

Avaliação discente sobre interação ensino, serviços e comunidade em equipes de saúde integradas ao programa mais médicos em estado da Amazônia.

Student's evaluation of a community-based medical education integrated to a primary care medical program in amazon region.

Evaluación de estudiantes de la enseñanza de interacción, los servicios y los equipos de salud de la comunidad integrada al programa médico en el estado de Amazonia.

Bráulio Érison França dos SANTOS¹

Iuri Silva SENA²

Caroline Pires ALVES²

Nardiel Alves BATISTA²

Maira Tiyomi Sacata Tongu NAZIMA³

Leila do Socorro da Silva MORAIS⁴

RESUMO: A Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) apresenta em sua estrutura curricular eixo com interação ensino, serviços e comunidade (IESC) desde o primeiro ano de formação, através do qual é oportunizado aos alunos vivências interdisciplinares e de prática profissional. Este estudo propôs avaliar a experiência de aprendizado nas atividades de ensino na comunidade durante o acompanhamento de equipes de saúde da família do Programa Mais Médicos Para o Brasil (PMMB) pelos acadêmicos de medicina. Foi realizada pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa através de questionário semiestruturado e questões abertas. Pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da instituição. Os discentes avaliaram que foi possível conhecer as condições de saúde (68,18%), aprimorar o aprendizado no atendimento das populações carentes (63,63%) e identificar suas necessidades de aprendizado (63,63%). Consideraram que tiveram oportunidade de acompanhar consultas (86,36%) e aprender mesmo em ambiente com muitos atendimentos (54,55%). Os profissionais receberam alunos com entusiasmo (77,27%) e disponibilidade para esclarecer dúvidas (59,09%). O tema mais citado como ponto a melhorar foi a rotina na atenção

1 Professor Assistente de Medicina. Mestre em Ciências da Saúde. Membro do Núcleo Docente Estruturante da Universidade Federal do Amapá.

2 Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amapá.

3 Professora Adjunta de Medicina. Doutora em Oftalmologia. Coordenadora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá.

4 Professora Auxiliar de Medicina. Especialista em Pneumologia. Membro do Núcleo Docente Estruturante da Universidade Federal do Amapá.

básica, pois perceberam que se baseia principalmente na observação sem participação ativa dos discentes. Em comparação ao ano anterior, 73,92% dos alunos afirmaram ter havido melhora nas atividades de IESC. De modo geral, a maioria dos acadêmicos avaliou positivamente a experiência com o PMMB. Os alunos consideraram que essa abordagem proporcionou oportunidades para conhecer rotinas na atenção básica e o perfil da comunidade atendida, abrangendo tanto seus aspectos clínicos como psicossociais.

Palavras-chave: Educação médica; Medicina de família e comunidade; Avaliação Educacional

ABSTRACT: The Federal University of Amapá (UNIFAP) presents in its curriculum design teaching interaction, services and community (IESC) since freshman year, through which students have the opportunity of interdisciplinary and professional practice experiences. This study aimed to evaluate the learning experience by medical students from the community-based learning activity of following up health teams in the “Programa Mais Médicos Para o Brasil”(PMMB). A research, approved by the Ethics Committee of the institution, was conducted with quantitative and qualitative approach through a semi-structured questionnaire and open questions. Students assessed that it was possible to know the health condition (68.18%), improve learning in underserved care (63.63%) and identify their learning needs (63.63%). They felt they had the opportunity to follow the doctors’ appointments (86.36%) and learn even in a very busy environment (54.55%). Professional received students enthusiastically (77.27%) and showed availability to answer questions (59.09%). The routine of primary care regarding the students active participation was the most mentioned issue to improve, because it is now mostly limited to their observation. Compared to the previous year, 73.92% of students said there had been improvement in IESC activities. In general, most students positively evaluated the experience with PMMB. They felt that this approach provided opportunities to learn the routine in primary care and the profile of the attended community, covering both its clinical and psychosocial aspects.

Keywords: Education, Medical; Family Practice; Educational Measurement

RESUMEN: La Universidad Federal de Amapá (UNIFAP) presenta en su eje de plan de estudios con interacción enseñanza, servicios y comunidad (IESC) desde el primer año de formación, a través del cual se estudian oportunizadas experiencias prácticas interdisciplinarias y profesionales. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la experiencia de aprendizaje en enseñanza en comunidad durante los equipos de salud que acompañan el Programa Más médicos para Brasil (PMMB) de los estudiantes de medicina. La investigación se realizó con enfoque cuantitativo y cualitativo a través de un cuestionario semi-estructurado y preguntas abiertas. La investigación fue aprobada por el comité de ética de la institución. Los estudiantes evaluados que era posible conocer el estado de salud (68,18%), mejorar el aprendizaje en el servicio de los pobres (63,63%) e identificar sus necesidades de aprendizaje (63,63%). Ellos pensaron que tenía la oportunidad de seguir las consultas (86,36%) y aprender incluso en un ambiente con muchas llamadas (54,55%). Los profesionales recibieron con entusiasmo los estudiantes (77,27%) y la disponibilidad para responder a las preguntas (59,09%). El tema más citado como un punto de mejorar era la rutina en la atención primaria,

percebe que se basa principalmente en la observación sin la participación activa de los estudiantes. En comparación con el año anterior, 73,92% de los estudiantes dijeron que habían sido la mejora en las actividades IESC. En general, la mayoría de los estudiantes evaluados positivamente la experiencia con PMMB. Los estudiantes consideraron que este enfoque proporciona oportunidades para aprender las rutinas en la atención primaria y el perfil de la comunidad sirven, que abarca tanto su clínica y psicosocial.

Palabras clave: Educación Médica; Medicina Familiar y Comunitaria; Evaluación Educativa

INTRODUÇÃO

Programas de fixação e provimento de médicos remontam à ditadura militar, que implementou o Projeto Rondon, uma iniciativa de levar estudantes a atuarem em locais de difícil acesso, expandindo ações e serviços de saúde. Ainda nesse período, surgiu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PI-SUS) e o Programa Saúde da Família (PSF), responsáveis pela ampliação do acesso e da cobertura assistencial em várias localidades carentes de atendimento à Saúde¹.

A instituição do Sistema Único de Saúde, em 1988, o qual teve a finalidade de diminuir a desigualdade de acesso a serviços de saúde, trouxe consigo a necessidade de reformulação do perfil dos estudantes egressos dos cursos de Medicina do país para atender a essas demandas sociais emergentes, diferente do modelo flexneriano previamente empregado². Assim, em 2002, numa iniciativa sem precedentes, o Governo brasileiro lançou o PROMED, cujo slogan era “uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”, cujo objetivo era um novo modelo focado na atenção primária³.

O problema da quantidade insuficiente de médicos no país, a distribuição irregular desses profissionais no território nacional, a qualidade e o perfil da formação médica incoerentes com as necessidades da população são reconhecidos há muito tempo pelas autoridades e alvos de grandes pressões exercidas pela sociedade que exige a correção dessa demanda⁴.

Em junho de 2013, o Brasil presenciou massivas manifestações da população, que protestava principalmente por melhorias no transporte, na saúde e na educação. Em resposta, o Governo lançou a Medida Provisória nº 621, que depois foi regulada pela Lei nº 12.871/2013, que criava o Programa Mais Médicos Para o Brasil (PMMB), cujo objetivo principal é diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, com ampliação das vagas nas escolas médicas e aprimoramento das grades curriculares das faculdades de medicina do país, com foco na interação ensino, saúde e comunidade, promovendo a troca de conhecimento entre médicos brasileiros e estrangeiros e estimulando a realização de pesquisas aplicadas na atenção primária^{4,5}.

Ainda nesse contexto, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), revisadas em 2014, preconizam que os egressos dos cursos de Medicina sejam éticos e críticos, com uma visão mais

humanizada do paciente e que tenha capacidade de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde e promover prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Dessa forma, preconiza-se que no mínimo 30% da carga horária do internato médico da Graduação em Medicina seja desenvolvido na atenção básica e em serviços de urgência e emergência do SUS ⁶. A inserção de estudantes na comunidade através de atividades de ensino permite agregar à formação o olhar para as diversidades, respeitando as crenças e a cultura dos usuários, ao passo que procuram conciliar essa vivência com o conhecimento científico aprendido no curso ⁷.

A avaliação da experiência em práticas ligadas à comunidade, a partir da percepção dos alunos, tem se mostrado positiva em vários programas de educação médica e vista como estratégia útil para a obtenção de técnicas de liderança, habilidades de comunicação e capacidade para trabalhar com pessoas em diferentes situações ⁸.

O exemplo australiano mostra que o aumento da participação de alunos em áreas remotas e o contato precoce com pacientes tem melhorado a transição de estudantes de medicina para médicos iniciantes. De forma geral, os estudantes demonstram satisfação com a experiência rural, tanto nos aspectos clínicos quanto sociais, e tiveram uma experiência de aprendizado mais significativa do que esperariam ter em áreas metropolitanas ⁹.

Este estudo propôs avaliar a experiência de aprendizado nas atividades de ensino na comunidade durante o acompanhamento de equipes de saúde da família do Programa Mais Médicos Para o Brasil na visão de acadêmicos do quarto ano de medicina da UNIFAP.

METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa com abordagens quantitativa e qualitativa para avaliar a experiência de aprendizado nas atividades de ensino na comunidade durante o acompanhamento de equipes de saúde da família do Programa Mais Médicos Para o Brasil (PMMB) na visão dos acadêmicos. Estudo realizado no curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá nas atividades referentes ao ensino na comunidade do primeiro semestre de 2015 em unidades básicas de saúde do município de Macapá, cujos sujeitos de pesquisa foram formados por 23 discentes da quarta série de graduação do curso. Como critérios de inclusão utilizou-se: assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e ser aluno regularmente matriculado na quarta série de graduação.

Os dados sobre avaliação do processo de aprendizado na comunidade pelos discentes foram coletados por meio de questionário, do tipo semiestruturado, o qual constou dois domínios avaliados: Aprendizado na Comunidade e Experiência na Equipe do Programa Mais Médicos. Em cada domínio de avaliação foram descritos os itens a ele relativos com os gradientes de pontuação correspondentes ao grau que o aluno considerou adequado. Para definir o grau de satisfação do discente para cada item, o instrumento utilizou a escala Likert de 5 pontos (discordo fortemente, discordo, incerto, concordo e concordo fortemente), de forma a permitir que os sujeitos da pesquisa possam estimar a magnitude de cada atributo avaliado ¹⁰. Para cada resposta marcada foi atribuído peso

de 1 a 5, correspondendo, respectivamente, ao menor grau de concordância até o maior. O questionário apresentou ainda questões abertas que permitiram ao aluno relatar aspectos que considerou negativos e positivos da experiência em atividades de ensino na comunidade integradas às equipes de saúde do programa mais médicos.

Os alunos foram informados do estudo e convidados a assinar TCLE. Cada discente recebeu, por e-mail, convite para participação da pesquisa com maiores detalhamentos e link com o formulário disponibilizado na ferramenta SurveyMonkey. Dessa forma, foi possível preenchimento das informações correspondentes ao período de atividades do módulo em ambiente online. Os itens dos formulários foram disponibilizados pelo software de gerenciamento de dados em ordem aleatória e individualizada, assim cada aluno preencheu formulário único.

O questionário foi composto por 33 itens de resposta por escala, duas questões abertas e uma pergunta final comparando a percepção geral do ensino na comunidade do ano de 2015 com o ano anterior.

A análise preliminar dos dados consistiu em processar as informações de forma conveniente para a posterior análise definitiva, checar a qualidade dos dados, de forma a verificar a ocorrência de erros, observações atípicas, dados faltantes ou outras peculiaridades. Após estes procedimentos iniciais foi realizada a análise descritiva dos dados, com o intuito de visualizar as frequências absolutas e relativas de cada item do questionário.

A análise dos conteúdos das perguntas abertas (“Descreva a melhor parte das atividades de ensino na comunidade” e “Descreva como as atividades de ensino na comunidade poderiam melhorar”) foi realizada inicialmente com a identificação dos temas mais citados nas falas dos participantes com utilização da ferramenta SurveyMonkey, a qual permite separar as palavras mais citadas durante as respostas e agrupar as respostas em grupos temáticos. Para a construção dos gráficos e tabelas foram utilizados os programas Excel e Word, versões 2011.

A presente pesquisa seguiu todos os princípios éticos da Declaração de Helsinque¹¹, sendo preservada a confidencialidade das fontes de informações. Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para poder participar deste estudo. Além disso, foram respeitados todos os preceitos e orientações referentes a Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos conforme dispositivos presentes na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, a qual atualizou as diretrizes e normas regulamentadoras deste tema no país¹². O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), conforme procedimentos da Plataforma Brasil e aprovado sem restrições conforme Protocolo CAAE nº 48327615.4.0000.0003.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O questionário foi enviado para 23 alunos da quarta série de graduação, dos quais 39,10% do

sexo masculino e 60,90% do sexo feminino, cujas idades variaram entre 19 e 29 anos. A taxa de resposta foi de 100,00%, dos quais, 91,30% informaram ter participado das atividades de integração ensino e saúde na comunidade junto a equipes de saúde do Programa Mais Médicos.

Ao serem analisadas as questões abertas do questionário, os temas mais mencionados nas respostas dos participantes na questão “Descreva a melhor parte das atividades de ensino na comunidade” foram: Conhecimento sobre a Atenção Básica, Humanização, Relação médico-paciente e Rotinas na Atenção Básica (Figura 1). Enquanto que na pergunta “Descreva como o acompanhamento de equipes do Programa Mais Médicos na IESC poderia ser melhor”, os principais temas abordados pelos acadêmicos foram: “Rotina na atenção básica”, “Integração entre PMMB e o curso de Medicina”, e “Limitações do idioma” (Figura 2).

O primeiro domínio analisado pelo questionário foi “Aprendizado na Comunidade” (Tabela 1). Com relação aos itens 1, 2 e 3, a maioria dos estudantes concordou que a experiência com o programa PMMB permitiu conhecer as condições de saúde (68,18%), aprimorar o aprendizado no atendimento das populações carentes (63,63%) e identificar suas necessidades de aprendizado (63,63%). Em concordância, na questão aberta sobre o domínio “Rotinas na Atenção Básica”, os alunos relataram que características positivas foram conseguir ter uma noção da rotina na atenção básica e de suas limitações, poder interagir com a comunidade, através do atendimento supervisionado pelo médico do programa na unidade básica de saúde e em visitas domiciliares dentro de comunidades carentes, além da oportunidade de observar como os profissionais de outro país, de formação diferente, lidam com o paciente, tendo uma visão mais focada na atenção básica. Fato semelhante foi relatado por acadêmicos de medicina durante um projeto de extensão em áreas ribeirinhas da região Amazônica, especificamente no estado do Acre, que relataram poder vivenciar a rotina de vida nessas comunidades e aplicar de forma humanísticas os conhecimentos adquiridos em sua formação acadêmica¹³. O conhecimento adquirido através desse contato com a realidade em que irá atuar é essencial para que o estudante de medicina se torne um médico reflexivo e agente de transformação social², características preconizadas pelas novas diretrizes curriculares nacionais⁶.

Nesse contexto, a prática de visita domiciliar faz parte de um conjunto de ferramentas de ensino e aprendizagem que visa, como parte de um processo maior, aprimorar habilidades e atitudes essenciais ao egresso dos cursos de graduação médica do país. A partir disso, é possível melhorar o acompanhamento contínuo e integral da população¹⁴. No entanto, os resultados deste estudo mostram uma divergência de rotinas no que concerne ao acompanhamento de visitas domiciliares (item 4), no qual 45,45% dos estudantes realizaram atividades em área, enquanto que 40,91% não fizeram.

Verificou-se que os discentes não identificaram inserção completa em toda a cadeia de planejamento e execução da atenção primária, pois 81,82% dos alunos entrevistados não acompanharam reuniões com a equipe de saúde (item 5). Tal aspecto tem importância a partir do entendimento de um conceito de saúde amplo e abrangente que possa intervir em fatores biopsicossociais e permitir

resposta a necessidade de resolubilidade, atenção integral e longitudinalidade par ao atendimento primário em saúde ¹⁵. Entretanto, na questão aberta relacionada ao domínio “Conhecimento sobre a Atenção Básica”, os estudantes afirmaram que puderam conhecer os desafios da implementação dos programas de saúde para a atenção básica, conhecer o serviço de atenção primária de saúde em si, ser possível observar o modelo de atendimento empregado em outros países, no caso, o de médicos cubanos, e o amplo conhecimento que os médicos do PMMB possuem sobre a atenção básica. Além disso, uma atividade com boa integração, na visão dos alunos, correspondeu a oportunidade do acompanhamento de consultas (item 6), em que 86,36% estavam inseridos, ou seja, a parte final da execução de uma das etapas da atenção primária ocorreu de maneira adequada no entendimento discente.

Dentre as vantagens apresentadas pela reformulação do modelo de ensino médico ocorrido nos últimos anos, juntamente com o aumento da importância do ensino na comunidade, estão: menor custo para a sua execução; casos clínicos com maior probabilidade de adequação às finalidades de ensino e com menor grau de complexidade, além de maior representatividade do que ocorre na população em geral. Os estudantes, ao contrário do método hospitalocêntrico, possuem a oportunidade de contato com espectro mais amplo e numeroso de casos, cuja integração com os aspectos socioambientais possibilita melhor compreensão do processo saúde-doença ¹⁶. Em conformidade com este cenário, abordado nos itens 6 e 7, esta pesquisa constatou que a maioria dos estudantes tiveram acesso à diversidade de casos clínicos (68,18%) e à discussão de aspectos sociais da população local (63,63%).

Sabe-se que, no Brasil, o número de médicos por habitantes está abaixo de outros países e isto influencia diretamente na capacidade de suprir as demandas do SUS. Em 2011 foram identificados pelo Governo Federal os principais desafios do Ministério da Saúde para uma nova política em atenção primária. Entre eles estaria a redução do tempo de espera para o atendimento dos usuários do sistema, o que repercute na superlotação das UBS's observadas atualmente⁴. Apesar desse problema ser de difícil solução em curto prazo e o quadro atual ainda apresentar uma grande parcela dos serviços de atenção básica com acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado inadequados, 54,55% dos alunos consideraram possível o aprendizado nesse contexto e 36,36% foram incertos (item 8). Esta percepção demonstra como, mesmo com unidades básicas cuja demanda permanece alta, permitir integração da graduação com a atenção básica proporciona alto potencial de aprendizado importante e valorizado pelos discentes.

Nos anos iniciais do curso de medicina, os alunos podem vivenciar experiências com medicina da família que permitirão primeiro contato com manifestações de doença, assim como observar as evoluções mais comuns na comunidade acompanhada. Neste estudo, 59,09% dos alunos concordaram que o acompanhamento das equipes do PMMB permitiu utilizar plano de cuidado no manejo de pacientes crônicos (item 9), um importante fator necessário para que os acadêmicos possam se habituar com a evolução das doenças de maior complexidade e cuidado de pacientes a longo prazo. Outro ponto importante na prática na comunidade corresponde à visão holística que o estudante

deve ter, buscando investigar não apenas o diagnóstico e tratamento, mas também a avaliação de fatores ambientais que podem influenciar na evolução da doença, assim como atuar na sua prevenção. Quanto a educação da população para a prevenção e controle de doenças comuns na saúde da família (item 10), 68,18% dos alunos identificaram este quesito nos atendimentos em UBS's, o que está de acordo com um dos objetivos da formação médica, que é se responsabilizar, juntamente com o paciente, pela produção e gestão de seu cuidado e não só pela identificação de um diagnóstico e prescrição de uma conduta ^{4,17}.

Apesar de parcela dos estudantes não terem certeza se o PMMB permitiu aprender os princípios do atendimento ambulatorial na medicina da família (40,91%) (item 11), houve divergência nesse entendimento, visto que porcentagem semelhante concordou que houve aprendizado desse aspecto, principalmente, no cuidado integral do paciente, com avaliação não apenas do indivíduo, mas também de seu contexto, família, trabalho e o meio social em que está inserido ⁴.

Na amostra estudada, 45,45% concordaram sobre possibilidade de acompanhar sensibilidade ética e moral que influenciam no atendimento ambulatorial (item 12), enquanto 36,36% permaneceram incertos sobre este item. Nesse aspecto, é importante buscar correlação entre as diferentes áreas do conhecimento para auxiliar um atendimento verdadeiramente amplo. Um estímulo para isso é através da interdisciplinaridade com o objetivo de considerar tanto o cuidado, como a integralidade, o controle social, a humanização, a ética, as abordagens e as pesquisas disciplinares com o mesmo grau de importância. Dessa forma, o profissional de saúde, ao perfilhar seus valores, crenças e papéis, consegue respeitar-se e respeitar o outro. Neste sentido, cabe ao ensino médico também auxiliar o estudante a desenvolver seu bem-estar para que consiga ajudar na melhoria da qualidade de vida de seus pacientes, através de conduta pautada na moral e na ética¹⁸.

Quando analisado o domínio “Experiência na Equipe PMMB” (Tabela 2), nos itens 1 e 2, relacionados ao recebimento dos alunos no serviço, 77,27% dos alunos concordaram que o profissional se mostrou entusiasmado com a situação e a maioria (59,09%) afirma que estes se dispõem a esclarecer suas dúvidas, o que revela a disponibilidade de ensinar, protagonizada pela maioria dos preceptores, e favorece o aprendizado discente. Criar um ambiente favorável ao aprendizado orientado para a comunidade tem importância para consolidação de um padrão adequado de ensino médico e que permita o desenvolvimento de novos conhecimentos, novas habilidades e atitudes no estudante de medicina e ainda permita explorar métodos de ensino de maior eficiência ¹⁹.

A inserção longitudinal dos acadêmicos no sistema de saúde, através de atividades práticas supervisionadas desde o início da graduação é vista como uma forma dos discentes criarem vínculos com a comunidade, através da assistência integral e centrada no doente, inserindo-se precocemente no contexto psicossocial em que aquela população se encontra. Além disso, essa aproximação é

tida como um meio de aquisição de competências técnicas, por meio da vivência prática ²⁰. No contexto da educação médica estabelecido pela DCN, espera-se que o estudante consiga desenvolver essas habilidades/competências de forma processual e contínua ¹⁸, dentre as quais encontram-se: capacidade de realizar propedêutica médica, exame físico, ter conhecimento sobre sinais e sintomas, diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica ⁶. No contexto do estudo em questão, em se tratando das atividades práticas sob supervisão, tema representado pelos itens 3 a 6, observou-se que 36,37% concordaram com a afirmativa de que o médico do programa os permite desenvolver responsabilidades no atendimento ao paciente. Entretanto, 40,91% tiveram resposta incerta à assertiva em questão. Um total de 45,45% dos indivíduos concordaram que tiveram oportunidade de treinar habilidades de comunicação com o paciente, enquanto que 36,36% discordaram.

Em contraste a isso, no que diz respeito à anamnese, a maioria dos alunos (45,45%) negou que a realização dessa atividade seja permitida, porém 36,36% revelaram ser possível. A maior parte dos discentes (63,64%) afirmou ter liberdade para a execução do exame físico, entretanto 22,73% responderam negativamente a este item. Percebe-se, então que, mesmo em um curso com desenho curricular integrado e voltado para a comunidade, no qual se preconiza a introdução precoce do aluno em atividades práticas, não há homogeneidade na rotina dos diferentes grupos de alunos nas Unidades Básicas de Saúde e uma boa parte não pode pôr em prática seus conhecimentos teóricos adquiridos durante os módulos do currículo. Ideia corroborada pelas respostas aos itens 7 a 9 relacionados à participação dos acadêmicos nas consultas, nos quais 59,09% e 45,46% concordaram que lhes era permitido opinar sobre diagnóstico e tratamento, respectivamente, enquanto apenas 13,64%, sobre exames complementares. Entretanto, quanto ao último, 31,82% da amostra se posicionou de forma neutra.

Nas questões abertas, o tema mais citado como ponto a melhorar foi a rotina na atenção básica, e assim como nas questões fechadas, os alunos consideraram como ponto negativo a falta de oportunidade e autonomia para realizar os atendimentos. Relataram que a rotina se baseia principalmente em observação do atendimento e propõem como estratégia de melhora a inserção do discente na equipe, para que participe de forma ativa, desenvolva estratégias de promoção à saúde e tenham mais liberdade para discutir e estabelecer condutas, diagnóstico e tratamento sob supervisão. Resaltam ainda problemas com assiduidade de preceptores. Esses aspectos negativos comprometem vários objetivos do programa, como ampliar a inserção do médico em formação nas unidades básicas de saúde, proporcionar experiências no campo da prática médica e aperfeiçoar os estudantes para a atuação nas políticas públicas de saúde do País ⁴.

O aprimoramento da relação médico-paciente é de grande importância para a melhoria da qualidade do atendimento na saúde pública. Um fator de grande contribuição para essas mudanças tem sido o reconhecimento dos usuários sobre seus direitos e permite relação mais equilibrada entre

usuários e profissionais de saúde ²¹. A respeito deste aspecto, abordado nos itens 10 e 11, a grande maioria dos discentes (72,72%) concordaram que os médicos do programa valorizaram as preocupações do paciente nos atendimentos realizados. Em adição, um total de 54,55% dos voluntários acreditaram que os profissionais do PMMB estimularam a integração de aspectos psicossociais em suas abordagens, dados que revelam a valorização da relação médico-paciente pelas equipes do programa. Resultado semelhante foi encontrado também nas questões abertas do questionário, em que todos os alunos que se referiram a este tema enfatizaram a forma como os médicos conseguiam desenvolver uma boa relação e eram respeitosos com os pacientes, além de valorizarem a atenção básica e aspectos psicossociais nos atendimentos à população. Comentários parecidos foram observados no domínio “Humanização”, no qual os alunos ressaltaram a importância que os médicos concediam aos aspectos biopsicossociais e à tentativa de entender as dificuldades socioeconômicas que influenciam na saúde do paciente. Segundo os discentes, este aspecto permite desenvolver o senso crítico quanto à importância dos fatores psicossociais na saúde do indivíduo.

Quanto à atitude médica na atenção primária, observou-se que 59,09% dos discentes concordaram que os profissionais estimularam a resolução de problemas de saúde da comunidade, mas a taxa de respostas incertas representou 36,36% dos casos para o tópico (item 12). Além disso, uma expressiva porcentagem (90,91%) dos acadêmicos acredita que o médico do programa valoriza prevenção e promoção de saúde nos atendimentos (item 13). Esse perfil se encaixa nos objetivos do programa, que busca fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País ⁴, bem como nas habilidades a serem desenvolvidas pelos acadêmicos e preconizadas pelas diretrizes curriculares nacionais, que demandam que o médico em formação adquira uma visão objetiva e global sobre as áreas que envolvem o sistema de saúde, como de atenção, gestão e educação em saúde ⁶.

No item 14, o qual afirma que os profissionais do PMMB destacam os achados da história clínica e do exame físico nos atendimentos, 50% dos alunos concordaram, entretanto 36,36% optaram pela alternativa “incerta”. Já 54,54% acreditam que receberam feedbacks positivos dos médicos do programa (item 15), o que aponta para a necessidade de padronização das atividades nas unidades de atenção primária. Esta questão também foi ressaltada nas respostas abertas, no tema integração entre os preceptores do Programa Mais Médicos para o Brasil e o curso de Medicina da Unifap, na qual os discentes acreditam que, para padronizar a rotina de atendimento entre os diversos grupos de alunos, os médicos poderiam conhecer melhor os objetivos da IESC para o quarto ano, suas funções, os conteúdos abordados e as atividades a serem realizadas. Essas medidas são importantes para que possam abranger de forma uniforme os alunos, proporcionando formação segundo o proposto pelas atuais diretrizes do Ministério da Educação, que preconizam que o médico em formação tenha capacidade em trabalhar em equipe, atender as demandas populacionais de maneira adequada e de solucionar problemas levantados a partir de sua rotina ⁶.

Outro tópico avaliado foi a utilização de protocolos por parte das equipes do PMMB, para o qual a resposta foi bastante diversificada, visto que a taxa de concordância foi 36,36%, 31,82% e 31,82% para as respostas desfavoráveis, favoráveis e incertas, respectivamente. O resultado encontrado pode ser decorrente de distintas dinâmicas e rotinas adotadas por cada unidade básica de atendimento do SUS, que demanda que cada profissional tenha uma abordagem peculiar de atendimento, que não raras vezes esbarram em limitações estruturais ainda presentes no SUS.

As limitações decorrentes da diferença de idioma, em se tratando dos preceptores estrangeiros, constituem outro aspecto negativo apontado pelos voluntários. Essa característica identificada pode dificultar a troca de experiências e o aprendizado entre os profissionais do programa e os acadêmicos de medicina ⁴.

Mesmo com as dificuldades encontradas na Atenção Básica, relacionadas à falta de estrutura adequada nas unidades de atendimento do SUS, quantidades insuficientes de médicos e preceptores e superlotação das unidades básicas de saúde, ao se comparar as atividades da IESC do quarto ano com as do terceiro ano (Gráfico 1), 47,83% dos alunos consideraram melhor do que o ano anterior, 26,09% consideraram muito melhor, 17,39% consideraram igual e 8,70% consideraram pior. Não foi possível quantificar a influência que a introdução do acompanhamento de médicos no PMMB teve nessa melhora de percepção pela maioria dos alunos. Contudo, a oportunidade de integração entre um programa cujo foco principal envolve atendimento a populações carentes de atendimento médico e a graduação de medicina demonstra potencial para a melhoria dos processos de aprendizado na comunidade e aumenta a satisfação de acadêmicos com a experiência, observado pelo grau de satisfação apresentado pelos estudantes de medicina da UNIFAP.

CONCLUSÃO

O problema da falta e má distribuição de médicos no Brasil tem sido enfrentado por meio de criação de programas governamentais que tradicionalmente buscaram atrair os profissionais para as áreas remotas por meio de salários maiores e outros auxílios. Essas estratégias não alcançaram a eficácia desejada e o problema persistiu por questões sociopolíticas que fogem à discussão que este artigo se propôs a debater. Em 2013 o Governo Federal lançou sua estratégia mais recente para resolver este problema, o Programa Mais Médicos para o Brasil, um projeto baseado em táticas que buscam resultados a curto prazo, isto é, resolver imediatamente a carência de profissionais de saúde, principalmente médicos, por meio da contratação de profissionais estrangeiros, e a médio e longo prazo, introduzindo mudanças no currículo médico e nos programas de residência médica.

Dentre as mudanças implantadas no currículo médico, encontra-se a integração precoce entre o aluno e o serviço, caracterizada pela inserção do estudante nas unidades de atendimento da atenção primária para que tenha contato desde cedo com a realidade do sistema de saúde e da comunidade

na qual futuramente irá atuar.

Nesse contexto, esse trabalho avaliou a percepção dos estudantes de medicina sobre sua experiência no acompanhamento de equipes do Programa Mais Médicos para o Brasil, medida implementada esse ano em sua grade.

De forma geral, a maioria dos discentes acreditou ter sido uma boa experiência, na qual puderam conhecer as rotinas na atenção básica, o perfil daquela comunidade atendida, abrangendo tanto seus aspectos clínicos como psicossociais. Além disso, puderam aprimorar seus conhecimentos e identificar suas necessidades de aprendizado, seja por meio de consulta supervisionada, seja por visitas domiciliares, as quais permitem, ao contrário do modelo hospitalocêntrico, o acompanhamento integrado e contínuo do paciente. Entretanto, por não participarem de reuniões com a equipe de saúde, encontrou-se uma lacuna a ser reduzida, uma vez que compreender os processos de trabalho e planejamento das equipes de saúde fortalece prevenção e promoção à saúde.

Apesar da integração à comunidade ter sido proveitosa, alguns aspectos revelaram necessidades de mudanças para que se possa extrair melhores resultados dessa estratégia, fato notado nas perguntas referentes às oportunidades para desenvolvimento de habilidades práticas, nas quais houve uma divisão de opiniões. Enquanto a maioria relatou ser possível a realização de exame físico e de opinar sobre diagnóstico ou tratamento, outra parcela significativa afirmou não poder realizar anamnese e dar opiniões sobre exames complementares. Segundo os acadêmicos, esse ponto poderia ser melhorado se os preceptores conhecessem melhor sua função, o que padronizaria as atividades.

Entretanto, ainda com as dificuldades encontradas na rotina de atendimento, os problemas estruturais das unidades de atendimento e a notável necessidade de melhoria em certos pontos da disciplina, a maioria dos alunos (73,92%) considerou as atividades da IESC deste ano melhores do que as do ano anterior, o que denota um potencial para a melhora dos métodos de aprendizado na comunidade baseado num programa cujo principal foco é o atendimento de populações que sofrem com a falta de médicos e que busca maior inserção do estudante nos níveis de atenção básica da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil enfrentado o tema provimento de médicos? Interface – Comunicação, Saúde, Educação. V. 17, n. 47, p.913-26, out/dez. 2013.
2. Cyrino AP, Godoy D, Cyrino EG. Saúde, ensino e comunidade, reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica. 2014.

3. Alves CL, Belisário SA, Abreu DMX. Curricular transformations in medical school: an exploration of the promotion change in Brazil. *Medical Education*: 47: 617-626, 2013.
4. Ministério da Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: O Ministério; 2015.
5. Brasil. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e da outras providências. Disponível em: Acesso em: 28 set. 2015.
6. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: O Ministério; 2014.
7. Brandão ERM, Rocha SV, da Silva, SS. Práticas de Integração Ensino-Serviço-Comunidade: Reorientando a Formação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(4), 573-577, 2013.
8. Leung KK, Liu WJ, Wang WD, Chen CY. Factors affecting students' evaluation in a community service-learning program. *Advances in Health Sciences Education*. 12(4), 475-490, 2007.
9. Birden HH, Wilson I. Rural placements are effective for teaching medicine in Australia: evaluation of a cohort of students studying in rural placements. 2012.
10. Likert RA. Technique for the measurement of attitudes. *Arch. Psychol.* v. 140, p. 1-55, 1932.
11. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinque. Princípios éticos para a pesquisa em seres humanos. Helsinque, 1964.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde.. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.
13. Martins AC, Schlosser AR, de Arruda RA, Klein WW, Andrade BWB, Labat ALB, da Silva-Nunes M. Ensino Médico e Extensão em Áreas Ribeirinhas da Amazônia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(4), 566-572, 2013.
14. Romanholi RMZ, Cyrino EG. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 693-705; 2012.

15. Guss G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática. Artmed. 2012.
16. Troncon LDEA. Ensino clínico na comunidade. *Medicina* (Ribeirão Preto. Online). 32(3);1999.
17. Oliveira HL. Medical education and development. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, EMRO/71/370, 1971.
18. dos Santos Franco I CAG, Cubas I MR, Franco I RS. Currículo de Medicina e as Competências Propostas pelas Diretrizes Curriculares. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(2), 221-230, 2014.
19. Dent JA, Harden RM. A Practical Guide for Medical Teachers (4th Ed.) London: Churchill Livingstone Elsevier. 2013.
20. Adler MS, Gallian DMC. Formação médica e serviço único de saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada. *Rev. bras. educ. méd*, 38(3), 388-396, 2014.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza-SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Artigo apresentado em 21-09-15

Artigo aprovado em 27-11-15

Artigo publicado no sistema em 30-12-15