário organiza cada atributo com questões acerca de atividades disponibilizadas, recursos, facilidades de acesso, longitudinalidade e demais atributos, principais e derivados. Cada atributo é avaliado separadamente, motivo pelo qual pudemos selecionar a Integralidade dentre os princípios da APS, visto que é o atributo com maior possibilidade de variabilidade entre a expectativa dos alunos e a realidade a qual encontram.

1.3 Integralidade na percepção do acadêmico de medicina

A Integralidade está presente tanto nas diretrizes do SUS, quanto nos atributos da APS², mais um motivo pelo qual elegemos para ser o atributo a ser avaliado por este trabalho. Conforme a descrição já referida acima, Integralidade é a atitude de ver a pessoa (e não paciente, o que lhe tira o aspecto subjetivo de "passividade") como um todo, levando em conta por completo os aspectos que podem influenciar em sua vida, e também pensando em todas as necessidades e possibilidades de tratamento que devem ou podem ser oferecidas ao paciente. Integralidade na atenção básica é normalmente mais desafiador que num ambiente hospitalar, pois enquanto em uma instituição com mais recursos geralmente o paciente tem alguma necessidade específica, além disso, ele possui uma infraestrutura de recursos a sua volta. Este aspecto favorece o bom tratamento deste, porém, não há estrutura hospitalar disponível para todos. Portanto, temos mais um motivo para ver a Integralidade não só como um atributo em prol do paciente, mas em prol de uma comunidade, visto que os esparsos recursos destinados a saúde de cada um devem ser sabiamente gastos. Integralidade, portanto, para o paciente, e para o Sistema como um todo.

Em revisão bibliográfica¹⁰⁻¹³, vimos que grande parte da literatura acerca do tema tem sido trazido pelos profissionais da enfermagem, visto que toda fundamentação teórica de sua profissão leva em conta o cuidado e o cuidar. Nada mais justo, portanto, que tais profissionais tenham sua produção voltada para este tema. Entre outros motivos para tal número de artigos ter sido produzido recentemente deve-se ao fato da recente valorização da Atenção Básica (AB). Políticas de provimento, com grande volume de recursos, tal como o Programa Mais

Médicos, pesquisas internacionais acerca do SUS e da APS no Brasil, são extremamente relevantes e justificam a pesquisa e a investigação de tal assunto.

O foco deste trabalho não será o apontamento ou identificações de dificuldade com objetivo de crítica pela crítica. Nossa ideia é com os apontamentos levantados discutir as dificuldades reveladas, pois a passagem periódica de alunos pelas unidades de saúde os expõe as situações questionadas pelo PCA tools. Estes acadêmicos chegam com percepções do que está por vir que, por vezes, diferem da realidade encontrada e relatada ao final. A expectativa, a exposição e o percebido constituem o motivo de nosso estudo.

1.4 Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde

Uma diferenciação que cabe neste momento é a revisão de conceitos de Unidade de Saúde da Família (USF) e Unidade Básica de Saúde (UBS). Cronológica e historicamente, as UBS foram o primeiro centro de atendimento em atenção básica no Brasil. São compostas por médicos especialistas que atendem as necessidades de uma população específica. Geralmente compõe a equipe o ginecologista, o pediatra e o clínico. Além destes, cada equipe pode contar com os profissionais que o gestor do momento atribuir como relevante. Como exemplo de tais profissionais podemos citar o cardiologista, o psiquiatra, neurologista, e assim por demais. A enfermagem completa a equipe com a figura do (a) enfermeiro (a), que atua na coordenação da equipe e técnicos de enfermagem. Este modelo obedece uma lógica de área de atuação, ou área de abrangência, com o cuidado do território conforme as necessidades apresentadas na unidade. Normalmente, tem influências políticas na composição da equipe, e vem sido paulatinamente substituído pela Estratégia de Saúde da Família.

Instituído como programa pelo ministério da Saúde em 1994, após exitosa experiência no nordeste Brasileiro, o Programa de Saúde da Família (PSF) concebeu e entendeu a AB no Brasil de maneira diferente. Começando com a composição da equipe, valorizando a figura da especialidade que é mais preparada para o trabalho na ponta, como são chamados os profissionais que trabalham efetivamente no cuidado dos pacientes na atenção direta, o Médico de Família e Comunidade. Mas a recomposição vai além. Neste modelo é implementada a valorização da enfermagem, reconhecendo e estimulando a(o) enfermeira(o) a estabelecer agenda e de prestar cuidados de enfermagem para a população. Outro grande diferencial é a introdução na equipe da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Ele é obrigatoriamente morador da comunidade que atende, assim o cuidado do território passa a seguir uma lógica de área adstrita.

Em artigo de Revisão sobre as bases conceituais e possíveis diferenças de significado entre os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde”, Mello e cols¹⁶. entendem as definições como sinônimos, muito embora as diferenças conceituais envolvendo as palavras “Básica” e “Primária” como depreciativas da atenção prestada. O autor coloca as defesas de cada linha argumentativa e interpretativa defendendo seu ponto de vista. Em resumo, refere que a legislação brasileira prefere tratar a primeira linha de cuidado para a população como Atenção Básica, enquanto a literatura internacional sobre o tema parece ter uma preferência pelo termo Atenção Primária.

1.5 Atenção Primária à Saúde e as Diretrizes Curriculares

Referência mundial no que tange ao objeto do estudo proposto por este projeto, a autora que melhor descreve estes atributos próprios à atenção primária, após mais de trinta anos de pesquisa é Barbara Starfield. Em sua obra mais

importante disponibilizada pela UNESCO⁴, a autora relaciona, categoriza e exemplifica os atributos por ela classificados, atribuindo papéis e sugestões de responsabilizações para a melhor consolidação de Sistemas de Saúde orientados a partir da atenção primária, fortes, abrangentes e resolutivos. Esta obra, inclusive, serve como referência para as publicações do próprio Ministério da Saúde ao descrever os princípios que norteiam a atenção básica do sistema de saúde brasileiro, como a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Propõe-se a reflexão sobre os principais atributos da Atenção Primária em Saúde (APS).

O estágio em saúde Coletiva passou a ser curricular na Faculdade de Medicina (FAMED) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) em 2009, quando a primeira turma, que se formaria em 2010, desenvolveu as atividades do curso por quatro meses em unidades de Atenção Básica do município de Porto Alegre. Este modelo foi estabelecido para atender a determinação da Câmara Nacional de Educação do Conselho Nacional de Saúde, que em 2001 estabeleceu as Diretrizes Curriculares para cursos de graduação em medicina. (DOU 09/11/01). As mudanças curriculares ocorreram gradualmente na faculdade, com adaptação das normas conforme o serviço. Estas diretrizes reorganizam os estágios curriculares, tornando obrigatórios os estágios em Saúde Coletiva com a maior parte do tempo do estágio, no mínimo 70%, destinado ao aprendizado no modelo ensino em serviço. Constava desde o início na frequência do acadêmico por unidades básicas vinculadas com o SUS e com a faculdade, através de convênios. Participaram do estágio as unidades do Campus Avançado da Vila Fátima (CAVF) e Unidade Básica de Saúde Bom Jesus (UBSBJ) como campo de prática em unidades tradicionais. Como representantes das unidades de Saúde da Família participam deste processo as USF Morro da Cruz, Santo Alfredo, Jardim

Protásio Alves e Jardim da FAPA. Em todas as unidades os acadêmicos participam de todos os processos da unidade, atendendo pacientes, interagindo nos grupos e visitas domiciliares. Desde o início o estágio acontecia juntamente com a prática em emergência e trauma, realizado no Hospital de Pronto Socorro (HPS) de Porto Alegre, com a realização de plantões durante o estágio.

Como justificativa para este trabalho, elegemos aspectos importantes que contemplam as diretrizes curriculares. Por exemplo, que os egressos da Faculdade de Medicina se aproximem da visão pretendida pelo ministério da educação, em suas diretrizes para o ensino superior do curso de medicina, determinando que o egresso preferencialmente deva ter perfil humanista, crítico e reflexivo, além de formá-lo preparado para atender os pacientes de maneira integral, centrado na prevenção e na promoção à saúde¹⁷; que seja definida a expectativa dos alunos a respeito do serviço gerada pelo conteúdo de atenção primária em saúde ministrado nas disciplinas regulares do Curso de Medicina; que seja mensurado o conhecimento dos alunos a respeito dos atributos da atenção primária antes e após o estágio de internato; que haja diagnóstico do cumprimento dos atributos da atenção primária nas unidades de Estratégia de Saúde da Família.

Considerando que é no estágio onde o estudante está em contato intenso com estas determinações, e que a FAMED continuamente está diversificando seus campos de formação, é preciso uniformizar o conhecimento e as experiências vivenciadas de maneira a unificar a oferta assistencial e acadêmica no estágio em Saúde Coletiva.

Por vezes, nos estágios curriculares dos últimos anos da FAMED, os esforços para colocar o aluno em contato com o mundo real do trabalho médico, participando na assistência e responsabilizando-se gradualmente por seus atos, faz com que os

quesitos de ensino e objetivo do estágio sejam menosprezados. Neste estudo, espera-se analisar o impacto do estágio na identificação dos principais atributos da Atenção Primária e comparar expectativas e percepções da atuação dos acadêmicos de medicina no estágio de saúde coletiva da FAMED da PUCRS.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a identificação dos atributos da atenção primária em saúde e as expectativas de estudantes de medicina antes e após a realização do Internato em Saúde Coletiva em Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre.

2.2 Objetivo específicos

Para acadêmicos de medicina realizando estágio de Internato na área de Saúde Coletiva:

1. Verificar o conhecimento dos atributos da atenção primária em saúde antes e após o estágio na área de saúde coletiva;
2. Identificar a expectativa inicial e o reconhecimento após o estágio quanto ao desempenho da Unidade Básica de Saúde no cumprimento do atributo integralidade em saúde;
3. Avaliar a expectativa quanto ao estágio antes de iniciá-lo e o reconhecimento do realizado pelo acadêmico após sua conclusão.

3. SUJEITOS E MÉTODO

3.1 Delineamento

Estudo exploratório, descritivo e prospectivo.

3.2 População

O estudo foi realizado com acadêmicos da Faculdade de Medicina da PUCRS

3.3 Amostra

Acadêmicos da Faculdade de Medicina da PUCRS, cursando o quinto ou sexto ano do Curso de Graduação e que realizavam o estágio de Saúde Coletiva em diferentes Unidades da Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre: Santo Alfredo e Morro da Cruz, pertencentes às Gerências Distritais Partenon Lomba do Pinheiro; Jardim da FAPA e Jardim Protásio Alves, pertencentes à Gerência Distrital Leste Nordeste.

3.4 Critérios de Inclusão

O estudo em questão incluiu os acadêmicos de medicina da PUCRS cursando os 9º, 10º, 11º e 12º períodos, que estavam prestes a ingressar no estágio em Saúde Coletiva, e que aceitaram participar do estudo assinando um termo de consentimento livre e esclarecido. Este período do curso compreendia alunos de turmas com ingresso em 2010 e 2011.

3.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos ou censurados os questionários em que um dos atributos não estivesse totalmente preenchido ou questionários em que os acadêmicos manifestassem a intenção de desistir do estudo durante o período do estágio.

3.6 Contexto e procedimentos

Ofereceram-se duas perguntas para resposta discursiva e o excerto do questionário *PCA Tools* Brasil versão profissionais, no que concerne ao atributo Integralidade, aos alunos presentes na reunião que antecede o estágio do internato. Este é um questionário que permite uma pontuação para o cumprimento dos atributos. Para a resposta das perguntas e questionário é previsto o tempo máximo de vinte minutos, recolhendo-os após este período. O momento de resposta à primeira pesquisa foi imediatamente antes da reunião dos acadêmicos que precede o estágio, de maneira a coletar as informações com o mínimo de interferência possível.

As perguntas com respostas discursivas que precederam o início do estágio e que foram motivo de análise qualitativa eram:

“Identifique e defina os atributos da atenção primária.” Neste ponto, a palavra “defina” implicou um sentido de possibilitar ao aluno expressar a ideia sobre aquele atributo.

"Em no máximo duas frases, informe o que espera deste estágio"

Ao final do estágio foi aplicado novamente o mesmo questionário para os alunos que responderam ao primeiro, precedido das perguntas discursivas a seguir:

“Identifique e defina os atributos da atenção primária.”

"Em no máximo duas frases informe se o estágio correspondeu suas expectativas e porque isto ocorreu."

O período de aplicação do segundo questionário foi o momento antes da última prova teórica do estágio, com a finalidade de diminuir as perdas por não comparecimento.

Foi elaborado um banco de dados dos questionários e feita à comparação das respostas nos dois momentos propostos, tendo como intervenção a frequência e participação no estágio curricular.

A identidade dos alunos foi preservada, mantendo-se apenas o cuidado de observar para que os mesmos alunos realizem o questionário. Antes da aplicação do segundo questionário, portanto, fez-se a conferência nominal dos sujeitos incluídos na primeira fase do estudo.

Os atributos abordados pelas questões propostas para este estudo foram trabalhados separadamente, objetivando avaliar cada princípio e validar as respostas dentro de grupos como forma de identificar os princípios que necessitam de observação pelo estágio. O desfecho do estudo foi a comparação dos questionários antes e depois do estudo.

Através dos resultados, analisou-se a expectativa dos alunos em relação aos aspectos e atributos da Atenção Primária trabalhados nas Unidades, bem como pode-se ver quais atributos foram efetivamente cumpridos no Serviço durante o estágio, além de avaliar o domínio deste conteúdo pelos acadêmicos antes e após o estágio.

3.7 Variáveis em estudo

- Variáveis demográficas como sexo, idade, ano de término do curso e unidade que passou o estágio.

- Atributos da atenção primária em saúde (Integralidade, Longitudinalidade, Acessibilidade, Coordenação do cuidado).
- Atividades elencadas para verificação de desempenho no Atributo Integralidade do *PCA Tools*.
- Expectativas desenvolvidas e o cumprimento ou não destas em discurso livre de pergunta aberta.

3.8 Coleta e organização de dados

Realizada, como já descrito, após a leitura e concordância com o Termo de consentimento livre e esclarecido, quando os acadêmicos estavam prestes a ingressar no estágio em Saúde Coletiva e no final do estágio. As informações foram transferidas para um banco de dados em Excel para posterior análise.

3.9 Análise dos dados

O interesse do trabalho se dá na comparação das respostas dos alunos antes e após a intervenção (estágio em Saúde Coletiva). Deste modo, foi utilizada estatística descritiva e descreveram-se variáveis contínuas por média e desvio padrão e variáveis categóricas por número absoluto e percentagem, na identificação individual das mudanças de resposta nas questões sobre integralidade do *PCA Tools*.

Na análise dos resultados em relação aos questionários sobre integralidade, abordarmos as respostas conforme os quesitos de correspondência: “4 – muito positivo; 3 – positivo; 2 – negativo; 1 – muito negativo”, pois neste estudo o foco está na mudança da opinião de cada aluno.

A análise das questões abertas foi realizada baseada nas respostas escritas às perguntas formuladas antes e após o estágio: “Em no máximo duas frases, diga o

que espera deste estágio” e “Em no máximo duas frases, diga qual foi a experiência com este estágio”.

As respostas foram estudadas usando-se a metodologia de análise de conteúdo de Bardin¹⁹, na qual se diz que qualquer forma de comunicação escrita ou falada é passível de análise. A análise do material subjetivo bruto é dada a partir do exame das respostas em três fases: a Pré-análise, a Exploração do material e o Tratamento dos resultados destes exames anteriores.

A etapa de pré-análise organiza o material. As respostas das perguntas (antes e após o estágio) foram separadas em dois conjuntos. Cada um dos conjuntos teve suas respostas numeradas em números contínuos crescentes a partir do número 1. Houve uma leitura inicial para familiarizar-se com o material, conhecendo o corpo texto disponível. Após, as respostas foram lidas no mínimo três vezes, sem seleção ou omissão de qualquer parte, na busca de possíveis categorias que contemplassem ideias semelhantes que foram marcadas com códigos representativos das identidades encontradas.

A fase de Exploração do material consistiu em organizar as categorias já identificadas, observando alguma lógica conhecida, ou formulada a partir do que foi examinado. Nesta fase, os dados são revisados e estruturados em categorias, que agrupam sob um mesmo título elementos comuns. Concluída esta fase, obtivemos categorias e tivemos perdas quando o significado do que foi dito não observava relação com o restante das respostas, ou não se encaixava em nenhuma das categorias estabelecidas.

A fase de Tratamento dos dados obtidos tem por objetivo a interpretação dos resultados, chegando à consolidação das categorias antes delineadas. Aqui, foi feita

uma nova leitura para tabulação de dados. Após esta tabulação deixou-se passar algum tempo, no caso deste estudo foram três semanas, quando se fez uma nova leitura de uma cópia das informações sem as marcações das leituras anteriores e tabulou-se novamente os dados nas categorias estabelecidas.

3.10 Procedimentos Éticos

O projeto apresentou riscos mínimos de uma pesquisa com questionário já validado, visto que são desconhecidos e traz os benefícios de que ao final tivemos a análise da expectativa e realização dos alunos que frequentaram o estágio de saúde coletiva, além da possibilidade de aquisição de informações ao final do estágio sobre os atributos da Atenção primária em saúde. Permitiu ainda, que se avaliasse o cumprimento dos atributos da atenção primária nas unidades de Estratégia de Saúde da Família realizando o diagnóstico do atendimento à população referenciada. Todos os alunos responderam ao termo de consentimento Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, sob o número 10.151-1/2014.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

A tabela 1 evidencia os números de possíveis acadêmicos para o estudo e o perfil daqueles que efetivamente aceitaram participar da pesquisa.

Tabela 1. Perfil dos acadêmicos de medicina respondentes ao questionário de avaliação do cumprimento dos atributos da Atenção Primária em Saúde e de suas expectativas quanto ao estágio de Saúde Coletiva.

| | Possíveis | Fem n (%)* | Masc n (%) | 2015 n (%) | 2016 n (%) | Perda n (%) | Idade x(+DP)** | Nº |
|------------------------------------|-----------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|-------------------|----|
| Avaliação antes do Estágio | 76 | 43 (56,58) | 33 (43,42) | 29 (38,16) | 47 (61,84) | 12 (15,79) | 24,53 (+/-0,7) | 64 |
| Avaliação depois do Estágio | 64 | 37 (57,81) | 29 (45,31) | 23 (35,94) | 41 (64,06) | 2 (3,13) | 24,58 (+/-0,7) | 62 |

*número absoluto e porcentagem

**média e desvio padrão

4.2. Identificação dos Atributos da Atenção Primária

A tabela 2 expressa a identificação dos atributos da atenção básica em saúde, descritos pelos acadêmicos antes e no final do estágio em Saúde coletiva.

Tabela 2. Número de ocorrência e percentual de atributos da atenção primária em saúde, identificados por acadêmicos de medicina, antes e após o estágio de Saúde Coletiva.

| | Número | Acessibilidade n (%) [*] | Longitudinalidade n (%) | Coordenação do Cuidado n (%) | Integra- lidade n (%) |
|--|--------|--------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Avaliação antes do Estágio | 64 | 6 (9,34) | 6 (9,34) | 15 (23,43) | 7 (10,93) |
| Avaliação depois do Estágio | 62 | 21 (33,87) | 20 (32,25) | 17 (26,56) | 21 (33,87) |

*número absoluto e porcentagem

4.3. Expectativa inicial e o reconhecimento após o estágio quanto ao desempenho da Unidade Básica de Saúde no cumprimento do atributo **Integralidade em saúde (c/Instrumento PCATool)**

As tabelas 3 e 4 trazem a expectativa inicial e a verificação do realizado nas unidades da estratégia de saúde da família. em que ocorre o estágio para o atributo *Integralidade*, utilizando-se a ferramenta PCATool (*Primary Care Assessment Tool*), desenvolvido por Barbara Starfield.

Tabela 3. Número de ocorrência e porcentual de atributos da atenção primária em saúde, identificados por acadêmicos de medicina, antes e após o estágio de Saúde Coletiva.

| | Com certeza, sim n (%)* | Provavelmente, sim n (%) | Provavelmente, não n (%) | Com certeza, não n (%) | Não sei n (%) |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Aconselhamento nutricional. | 22 (34,4) | 36 (56,3) | 6 (9,4) | 0 | 0 |
| Imunizações | 47 (73,4) | 17 (26,6) | 0 | 0 | 0 |
| Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social. | 15 (23,4) | 40 (62,5) | 4 (6,3) | 2 (3,1) | 3 (4,7) |
| Avaliação da saúde bucal. | 24 (37,5) | 31 (48,4) | 8 (12,5) | 1 (1,6) | 0 |
| Tratamento dentário | 13 (20,3) | 34 (53,1) | 13 (20,3) | 2 (3,1) | 2 (3,1) |
| Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. | 40 (76,6) | 15 (23,4) | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|------------|------------|
| Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas). | 6 (43,8) | 27 (42,2) | 8 (12,5) | 0 | 1 (1,6) |
| Aconselhamento para problemas de saúde mental. | 22 (34,4) | 27 (42,2) | 12 (18,8) | 2 (3,1) | 1 (1,6) |
| Sutura de um corte que necessite de pontos. | 17 (26,6) | 22 (34,4) | 19 (29,7) | 3 (4,7) | 3 (4,7) |
| Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. | 44 (68,8) | 20 (31,3) | 0 | 0 | 0 |
| Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). | 15 (23,4) | 21 (32,8) | 24 (37,5) | 2 (3,1) | 2 (3,1) |
| Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). | 17 (26,6) | 28 (43,8) | 17 (26,6) | 2 (3,1) | 0 |
| Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido). | 5 (7,8) | 21 (32,9) | 33 (51,6) | 4 (6,3) | 1 (1,6) |
| Remoção de verrugas. | 4 (6,3) | 31 (48,4) | 24 (37,5) | 3 (4,7) | 2 (3,1) |
| Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). | 54 (84,4) | 10 (15,6) | 0 | 0 | 0 |
| Aconselhamento sobre como parar de fumar. | 41 (64,1) | 23 (35,9) | 0 | 0 | 0 |
| Cuidados pré-natais. | 50 (78,1) | 14 (21,9) | 0 | 0 | 0 |
| Remoção de unha encravada. | 5 (7,8) | 21 (32,8) | 31 (48,4) | 5 (7,8) | 2 (3,1) |

| | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|-------------|------------|
| Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma). | 7 (10,9) | 32 (50,0) | 15 (23,4) | 8 (12,5) | 2 (3,1) |
| Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair). | 28 (43,8) | 32 (50,0) | 3 (4,7) | 0 | 1 (1,6) |
| Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama. | 27 (42,2) | 30 (46,9) | 6 (9,4) | 0 | 1 (1,6) |
| Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos) | 26 (40,6) | 31 (48,4) | 7 (10,9) | 0 | 0 |

*número absoluto e porcentagem

Tabela 4. Reconhecimento após o estágio em Saúde Coletiva de acadêmicos da Faculdade de medicina da PUCRS quanto ao desempenho da Unidade Básica de Saúde no cumprimento do atributo Integralidade em saúde (*PCA Tool*)

| Questão | Com certeza, sim n (%) | Provavelmente, sim n (%) | Provavelmente, não n (%) | Com certeza, não n (%) | Não lembro n (%) |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Aconselhamento nutricional. | 35 (56,4) | 18 (29,0) | 5 (8,1) | 3 (4,8) | 1 (1,6) |
| Imunizações | 46 (74,2) | 13 (21,0) | 1 (1,6) | 2 (3,2) | 0 |
| Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social. | 42 (67,7) | 19 (30,6) | 0 | 1 (1,6) | 0 |
| Avaliação da saúde bucal. | 42 (67,7) | 11 (17,7) | 3 (4,8) | 2 (3,2) | 4 (6,3) |
| Tratamento dentário | 34 (54,8) | 16 (25,8) | 5 (8,1) | 3 (4,8) | 4 (6,3) |
| Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. | 58 (93,5) | 4 (6,5) | 0 | 0 | 0 |
| Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas). | 40 (64,5) | 18 (29,0) | 2 (3,2) | 1 (1,6) | 1 (1,6) |
| Aconselhamento para problemas de saúde mental. | 44 (71,0) | 15 (24,2) | 3 (4,8) | 0 | 0 |
| Sutura de um corte que necessite de pontos. | 11 (17,7) | 8 (12,9) | 25 (40,3) | 17 (27,4) | 1 (1,6) |
| Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. | 56 (90,3) | 6 (9,7) | 0 | 0 | 0 |
| Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). | 21 (33,9) | 23 (37,1) | 15 (24,2) | 2 (3,2) | 1 (1,6) |

| | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). | 20 (32,3) | 22 (35,5) | 17 (27,4) | 2 (3,2) | 1 (1,6) |
| Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido). | 9 (14,5) | 9 (14,5) | 19 (30,6) | 24 (38,7) | 1 (1,6) |
| Remoção de verrugas. | 4 (6,5) | 13 (21,0) | 21 (33,9) | 21 (33,9) | 3 (4,8) |
| Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). | 58 (93,5) | 3 (4,8) | 0 | 0 | 1 (1,6) |
| Aconselhamento sobre como parar de fumar. | 43 (69,4) | 16 (25,8) | 2 (3,2) | 0 | 1 (1,6) |
| Cuidados pré-natais. | 60 (96,8) | 2 (3,2) | 0 | 0 | 0 |
| Remoção de unha encravada. | 6 (9,7) | 15 (24,2) | 17 (27,4) | 21 (33,9) | 3 (4,8) |
| Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma). | 29 (46,8) | 17 (27,4) | 6 (9,7) | 3 (4,8) | 7 (11,3) |
| Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair). | 50 (80,6) | 12 (19,4) | 0 | 0 | 0 |
| Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama. | 49 (79,0) | 11 (17,7) | 0 | 0 | 2 (3,2) |
| Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos) | 28 (45,2) | 25 (40,3) | 1 (1,6) | 0 | 8 (13,0) |

Tabela 5. Comparação entre as porcentagens de resposta de cada quesito do questionário *PCA Tools* para o atributo Integralidade em saúde, onde “Q” significa pré-estágio e “R”, pós-estágio.

| Questão | Com certeza, sim | | Provavelmente, sim | | Provavelmente, não | | Com certeza, não | | Não sei/não lembro | |
|---|------------------|------|--------------------|------|--------------------|-----|------------------|-----|--------------------|-----|
| | Q | R | Q | R | Q | R | Q | R | Q | R |
| Aconselhamento nutricional. | 34,4 | 56,4 | 56,3 | 29,0 | 9,4 | 8,1 | 0 | 4,8 | 0 | 1,6 |
| Imunizações | 73,4 | 74,2 | 26,6 | 21,0 | 0 | 1,6 | 0 | 3,2 | 0 | 0 |
| Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social. | 23,4 | 67,7 | 62,5 | 30,6 | 6,3 | 0 | 3,1 | 1,6 | 4,7 | 0 |
| Avaliação da saúde bucal. | 37,5 | 67,7 | 48,4 | 17,7 | 12,5 | 4,8 | 1,6 | 3,2 | 0 | 6,3 |
| Tratamento dentário | 20,3 | 54,8 | 53,1 | 25,8 | 20,3 | 8,1 | 3,1 | 4,8 | 3,1 | 6,3 |
| Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. | 76,6 | 93,5 | 23,4 | 6,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas). | 43,8 | 64,5 | 42,2 | 29,0 | 12,5 | 3,2 | 0 | 1,6 | 1,6 | 1,6 |
| Aconselhamento para problemas de saúde | 34,4 | 71,0 | 42,2 | 24,2 | 18,8 | 4,8 | 3,1 | 0 | 1,6 | 0 |

| | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|-----|------|-----|-----|
| mental. | | | | | | | | | | |
| Sutura de um corte que necessite de pontos. | 26,6 | 17,7 | 34,4 | 12,9 | 29,7 | 40,3 | 4,7 | 27,4 | 4,7 | 1,6 |
| Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. | 68,8 | 90,3 | 31,3 | 9,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). | 23,4 | 33,9 | 32,8 | 37,1 | 37,5 | 24,2 | 3,1 | 3,2 | 3,1 | 1,6 |
| Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). | 26,6 | 32,3 | 43,8 | 35,5 | 26,6 | 27,4 | 3,1 | 3,2 | 0 | 1,6 |
| | | | | | | | | | | |
| Continuação da tabela 5 | Q | R | Q | R | Q | R | Q | R | Q | R |
| Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido). | 7,8 | 14,5 | 32,9 | 14,5 | 51,6 | 30,6 | 6,3 | 38,7 | 0 | 1,6 |
| Remoção de verrugas. | 6,3 | 6,5 | 48,4 | 21,0 | 37,5 | 33,9 | 4,7 | 33,9 | 0 | 4,8 |
| Exame preventivo para câncer de colo de útero | 84,4 | 93,5 | 15,6 | 4,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,6 |

| | | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|------|
| (Teste Papanicola u). | | | | | | | | | | |
| Aconselhamento sobre como parar de fumar. | 64,1 | 69,4 | 35,9 | 25,8 | 0 | 3,2 | 0 | 0 | 0 | 1,6 |
| Cuidados pré-natais. | 78,1 | 96,8 | 21,9 | 3,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Remoção de unha encravada. | 7,8 | 9,7 | 32,8 | 24,2 | 48,4 | 27,4 | 7,8 | 33,9 | 3,1 | 4,8 |
| Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma). | 10,9 | 46,8 | 50,0 | 27,4 | 23,4 | 9,7 | 12,5 | 4,8 | 3,1 | 11,3 |
| Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair). | 43,8 | 80,6 | 50,0 | 19,4 | 4,7 | 0 | 0 | 0 | 1,6 | 0 |
| Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: | 42,2 | 79,0 | 46,9 | 17,7 | 9,4 | 0 | 0 | 0 | 1,6 | 3,2 |

| | | | | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|-----|---|---|---|----------|
| curativos, troca de sondas, banho na cama. | | | | | | | | | | |
| Inclusão em programa de suplement ação alimentar (ex: leite e alimentos) | 40, 6 | 45, 2 | 48, 4 | 40, 3 | 10, 9 | 1,6 | 0 | 0 | 0 | 13, 0 |

4.4. Categorização das respostas às perguntas abertas (expectativa inicial e percepção final do acadêmico quanto ao estágio realizado)

Para análise das respostas às perguntas sobre a expectativa antes do estágio e a experiência real com o estágio foi utilizado, como já descrito em método, a Análise de Conteúdo segundo Bardin. Categorizadas as falas, a inferência e a interpretação do conteúdo, os dados foram classificados em duas categorias: Atenção em saúde e Educação em saúde. Estas categorias foram divididas em subcategorias conforme o significado apreendido das informações, conforme o quadro a seguir.

| Número da categoria | Denominação da categoria | Subcategorias |
|---------------------|--------------------------|--------------------|
| 1 | Atenção em saúde | Saúde/ Doença |
| | | Médica/ Integral |
| | | Pessoa/ Comunidade |
| 2 | Educação em saúde | Conhecer |
| | | Fazer |
| | | Viver juntos |
| | | Ser |

Quadro 1: Categorias e subcategorias das análises das falas em resposta à pergunta aberta feita antes do estágio.

Em Atenção em saúde as subcategorias apareceram de certa forma em discursos que revelavam a expectativa dos acadêmicos baseados na compreensão da atenção básica em saúde, suas dúvidas se centravam em pontos centrais: cuidavam da saúde e da doença? A atenção era médica e integral? Concentrariam suas ações na pessoa e na comunidade?

Em Educação em saúde as subcategorias, expressas pelos verbos e ideias existentes nas respostas, davam a noção ao pesquisador do que esperavam os acadêmicos (previamente ao estágio) e do que viram realizado (após o estágio) com a experiência do tempo em que estiveram na prática em serviço da área de Saúde Coletiva.

4.4.1. Categorias Atenção em saúde e Educação em saúde - prévio ao estágio

Os discursos na fase prévia ao estágio, em sua grande maioria, abordaram as subcategorias Saúde/Doença e Pessoa/Comunidade, onde pretendeu-se avaliar a frequência de menções a estas subcategorias. Atenção Médica/Integral foi menos referida como aponta o quadro 2. O total de menções às subcategorias foi de 135. Considerando-se Educação em saúde e suas subcategorias, o total de respostas identificadas foi de 103 distribuídas nas quatro subcategorias Conhecer, Fazer, Viver juntos e Ser, conforme o quadro 2 demonstra.

| Número da categoria | Denominação da categoria | Subcategorias | Frequência da menção |
|---------------------|--------------------------|---------------|----------------------|
| 1 | Atenção em saúde | Saúde | 33 |
| | | Doença | 16 |
| | | Médica | 22 |
| | | Integral | 7 |
| | | Pessoa | 29 |
| | | Comunidade | 28 |
| 2 | Educação em saúde | Conhecer | 57 |
| | | Fazer | 36 |
| | | Viver juntos | 5 |
| | | Ser | 5 |

Quadro 2. Frequência das menções às subcategorias Atenção em saúde e Educação em saúde dos acadêmicos antes da realização do estágio (n= 65)

Nesta fase inicial, muitas vezes centravam-se em desejos do que pretendiam para si próprios durante o período. De como desejavam se tornar. Como por exemplo, as frases abaixo, onde é referida a resposta do acadêmico à pergunta, seguida entre parênteses das subcategorias de Atenção em saúde - a atenção à saúde/doença, médica/integral, pessoa/comunidade -, além das subcategorias de Educação em saúde – conhecer, fazer, viver juntos e ser-.

“Aprender a identificar e manejar problemas médicos e não médicos da população na atenção básica”. (doença, integral, comunidade), (conhecer, fazer);

“Espero ser de grande aprendizado, com o contato com diferentes áreas de atuação da medicina, tratando o paciente como um todo”. (saúde, integral, pessoa), (conhecer, fazer);

“Capacidade técnica para orientar e resolver os problemas básicos de saúde que correspondem ao maior número dentre todos”. (saúde, integral), (conhecer, fazer);

“Espero poder aprender com a prática médica o máximo possível, assim como oferecer o melhor atendimento possível à população”. (médica, integral), (conhecer, fazer);

“Aprender a fazer medicina básica, ou seja, cuidar da população; nem sempre tatar pela falta de recursos, crianças ranhentas, grupos chatos de autoajuda para diabéticos e hipertensos”. (saúde, médica, comunidade), (conhecer, fazer, viver juntos);

“Ter um bom contato com a atenção básica e o funcionamento e atendimento da comunidade” (médica, comunidade) (fazer, viver juntos)

“Espero poder aprender e manejar rotinas de atendimento diário durante os três meses de estágio” (saúde, médica) (conhecer, fazer)

“Espero aprender mais sobre medicina preventiva e sobre cuidados básicos no atendimento primário” (saúde, médica, pessoa) (conhecer)

“Eu espero que o estágio seja muito produtivo e que eu consiga aprender bastante sobre saúde da família” (saúde, comunidade; conhecer)

“Espero aprender muito, enriquecer minha formação profissional” (conhecer, ser)

“Acredito que o estágio será muito proveitoso, pois apresenta uma ampla gama de assuntos, casos clínicos diversos e situações que me acrescentarão muito” (doença, médica, pessoa; conhecer, ser)

“Aperfeiçoar o atendimento e relação medico-paciente. Aprender e entender o que é um atendimento primário e básico, sem ter uma especialidade específica” (doença, médica, pessoa; conhecer, fazer)

“Espero um atendimento humanizado que faça a diferença para as pessoas menos favorecidas economicamente”(pessoa, comunidade, conhecer)

“Entrar em contato mais diretamente com o dia-a-dia das UBS e a relação com a comunidade” (comunidade, fazer junto)

“Espero que possa adquirir experiência e tomar conhecimento de condutas da área da saúde da família” (saúde, pessoa; conhecer, fazer)

“Que possa ser aproveitado por mim como aprendizado e aproveitado pelos pacientes na prestação do serviço oferecido a eles” (pessoa; conhecer, fazer)

“Me aproximar e conhecer melhor a atenção primária e a maneira como funciona os nossos serviços básicos de saúde hoje em dia”.(saúde, comunidade; conhecer)

“Aprendizado sobre aspectos de atendimento básico” (saúde; conhecer)

“Aprendizagem no atendimento de postos de saúde visitas domiciliares, grupos de apoio e execução de procedimentos cirúrgicos simples” (saúde, integral, pessoa; conhecer, fazer, fazer junto)

“Aprender a promover saúde com um foco primário/ básico”(saúde, comunidade; conhecer, fazer)

“Conhecer ao máximo a realidade da atenção primária e impedir que as patologias progridam e cheguem ao hospital”(doença, médica, pessoa; conhecer, fazer)

“Aprenda a auxiliar pessoas como porta de entrada para o serviço de saúde”(saúde, pessoa; conhecer, fazer)

“Aprender boas noções de medicina na saúde pública, como funciona e condutas”.(saúde, comunidade; conhecer)

“Espero poder entender melhor como funciona a atenção básica e encaminhamentos. E aprender a fazer um atendimento complexo no serviço básico de saúde” (comunidade; conhecer)

“Espero poder aprender mais sobre o funcionamento dos postos de saúde, UPA, UBS. O que seria o papel de cada unidade.”

“Maior conhecimento e referência com a assistência básica de saúde”. (saúde; conhecer)

“Aprender a atender e tratar os problemas básicos da população em geral, de todas as faixas etárias e idades; além de prevenir o aparecimento de doenças”. (saúde, integral, comunidade; conhecer, fazer)

“Poder exercer a medicina da melhor forma, dentro das limitações de uma UPA, mas resolvendo problemas de grande parte dos pacientes.” (médica, pessoa, comunidade; fazer)

“Ter segurança para atuar como médica. Aprender sobre cuidados e atendimentos via posto”.(médica, pessoa; conhecer, fazer ser)

“A visualização de uma realidade totalmente diferente do ambiente hospitalar. Encontros locais com infraestrutura precária”. (conhecer)

“Espero aprender sobre atenção primária e secundária e conhecer mais sobre esse tipo de atendimento”. (saúde, comunidade; conhecer)

“Espero aprender a realizar um bom atendimento primário a saúde.” (saúde, comunidade; conhecer, fazer)

“Aprender um pouco mais sobre a medicina interna e sobre planejamento familiar”
(médica, comunidade; conhecer)

“Compreender e auxiliar a base da medicina que é a saúde pública”. (saúde, comunidade; conhecer)

“Conhecer a importância e o grau de resolutividade de uma unidade de atenção 1ª à saúde em uma comunidade”.(comunidade; conhecer)

“Espero adquirir experiência suficiente para estar apta a trabalhar nas unidades após a graduação”. (conhecer, fazer, ser)

“Aprender e compreender o funcionamento básico de uma UBS, bem como seus procedimentos e condutas”. (conhecer)

“Espero aprender o manejo na saúde básica estando, ao fim do estágio, apta a atuar amplamente na área da atenção primária”. (saúde, coletiva; conhecer, fazer, ser)

“Aprender com mais autonomia, conseguir resolver os problemas dos pacientes. Concluir o estágio tendo aprendido mais sobre saúde básica.” (saúde, pessoa, comunidade; conhecer, fazer)

“Aprender a conviver e tratar as doenças que mais atingem a população e podem ser tratadas no posto de saúde.” (doença, médica, pessoa; fazer, fazer junto)

“Que eu ponha em prática boa parte do conhecimento médico que adquiri nos últimos anos.” (doença, médica, pessoa; fazer)

“Que seja bom, tanto em aprendizado quanto para os pacientes.” (pessoa, conhecer)

“Espero que seja proveitoso, podendo não só aprender mas também de alguma forma contribuir para melhorar a atenção primária.” (saúde, comunidade; conhecer, fazer)

“Auxílio médico de baixa complexidade.” (doença, medica, pessoa; conhecer)

“Ter um contato maior e mais próximo com a atenção primária, visto que durante a graduação se frequenta na quase integralidade do tempo centro terciários e quaternários.” (saúde, integral, pessoa, comunidade; fazer junto)

“Consolidar conhecimentos de medicina de família adquiridos durante a faculdade.”(saúde, integral, comunidade)

“Aprender mais sobre atenção primária; praticar medicina de família ” (saúde, integral, pessoa, comunidade; conhecer, fazer)

“Aplicar conhecimento médico na atenção primária.” (médica, fazer)

“Ter contato com unidades de atenção primária completas e bem estruturadas ”
(conhecer)

“Espero que seja um estágio em que possamos praticar todos os conhecimentos adquiridos até agora e conhece mais realisticamente o cotidiano de um médico no serviço de saúde .”(doença, médica; conhecer, fazer)

“Espero ter contato com a saúde preventiva e manejo de doenças menos complexas, porém mais prevalentes, que as encaminhadas ao hospital.” (saúde, doença, médica, pessoa; conhecer, fazer)

“Auxílio médico de baixa complexidade.” (médica, pessoa; conhecer)

“Como fazer uma abordagem multidisciplinar no paciente.” (saúde, integral, pessoa; conhecer, fazer)

“Capacitação técnica para trabalhar na atenção primária à saúde.” (saúde, comunidade; conhecer, fazer)

“Conhecer a realidade e a capacidade do atendimento médico ao nível de posto de saúde.” (médica, pessoa; conhecer)

“Aprendizado sobre atenção primária.” (conhecer)

“Aprender sobre as principais queixas ambulatoriais, em âmbito familiar, e conseguir atender às expectativas do paciente.” (doença, pessoa, comunidade; conhecer, fazer)

“Contato com demandas diárias não necessariamente patológicas.” (saúde integral, pessoa; conhecer)

“Atendimento em nível primário e secundário de pacientes em relação problemas de saúde que não precisem estrutura e alta complexidade.” (doença, médica; fazer)

“Revisão dos tópicos mais prevalentes das doenças comuns e itens da atenção primária de saúde.” (saúde doença, médica, comunidade, pessoa; conhecer)

“Aprender a tratar doenças prevalentes no dia a dia do posto de saúde. “Aprender questões legais sobre o sistema de saúde.” (doença, saúde, médica, pessoa; conhecer, fazer)

“Aprender mais sobre a tríade patologia, diagnóstico e tratamento dentro da realidade nacional.” (doença, médica, pessoa; conhecer)

“Vivenciar o atendimento primário em Porto Alegre e aprender como tratar os pacientes com recursos básicos.” (médica, pessoa; conhecer, fazer)

“Espero aprender a atender e resolver problemas básicos de saúde” (doença,) (conhecer, fazer)

4.4.2. Categorias Atenção em saúde e Educação em saúde – após o estágio

Na fase posterior ao estágio, a análise das respostas às perguntas abertas foi mais difícil pelas inúmeras apreciações sobre a qualidade do estágio e não sobre as experiências vivenciadas, totalizando 27 respostas em que não houve desenvolvimento do relato e apenas julgamento de qualidade.

“Surpreendentemente positivo e eficaz”

“Muito boa, prof. Excelente”

“Muito rico o aprendizado e esclarecedor”

“Espetacular”

“Foi muito produtivo, bons profissionais”

“Excelente experiência que permite compreender melhor a ESF e compará-la ao modelo antigo”

“Muito bom, pois é trabalhada a atenção”

“Foi maravilhoso, obrigado por tudo”

“Foi surpreendente de maneira positiva, muito mais proveitoso que o esperado”

| Número da categoria | Denominação da categoria | Subcategorias | Frequência da menção |
|---------------------|--------------------------|---------------|----------------------|
| 1 | Atenção em saúde | Saúde | 3 |
| | | Doença | 6 |
| | | Médica | 17 |
| | | Integral | 9 |
| | | Pessoa | 25 |
| | | Comunidade | 6 |
| 2 | Educação em saúde | Conhecer | 47 |
| | | Fazer | 23 |
| | | Viver juntos | 11 |
| | | Ser | 8 |

Quadro 3. Frequência das menções às subcategorias Atenção em saúde e Educação em saúde dos acadêmicos após a realização do estágio (n= 62)

“Experiência muito boa e gratificante, por conhecer o verdadeiro MFC e poder assistir o acompanhamento do nome paciente e sentir-se gratificado com sua evolução.” (doença, médica, pessoa; conhecer, fazer junto)

“Ótima, excelente oportunidade de aprender o real significado da atenção primária e conhecer e conviver com uma comunidade de perto.” (saúde, comunidade; conhecer, fazer junto)

“Conheci de fato como funciona a medicina de família e um atendimento integral Todos os profissionais da saúde deviam ter essa experiência.” (saúde, integral, pessoa; conhecer, fazer, fazer junto)

“Foi muito positivo. E surpreendente como atenção primária realmente resolve 80% dos problemas.” (doença, médica; conhecer)

“Muito rico em aprendizado e esclarecedor.” (doença, médico, pessoa; conhecer, fazer junto)

“A experiência foi a melhor possível, tanto para crescimento pessoal quanto acadêmico.” (ser)

“Excelente experiência, com aprendizado e prática quantos aos problemas básicos de saúde, que podem ser resolvidos em sua maior parte na AP.” (saúde, pessoa; conhecer, fazer)

“Gostei da experiência, pois não havia tido a oportunidade de trabalhar assim com continuidade e atender mais de uma vez o mesmo paciente.” (pessoa; conhecer, fazer)

“Ótimo, me surpreendi. Apreendi muito. Foi experiência fundamental para ensino médico” (conhecer)

“FAPA é tudo de bom, equipe superprestativa e competente. Lá vemos o paciente como um todo (desde problema social-psicológico até doença orgânica).” (integral, pessoa; conhecer, fazer junto)

“Penso que foi muito importante em minha formação este contato com a atenção básica e constatei que os médicos de família e comunidade podem ser bastante resolutivos na maioria dos casos.” (médica, pessoa; conhecer)

“Foi uma experiência muito boa, onde fui bem recebida e pude aprender muito com os casos, médicos, pacientes e técnicos.” (médica, pessoa; conhecer, fazer junto)

“Foi espetacular, em todos os sentidos (profissional, pessoal e acadêmico). Conhecimento adquirido por mim sem dificuldade pois o ambiente é muito favorável a isso.”(conhecer, fazer, ser)

“Foi um estágio importante para percepção de uma nova realidade social, sobre como lidar/ manejar paciente com pouco entendimento e conhecer o paciente como pessoa (principalmente pelas VDs).” (integral, pessoa; conhecer, fazer, fazer junto)

“Ter colocado em prática o atendimento dos mais variados perfis de pacientes (recém-nascidos, pré-natal, crianças, idosos, etc.)” (médica, pesso; fazer)

“Foi um excelente vivência, visto que pude exercer meus conhecimentos em ginecologia obstetrícia e pediatria de uma forma geral.”(doença médico pessoa; conhecer, fazer)

“Estágio excelente, com professores dedicados, abordagem humana e centrada na pessoa.”(médica, integral, pessoa; conhecer).

“Foi uma experiência maravilhosa. Equipe nota 10, muito aprendizado, conhecimento básico do território, amei.”(comunidade; conhecer, fazer junto)

“A experiência foi muito positiva, é superimportante participar do dia-a-dia de uma USF, entender seu funcionamento e saber das dificuldades.” (conhecer)

“Esse estágio superou as minhas expectativas, positivamente, foi fundamental na minha formação acadêmica e principalmente como ser humano.”(conhecer, ser)

“Foi ótima. Os estágios que tive contato foram muito proveitosos, aprendi muito.”(conhecer)

“Extremamente positiva para minha formação acadêmica e humana.”(ser)

“Muito proveitosa e de muito aprendizado. O Morro da Cruz e o aprendizado com o Dr. Fernando vão ser levados por toda minha formação médica.” (conhecer, ser)

“O estágio na ESF Santo Alfredo está sendo proveitoso e interessante. É possível ver uma nova maneira de fazer medicina, com atenção no paciente como um todo.” (integral, pessoa; conhecer, fazer)

“Grande experiência, ensinamentos e conhecimentos sobre a porta de entrada do sistema único de saúde.” (conhecer)

“Gostei muito. Realmente me surpreendi com a experiência. Aprendemos muito no nível ambulatorial, como prescrever e tratar problemas simples.” (médica, pessoa; conhecer, fazer)

“Realmente produtiva, aprendemos como realizar atendimento em UBS.”
(pessoa; conhecer, fazer)

“Aprendi que existe um limite de intervenções atribuíveis à atenção primária, mas que grande parte das demandas dos pacientes podem ser adequadamente manejados por nós.”(médica, pessoa; conhecer, fazer)

“Grande experiência não só para aprendizado, mas para a vida também.”(ser)

“Muito boa, como uma ESF, temos maior contato com os pacientes.”(pessoa; conhecer)

“Grande aprendizado tanto para o crescimento profissional quanto para o amadurecimento como ser humano.”(conhecer, fazer, ser)

“A experiência foi muito boa mostrando uma abordagem médica diferente e outra dinâmica nos atendimentos.”(médica, pessoa; conhecer)

“Foi ótima. A maioria de nós não temos muita noção do que realmente é a ESF e da imensa importância que ela tem na estrutura do SUS de uma cidade. Me impressionei com a organização e o grau de resolubilidade do posto e foi a que mais aprendi no doutorando.” (médica, pessoa; conhecer, fazer)

“Foi uma boa experiência para ver na prática como funciona a atenção básica.” (conhecer)

“Um estágio bom com ótima qualidade teórico-prática.” (conhecer, fazer)

“Tive uma ótima experiência, em um ambiente de trabalho incentivador. Tive a oportunidade de aprender com um preceptor muito competente, empático, líder e inspirador.” (conhecer)

“Muito enriquecedora, ganho de experiência e prática fundamentais.”(pessoa; conhecer, fazer)

“Muito boa, tive contato com a porta de entrada do sus, entendendo a importância e as dificuldades desde serviço de saúde.” (conhecer)

“Experiência proveitosa e possibilitou crescimento pessoal-médico.”

(conhecer, fazer, ser)

“Foi a experiência para dar segurança no meu primeiro emprego.” (doença,

médico, pessoa; conhecer, fazer, ser)

“Muito bom pois é trabalhada a atenção clínica centrada na pessoa, de uma forma integral.” (integral; fazer)

“Interessante pelo fato de podermos ver a realidade da APS, não somente amostras já selecionadas de assistência terciária, como foi ao longo da maior parte da faculdade.” (doença, médica, pessoa; conhecer)

“Foi um excelente estágio, com muita oportunidade de aprendizagem e convívio direto na ESF.” (comunidade; ser, fazer junto)

“Excelente experiência que permite compreender melhor a ESF e compará-la ao modelo antigo.” (conhecer)

“Uma verdadeira lição sobre a prática da medicina no país e uma ótima forma de conhecer a vida do paciente além do hospital.” (integral; conhecer, fazer, fazer junto)

“Ótima experiência no Morro da Cruz, equipe efetiva, mesma faltando um médico.” (integral; conhecer)

“Excelente. Perceber a importância do MFC na sociedade.” (conhecer)

“Aprendi a diferença entre aprender sobre doenças e aprender sobre pessoa com doenças em um meio social, o qual muda completamente o manejo das mesmas.” (doença, pessoa, integral, comunidade; conhecer, fazer, fazer junto)

“Foi uma experiência muito positiva, mostrou como a prática da medicina é simples e complexa ao mesmo tempo.”(médica, pessoa; conhecer, fazer junto)

“Ótima aproximação à prática médica. Aprendi informações essenciais para a prática médica, indispensáveis em outros estágios.”(médica, pessoa; conhecer, fazer)

“Gostei muito do estágio, a convivência com a equipe era muito agradável e aprendi muito, principalmente sobre a importância da medicina baseada em experiência e sobre o atendimento integral do paciente.”(médica, integral, pessoa; conhecer, fazer junto)

“Foi importante tanto na prática quanto na revisão teórica.”(médica; conhecer, fazer)

“Conhecer , na prática, o funcionamento do PSF e a aproximação à população na atenção primária.”(comunidade; conhecer, fazer, conviver)

5. DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da amostra estudada

Os sujeitos do estudo, apresentados na tabela 1, evidenciam que não houve predomínio significativo do sexo feminino, embora seja identificado um número absoluto maior de mulheres, como tem ocorrido com o número de matrículas dos cursos de graduação em medicina. Da mesma forma, não foi significativa a diferença do número de perdas durante o estudo, quando comparados os dois sexos. Estes dados corroboram com a tendência consistente de feminização da medicina no Brasil, que se observa ao longo das últimas décadas e que se acentuou recentemente²⁸. Em 2009 ocorreu a inversão de fato, quando foram registradas 7.301 médicas e 7.235 médicos no país, fenômeno que se repetiu no ano seguinte, 2010, com 7.634 novos registros de mulheres e 6.917 registros de homens²⁸. Essa inversão foi notada nos anos 1990 em vários países, como Inglaterra, Irlanda. No início dos anos 2000 as mulheres já eram maioria entre os estudantes de medicina dos Estados Unidos e do Canadá²⁸.

Quanto a idade dos alunos apresentado na tabela 1 está condizente com termino do ensino médio na idade esperada, ou seja, até os 19 anos segundo a Organização Não-governamental (ONG) Todos pela educação²⁹. Este dado demonstra que a média dos alunos terminou o ensino médio aos 18 anos e entrou na faculdade com 19 anos, tendo 23 anos no quinto ano de faculdade, e 24 no sexto ano. No Brasil, a taxa de distorção idade-série, para o terceiro ano do ensino médio é de 23,8%, ou seja, 77,2% dos alunos estavam com a idade esperada ao fim do ensino médio²⁹.

5.2 Identificação dos Atributos da Atenção Primária à saúde

Na tabela 2 podemos ver a baixa taxa de identificação dos atributos da APS no grupo antes do estágio. Podemos inferir algumas hipóteses para tanto, baseando nossas conclusões em literatura. O currículo baseado predominantemente em especialidades médicas relacionados com as quatro grandes áreas da medicina – clínica médica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia e pediatria – deixando as áreas de saúde coletiva para disciplinas no segundo e terceiro ano. Como não são retomados durante o curso, estes conhecimentos acabam por dispersar-se no currículo^{19, 20}.

Foram utilizadas aproximações semânticas para identificar atributos pelo sentido que expressam. Por exemplo, encaminhar melhor o paciente, presente em 10 respostas no momento antes do estágio, foi considerado como coordenação do cuidado, pois encaminhar corretamente o paciente, usando a referência e contra referência de maneira adequada caracteriza uma boa coordenação do cuidado do paciente. Preocupar-se com o paciente e seu retorno poderia ser caracterizado como longitudinalidade, porém, optamos por manter esta característica vinculada a coordenação. Assim como houveram outras identificações por semelhança que serão apontadas individualmente.

Cabe ressaltar que muito alunos confundiram os atributos da APS com princípios e Diretrizes do SUS. Atribuímos isto provavelmente a dedicação que os alunos têm com as provas de residência médica, na qual é solicitado que saibam aspectos de legislação do SUS, porém não são questionados sobre APS. Tal valorização faz com que apontem os princípios do SUS, pois é o que foi visto com mais frequência.

De um modo geral, todos os atributos foram identificados em maior número ao final do estágio. Houve variações de percentual de 24,53% (acessibilidade), até 3,13% (coordenação do cuidado).

Sobre acessibilidade, cuja diferença foi a maior observada podemos fazer a inferência de que o contato do paciente com o serviço de saúde é parte inicial de todo atendimento. Este atributo foi bastante valorizado pelos alunos nas respostas ao final do estágio, expressado por frases como “*Universal; abrangente; acolhimento; proximidade com o paciente*”, identificando a necessidade de estabelecer contato entre os profissionais e o serviço. Tal contato pode ser facilitado por aspectos físicos, como uso de rampas, portas com acessibilidade, localização da unidade no território, como as dificuldades dos pacientes em contatar com seu profissional. Tal característica foi bem identificada pela presença do acolhimento, que aqui foi usado como sinônimo de acessibilidade, pois quando é promovido o acolhimento da demanda do paciente, é dado ao mesmo o direito ao acesso.

A longitudinalidade também teve importante diferença de valores de porcentagem. Com 22,91% de diferença entre as informações pré e pós-estágio, a longitudinalidade foi abordada por alunos pela sua definição: seguir o paciente através do tempo”. Nos consultórios das USFs, os alunos têm a oportunidade de ver o mesmo paciente por algumas vezes, identificando – ou não – mudanças nas patologias identificadas. Isto traz motivação para o aluno, visto que o empodera, fazendo o mesmo ser parte do tratamento do paciente.

A coordenação do cuidado foi atributo que teve a menor porcentagem de crescimento na identificação pelos alunos – 3,13%. Entretanto, conforme a explicação citada anteriormente, os alunos identificam a USF como lugar de encaminhar os pacientes, tendo grande índice de identificação inicial (a maior entre

os atributos). Acredita-se que o fato do curso de medicina ainda ser a soma de especialidades médicas favorece a concepção prévia do aluno de encaminhamento de interconsultas, sendo mais natural o conhecimento da necessidade que pode ser enquadrada na coordenação de cuidados. Ao conhecer a história, o contexto, e realizar a investigação correta na atenção primária, os encaminhamentos são melhor executados, respeitando e valorizando a resolubilidade da atenção primária¹⁷ (80%).

Por último, a Integralidade teve expressiva diferença na identificação final comparada à inicial. Com 22,94% de diferença, este atributo apresentou acréscimo de reconhecimento em cotejo com os demais. Não necessitou ser identificado à partir de sua definição, ou de uma aproximação semântica. Os alunos em sua grande maioria identificaram o atributo corretamente. Atribuímos isto a coincidência de termos entre o atributo da APS e as diretrizes do SUS, que compartilham o termo integralidade. Além disso, os alunos puderam ter a noção do atendimento integral que é realizado nas USFs.

5.3 Desempenho do atributo Integralidade nas USF

Mantendo o foco da discussão na integralidade, ao analisarmos as questões do *PCA tools*, vê-se diferenças importantes em algumas questões. Analisa-se cada questão e sua resposta, relacionando com a prática da atenção primária e sua importância.

1) Aconselhamento Nutricional. Nesta questão, os alunos mantiveram opinião positiva quanto ao tema, porém, houve significativa mudança de alunos que tinham conceito positivo para conceito de muito positivo (54,7%), demonstrando que a avaliação nutricional teve impacto positivo para os alunos. Esta melhora na identificação da orientação nutricional aos usuários é consoante a legislação

brasileira, que na portaria 154 cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), auxiliando e atuando em conjunto com as equipes de saúde da família no cuidado nutricional do paciente³⁰.

2) Imunizações. O programa de imunizações na saúde pública brasileira sempre foi bem avaliado. Historicamente, desde Oswaldo Cruz houve a preocupação nacional por uma política pública de prevenção a doenças cobertas por imunizações^{21,22}. Chama a atenção, portanto, não os valores positivos - já esperados - mas o aparecimento de repostas negativas. Este fato se deve a dificuldades da prefeitura municipal de Porto Alegre de prover meios de conservação de imunobiológicos nas unidades, fazendo com que os usuários de algumas unidades fossem encaminhados para centros de referência. São informações importantes, que poderão ser mais e melhor examinadas a partir da localização da Unidade de estágio correspondente às negativas.

3) Verificação de Benefício Social. As USF têm papel importante na questão de obtenção de benefícios sociais pelos usuários. Hoje, o maior programa assistencial governamental - Bolsa Família - tem algumas condicionalidades para sua obtenção. A pesagem periódica e conferência das carteiras vacinais em crianças é uma delas, e é através das USF que os usuários têm este acompanhamento. Novamente não causa estranhamento o fato de um grupo de estudantes ter identificados essa obtenção nas unidades, com um aumento significativo das respostas muito positivas e diminuição das negativas.

4) Saúde bucal. *Vide* 5) Tratamento dentário.

5) Tratamento Dentário. A saúde bucal sempre esteve à parte nas políticas de saúde pública no Brasil. Mesmo com o advento do PSF, e após, a ESF, não houveram políticas que contemplassem a saúde bucal^{23,24}. Apenas em 2003 o Brasil

lança o Projeto Brasil Sorridente, levando acesso à saúde bucal com as ESF através das diretrizes nacionais para a saúde bucal²⁵. Estas afirmações podem explicar o número de alunos que tinha como expectativa aspectos negativos quanto a saúde bucal, e foram surpreendidos em suas unidades. Algumas unidades onde os estudantes cumprem seu estágio não dispunham de cadeira odontológica, encaminhando seus pacientes para unidades de referência, semelhantemente como nas imunizações, explicando alguns valores negativos nas respostas.

6) Planejamento Familiar. Conforme consta na Lei nº 9.263, de 1996, o planejamento familiar foi instituído como direito, além de ser expressamente proibido seu uso como controle demográfico²⁶. Esta lei também institui o SUS como formador de pessoal especializado e como executor de ações de informação e fornecimento de meios para a regulação da fecundidade. Esta característica está bastante presente nas unidades do Brasil²⁷. Pudemos ver este aspecto também presente nas respostas nas USF de Porto Alegre, com respostas muito positivas de 90% ao final do estágio.

7) Aconselhamento sobre uso prejudicial de drogas. Em Porto Alegre, a rede assistencial está consoante com a PNAB¹⁴, quando institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como os Centros de Atenção Psico Social (CAPS). Estes centros são designados como componentes da rede de atenção básica do município, servindo como apoio, ou retaguarda das unidades. Alguns CAPS têm foco para os usuários de Álcool e Drogas, os chamados CAPS-AD, auxiliando usuários e suas famílias no tratamento do uso nocivo destas substâncias. Como identificaram os alunos, as unidades têm papel essencial no seguimento do paciente e na formação de vínculo, indispensável para o tratamento, não havendo percepções negativas após o estágio.

8) Saúde mental. Novamente neste quesito temos uma transição de opiniões positivas para muito positivas, corroborando a prática na atenção básica em Porto Alegre e Brasil, além da prevalência de doenças psiquiátricas²⁸. Os valores encontrados nas avaliações dos alunos ressaltam que a percepção era de não realizar atenção à saúde mental, pois tivemos 21% de respostas negativas e muito negativas antes do estágio. Em contrapartida as avaliações positivas foram de 91% somando positivas e muito positivas após o estágio, mostrando que os alunos foram expostos a problemas em saúde mental.

9) Sutura de um corte. Este item surpreendeu pela resposta, pois ao final do estágio, 17% dos alunos consideraram este aspecto como muito positivo, ou seja, tinham certeza que as USF realizavam pequenas suturas, quando, em geral, não o fazem, ou pelo menos não estariam instrumentalizados para fazê-lo. Uma unidade entre as quatro selecionadas para o estudo conta com profissional que se mobiliza para buscar implementos para realização de pequenos procedimentos e suturas na unidade. Não é uma atitude frequente, e, portanto, foi pontuada negativamente pela maioria dos alunos (65%). A rede de atenção preconiza as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para realização destes procedimentos, bem como o atendimento de emergências de menor complexidade.

10) Aconselhamento e solicitação de teste de HIV. A política de controle e manejo do Human Immunodeficiency Vírus (HIV) na atenção básica teve investimento do ministério da Saúde²⁷. A incidência desta patologia em Porto Alegre demandou ações por parte das secretarias estadual e municipal de saúde para diminuir a incidência, incluindo o teste rápido para detecção do HIV nas USF. As respostas foram consoantes com a prática, ante 87% dos alunos demonstraram que, com certeza, era investigado HIV na unidade.

11) Identificação de problemas auditivos. Vide problemas visuais.

12) Identificação de problemas visuais. Optamos por incluir em uma categoria apenas estes itens, pois as respostas para tanto não foram diferentes e tratamos de alterações que são diagnosticadas na atenção básica e encaminhadas para resolução em nível secundário da rede de atenção. Surpreendeu, entretanto, a mudança de positivo para muito positivo a identificação de tais fatores, sinalizando que os alunos tiveram uma mudança na identificação de tais aspectos, embora a necessidade de apoio de interconsultas.

13) Colocação de tala. Tal qual o quesito 9, a colocação de tala é feita em centros de atenção especializada de ortopedia e traumatologia, além das UPAs. Condizente, portanto, com as avaliações negativas de 67% após o estágio. Houve mudança nas respostas, o que é esperado, entretanto, parecem ser acontecimentos de exceção nas Unidades, ou respostas sem convicção.

14) Remoção de verrugas. Este quesito pode ser interpretado de duas formas, motivo pelo qual teve respostas semelhantes em todos os critérios. Se considerarmos verrugas virais ano-genitais ou de pele, causadas por *Human Papiloma Virus* (HPV) e retiradas em consultório com Ácido Tricloroacético (ATA), os critérios positivos fazem sentido. Se considerarmos as verrugas extensas, e que são encaminhadas para centros de referência, também temos veracidade nas respostas. Portanto, todas as respostas são plausíveis de aceitação, dependendo da experiência dos alunos. Neste caso, com maior número para os que necessitavam de encaminhamento (64%).

15) Exame preventivo do câncer de colo de útero. Semelhantemente às imunizações, as respostas após o estágio confirmaram a impressão que já possuíam de que é um quesito realizado predominantemente na atenção básica.

16) Aconselhamento sobre como parar de fumar. Os acadêmicos mantiveram a pontuação predominantemente positiva para o quesito de auxílio na cessação do tabagismo. Isto corrobora as práticas incentivadas pelo Ministério da Saúde, que através do Departamento de Atenção Básica (DAB) lançou o caderno de atenção a pessoa com doença crônica voltado ao abandono do tabagismo³¹. Este caderno está consoante com as evidências que colocam o cigarro como fator de risco para diversas doenças³².

17) Pré natal. Avaliações que antes eram positivas em sua maioria, evoluíram para muito positivas. Isto demonstra que o cuidado pré-natal é executado nas unidades avaliadas. O pré-natal é uma atividade de responsabilidade das unidades de atenção primária³³. A grande diferença entre as UBS e USF no cuidado às gestantes é que nas UBS ele é predominantemente feito pelo ginecologista, enquanto o médico de família acompanha a gestante durante o pré-natal, em conjunto com a enfermagem. Este fator implica em maior vínculo da paciente com a equipe, melhor longitudinalidade e seguimento do cuidado, pois após o parto, a criança continuará sendo acompanhada pelo mesmo profissional.

18) Remoção de unha encravada. Neste quesito, assim como no quesito 9, as respostas positivas provavelmente têm relação com a competência profissional individual e disponibilidade de materiais na unidade. Não há especificado em contrato a obrigatoriedade de realização de tal procedimento, valendo muito a iniciativa de cada profissional para executar o procedimento.

19) Aconselhamento sobre incapacidade. Chamam a atenção dois aspectos neste quesito. A transição de apontamentos positivos para muito positivos (10% para 46%), mostrando que na atenção primária os alunos foram expostos e tiveram que lidar com situações que envolvam o cuidado de usuários incapacitados. Além deste,

outro item que chama a atenção é o número expressivo de alunos que não souberam responder (10,9%) ao final do estágio, mostrando que aqueles que provavelmente não foram expostos a este quesito no estágio não se sentiram aptos para responder.

20) Aconselhamento sobre o envelhecimento. A trajetória do paciente foi bem abordada. A mudança no padrão das respostas para muito positivo indica que os alunos puderam ter boas experiências na orientação de pacientes quanto às mudanças que ocorrem com a idade.

21) Cuidado domiciliar. Acerca dos cuidados no domicílio, tivemos uma migração expressiva de alunos que tinham uma posição positiva para muito positiva, totalizando 76% após o estágio com resposta muito positiva. Algumas unidades podem não estar realizando visita domiciliar, às custas de estarem inseridas em áreas de alta vulnerabilidade ou de grande extensão territorial. Entretanto, tais aspectos não impediram que este quesito fosse bem avaliado. Conforme as recomendações do ministério para o cuidado domiciliar³⁴, a atenção básica pode se responsabilizar pelos pacientes de baixa complexidade de tecnologias para o cuidado, como cuidados com recuperação de AVC, Patologias que limitam articulações, como osteoartroses. Este cuidado é executado pelas equipes de saúde da família e pôde ser caracterizado pelos alunos.

22) Inclusão em programa de suplementação alimentar. Em Porto Alegre, contamos com o projeto “prá-crescer”, desenvolvido e organizado pela Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS). Este é um programa que fornece formula láctea para mães portadoras do vírus HIV, visando diminuir a incidência de transmissão vertical do vírus. Boa parte das respostas migraram para um conceito muito positivo, mostrando que o programa é abordado para um número

expressivo de alunos. Entretanto, muito alunos não foram apresentados ao programa. Cerca de 12% dos alunos não tinham entrado em contato com o programa ou sabido de sua existência. Este deve ser um aspecto abordado no estágio.

5.4 Expectativa inicial e percepção ao final do estágio

Para realizar a análise da comparação entre expectativa inicial (“o que você espera deste estágio?”) e a percepção ao final do estágio (“qual foi a experiência com este estágio?”), baseados nas respostas às perguntas abertas, utilizou-se o exposto nos quadros 1 e 2, já expostos em resultados, conforme as categorias e subcategorias segundo foram catalogadas.

5.4.1 Atenção em Saúde. Quanto a avaliação desta categoria, notou-se que os discursos apontaram para atenção à saúde de maneira geral em maior número nas avaliações antes do estágio do que após o estágio. As avaliações genericamente positivas não facilitaram a comparação entre expectativa e percepção, proposta adequada à intenção original.

Quanto se compara o discurso da dualidade na subcategoria saúde – doença vê-se que a expectativa traz a doença (16) superada pela saúde (33), entre os que responderam. Antes do estágio são frases como “Maior conhecimento e vivência com a assistência básica em saúde”, “Espero aprender a realizar um bom atendimento primário à saúde”, “Aprender mais autonomia, conseguir resolver os problemas dos pacientes concluir o estágio tendo aprendido mais sobre saúde básica” que evidenciam a informação de que, neste cenário, o cuidado tem início na saúde. Mesmo nas vozes em que aparece a doença, saúde não é esquecido como moto importante na atenção básica, visto em “Espero ter contato com a saúde

preventiva e manejo de doenças menos complexas, porém mais prevalentes do que as encaminhadas ao hospital” ou “Revisão dos tópicos mais prevalentes das doenças comuns e itens da atenção primária em saúde”.

Atribui-se este reconhecimento da saúde ao fato do reconhecimento de que no cenário das USF, onde estão ao responder a pergunta, trabalha-se muito com prevenção e promoção de saúde. No ambiente hospitalar de maneira mais consistente, conforme já relatado, o aluno é focado a pensar no raciocínio clínico hospitalar, onde são valorizados diagnóstico e tratamento em detrimento a aspectos abordados na atenção primária, como acesso e longitudinalidade. A diminuição de trinta e três para apenas três menções de termos relacionados à saúde na percepção de final de estágio pode ter origem no viés já discutido da resposta de grande parte (27) dos entrevistados teve o foco na avaliação qualitativa do estágio como vimos em Resultados em discursos como: “Excelente experiência que permite compreender melhor a ESF e compará-la ao modelo antigo”, “Muito bom, pois é trabalhada a atenção”, “Foi maravilhoso, obrigado por tudo”. Ressaltando-se este viés, em relação ao tópico doença, essa diminuição na percepção final foi menos numerosa. Devido aos alunos atenderem pacientes complexos com frequência nas unidades, as questões relacionadas à doença foram mais lembradas em relação àquelas a saúde, porém, também tiveram diminuição.

Os apontamentos em relação a atenção médica ou integral foram bastante distintos. As diferenças nos apontamentos de expectativa inicial e percepção final podem ter por base o próprio conceito de integralidade, que já foi descrito anteriormente neste trabalho e é retomado aos alunos apenas no estágio em saúde coletiva. Esta retomada, porém, parece ser pouco efetiva, visto que não houve aumento expressivo nas lembranças a um cuidado integral aos pacientes,

condizente com o desejo dos cursos de graduação com práticas inseridas no SUS⁴⁰. De outro lado permanece também para esta resposta o viés dos 27 que apenas consideraram a avaliação de qualidade e não da descrição do realizado.

Quanto ao grupo de subcategorias atenção às pessoas e à comunidade, uma verdadeira surpresa e motivo para repensar a prática. A atenção à pessoa esteve bem representada nas afirmações dos alunos antes e depois do estágio, com poucas mudanças, mostrando que o estágio em saúde coletiva proporcionado um ambiente em que o aluno exerça o cuidado às pessoas. Isto vem de encontro com os princípios da medicina de família⁴¹, que promove o cuidado à pessoa, com tudo que a cerca, desde história de vida, contatos, amizades, emprego, e considera isso como fundamental no cuidado a cada indivíduo⁴².

Atender à comunidade teve uma redução bastante expressiva no número de citações, comparando as respostas antes e após o estágio. Pode-se suspeitar que tal fato ocorre, por que pouco se fala de comunidade na prática diária, apesar de levarmos em conta que a comunidade em que estão inseridos os pacientes influencia muito no cuidado ao mesmo, e que a comunidade tem poder de grupo para reivindicar junto aos gestores condições e recursos para o cuidado à saúde, através do controle social.⁴³ São realizadas visitas domiciliares com os alunos, conhecendo o local onde moram nossos usuários, são abordados e incentivadas recomendações de mudança na comunidade (esgotos, limpeza de pátios, calçamento), porém o cuidado à pessoa ainda está em primeiro plano. Conforme incentiva Nader⁴⁴, precisamos conhecer a comunidade para poder fazer o correto planejamento de provimentos para atender às necessidades em saúde. Um fato que pode explicar a pequena lembrança nas respostas pós-estágio é que o planejamento em ações para a comunidade não conta com a participações dos estudantes. Como

o estágio em saúde coletiva dura de um a dois meses, o interesse dos preceptores e dos próprios alunos é em aprender os aspectos do estágio pela prática, atendendo o máximo possível. Provavelmente devido a este fator esteja explicado a pouca lembrança do cuidado a comunidade. Merece ser abordado em estudos futuros.

5.4.2 Educação em Saúde. A escolha desta categoria teve relação direta com o documento da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) intitulado “*Educação: um tesouro a descobrir*”³⁵. Nele, Jacques Delors e demais autores traçam o perfil necessário à educação para formar pessoas com conhecimento, em um mundo onde o mesmo está em multiplicação exponencial, aplicado, pois não há serventia para o conhecimento se não houver aplicação. Conhecimento é construído e utilizado com outras pessoas, pois somos seres sociais, e este é base para a decisão e movimento do ser humano, pois o objetivo da educação é transformar³⁵. Esta pequena análise pode ser transposta para a saúde, relacionando também com a pirâmide de Miller da Educação, coincidentemente também dividida em quatro estágios, a saber: sabe, sabe como, mostra como e faz³⁶. Semelhantemente ao processo que Delors descreve, o trabalho identificou nas respostas aspectos predominantemente crescentes entre as categorias. A expectativa dos alunos antes do estágio era conhecer (57): pessoas novas, pacientes novos, patologias novas, visto que a maioria das respostas foram enquadradas nesta subcategoria. As falas trazem com frequência conhecer e fazer como em “Aprender a fazer medicina básica, ou seja, cuidado da população; nem sempre tratar pela falta de recursos” ou “Espero poder entender melhor como funciona a atenção básica e encaminhamentos. E aprender a fazer um atendimento completo no Serviço básico de saúde”.

E apesar do viés extensivamente discutido a respeito das perdas na percepção de final de estágio, os acadêmicos trouxeram experiências de conhecimento realizado (47), após o estágio. Junto com expectativa de fazer (36), aqui também a percepção do realizado foi importante (23) apesar das perdas.

Ao final do estágio, apesar das dificuldades de categorização já colocada nos resultados, obteve-se o cumprimento das expectativas, com a maioria dos alunos identificando que tiveram o conhecimento (saber) como categoria mais citada em falas como “Foi uma experiência muito boa, ode fui bem recebida e pude aprender muito com os casos, médicos, pacientes e técnicos”, “Ótimo, me surpreendi, aprendi muito, foi experiência fundamental par o ensino médico”, ou ainda “Conheci de fato como funciona a medicina de família e o atendimento integral. Todos profissionais da saúde deveriam ter esta experiência”. Como base da pirâmide, o conhecimento fundamenta os demais níveis, pois para fazer, precisamos saber. O ensino em serviço³ permite que o aluno tenha contato com pacientes e os conhecimentos que o curso lhe proporcionou até ali sejam postos a prova. Aqueles que não foram atingidos são motivo de procura dos alunos, representado pelo aparecimento desta resposta entre os questionários pós-estágio.

Quanto a aprender a fazer, as respostas indicam que boa parte dos alunos foram contemplados com a oportunidade de fazer que desejavam. Um número expressivo de acadêmicos manifestou desejo ou expectativa de trabalhar nas unidades e foram atendidos parcialmente, pois tivemos número inferior às expectativas. Podemos depreender deste fato as várias manifestações positivas, também já citadas em resultados, que talvez incluíssem as respostas afirmativas a tais expectativas. Há frases extremamente esclarecedoras: “Gostei da experiência, pois não havia tido a oportunidade de trabalhar assim com continuidade e atender

mais de uma vez o mesmo paciente.”, “Excelente experiência, com aprendizado e prática quanto aos problemas básicos de saúde, que podem ser resolvidos em sua maior parte na atenção primária” e “Ter colocado em prática o atendimento dos mais variados perfis de pacientes (recém-nascidos, pré-natal, crianças, e idosos)”

Analisando a subcategoria viver juntos, que explicita o conviver, ou aceitar a presença do outro, tivemos um aumento no número de respostas. As respostas pós-estágio evidenciaram isso em “Foi uma experiência muito boa, ode fui bem recebida e pude aprender muito com os casos, médicos, pacientes e técnicos”, “FAPA é tudo de bom, equipe trabalhando junto, super prestativa e competente. Lá, vê-se o paciente como um todo desde o problema sócio psicológico até à doença orgânica”, ou “Ótimo, excelente oportunidade de aprender o real significado da atenção primária e conhecer e conviver com uma comunidade de perto”. Tal fato parece ocorrer pela característica positiva do estágio oferecido pela FAMED, que coloca o aluno com um grupo de colegas e o mesmo professor em turno praticamente integral. Este aspecto propicia a criação de vínculo com as pessoas, e faz com que o aluno possa analisar e aprender a fazer junto com seus pares. A convivência com níveis diferentes de formação – alunos de 9º e 11º período – também é fator importante para aprender a fazer junto e mostrar como se faz junto aos outros. Ainda assim, o número é pequeno para o universo de alunos de graduação que passam no estágio.

Acerca da última subcategoria, e mais complexa, segundo Delors³⁵, aprender a ser foi identificado em menor número tanto no período pré estágio quanto pós estágio. Entretanto, houve aumento no número absoluto de identificações, mostrando que mesmo aspectos que demonstrem a mudança de atitude do aluno foram percebidos pelos estudantes. A mudança na conduta, do fazer é o topo da

pirâmide de Miller³⁶, e representa a mudança no ser. Embora Cruess³⁷ tenha acrescentado o último estágio, chamado justamente de “ser”, tal observação mostra que a transformação do que conhecemos, fazemos ou convivemos culmina na transformação de nosso ser, objetivo final do processo educacional³⁸. As falas que caracterizaram esta subcategoria podem ser representadas por: “Este estágio superou minhas expectativas positivamente, foi fundamental na minha formação acadêmica e, principalmente como ser humano”, “A experiência foi a melhor possível, tanto para crescimento pessoal quanto acadêmico”, ou “Muito proveitosa e de muito aprendizado. O Morro da Cruz e o aprendizado com o Dr Fernando vão ser levados por toda minha formação médica”. Todas elas significativas de transformação ao fim da vivência do estágio.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha do tema para este estudo teve a finalidade de eleger a área ainda denominada de saúde coletiva como ponto de partida para a produção de conhecimento. Esta produção se faz tanto no reconhecimento da importância acadêmica, quanto do espaço de prática e das expectativas e percepções do estudante de medicina ao cumprir o estágio curricular definido pelas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em medicina. São muitas as perguntas, que podem ser respondidas uma a uma baseadas no imaginário social ainda limitado das possibilidades de realização da prática em serviço na comunidade.

Por vezes, nos estágios curriculares dos últimos anos da FAMED, os esforços para colocar o aluno em contato com o mundo real do trabalho médico, participando na assistência e responsabilizando-se gradualmente por seus atos, faz com que os quesitos de ensino e objetivo do estágio sejam menosprezados. Neste estudo, buscou-se analisar o impacto do estágio na identificação dos principais atributos da Atenção Primária, colocar foco no atributo *Integralidade*, e comparar expectativas e percepções da atuação dos acadêmicos de medicina no estágio de saúde coletiva da FAMED da PUCRS.

Em um estudo como este há limitações, como a fala concisa dos sujeitos, talvez contida pela solicitação de que a resposta às perguntas tivesse número expresso de linhas. E como o entendimento de expressivo grupo de respondentes de que se buscava conhecer sobre a aprovação ou não do estágio e não sobre a representação de seu desenvolvimento. De qualquer forma, foi possível verificar que o estágio em saúde coletiva da FAMED/ PUCRS proporciona aos estudantes um ambiente de aprendizado em atenção primária bem reconhecida.

Os atributos principais da APS tem aumento em sua identificação, ainda menor que o desejado, porém com mudança expressiva. As unidades em que os alunos estão inseridos cumprem quesitos principais da integralidade, como imunizações, pré-natal, atenção domiciliar, e notamos aumento na identificação destes quesitos frente a expectativa dos mesmos. O ensino em serviço nas USF em que estão inseridos é visto como positivo pelos alunos, porém alguns aspectos se mostraram aquém do esperado. Destaca-se o fato de grande parte dos alunos ter manifestado desejo de aprender e de fazer, objetivos alcançados ao final do estágio.

Finalizando, a motivação para o desenvolvimento do estudo assemelhou-se aquela manifestada pelos acadêmicos pela realização do estágio, o que já coloca o tema da pesquisa em um patamar acima do que estava quando o projeto foi escrito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHAVES, Igor Tavares da Silva; GROSSEMAN, Suely. O Internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 3, p. 212-222, Dec. 2007.
2. MISSAKA, Herbert; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 3, p. 303-310, Sept. 2011 .
3. MARIN, Maria José Sanches et al . A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 967-974, Mar. 2014 .
4. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
5. ANDRADE, Selma Regina de et al . Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 620-627, Dec. 2013.
6. PASTOR-SANCHEZ, Raimundo et al . Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. **Rev. Esp. Salud Publica**, Madrid , v. 71, n. 5, p. 479-485, Sept. 1997.
7. DONABEDIAN, Avedis. "Evaluating the Quality of Medical Care." *The Milbank Quarterly* 83.4 (2005): 691–729. **PMC**. Web. 29 June 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
9. CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, England, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

10. FONSECA VIEGAS, Selma Maria; DE MATTOS PENNA, Cláudia Maria. Integrality: life principle and right to health. **Invest. educ. enferm**, Medellín , v. 33, n. 2, p. 237-247, Aug. 2015 .
11. KLOH, Daiana et al . The principle of integrality of care in the political-pedagogical projects of nursing programs. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 4, p. 693-700, Aug. 2014 .
12. MACHADO, Maria Luiza Paz; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de; MANICA, Sílvia Troyahn. Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 4, p. 53-60, Dec. 2013 .
13. CARNEIRO, Ana Jaqueline Santiago; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Integralidade do cuidado na testagem anti-HIV: o olhar das mulheres. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 6, p. 887-892, Dec. 2013 .
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
15. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. P.18055.
16. ELIAS, Paulo Eduardo et al . Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, p. 633-641, Sept. 2006
17. MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009
18. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>.
19. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

20. SCHEFFER, Mário César; CASSENOTE, Alex Jones Flores. A feminização da medicina no Brasil. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 21, n. 2, p. 268-277, Aug. 2013 .
21. ONG Todos Pela Educação. Anuário Brasileiro da Educação Básica, 2016. Disponível em:
http://www.todospelaeducacao.org.br//arquivos/biblioteca/anuario_educacao_2016.pdf
22. CAMPOS, João José Batista de; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. A Saúde Coletiva no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 2, p. 149-159, June 2008 .
23. TEIXEIRA, Carmen Fontes. Ensino da saúde coletiva na graduação. **Cadernos ABEM**, v. 1, p. 20-2, 2004. Brasil, Portaria n. 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 24 de Janeiro de 2008.
24. Brasil, Portaria n. 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 24 de Janeiro de 2008.
25. Domingues CMAS, Teixeira AMS. Estudo descritivo ecológico sobre coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil, no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2013;22(1):7-25.
26. SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 22, n. 1, p. 7-8, mar. 2013 .
27. ELY, Helenita Corrêa et al . Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1607-1616, May 2016 .
28. BOARETO, Patrícia Pinho. A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família (ESF). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2011.

29. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
30. PRINCE, Martin, PATEL, Vikram, SAXENA, Shekhar, MAJ Mario, MASELKO, Joanna, PHILLIPS, Michael R, et al. No health without mental health. **Lancet**. V.370, n. 9590, p. 859-77, 2007.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Boas Práticas em HIV / AIDS na Atenção Básica. Brasília, 2014.
32. GRYSHECK, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3255-3262, Oct. 2015 .
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
34. DOLL, Richard. et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. **BMJ**, [S.l.], v. 328, p. 1519-1527, jun. 2004.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
37. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. UERJ, 2006.
38. FALK JW, GUSSO G, LOPES JMC. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. Em: Tratado de medicina de família e

- comunidade: princípios, formação e prática / Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v.
39. STEWART M. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed; 2012.
40. BASTOS GAN; BASTOS JP; SANTOS IS. Abordagem comunitária: diagnóstico de saúde da comunidade. Em: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática / Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v.
41. DELORS, J, et al. Learning: the treasure within; report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty first Century (highlights). Paris: UNESCO, 1996.
42. MILLER, G E. The assessment of clinical skills/competence/performance. **Academic Medicine**. 65(9):S63-7, September. 1990.
43. CRUESS, Richard L; CRUESS, Sylvia R; STEINERT, Yvone. Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. **Academic Medicine**. 91(2):180–185, February 2016.
44. FREIRE, P; Pedagogia da Autonomia: sabers necessário à prática educative. 49ªed. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 2014.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Acadêmico de Medicina,

Você está sendo convidado a participar de um Projeto de Mestrado intitulado “AVALIAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DE ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR ESTUDANTES DE MEDICINA EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE”.

Este estudo pretende avaliar as expectativas e a identificação de atributos da atenção primária por estudantes de medicina em estágio em Unidade de saúde da família de Porto Alegre, identificar aspectos deficitários do cumprimento de atributos da atenção primária em unidades de saúde da família, na avaliação estudantes de medicina em estágio de internato, e comparar as expectativas e a identificação de atributos da atenção primária de estudantes de medicina em estágio em Unidade de saúde da família de Porto Alegre entre matriculados no 5º e no 6º ano.

Para a realização do estudo necessita-se de sua atenção por 30 minutos na resposta de duas questões, com respostas discursivas orientadas pela pergunta e um questionário denominado PCATool – versão profissionais, nesta reunião que precede ao internato em Saúde Coletiva e novamente ao final do estágio antecedendo à prova. Este é um questionário que permite uma pontuação para o cumprimento dos atributos de atenção primária à saúde.

Não será oferecida cópia das perguntas aos alunos e o teste não contará para a avaliação formal do aluno, não tendo, portanto, nenhuma relação com a nota final da disciplina em questão.

Você terá sua identificação preservada de forma que as informações utilizadas para publicação não permitirão que você seja identificado. Os dados serão utilizados apenas pela equipe do estudo e para fins de pesquisa.

No caso de dúvidas ou qualquer outra necessidade você poderá entrar em contato com a equipe pelos seguintes telefones:

- (51) 9969 6106 - Ivan Carlos Antonello- pesquisador responsável; Eder Berg, pesquisador associado.
- (51) 3320 2245 - Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

Ao assinar abaixo, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que teve a oportunidade de fazer perguntas, que está satisfeito com as explicações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente deste estudo. Uma via será entregue a você e outra será arquivada pelo investigador principal.

| | | |
|---------------------|------|------|
| Assinatura do Aluno | Nome | Data |
|---------------------|------|------|

| | | |
|---------------------------|------|------|
| Assinatura do Pesquisador | Nome | Data |
|---------------------------|------|------|

Ciência & Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva

**ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E EXPECTATIVAS
SOBRE O INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA POR
ESTUDANTES DE MEDICINA**

| | |
|------------------|---|
| Journal: | Ciência & Saúde Coletiva |
| Manuscript ID | Draft |
| Manuscript Type: | Free Theme Article |
| Keywords: | educação médica, atenção primária a saúde, medicina de família e comunidade |
| | |

SCHOLARONE™
Manuscripts

Review Only

<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E EXPECTATIVAS SOBRE O INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA POR ESTUDANTES DE MEDICINA

11
12
13

RESUMO

14 O ensino da Atenção Primária à Saúde na graduação do curso de Medicina tem sido
15 um desafio constante para os docentes e instituições de ensino. Propõe uma medicina
16 ambulatorial distante da prática hospitalar do cotidiano dos alunos e tende a não ser assunto
17 de interesse maior dos mesmos. Com o objetivo de trazer a discussão para o tema, este estudo
18 avalia a identificação dos atributos da atenção primária em saúde e as expectativas e
19 percepção do realizado em estudantes de medicina antes e após a realização do Internato em
20 Saúde Coletiva. Utiliza para isso a identificação dos atributos da Atenção Primária e avalia a
21 expectativa e realidade encontrada em Unidades de Saúde da Família. A análise das respostas
22 se fez por estatística descritiva e análise de conteúdo, de Bardin. Como resultado, os alunos
23 demonstraram alguma evolução na identificação dos atributos da Atenção Primária a Saúde e
24 a leitura de suas falas em resposta às perguntas abertas sobre o estágio evidenciou a
25 expectativa e percepção do realizado na atenção e educação em saúde.
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

41 **Palavras-chave:** educação Médica; atenção primária à saúde; saúde da família.
42
43
44
45
46
47
48

ABSTRACT

49 The teaching of Primary Health Care in undergraduate medical school has been a
50 constant challenge for professors and educational institutions. It proposes an outpatient care
51 distant from the students' day-to-day hospital practice and tends not to be a subject of greater
52 interest to them. With the purpose of discussing the topic, this study evaluates the
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 identification of the attributes of primary health care and the expectations and perception of
4 what was performed by medical students before and after the completion of the Internship in
5 Collective Health. In order to do so, the identification of primary care attributes and open-
6 ended questions about the expectation and reality found in Family Health Units were used.
7 Answer analysis was done using Bardin's descriptive statistics and content analysis. As a
8 result, students showed some progress in identifying the attributes of Primary Health Care and
9 their written answers to the open-ended questions about the internship evidenced the
10 expectation and perception of what was performed in care and health education.
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

21 **Keywords:** Medical Education; Primary Health Care; Family Health.
22
23
24
25
26

27 INTRODUÇÃO

28
29
30 O ensino da Atenção Primária à Saúde (APS) na graduação do curso de Medicina tem
31 sido um desafio constante para os docentes e instituições de ensino¹. Enquanto disputa a
32 atenção com o estudo de doenças, tecnologias, métodos diagnósticos, técnicas cirúrgicas,
33 além de novos e complexos conhecimentos, propõe uma medicina ambulatorial distante da
34 prática hospitalar do cotidiano dos alunos e tende a não ser assunto de interesse principal dos
35 mesmos. Neste sentido, a avaliação do cumprimento dos atributos da APS pela visão dos
36 alunos, bem como a diferença entre a expectativa e realidade encontrada em campos de
37 estágio de Estratégias de Saúde da Família pode direcionar os cursos de graduação sobre
38 quais aspectos do currículo e do campo de estágio podem ser aprimorados^{1,2,3}.
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49

50 A APS é uma maneira de organizar os serviços de saúde no mundo. Descrita por
51 Barbara Starfield⁴, é organizada a partir de quatro atributos principais e três derivados, os
52 quais descreveremos a seguir. Os atributos são Integralidade, Longitudinalidade,
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Acessibilidade e Coordenação do cuidado. Seus derivados foram nominados como Orientação
4 comunitária, Orientação familiar e Competência cultural⁴.

5
6
7
8 *Integralidade* é característica de ver a pessoa na plenitude de sua complexidade,
9 portador de necessidades únicas e sujeito de uma história proveniente do resultado entre
10 questões genéticas e determinantes sociais que agiram sobre sua vida até então⁵. Este
11 princípio é descrito na atenção primária e também se encontra como princípio doutrinário do
12 SUS, motivo pelo qual elencamos como objeto do estudo proposto. Foi recentemente
13 incorporado às bibliotecas virtuais e base de dados como termo universal, devido a
14 importância que vem ganhando em número de publicações e na prática cotidiana.
15 Notadamente, tem sido estudado e avaliado por enfermeiros devido fundamentalmente à sua
16 característica profissional relacionado ao cuidado em saúde.

17
18
19
20
21 *Longitudinalidade* significa o seguimento do paciente através do tempo, pode ser
22 cumprida de algumas maneiras⁴. Conforme Pastor-Sanchez⁶, podemos exercer a
23 *Longitudinalidade* através do seguimento do mesmo profissional através do tempo, pelo
24 registro do paciente bem realizado para bom seguimento ou, ainda, *Longitudinalidade* de
25 gestão, quando a organização dos serviços obedece a uma lógica e continuidade no cuidado⁴.

26
27
28
29
30
31 *Acesso*, ou *Acessibilidade* é o atributo que corresponde a porta de entrada do sistema.
32 Significa organizar o sistema de saúde baseado na atenção primária e ser o primeiro contato
33 do paciente. O acesso, quando bem executado, é passo essencial na construção de bom
34 vínculo com o usuário, pois cria condições de confiança em ambas as partes da relação
35 médico-paciente para boa troca. Além do conceito de acessar o profissional, o atributo em sua
36 língua original também perpassa a ideia que o local de trabalho seja acessível, proporcionando
37 condições para que mesmo o usuário com limitações acesse a unidade. Inclui localização da
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 unidade de saúde, rampas de acesso, salas amplas, com ambiência e material para realização
4
5 de consultas⁴.
6
7

8 *Coordenação do cuidado* trata sobre a referência do cuidado do paciente estar centrado
9
10 no profissional que está mais próximo do paciente. Este atributo garante ao paciente um nível
11
12 de prevenção frequentemente discutido no âmbito da Medicina de Família e Comunidade
13
14 (MFC), a prevenção quaternária. Quando a referência do paciente está na atenção primária, a
15
16 chance de evitarmos exames e condutas com indicação questionável aumenta. Este atributo
17
18 protege o paciente de exageros da medicina e torna o sistema mais produtivo e
19
20 economicamente viável⁴. Os encaminhamentos aos especialistas focais são realizados no
21
22 momento correto, contando com a contra referência como ferramenta de tomada de decisão.
23
24

25
26 O atributo derivado *Orientação comunitária*, consiste em ordenar a atenção baseada
27
28 na realidade local na qual a população local está inserida, relativizando os aspectos
29
30 econômicos, geográficos, sociais, no planejamento de ações para com a comunidade⁴.
31
32 *Orientação familiar* versa sobre o cuidado ao paciente levando em conta a família na qual ele
33
34 está inserido. *Competência cultural* é o atributo que leva em conta aspectos da população no
35
36 atendimento ao usuário, como língua, costumes, postura e práticas coletivas de saúde⁴.
37
38

39
40 Em artigo de revisão, Mello e cols⁷ refere que que a legislação brasileira prefere tratar
41
42 a primeira linha de cuidado para a população como Atenção Básica, enquanto a literatura
43
44 internacional sobre o tema parece ter uma preferência pelo termo Atenção Primária.
45
46

47
48 Referência mundial no que tange ao objeto do estudo proposto por este projeto, a
49
50 autora que melhor descreve estes atributos próprios à atenção primária, após mais de trinta
51
52 anos de pesquisa é Barbara Starfield. Em sua obra mais importante disponibilizada pela
53
54 UNESCO⁴, a autora relaciona, categoriza e exemplifica os atributos por ela classificados,
55
56
57
58
59
60

1
2
3 atribuindo papéis e sugestões de responsabilizações para a melhor consolidação de sistemas
4
5 de saúde orientados a partir da atenção primária, fortes, abrangentes e resolutivos.
6
7

8 O estágio em saúde Coletiva passou a ser curricular na Faculdade de Medicina
9 (FAMED) da PUCRS em 2009, quando a primeira turma, que se formaria em 2010,
10 desenvolveu as atividades do curso por quatro meses em unidades de Atenção Básica do
11 município de Porto Alegre. Este modelo foi estabelecido para atender a determinação da
12 Câmara Nacional de Educação do Conselho Nacional de Saúde, que em 2001 estabeleceu as
13 Diretrizes Curriculares para cursos de graduação em medicina. (DOU 09/11/01)⁸.
14
15
16
17
18
19
20

21 Como justificativa para este trabalho, elegemos aspectos importantes que contemplam
22 as diretrizes curriculares, como o perfil do egresso, humanista, crítico e reflexivo preparado
23 para atender os pacientes de maneira integral, centrado na prevenção e na promoção à saúde⁸;
24 a expectativa dos alunos a respeito do serviço gerada pelo conteúdo de atenção primária em
25 saúde ministrado nas disciplinas regulares do Curso de Medicina; o conhecimento dos alunos
26 a respeito dos atributos da atenção primária antes e após o estágio de internato; o diagnóstico
27 do cumprimento dos atributos da atenção primária nas unidades de Estratégia de Saúde da
28 Família.
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39

40 Com o objetivo de trazer a discussão para o reconhecimento da importância do espaço
41 da APS pelos alunos da Faculdade de Medicina, este estudo avalia a identificação dos
42 atributos da atenção primária em saúde e as expectativas e percepções de estudantes de
43 medicina a respeito do Internato em Saúde Coletiva.
44
45
46
47
48
49
50

51 52 METODOLOGIA

53 Estudo exploratório, descritivo e prospectivo, que é realizado com acadêmicos do
54 curso de Medicina da PUCRS. Estes, que no momento da pesquisa estavam cursando o quinto
55
56
57
58
59
60

1
2
3 ou sexto ano do Curso de Graduação e que realizavam o estágio de Saúde Coletiva em
4 diferentes Unidades da Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre: Santo Alfredo e
5 Morro da Cruz, pertencentes às Gerências Distritais Partenon Lomba do Pinheiro; Jardim da
6 FAPA e Jardim Protásio Alves, pertencentes à Gerência Distrital Leste Nordeste.
7
8
9

10
11 Foram incluídos acadêmicos de medicina da PUCRS cursando os 9º, 10º, 11º e 12º
12 períodos, que estavam prestes a ingressar no estágio em Saúde Coletiva, e que aceitaram
13 participar do estudo assinando um termo de consentimento livre e esclarecido. Este período
14 do curso compreendia alunos de turmas com ingresso na escola médica em 2010 e 2011.
15 Excluiu-se ou censurou-se questionários não totalmente preenchido ou quando os acadêmicos
16 manifestassem a intenção de desistir do estudo durante o período do estágio.
17
18
19
20
21
22
23
24
25

26 Como variáveis para o estudo, elegemos variáveis demográficas como sexo, idade, ano
27 de término do curso e unidade em que passou o estágio, identificação dos atributos da atenção
28 primária em saúde (Integralidade, Longitudinalidade, Acessibilidade e Coordenação do
29 cuidado) e expectativas desenvolvidas e o cumprimento ou não destas em discurso livre de
30 pergunta aberta.
31
32
33
34
35
36
37

38 Ofereceram-se duas perguntas para resposta discursiva aos alunos presentes na reunião
39 que antecede o estágio do internato. Para a resposta das perguntas foi previsto o tempo
40 máximo de vinte minutos.
41
42
43
44

45 As perguntas com respostas discursivas que precederam o início do estágio e que
46 foram motivo de análise qualitativa eram:

47 "Identifique e defina os atributos da atenção primária.

48
49
50 "Em no máximo duas frases, informe o que espera deste estágio"
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Ao final do estágio foi oferecido novamente o mesmo questionário para os alunos que responderam ao primeiro, precedido das perguntas discursivas a seguir:

"Identifique e defina os atributos da atenção primária."

"Em no máximo duas frases informe se o estágio correspondeu suas expectativas e porque isto ocorreu."

Para análise dos dados, as informações foram transferidas para um banco de dados em Excel para posterior análise. O foco de interesse do trabalho se deu na comparação das respostas dos alunos antes e após a intervenção (estágio em Saúde Coletiva). Deste modo, foi utilizada estatística descritiva para as respostas na identificação dos atributos da atenção primária.

A análise das questões abertas foi realizada baseada nas respostas escritas às perguntas formuladas antes e após o estágio: "Em no máximo duas frases, diga o que espera deste estágio" e "Em no máximo duas frases, diga qual foi a experiência com este estágio".

As respostas foram estudadas usando-se a metodologia de análise de conteúdo de Bardin⁹, na qual se diz que qualquer forma de comunicação escrita ou falada é passível de análise. A análise do material subjetivo bruto é dada a partir do exame das respostas em três fases: a Pré-análise, a Exploração do material e o Tratamento dos resultados destes exames anteriores.

A etapa de pré-análise organiza o material. As respostas das perguntas (antes e após o estágio) foram separadas em dois conjuntos. Cada um dos conjuntos teve suas respostas numeradas em números contínuos crescentes a partir do número 1. Houve uma leitura inicial para familiarizar-se com o material, conhecendo o corpo texto disponível. Após, as respostas foram lidas no mínimo três vezes, sem seleção ou omissão de qualquer parte, na busca de

1
2
3 possíveis categorias que contemplassem ideias semelhantes que foram marcadas com códigos
4 representativos das identidades encontradas.
5
6

7
8 A fase de Exploração do material consistiu em organizar as categorias já identificadas,
9 observando alguma lógica conhecida, ou formulada a partir do que foi examinado. Nesta fase,
10 os dados são revisados e estruturados em categorias, que agrupam sob um mesmo título
11 elementos comuns. Concluída esta fase, obtivemos categorias e tivemos perdas quando o
12 significado do que foi dito não observava relação com o restante das respostas, ou não se
13 encaixava em nenhuma das categorias estabelecidas.
14
15

16
17 A fase de Tratamento dos dados obtidos tem por objetivo a interpretação dos
18 resultados, chegando à consolidação das categorias antes delineadas. Aqui, foi feita uma nova
19 leitura para tabulação de dados. Após esta tabulação deixou-se passar algum tempo, no caso
20 deste estudo foram três semanas, quando se fez uma nova leitura de uma cópia das
21 informações sem as marcações das leituras anteriores e tabulou-se novamente os dados nas
22 categorias estabelecidas.
23
24

25
26 O projeto apresentou riscos mínimos de uma pesquisa e traz os benefícios de que ao
27 final tivemos a análise da expectativa e realização dos alunos que frequentaram o estágio de
28 saúde coletiva, além da possibilidade de aquisição de informações ao final do estágio sobre os
29 atributos da Atenção primária em saúde. Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da
30 PUCRS, sob o número 10.151-1/2014.
31
32

33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 **RESULTADOS**

51 52 53 **Caracterização da amostra** 54 55 56 57 58 59 60

A tabela 1 evidencia os números de possíveis acadêmicos para o estudo e o perfil daqueles que efetivamente aceitaram participar da pesquisa.

Tabela 1. Perfil dos acadêmicos de medicina respondentes ao questionário de avaliação do cumprimento dos atributos da Atenção Primária em Saúde e de suas expectativas quanto ao estágio de Saúde Coletiva.

| | Possíveis | Fem n(%)* | Masc n(%)* | 2015 n(%)* | 2016 n(%)* | Perda n(%)* | Idade x(+DP)** | Nº |
|-----------------------------------|-----------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|-------------------|----|
| Avaliação antes do Estágio | 76 | 43 (56,58) | 33 (43,42) | 29 (38,16) | 47 (61,84) | 12 (15,79) | 24,53 (+/-0,7) | 64 |
| Avaliação depois do Estágio | 64 | 36 (57,81) | 28 (45,31) | 23 (35,94) | 41 (64,06) | 2 (3,13) | 24,58 (+/-0,7) | 62 |

A tabela 2 expressa a identificação dos atributos da atenção básica em saúde, descritos pelos acadêmicos antes e no final do estágio em Saúde coletiva.

Tabela 2. Número de ocorrência e percentual de atributos da atenção primária em saúde, identificados por acadêmicos de medicina, antes e após o estágio de Saúde Coletiva.

| | Número | Acessibili- dade n (%)* | Longitu- dinalidade n (%)* | Coordenação do Cuidado n (%)* | Integra- lidade n (%)* |
|-----------------------------------|--------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| Avaliação antes do Estágio | 64 | 6 (9,34) | 6 (9,34) | 15 (23,43) | 7 (10,93) |
| Avaliação depois do Estágio | 62 | 21 (33,87) | 20 (32,25) | 17 (26,56) | 21 (33,87) |

*número absoluto e porcentagem

Para análise das respostas às perguntas sobre a expectativa antes do estágio e a experiência real com o estágio foi utilizado, como já descrito em método, a Análise de Conteúdo segundo Bardin⁹. Categorizadas as falas, a inferência e a interpretação do conteúdo, os dados foram classificados em duas categorias: Atenção em saúde e Educação em saúde. Estas categorias foram divididas em subcategorias conforme o significado apreendido das informações, conforme os quadros 1 e 2.

Em Atenção em saúde as subcategorias apareceram de certa forma em discursos que revelavam a expectativa dos acadêmicos baseados na compreensão da atenção básica em saúde, suas dúvidas se centravam em pontos centrais: cuidavam da saúde e da doença? A atenção era médica e integral? Concentrariam suas ações na pessoa e na comunidade?

Em Educação em saúde as subcategorias, expressas pelos verbos e ideias existentes nas respostas, davam a noção ao pesquisador do que esperavam os acadêmicos (previamente ao estágio) e do que viram realizado (após o estágio) com a experiência do tempo em que estiveram na prática em serviço da área de Saúde Coletiva.

Os discursos na fase prévia ao estágio, em sua grande maioria, abordaram as subcategorias Saúde/Doença e Pessoa/Comunidade, onde pretendeu-se avaliar a frequência de menções a estas subcategorias. Atenção Médica/Integral foi menos referida como aponta o quadro 2. O total de menções às subcategorias foi de 135. Considerando-se Educação em saúde e suas subcategorias, o total de respostas identificadas foi de 103 distribuídas nas quatro subcategorias. Conhecer, fazer, viver juntos e ser, conforme o quadro 2 demonstra.

| Número da categoria | Denominação da categoria | Subcategorias | Frequência da menção |
|---------------------|--------------------------|-----------------|----------------------|
| 1 | Atenção em saúde | Saúde Doença | 33 16 |

| | | | |
|---|-------------------|--------------|----|
| | | Médica | 22 |
| | | Integral | 7 |
| | | Pessoa | 29 |
| | | Comunidade | 28 |
| 2 | Educação em saúde | Conhecer | 57 |
| | | Fazer | 36 |
| | | Viver juntos | 5 |
| | | Ser | 5 |

Quadro 1 Frequência das menções às subcategorias das categorias Atenção em saúde e Educação em saúde dos acadêmicos antes da realização do estágio (n= 65)

Nesta fase inicial, muitas vezes centravam-se em desejos do que pretendiam para si próprios durante o período. Como por exemplo, nas frases abaixo, onde é referida a resposta do acadêmico à pergunta, seguida entre parênteses das subcategorias de Atenção em saúde - a atenção à saúde/doença, médica/integral, pessoa/comunidade -, além das subcategorias de Educação em saúde – conhecer, fazer, viver juntos e ser.

“Espero poder aprender com a prática médica o máximo possível, assim como oferecer o melhor atendimento possível à população”. (médica, integral), (conhecer, fazer);

“Aprender a fazer medicina básica, ou seja, cuidar da população; nem sempre tratar pela falta de recursos, crianças ranhentas, grupos chatos de autoajuda para diabéticos e hipertensos”. (Saúde, médica, comunidade), (conhecer, fazer, viver juntos);

“Ter um bom contato com a atenção básica e o funcionamento e atendimento da comunidade” (médica, comunidade) (fazer, viver juntos)

“Espero poder aprender e manejar rotinas de atendimento diário durante os três meses de estágio” (saúde, médica) (conhecer, fazer)

“Espero aprender mais sobre medicina preventiva e sobre cuidados básicos no atendimento primário” (saúde, médica, pessoa) (conhecer)

1
2
3 Na fase posterior ao estágio, a análise das respostas às perguntas abertas foi mais
4
5 difícil pelas inúmeras apreciações sobre a qualidade do estágio e não sobre as experiências
6
7 vivenciadas, totalizando 27 respostas em que não houve desenvolvimento do relato e apenas
8
9 julgamento de qualidade.
10

11 “Surpreendentemente positivo e eficaz”

12 “Muito boa, prof. Excelente”

13 “Muito rico o aprendizado e esclarecedor”

14 “Espetacular”

15 “Foi muito produtivo, bons profissionais”

16 “Excelente experiência, permite compreender a ESF e compará-la ao modelo antigo”

17 “Muito bom, pois é trabalhada a atenção”

18 “Foi maravilhoso, obrigado por tudo”

19 “Foi surpreendente de maneira positiva, muito mais proveitoso que o esperado”
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

| Número da categoria | Denominação da categoria | Subcategorias | Frequência da menção |
|---------------------|--------------------------|---------------|----------------------|
| 1 | Atenção em saúde | Saúde | 3 |
| | | Doença | 6 |
| | | Médica | 17 |
| | | Integral | 9 |
| | | Pessoa | 25 |
| | | Comunidade | 6 |
| 2 | Educação em saúde | Conhecer | 47 |
| | | Fazer | 23 |
| | | Viver juntos | 11 |
| | | Ser | 8 |

38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52 **Quadro 2.** Frequência das menções às subcategorias das categorias Atenção em saúde e
53 Educação em saúde dos acadêmicos após a realização do estágio (n= 62)

54 Exemplos de categorização das frases após o estágio:
55
56
57
58
59
60

1
2
3 *"A experiência foi a melhor possível, tanto para crescimento pessoal quanto*
4 *acadêmico."* (conhecer, fazer)
5
6

7
8 *"Excelente experiência, com aprendizado e prática quantos aos problemas básicos de*
9 *saúde, que podem ser resolvidos em sua maior parte na AP."* (médica, pessoa; conhecer,
10 fazer)
11
12

13
14
15 *"Gostei da experiência, pois não havia tido a oportunidade de trabalhar assim com*
16 *continuidade e atender mais de uma vez o mesmo paciente."* (médica, paciente; fazer)
17
18
19
20

21 22 23 DISCUSSÃO

24
25
26 Os sujeitos do estudo, apresentados na tabela 1, evidenciam que não houve predomínio
27 significativo do sexo feminino, embora seja identificado um número absoluto maior de
28 mulheres, como tem ocorrido com o número de matrículas dos cursos de graduação em
29 medicina. Da mesma forma, não foi significativa a diferença do número de perdas durante o
30 estudo, quando comparados os dois sexos. Estes dados corroboram com a tendência
31 consistente de feminização da medicina no Brasil, que se observa ao longo das últimas
32 décadas e que se acentuou recentemente¹⁰. Em 2009 ocorreu a inversão de fato, quando foram
33 registradas 7.301 médicas e 7.235 médicos no país, fenômeno que se repetiu no ano seguinte,
34 2010, com 7.634 novos registros de mulheres e 6.917 registros de homens¹⁰. Essa inversão foi
35 notada nos anos 1990 em vários países, como Inglaterra, Irlanda. No início dos anos 2000 as
36 mulheres já eram maioria entre os estudantes de medicina dos Estados Unidos e do Canadá¹⁰.
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

51 Quanto a idade dos alunos apresentado na tabela 1 está condizente com termino do
52 ensino médio na idade esperada, ou seja, até os 19 anos segundo a ONG Todos pela
53 educação¹¹. Este dado demonstra que a média dos alunos terminou o ensino médio aos 18
54 anos e entrou na faculdade com 19 anos, tendo 23 anos no quinto ano de faculdade, e 24 no
55
56
57
58
59
60

1
2
3 sexto ano. No Brasil, a taxa de distorção idade-série, para o terceiro ano do ensino médio é se
4
5 23,8%, ou seja, 77,2% dos alunos estavam com a idade esperada ao fim do ensino médio¹¹.
6
7

8 Na tabela 2 podemos ver a baixa taxa de identificação dos atributos da APS no grupo
9
10 antes do estágio. Podemos inferir algumas hipóteses para tanto, baseando nossas conclusões
11
12 em literatura. O currículo baseado predominantemente em especialidades médicas
13
14 relacionados com as quatro grandes áreas da medicina – clínica médica, cirurgia, ginecologia
15
16 e obstetria e pediatria – deixando as áreas de saúde coletiva para disciplinas no segundo e
17
18 terceiro ano. Como não são retomados durante o curso, estes conhecimentos acabam por
19
20 dispersar-se no currículo^{12,13}.
21
22
23

24 Foram utilizadas aproximações semânticas para identificar atributos pelo sentido que
25
26 expressam. Por exemplo, encaminhar melhor o paciente, presente em 10 respostas no
27
28 momento antes do estágio, foi considerado como coordenação do cuidado, pois encaminhar
29
30 corretamente o paciente, usando a referência e contra referência de maneira adequada
31
32 caracteriza uma boa coordenação do cuidado do paciente. Preocupar-se com o paciente e seu
33
34 retorno poderia ser caracterizado como longitudinalidade, porém, optamos por manter esta
35
36 característica vinculada a coordenação. Assim como houveram outras identificações por
37
38 semelhança que serão apontadas individualmente.
39
40
41

42 Muitos alunos confundiram os atributos da APS com princípios e Diretrizes do SUS.
43
44 Atribuímos isto provavelmente a dedicação que os alunos têm com as provas de Residência
45
46 médica, na qual é solicitado que saibam aspectos de legislação do SUS, porém não são
47
48 questionados sobre APS. Tal valorização faz com que apontem os princípios do SUS, pois é o
49
50 que foi visto com mais frequência. De um modo geral, todos os atributos foram identificados
51
52 em maior número ao final do estágio. Houve variações de percentual de 24,53%
53
54 (acessibilidade), até 3,13% (coordenação do cuidado). Ainda assim, a identificação menor do
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

que a desejada denota que a intervenção do estágio de saúde coletiva não é suficiente para mudança dos traços culturais que apontam para o ensino médico e medicina organizada em especialidades.

Sobre acessibilidade, cuja diferença foi a maior observada podemos fazer a inferência de que o contato do paciente com o serviço de saúde é parte inicial de todo atendimento. Este atributo foi bastante valorizado pelos alunos nas respostas ao final do estágio, expressado por frases como “*Universal; abrangente; acolhimento; proximidade com o paciente*”, identificando a necessidade de estabelecer contato entre os profissionais e o serviço. Tal contato pode ser facilitado por aspectos físicos, como uso de rampas, portas com acessibilidade, localização da unidade no território, como as dificuldades dos pacientes em contatar com seu profissional. Tal característica foi bem identificada pela presença do acolhimento, que aqui foi usado como sinônimo de acessibilidade, pois quando é promovido o acolhimento da demanda do paciente, é dado ao mesmo o direito ao acesso.

A longitudinalidade também teve importante diferença de valores de porcentagem. Com 22,91% de diferença, foi abordada por alunos pela sua definição: seguir o paciente através do tempo”. Nos consultórios das USFs, os alunos têm a oportunidade de ver o mesmo paciente por algumas vezes, identificando – ou não – mudanças nas patologias identificadas. Isto traz motivação para o aluno, visto que o empodera, fazendo o mesmo ser parte do tratamento do paciente.

A coordenação do cuidado foi atributo que teve a menor porcentagem de crescimento na identificação pelos alunos – 3,13%. Entretanto, conforme a explicação citada anteriormente, os alunos identificam a USF como lugar de encaminhar os pacientes, tendo grande índice de identificação inicial (a maior entre os atributos). Acredita-se que o fato do curso de medicina ainda ser a soma de especialidades favorece a concepção prévia do aluno

1
2
3 de encaminhamento de interconsultas, sendo mais natural o conhecimento da necessidade que
4 pode ser enquadrada na coordenação de cuidados. Ao conhecer a história, o contexto, e
5 realizar a investigação correta na atenção primária, os encaminhamentos são melhor
6 executados, respeitando e valorizando a resolubilidade da atenção primária⁸ (80%).
7
8
9

10
11 Por último, a Integralidade teve expressiva diferença na identificação final comparada
12 à inicial. Com 22,94% de diferença, este atributo apresentou acréscimo de reconhecimento em
13 cotejo com os demais. Não necessitou ser identificado à partir de sua definição, ou de uma
14 aproximação semântica. Em torno de um terço dos alunos identificaram o atributo
15 corretamente. Atribuímos isto a coincidência de termos entre o atributo da APS e as diretrizes
16 do SUS, que compartilham o termo integralidade. Além disso, os alunos puderam ter a noção
17 do atendimento integral que é realizado nas USFs.
18
19

20
21 Para realizar a análise da comparação entre expectativa inicial e a percepção ao final
22 do estágio, baseados nas respostas às perguntas abertas, utilizaram-se os quadros 1 e 2 já
23 expostos em resultados, conforme as categorias e subcategorias segundo foram catalogadas.
24
25

26
27 Atenção em Saúde. Quanto a avaliação desta categoria, notou-se que os discursos
28 apontaram para atenção à saúde de maneira geral em maior número nas avaliações antes do
29 estágio do que após o estágio. As avaliações genericamente positivas não facilitaram a
30 comparação entre expectativa e percepção, intenção original.
31
32

33
34 Quando se compara o discurso da dualidade na subcategoria saúde – doença vê-se que
35 a expectativa traz a doença (16) superada pela saúde (33), entre os que responderam. Atribui-
36 se ao fato do reconhecimento de que no cenário das USF, onde estão ao responder à pergunta,
37 trabalha-se muito com prevenção e promoção de saúde. No ambiente hospitalar de maneira
38 mais consistente, conforme já relatado, o aluno é focado a pensar no raciocínio clínico
39 hospitalar, onde são valorizados diagnóstico e tratamento em detrimento a aspectos abordados
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

na atenção primária, como acesso e longitudinalidade. A diminuição de trinta e três para apenas três menções de termos relacionados à saúde na percepção de final de estágio pode ter origem no viés já discutido da resposta de grande parte (27) dos entrevistados teve o foco na avaliação qualitativa do estágio como vimos em Resultados em discursos como: “Excelente experiência que permite compreender melhor a ESF e compará-la ao modelo antigo”, “Muito bom, pois é trabalhada a atenção”, “Foi maravilhoso, obrigado por tudo”. Devido aos alunos atenderem pacientes complexos com frequência nas unidades, as questões relacionadas a doença foram mais lembradas em relação àquelas a saúde, porém, também tiveram diminuição.

Os apontamentos em relação a atenção médica ou integral foram bastante distintos. As diferenças nos apontamentos de expectativa inicial e percepção final podem ter por base o próprio conceito de integralidade, que já foi descrito anteriormente neste trabalho e é retomado aos alunos apenas no estágio em saúde coletiva. Esta retomada, porém, parece ser pouco efetiva, visto que não houve aumento expressivo nas lembranças a um cuidado integral aos pacientes, condizente com o desejo dos cursos de graduação com práticas inseridas no SUS¹⁴. De outro lado permanece também para esta resposta o viés dos 27 que apenas consideraram a avaliação de qualidade e não da descrição do realizado.

Quanto ao grupo de subcategorias atenção as pessoas e a comunidade, uma verdadeira surpresa e motivo para repensar a prática. A atenção à pessoa esteve bem representada nas afirmações dos alunos antes e depois do estágio, com poucas mudanças, mostrando que o estágio em saúde coletiva proporcionado um ambiente em que o aluno exerça o cuidado às pessoas. Isto vem de encontro com os princípios da medicina de família¹⁵, que promovem o cuidado à pessoa, com tudo que a cerca, desde história de vida, contatos, amizades, emprego, e considera isso como fundamental no cuidado a cada indivíduo¹⁶.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Atender à comunidade teve uma redução bastante expressiva no número de citações, comparando as respostas antes e após o estágio. Podemos determinar tal fato a que, apesar de levarmos em conta na prática que a comunidade em que estão inseridos os pacientes influenciam no cuidado ao mesmo, que a comunidade tem poder de grupo para reivindicar junto aos gestores condições e recursos para o cuidado à saúde, através do controle social¹⁷, falamos pouco em comunidade na prática diária. São realizadas visitas domiciliares com os alunos, conhecendo o local onde moram nossos usuários, são abordados e incentivadas recomendações de mudança na comunidade (esgotos, limpeza de pátios, calçamento), porém o cuidado a pessoa ainda está em primeiro plano. Conforme incentiva Bastos¹⁸, precisamos conhecer a comunidade para poder fazer o correto planejamento de provimentos para atender às necessidades em saúde. Um fato que pode explicar a pequena lembrança nas respostas pós estágio é que o planejamento em ações para a comunidade não conta com a participações dos estudantes. Como o estágio em saúde coletiva dura de um a dois meses, o interesse dos preceptores e dos próprios alunos é em aprender os aspectos do estágio pela prática, atendendo o máximo possível. Provavelmente devido a este fator esteja explicado a pouca lembrança do cuidado a comunidade. Merece ser abordado em estudos futuros.

Educação em Saúde. A escolha desta categoria teve relação direta com o documento da UNESCO intitulado “*Educação: um tesouro a descobrir*”¹⁹. Nele, Jacques Delors e demais autores traçam o perfil necessário à educação para formar pessoas, em um mundo onde o conhecimento está em multiplicação exponencial, aplicado, pois não há serventia o conhecimento sem a aplicação, que é construído e usado com outras pessoas, pois somos seres sociais, e que nos transforma em pessoas melhores de forma permanente, pois esse é o objetivo da educação: transformar¹⁹. Esta pequena análise pode ser transposta para a saúde, relacionando também com a pirâmide de Miller da Educação, coincidentemente também dividida em quatro estágios: sabe, sabe como, mostra como e faz²⁰. Semelhantemente ao

1
2
3 processo que Delors descreve, o trabalho identificou nas respostas aspectos
4 predominantemente crescentes entre as categorias. A expectativa dos alunos antes do estágio
5 era conhecer (57): pessoas novas, pacientes novos, patologias novas, visto que a maioria das
6 respostas foram enquadradas nesta subcategoria. E apesar do viés extensivamente discutido a
7 respeito das perdas na percepção de final de estágio, os acadêmicos trouxeram experiências de
8 conhecimento realizado (47). Junto com expectativa de fazer (36), aqui também a percepção
9 do realizado foi importante (23) apesar das perdas.
10
11

12
13
14
15
16
17
18
19 Ao final do estágio, apesar das dificuldades de categorização já colocada nos
20 resultados, obteve-se o cumprimento das expectativas, com a maioria dos alunos identificando
21 que tiveram o conhecimento (saber) como categoria mais citada. Como base da pirâmide, o
22 conhecimento fundamenta os demais níveis, pois para fazer, precisamos saber. O ensino em
23 serviço³ permite que o aluno tenha contato com pacientes e os conhecimentos que o curso lhe
24 proporcionou até ali sejam postos a prova. Aqueles que não foram atingidos são motivo de
25 procura dos alunos, representado pelo aparecimento desta resposta entre os questionários pós
26 estágio.
27
28

29
30
31
32
33
34
35
36
37 Quanto a aprender a fazer, as respostas indicam que boa parte dos alunos foi
38 contemplada com a oportunidade de fazer o que desejavam. Um número expressivo de
39 acadêmicos manifestou desejo ou expectativa de trabalhar nas unidades e foram atendidos
40 parcialmente, pois tivemos número inferior às expectativas. Podemos depreender deste fato as
41 várias manifestações positivas, também já citadas em resultados, que talvez incluíssem as
42 respostas afirmativas para tais expectativas.
43
44
45
46
47
48

49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Analisando a subcategoria viver juntos, que explicita o conviver, ou aceitar a presença
do outro, tivemos um aumento no número de respostas. Julgamos tal fato pela característica
positiva do estágio oferecido pela FAMED, que coloca o aluno com um grupo de colegas e o
mesmo professor em turno praticamente integral. Este aspecto propicia a criação de vínculo

1
2
3 com as pessoas, e faz com que o aluno possa analisar e aprender a fazer junto com seus pares.
4
5 A convivência com níveis diferentes de formação – alunos de 9º e 11º período – também é
6
7 fator importante para aprender a fazer junto e mostrar como se faz junto aos outros. Ainda
8
9 assim, o número é pequeno para o universo de alunos de graduação que passam no estágio.
10

11
12 Acerca da última subcategoria, e mais complexa, segundo Delors¹⁹, aprender a ser foi
13
14 identificado em menor número tanto no período pré-estágio, quanto pós-estágio. Entretanto,
15
16 houve aumento no número absoluto de identificações, mostrando que mesmo aspectos que
17
18 demonstrem a mudança de atitude do aluno foram percebidos pelos estudantes. A mudança na
19
20 conduta, do fazer é o topo da pirâmide de Miller²⁰, e representa a mudança no ser. Embora
21
22 Cruess²¹ tenha acrescentado o último estágio, chamado justamente de “ser”. Tal observação
23
24 mostra que a transformação do que conhecemos, fazemos ou convivemos culmina na
25
26 transformação de nosso ser, objetivo final do processo educacional²².
27
28
29
30

31 32 CONSIDERAÇÕES FINAIS

33
34 A escolha do tema para este estudo teve a finalidade de eleger a área ainda
35
36 denominada de saúde coletiva como ponto de partida para a produção de conhecimento. Esta
37
38 produção se faz tanto no reconhecimento da importância acadêmica, quanto do espaço de
39
40 prática e das expectativas e percepções do estudante de medicina ao cumprir o estágio
41
42 curricular definido pelas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em medicina. São
43
44 muitas as perguntas, que podem ser respondidas uma a uma, baseada no imaginário social
45
46 ainda limitado das possibilidades de realização da prática em serviço na comunidade.
47
48
49

50
51 Em um estudo como este há limitações, como a fala concisa dos sujeitos, talvez
52
53 contida pela solicitação de que a resposta às perguntas tivesse número expresso de linhas. E
54
55 como o entendimento de expressivo grupo de respondentes de que se buscava conhecer sobre
56
57 a aprovação ou não do estágio e não sobre a representação de seu desenvolvimento. De
58
59
60

1
2
3 qualquer forma, foi possível verificar que o estágio em saúde coletiva da FAMED/ PUCRS
4 proporciona aos estudantes um ambiente de aprendizado em atenção primária bem
5 reconhecida pelos alunos.
6
7

8
9 Os atributos principais da APS tem aumento em sua identificação, ainda aquém do
10 desejado, porém com mudança expressiva. As unidades em que os alunos estão inseridos
11 cumprem quesitos principais da integralidade, como Imunizações, pré-natal, atenção
12 domiciliar, e notamos aumento na identificação destes quesitos frente a expectativa dos
13 mesmos. O ensino em serviço nas USF em que estão inseridos é visto como positivo pelos
14 alunos, porém alguns aspectos se mostraram aquém do esperado. Destaca-se o fato de grande
15 parte dos alunos ter manifestado desejo de aprender e de fazer, objetivos alcançados ao final
16 do estágio.
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26

27 28 29 30 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 31
32
33 1. Chaves ITS, Grosseman S. O Internato médico e suas perspectivas: estudo de caso
34 com educadores e educandos. *Rev Bras Educ Med* 2007; 31(3):212,222.
35
36 2. Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os
37 trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. *Rev Bras Educ*
38 *Med* 2011; 35(3):303-310.
39
40 3. Marin MJS, Oliveira MAC, Otani MAP, Cardoso CP, Moravcik MYAD, Conterno LO
41 et al . A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a
42 experiência da FAMEMA. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Mar
43 [cited 2014 Mai 12] ; 19(3): 967-974. Available from:
44 [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300967&lng=en)
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
 - 11
 - 12
 - 13
 - 14
 - 15
 - 16
 - 17
 - 18
 - 19
 - 20
 - 21
 - 22
 - 23
 - 24
 - 25
 - 26
 - 27
 - 28
 - 29
 - 30
 - 31
 - 32
 - 33
 - 34
 - 35
 - 36
 - 37
 - 38
 - 39
 - 40
 - 41
 - 42
 - 43
 - 44
 - 45
 - 46
 - 47
 - 48
 - 49
 - 50
 - 51
 - 52
 - 53
 - 54
 - 55
 - 56
 - 57
 - 58
 - 59
 - 60
4. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
5. Andrade SR, Mello ALSF, Locks MTR, Mattia D, Hoeller F, Erdmann AL. Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. *Esc Anna Nery* 2013;17(4):620-627.
6. Pastor-Sánchez R, Miras AL, Fernández MP, Camacho RG. Continuidad Y Longitudinalidad en Medicina General en cuatro países Europeos. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71:479-485.
7. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. *Revista de APS – Juiz de Fora* 2009;12(2):204-213.
8. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/med.pdf>
9. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
10. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. *Rev bioét* 2013;21(2):268-77.
11. ONG Todos Pela Educação. Anuário Brasileiro da Educação Básica, 2016. Disponível em: http://www.todospelaeducacao.org.br/arquivos/biblioteca/anuario_educacao_2016.pdf
12. Campos JJB, Elias PEM. A Saúde Coletiva no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais. *Rev Bras Educ Med* 2008;32(2):149-159.
13. Teixeira CF. Ensino da Saúde Coletiva na graduação. *Boletim da Abem* 2003;31(3).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

14. Pinheiro R, Mattos RA. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.
15. Falk JW, Gusso G, Lopes JMC. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. In: *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Gusso G, Lopes JMC, Organizadores. Porto Alegre: Artmed; 2012. 2 v.
16. Stewart M. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
17. Brasil. Lei n. 8.080, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 1990.
18. Bastos GAN, Bastos JP, Santos IS. Abordagem comunitária: diagnóstico de saúde da comunidade. In: *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Gusso G, Lopes JMC, Organizadores. Porto Alegre: Artmed; 2012. 2 v.
19. Delors, J, et al. Learning: the treasure within; report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty first Century (highlights). Paris: UNESCO, 1996.
20. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine* 1990;65(9):S63-7.
21. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. *Academic Medicine* 2016;91(2):180-185.
22. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: sabers necessário à prática educativa*. 49ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; Rio de Janeiro; 2014.