

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC – SP
Faculdade de Ciências Médicas

Fabiana Arenas Stringari de Parma

**Percepção dos profissionais de saúde em relação às práticas e integração
dos estudantes de medicina na atenção primária à saúde**

Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde

SOROCABA
2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC – SP

Faculdade de Ciências Médicas

Fabiana Arenas Stringari de Parma

**Percepção dos profissionais de saúde em relação às práticas e integração
dos estudantes de medicina na atenção primária à saúde**

Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde

Trabalho final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em **Educação nas Profissões da Saúde**, sob a orientação do Prof. **Dr. Fernando Antônio de Almeida**.

SOROCABA

2018

P253 Parma, Fabiana Arenas Stringari de
Percepção dos profissionais de saúde em relação às práticas e integração dos estudantes de medicina na Atenção Primária à Saúde. / Fabiana Arenas Stringari de Parma. -- Sorocaba, SP, 2018.

Orientador: Fernando Antônio de Almeida.
Trabalho Final (Mestrado Profissional) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde.

1. Educação Médica. 2. Estudantes de Medicina. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Serviços de Integração Docente-Assistencial. I. Almeida, Fernando Antonio de. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. III. Título.

Fabiana Arenas Stringari de Parma

**Percepção dos profissionais de saúde em relação às práticas e integração dos estudantes
de medicina na atenção primária à saúde**

Trabalho final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em **Educação nas Profissões da Saúde**, sob a orientação do Prof. **Dr. Fernando Antônio de Almeida**.

Aprovada em: ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

SOROCABA

2018

AGRADECIMENTOS

A Deus sobre todas as coisas, por me proporcionar este encontro de coragem e fé com Votuporanga.

À PUC-SP, pelo grandioso acolhimento de seus profissionais e ensinamentos do corpo docente deste programa de mestrado.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fernando Antônio de Almeida, por toda sabedoria.

À UNIFEV, por me proporcionar esta experiência.

À Secretaria Municipal de Saúde, por autorizar a pesquisa.

Ao SUS, que ensina e a todos os profissionais que aceitaram este desafio.

Aos amigos, que tiveram paciência comigo, em especial ao Jailson, que me incentivou.

À minha família, por ter suportado minhas ausências e por me dar amor!

Parma FAS. Percepção dos profissionais de saúde em relação às práticas e integração dos estudantes de medicina na atenção primária à saúde.

RESUMO

Introdução: O curso de medicina do Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV) foi implantado em 2012 segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (DCN) de 2001, sendo o módulo Prática de Integração Ensino Serviço Comunidade (PIESC) a unidade curricular que insere os discentes nos cenários da Atenção Primária à Saúde (APS) desde o primeiro período do curso até o internato, rompendo, assim, com o modelo tradicional de formação centrada no hospital e segmentada em especialidades. O módulo Treinamento de Habilidades e Atitudes Médicas (THAM) também leva o aluno, em alguns momentos, aos serviços da APS, mas com enfoque nos procedimentos clínicos básicos, em cenários controlados, que podem ser os da prática clínica, mas também os simulados ou em laboratórios de habilidades. No internato, o aluno continua na APS, com estágio em Medicina Geral, de Família e Comunidade (MGFC), sendo este de maior carga horária. Nesse contexto, a integração ensino-serviço-comunidade exerce um papel importante entre os movimentos de transformação da graduação em saúde, que visam também a modificação do modelo assistencial vigente. **Objetivos:** Compreender a percepção dos profissionais das Unidades de Saúde da Família em relação à inserção dos estudantes de medicina nesses serviços e interpretar os reflexos dessa integração para o serviço, para a comunidade e para a formação médica. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, realizada com profissionais de saúde que atuam em três Unidades de Saúde da Família do município de Votuporanga, SP. Eles foram convidados a participar de grupos focais nos quais expressaram suas opiniões de acordo com as perguntas disparadoras de discussão. O material gravado foi transcrito, organizado e submetido à análise de conteúdo de Bardin, de onde emergiram categorias de análise apresentadas por meio de recortes das falas dos participantes. **Resultados e Discussão:** O estudo permitiu identificar que a integração ensino, serviço e comunidade contribui para as três áreas envolvidas. Entre as contribuições, destacaram-se as práticas reflexivas assistenciais e acadêmicas, as atividades de educação em saúde, o apoio discente à equipe na resolução de problemas da realidade local e o trabalho em equipe que, em conjunto, favorecem a formação de um novo perfil de profissional médico. Foram identificadas algumas situações de dificuldade, tais como o constrangimento de pacientes na consulta médica com a presença dos estudantes e o curto tempo de permanência desses estudantes para a necessária construção de vínculo. Não foram apontadas desvantagens à formação médica.

Palavras-chave: Educação em saúde, ensino, integração à comunidade, integração docente assistencial, atenção primária à saúde.

Parma FAS. Perception of the health care professionals, regarding practical skills integration of medicine students in to the primary health care environment.

ABSTRACT

Introduction: The medicine course of Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV) was implemented in 2012 according to the National Curricular Guidelines for the Medicine Graduate Courses (DCN in portuguese) of 2001. The Practical module of Community Service Education Integration (PIESC in portuguese) is the curricular unit that inserts students in Primary Health Care scenarios (APS in portuguese) since the first period of the course until the Internship, breaking with the traditional model of hospital-centered training, which is segmented in specialties. The module of medical skills and attitudes training (THAM in portuguese) also leads the student, in some cases, to the PHC services, but with focus on the basic clinical procedures in controlled scenarios, which may be those from typical clinical practice, as well as those simulated or even made in skill laboratories. At Internship, the student continues in PHC as an intern in general, family and community medicine (MGFC in portuguese) with the highest number of working hours. In this context, the integration of community-education-service plays a major role among the movements of transformation in health graduation, which also aim at modifying the current health care model. **Objectives:** Understand the perception of professionals in the Family Health Units as to the inclusion of medical students in these services and interpret the results of this integration as far as the service, the community and the medical training are concerned. **Methodology:** Qualitative research carried out with health professionals who work in three Family Health Units of Votuporanga, São Paulo. They were invited to participate of focus groups to express their opinions about thought-provoking questions. The recorded material was transcribed, organized and analyzed according to a method called “Bardin content analysis”, which allowed categories of analysis to emerge based on parts of the participants’ speeches. **Results and Discussion:** The study has concluded that the integration of community-service-education contributes to the three areas involved. Among the contributions we can point out the academic and health care reflexive practices, educational activities in health, the students’ support to the team in solving problems of local reality and the teamwork that stimulated the emergence of a new profile of medical professionals. We identified some difficult situations, such as patients’ embarrassment in medical appointments with the presence of the students and the short period of permanence of these students to the necessary construction of a bond. There were no disadvantages to medical training.

Keywords: Health education, teaching, community integration, health care teaching integration, primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Matriz curricular: distribuição de áreas.....	14
Figura 2 - Prática de Integração Ensino Serviço Comunidade (PIESC)	16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS –	Atenção Primária em Saúde
DCN –	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina
PIESC –	Prática de Integração Ensino Serviço Comunidade
SUS –	Sistema Único de Saúde
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UNIFEV –	Centro Universitário de Votuporanga
USF –	Unidade de Saúde da Família
MGFC –	Medicina Geral, de Família e Comunidade

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
1. INTRODUÇÃO.....	13
2. PROBLEMÁTICA E HIPÓTESE.....	20
3. OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral.....	21
3.2 Objetivo específico.....	21
4. METODOLOGIA.....	22
4.1 Participantes e locais de pesquisa.....	23
4.2 Caracterização dos grupos focais.....	24
4.3 Procedimentos nos grupos focais.....	26
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5.1 Análise de conteúdo das discussões nos grupos focais.....	27
5.1.1 O aluno promove a integração e o autoaprendizado da equipe.....	27
5.1.2 A integração do aluno tem impacto na comunidade.....	30
5.1.3 O aluno contribui para o processo de trabalho.....	32
5.1.4 A integração ensino, serviço e comunidade contribui para a formação médica.....	34
CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNCICES.....	43
ANEXOS.....	64

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Iniciei minha formação médica pela Universidade São Francisco - Bragança Paulista, onde me formei em 2001 e realizei, em seguida, estágio de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Trabalhei por cinco anos como Médica Geral de Família e Comunidade em São Paulo e, depois, em Votuporanga. Lá, também atuei na rede de Urgência e Emergência até 2007, quando fui contratada para implantar o primeiro Ambulatório Médico de Especialidades (AME) do Estado de São Paulo após ter realizado duas especializações em gestão de saúde: uma pelo Hospital Sírio Libanês e outra pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Em 2009, quando fui empossada Secretária Municipal de Saúde, a Fundação Educacional de Votuporanga (FEV) já articulava, há mais de dois anos, a abertura de um curso de medicina no Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV).

Assim, em muitos momentos, pude fazer parte dos diálogos para a conquista e implantação desse curso, inclusive da tarefa inicial, apresentada ao grupo na figura do então membro da Comissão de Especialistas de Ensino Médico do Ministério da Educação (MEC) Dr. Adib Jatene. Ele foi implantar primeiramente o Programa de Residência Médica na Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga nas áreas básicas de especialização em pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, clínica médica e radiologia para, então, podermos reunir os pré-requisitos para o credenciamento do curso de graduação em medicina.

Em 2010, iniciamos a primeira turma de residência médica e, no segundo semestre de 2012, a primeira turma do curso de medicina da UNIFEV. Agora, em junho de 2018, formamos a primeira turma de médicos desse curso e o meu sentimento é de gratidão por ter feito parte dessa trajetória de muito aprendizado.

Fui Secretária de Saúde de Votuporanga por oito anos, de 2009 a 2016, e pude, assim, viver a experiência de implantar seis novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na modalidade de Estratégia de Saúde da Família; reestruturar outras seis Unidades já implantadas; implantar o SAMU-192 - com uma Unidade de Suporte Avançado (USA) e quatro Unidades de Suporte Básico (USB) para atender a nossa região de saúde composta por dezessete municípios; implantar uma UPA porte I municipal na zona norte da cidade e reestruturar um Pronto Atendimento Municipal na zona sul para, juntamente com o Complexo Regulador, organizar a Rede de Urgência e Emergência; implantar o Centro de Atenção

Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS-AD) e reestruturar o CAPS-II e um Ambulatório de Saúde Mental; implantar o Programa Melhor em Casa para organizar a assistência domiciliar em suas diferentes modalidades, dentre muitas outras ações de Vigilância em Saúde com o objetivo de organizar e estruturar a Rede de Atenção Primária do município, visando à qualidade da assistência prestada na perspectiva da integralidade, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, cumprindo seu papel na formação dos profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse período, Votuporanga participou do Programa Melhor Qualidade e Acesso (PMAQ) do Ministério da Saúde e recebeu nota muito acima da média em todos os serviços qualificados, além de premiações importantes como, nos anos de 2012 e 2016, o Prêmio Prefeito Amigo da Criança da Fundação Abrinq, com honraria na categoria Reconhecimento Pleno por ter melhorado a vida de crianças e adolescentes. Um dos índices analisados pela Fundação foi a redução de quase 80% na mortalidade infantil. Em 2008, foram registrados 23,33 óbitos para cada mil crianças nascidas vivas. No ano de 2015, esse índice foi reduzido a 5,46.

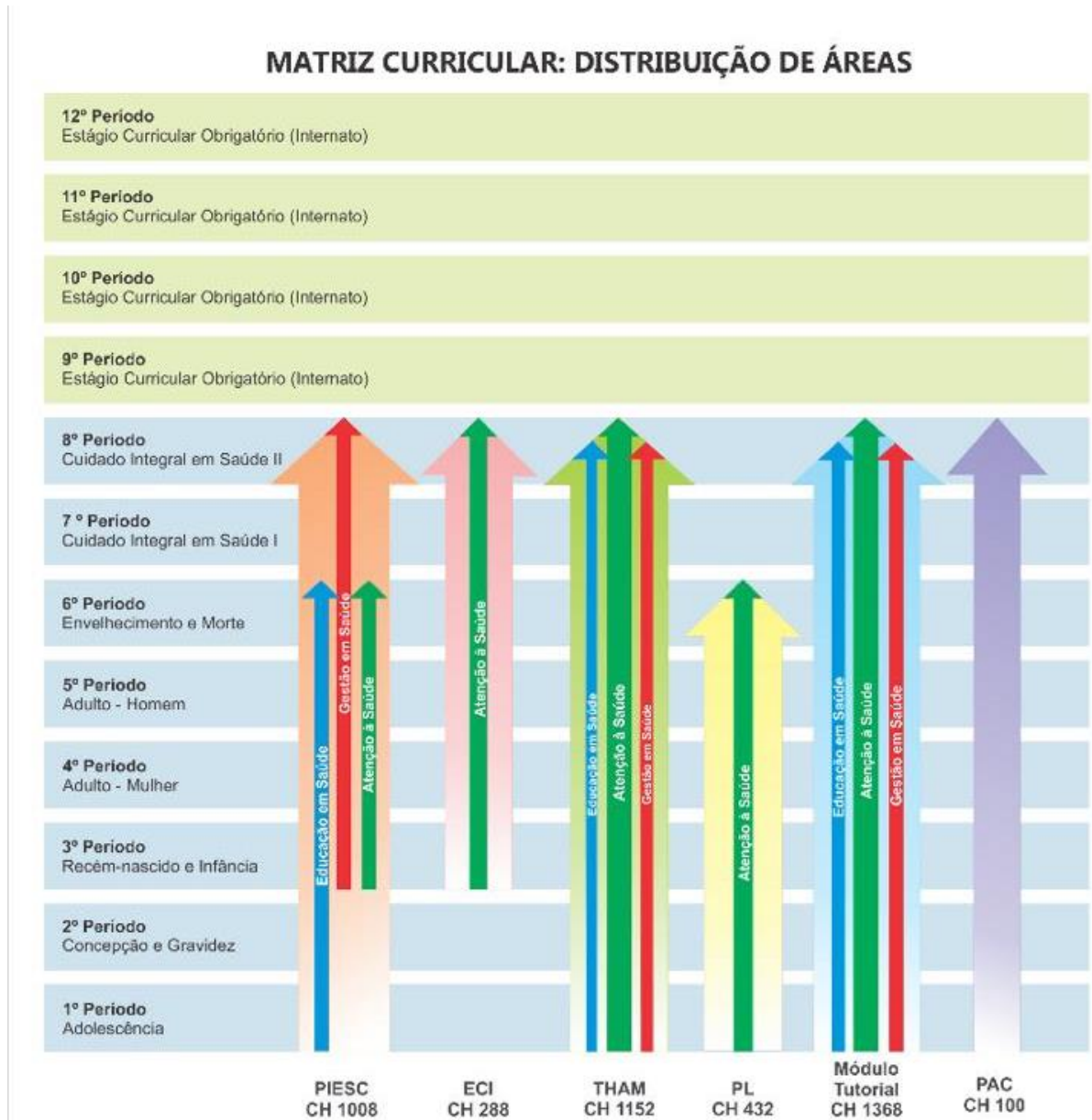
A partir de 2013, fui contratada como professora do curso de medicina da UNIFEV para sessões tutoriais do terceiro, quarto, quinto e sexto períodos do curso de medicina e pude participar, também, da construção do Projeto Pedagógico do curso. Em 2015, concluí Especialização em Docência na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e, em 2016, passei a exercer a função de coordenadora do estágio de Medicina Geral, de Família e Comunidade no Internato. E foi assim que, sentindo a necessidade de me qualificar para ser uma educadora melhor, iniciei em 2016 o Programa de Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde da PUC-SP, tendo o privilégio de aprender com todo o corpo de adoráveis professores que aqui me acolheram - em especial meu orientador, Prof. Dr. Fernando Antônio de Almeida, gigante no saber. O gigante mais doce e gentil que já conheci, que, com todo seu conhecimento embrulhado em humildade, me conduziu nesta intensa caminhada, conflituosa na adequação do tempo, mas de eterno enriquecimento do “aprender a aprender”.

1. INTRODUÇÃO

O Curso de Medicina do Centro Universitário de Votuporanga-SP (UNIFEV) foi implantado em 2012, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES N° 4, de 07/11/2001),¹ que determinam as competências e habilidades para a formação de médicos generalistas e apontam que os conteúdos essenciais estão relacionados com os determinantes do processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados às realidades epidemiológica e profissional. Em 2014, houve uma atualização desta DCN (Resolução CNE/CES N° 3, de 20 de junho de 2014)² determinando o estágio obrigatório no Sistema Único de Saúde (SUS), na Atenção Primária a Saúde (APS) e nos serviços de urgência e emergência, além de estabelecer que o internato deve ter a duração mínima de dois anos, com 30% da carga horária cumprida no SUS.

O curso de medicina da UNIFEV tem duração de seis anos e regime seriado semestral oferecido em período integral de segunda-feira a sábado, com incentivo aos alunos para que participem de projetos de iniciação científica, de extensão e estágios extracurriculares. A matriz curricular do curso de medicina tem carga horária de 7.708 horas, sendo 4.248 horas em unidades curriculares teóricas/práticas, 100 horas de atividades complementares e 3.360 horas de estágio curricular obrigatório (internato). Os conteúdos foram agrupados e distribuídos em unidades curriculares de modo a contemplar aspectos que promovam o desenvolvimento de competências relacionadas à atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde.³ A instituição denomina cada semestre de “Período”. Cada período corresponde a uma unidade temática de acordo com os ciclos de vida, totalizando oito unidades: 1º período – Adolescência; 2º período - Concepção e Gravidez; 3º período - Recém-Nascido e Infância; 4º período - Adulto Mulher; 5º período - Adulto Homem; 6º período - Envelhecimento e Morte; 7º período - Cuidado Integral em Saúde I; 8º período- Cuidado Integral em Saúde II; 9º, 10º, 11º e 12º períodos - estágio curricular obrigatório ou Internato.

As unidades temáticas (períodos) são compostas por quatro ou cinco unidades curriculares (figura 1), a saber: Práticas Laboratoriais (PL), Módulo Tutorial (MT), Treinamento de Habilidades e Atitudes Médicas (THAM), Prática de Integração Ensino Serviço Comunidade (PIESC) e Estudo de Caso Integrado (ECI).

Figura 1 – Matriz curricular: distribuição de áreas

CH – Carga Horária

ECI= Estudo de Caso Integrado

MT= Módulo Tutorial

PAC= Programa de Atividades Complementares

PIESC= Prática de Integração Ensino, Serviço e Comunidade

PL= Práticas Laboratoriais

THAM= Treinamento de Habilidades e Atitudes Médicas

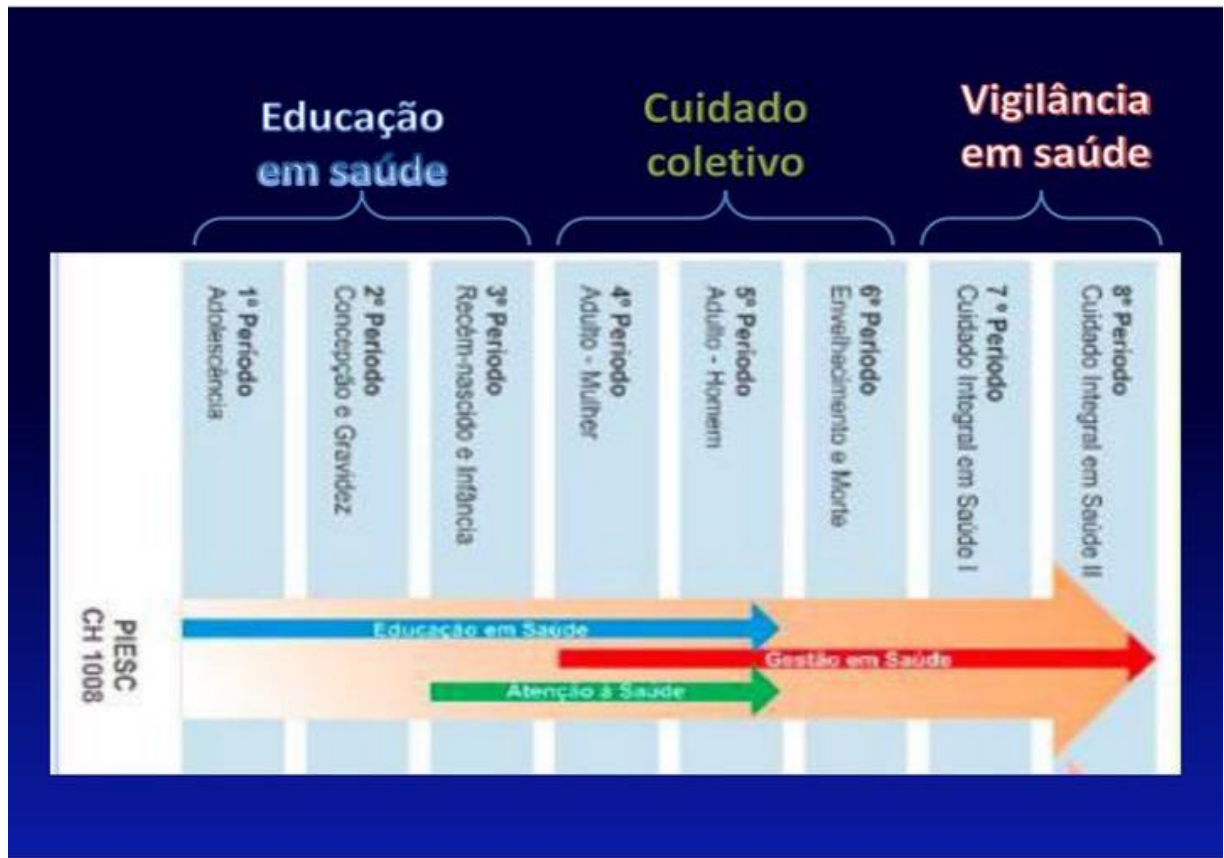
Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNIFEV

Para ser generalista, o aluno deve apropriar-se dos conhecimentos gerais das diferentes áreas da medicina, principalmente de conceitos e ações da APS. Assim, a Prática de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC) é a unidade curricular que tem a responsabilidade didático-pedagógica-social de proporcionar ao aluno a vivência do cotidiano da APS desde o primeiro período do curso. De acordo com esta realidade, Hernández (1998) refere que John Dewey, ainda no século XX, afirmou que:

[...] aprende-se participando, vivenciando sentimentos, tomando atitudes diante de fatos, escolhendo procedimentos para atingir determinados objetivos e ensina-se não só pelas respostas dadas, mas principalmente pelas experiências proporcionadas, pelos problemas criados, pela ação desencadeada.⁴

A PIESC desenvolve ações de educação em saúde, atenção à saúde (cuidado coletivo) e gestão/vigilância em saúde nos diferentes ciclos da vida, já que o curso é modulado nessa perspectiva (figura 2). Durante os seis primeiros períodos do curso, os alunos são acompanhados por um tutor de diferentes áreas da saúde (enfermeiro, farmacêutico, assistente social, médico, psicólogo) e exercem uma trajetória de reconhecimento das necessidades de saúde da população atendida naquela área para propor e executar projetos de intervenção. No sétimo período, o estudante vivencia ações teóricas e práticas de gestão em saúde e, no oitavo, as experiências de vigilância em saúde, para, assim, chegar aos quatro últimos períodos do curso em regime de internato.

Figura 2 – Prática de Integração Ensino Serviço Comunidade (PIESC)



Fonte: Projeto Pedagógico do curso de medicina da UNIFEV

O primeiro ciclo da PIESC ocorre nos três primeiros períodos letivos (figura 2). No primeiro período, grupos de dez alunos acompanhados por um tutor identificam as necessidades de saúde de adolescentes e crianças na intersetorialidade de assistência social e educação de uma USF, tais como no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), escolas de ensino fundamental e médio. No segundo período, é elaborado um projeto de intervenção em saúde da criança com foco em uma necessidade de saúde levantada no semestre anterior. Esse projeto é elaborado com rigor científico para que o aluno entenda todos os passos e trâmites de uma pesquisa e é, obrigatoriamente, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. No terceiro período, o referido projeto é desenvolvido e avaliado. No segundo ciclo da unidade curricular PIESC, composto pelo quarto, quinto e sexto períodos do curso, os alunos identificam necessidades coletivas de saúde e desenvolvem um projeto de intervenção para um grupo populacional específico correlacionado ao ciclo de vida do período letivo vigente nas outras unidades curriculares (tutorial, habilidades, etc.). No último ciclo da

unidade curricular PIESC, que ocorre no sétimo e oitavo períodos, os alunos vivenciam aspectos relevantes da gestão e vigilância em saúde e refletem sobre eles em UBS, UPA (Unidades de Pronto Atendimento), CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) II/AD, SAE (Serviços de Atenção Especializada- DST, AIDS e HEPATITES) e Secretaria Municipal de Saúde.

Dessa forma, a principal metodologia de ensino-aprendizagem utilizada na PIESC é a metodologia de projetos, com atividades desenvolvidas em oito horas semanais por tutores de várias profissões de saúde como psicólogos, farmacêuticos e enfermeiros, na APS e nos cenários onde suas práticas se articulam.

Segundo Alves e Oliveira,⁵ a proposta da “metodologia de projetos” surgiu no início do século XX com os filósofos e educadores americanos John Dewey e William Kilpatrick. Dewey acreditava que a educação é o único meio realmente efetivo para a construção de uma sociedade democrática. Os principais objetivos da Pedagogia de Projetos estão em acordo com as mais recentes linhas de ação pedagógica, como: levar o educando a passar por uma situação autêntica de vivência e experiência, possibilitar a interação do aluno no processo de construção de conhecimento, viabilizar a aprendizagem significativa e ativa, proporcionar ao aluno uma visão da realidade e um desejo contínuo de aprendizagem e estimular a iniciativa, a autoconfiança e o senso de responsabilidade.

Na unidade curricular de Treinamentos de Habilidades e Atitudes Médicas (THAM), o aluno também comparece com seus tutores médicos em cenários controlados, simulados ou de prática clínica da APS para treinamento de procedimentos clínicos básicos específicos de cada período sem o enfoque de vivenciar o serviço.

Chegando ao Internato, o aluno mantém estágio por dois anos com carga horária de 672 horas na Medicina Geral, de Família e Comunidade (MGFC) e tem supervisão direta do preceptor, que é o médico da Unidade de Saúde da Família (USF), com quem o aluno fica 84 dias consecutivos por ano. Esse é o estágio de maior carga horária do Internato, correspondendo a vinte por cento (20%) do seu total.

Essa proposta de ensino está de acordo com as duas últimas DCNs e com o movimento que as escolas médicas estão fazendo no sentido de se aproximar da APS e das necessidades da população atendida pelo SUS. Neste sentido, Pereira *et al*, 2009, pag. 101, trazem a seguinte reflexão:

Observa-se a vital importância da inserção dos alunos na UBS sob a supervisão direta do preceptor, que é o médico de família daquela comunidade, pois, mais do que aprender a rotina do serviço de saúde e desenvolver procedimentos, permite a construção do conhecimento de forma mais aproximada às necessidades de saúde da população assistida.⁶

Portanto, a UNIFEV inseriu os alunos nos serviços da APS de Votuporanga com seus tutores no segundo semestre de 2012 até o segundo semestre de 2016, quando iniciaram o Internato e passaram a ter como preceptores os próprios médicos de família dos serviços.

Pinheiro, Moreira e Freitas⁷ relatam que algumas escolas médicas do Brasil, assim como a UNIFEV, já estão fundamentadas na formação generalista, no modelo de saúde universalista e comprometidas com a busca da equidade social, pois a educação médica e o desenvolvimento de pesquisa devem acompanhar as transformações da sociedade e suas necessidades em saúde.

Entretanto, em muitas escolas médicas, ainda se observa o enfoque do modelo Flexneriano de ensino (tradicional), hospitalocêntrico e voltado para as doenças e as especialidades médicas. Essa formação com enfoque hospitalar e mecanicista é reproduzida nos serviços de saúde com uma visão voltada para o reconhecimento de doenças em detrimento de atuações nos determinantes do processo saúde-doença, dificultando a compreensão da pessoa como um todo e a resolução dos cuidados passíveis de serem realizados na APS.

Nesse contexto, muitos são os debates sobre a integração ensino-serviço em consonância com os movimentos de transformação da graduação em saúde, que pretende impulsionar algumas práticas profissionais visando a modificação do modelo assistencial vigente.⁸

A inserção dos estudantes de medicina na rotina de trabalho das unidades de saúde vai além da necessidade de cumprimento de grade curricular. Os estudantes também integram a equipe de trabalho e interagem com a comunidade em um cenário dinâmico de práticas. Essa integração busca refletir as práticas de saúde, fortalecendo a APS e contribuindo para o aprendizado.

A decisão de ampliar as práticas de ensino para além dos hospitais e da atenção especializada, criando esse cenário de aprendizagem nos serviços de APS, foi tomada com base nas recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina, e, também, porque os gestores e o projeto pedagógico da UNIFEV acreditam que essa ação terá como resultado um médico com formação generalista preparado para reconhecer as necessidades de saúde da comunidade e atuar no Sistema Único de Saúde

(SUS) com resolutividade. Isso ajudaria a escola a cumprir o seu papel social junto ao sistema de saúde local, que aceitou mais esse desafio do SUS. Esta integração foi articulada entre os gestores da UNIFEV e os gestores do SUS por intermédio do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES). Entre eles, celebram a Fundação Educacional de Votuporanga e a Prefeitura Municipal de Votuporanga para a realização de atividades práticas de ensino dos alunos do curso de medicina na rede de serviços de saúde do município vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos serviços pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde como cenários de práticas acadêmicas.

No entanto, avaliar esta integração se faz necessário, inclusive pelo fato de os alunos estarem inseridos em serviços nos quais a maioria dos atores envolvidos experimentaram formações com enfoque hospitalar e, através de poucas ações de educação permanente, devem mudar esse modelo assistencial. Esses profissionais, na maioria das vezes, também não foram adequadamente preparados para receber, acolher e ensinar os alunos que frequentam seu local de trabalho e se inserem no dia-a-dia da unidade.

Assim como Massote, Belisário e Gontijo, há muitos estudiosos avaliando a integração ensino-serviço sob a ótica dos alunos e das instituições de ensino.⁹ Porém, são poucas as pesquisas que buscam compreender a inserção dos alunos nos serviços sob a ótica dos profissionais de saúde que vivenciam essa experiência, como Caldeira, Leite e Rodrigues-Neto.¹⁰ Por essa razão, neste estudo optou-se por compreender a percepção dos profissionais da APS sobre a inserção dos estudantes de medicina da UNIFEV nas Unidades de Saúde da Família (USF) onde atuam. Deseja-se alcançar a percepção destes trabalhadores não somente em relação às práticas profissionais no serviço, mas também em relação à formação dos estudantes de medicina e seus reflexos para a comunidade.

2. PROBLEMÁTICA E HIPÓTESE

Diante das DCNs, que determinam as competências e habilidades para a formação de médicos generalistas e apontam que os conteúdos essenciais estão relacionados com os determinantes do processo saúde-doença do indivíduo e do coletivo no sistema de saúde vigente no País, os estudantes de medicina da UNIFEV foram inseridos, desde o início do curso, nos serviços da APS de Votuporanga. Portanto, torna-se importante compreender a percepção que os profissionais de saúde que os receberam e os orientam têm sobre as práticas e integração dos estudantes de medicina em seus serviços para, assim, entender, interpretar e elaborar reflexões que possam trazer melhorias à integração ensino, serviço e comunidade. A UNIFEV inseriu os alunos nos serviços da APS no segundo semestre de 2012 e, até o momento, não realizou tal avaliação.

Pressupõe-se que a inserção de estudantes de medicina na APS, além de desenvolver e qualificar habilidades e atitudes médicas generalistas, possa melhorar a qualidade da assistência à saúde da população daquele território, pois através da realidade concreta das necessidades de saúde de uma população é que devem ser desenvolvidos os conteúdos acadêmicos e as práticas dos serviços.

Espera-se com esta pesquisa apurar a percepção que os profissionais de saúde têm acerca da presença dos estudantes de medicina nas atividades diárias das USFs, identificando os benefícios e as dificuldades para o serviço, para a comunidade e para a formação médica. Assim, sob a ótica dos profissionais de saúde, será possível contribuir com eventuais ajustes na integração ensino, serviço e comunidade.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a percepção dos profissionais das Unidades de Saúde da Família em relação à inserção dos estudantes de medicina nesses serviços e interpretar os reflexos dessa integração para o serviço, para a comunidade e para a formação médica.

3.2 Objetivo específico

Identificar benefícios e dificuldades dessa integração para o serviço de saúde, para a formação médica e para a comunidade sob a ótica dos profissionais de saúde.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, transversal e qualitativa realizada em três Unidades de Saúde da Família, que são cenários de práticas e integração dos estudantes de medicina. Optou-se por uma abordagem qualitativa, pois o objetivo é captar a percepção dos profissionais que atuam e vivenciam o contexto dos estudantes de medicina nos serviços de saúde. Essa abordagem é capaz de incorporar o significado e a intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, preocupando-se com a realidade que não pode ser quantificada e trabalhando um universo de significados, aspirações, sentimentos, crenças e valores.¹¹

Autores como Aschidamini e Saupe defendem que essa abordagem metodológica é especialmente indicada para o desenvolvimento de pesquisas em saúde, implementação e avaliação de programas educacionais com foco na educação em saúde.¹²

A coleta de dados foi por meio de entrevistas realizadas em grupos focais (Apêndice1), ou seja, entrevista em grupo que tem seus fundamentos teórico-metodológicos nas teorias de grupo, na sociologia e na psicologia social crítica. A escolha desse método se justifica pela característica humana de formar e emitir opiniões a partir da interação em grupo. Os grupos focais utilizam a interação grupal para produzir dados e percepções que dificilmente seriam conseguidos fora do grupo, visto que esses profissionais de saúde têm pouca oportunidade de refletir sobre a integração ensino, serviço e comunidade vivenciada. Os dados obtidos a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos levam em conta o processo do grupo, tomados como maior do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais.¹³

Bardin, ao discorrer sobre a abordagem de grupo focal, traz a seguinte definição:

É uma forma de coleta de dados diretamente por meio da fala de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema. Desse modo, o grupo focal é uma técnica para a exploração de um tema pouco conhecido, visando o delineamento de pesquisas futuras e a produção de sentido e significados sobre determinado tema, pois sua orientação está voltada para a geração de hipóteses, e desenvolvimento de modelos e teorias.¹⁴

Após a coleta, os dados foram organizados em consonância com as etapas propostas por Bardin¹⁴ através do método de Análise de Conteúdo: a análise prévia, a exploração do

material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Em seguida, foram expostos em categorias de análise e, para a apresentação dos dados, foram utilizados recortes de relatos dos profissionais de saúde. Nesses recortes, os participantes foram identificados por siglas que caracterizam sua formação e número de inscrição para identificar sua participação nos grupos, sendo: M/médico, F/farmacêutico, AS/agente de saúde, E/enfermeiro, TE/técnico de enfermagem, AE/ auxiliar de enfermagem, AB/auxiliar em saúde bucal, D/dentista, R/recepcionista, G/gerente administrativo.

Bardin¹⁴ define a análise de conteúdo como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações”, tendo como finalidade principal a interpretação dessas comunicações. Pressupõem-se registro e transcrição dos dados e construção de categorias de análise. Deve haver registro tanto do conteúdo da discussão em grupo quanto do processo grupal. Dessa forma, o procedimento de análise de grupos focais envolve tanto uma análise temática quanto uma análise das interações, necessariamente interligadas.

Esse método de análise de conteúdo surge como uma ferramenta para a compreensão de significado que os atores exteriorizam em suas falas, permitindo ao pesquisador o entendimento das apresentações do indivíduo em relação à sua realidade e à interpretação que faz dos significados à sua volta.

Optou-se por essa técnica uma vez que Minayo¹¹ defende que ela é a que melhor atende às pesquisas qualitativas voltadas à saúde, pois a noção de tema está ligada à afirmação dos pesquisados a respeito da discussão da pesquisa. E, vai além, quando nos apresenta também um decálogo que trata processualmente a análise do material qualitativo, trazendo contribuições à tipificação do conteúdo.¹⁵

Esclarecemos, ainda, que essa pesquisa foi conduzida com todo o rigor metodológico por considerar que seus resultados possam orientar a tomada de decisão, visando qualificar a formação dos futuros profissionais que atenderão às necessidades de saúde da sociedade. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFEV (processo número 2154472, Anexo1) e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Votuporanga (Anexo2).

4.1 Participantes e locais de pesquisa

Foram convidados a participar da pesquisa profissionais de saúde que trabalharam em Unidades de Saúde da Família (USF) de Votuporanga em 2016 (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares odontológicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde,

agentes de combate a endemias, farmacêuticos e administrativos). Como critério de seleção, foram admitidos apenas profissionais com mais de seis meses de trabalho nas USFs, por entendermos que esse é um tempo necessário para que o profissional tenha conhecimento, relacionamento e interação com estudantes de medicina no contexto do trabalho.

A participação de todos os profissionais foi voluntária, mediante preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice2) no qual constavam os objetivos e a metodologia da pesquisa.

A pesquisa foi desenvolvida com trinta e cinco profissionais de nove Equipes de Saúde da Família localizadas em três USFs da rede de atenção primária de Votuporanga, que possui hoje 11 USFs com 19 Equipes. Das 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes no município, optou-se por realizar a pesquisa com os profissionais de três USFs, especificamente o Consultório Municipal Jerônimo Figueira da Costa Neto, o Consultório Municipal Dr. Ruy Pedroso e o Consultório Municipal Dr. Gumercindo Hernandez Morales. A escolha das unidades levou em consideração o fato de as referidas serem cenários de práticas para a PIESC desde o primeiro período do curso de medicina e para o internato iniciado em julho de 2016.

4.2 Caracterização dos grupos focais

Os grupos focais foram formados por 8 a 14 participantes, sofrendo variações a depender da composição das equipes, do tamanho da USF e da manifestação de interesse em participar do grupo na chegada da pesquisadora ao local da pesquisa, pois, desde que atuassem na Unidade há pelo menos seis meses, não foram excluídos.

O número de participantes de um grupo focal deve ser pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor suas ideias e grande o bastante para que os participantes possam vir a fornecer consistente diversidade de opiniões. Quantificando esse raciocínio, podemos concluir que uma sessão de grupo focal deve ser composta por, no mínimo, quatro e, no máximo, doze pessoas.¹⁶

Por sua vez, para não causar constrangimento às equipes nas quais treze e quatorze profissionais se voluntariaram e não tinham critério de exclusão, optou-se por realizar dois grupos compostos por mais de doze pessoas. De fato, alguns participantes, mesmo com os esforços do moderador do grupo, deixaram de expor suas ideias. No entanto, não houve prejuízo para a aplicação da técnica de grupo focal, pois os objetivos da pesquisa foram

alcançados graças aos debates das impressões e concepções dos participantes sem que houvesse dispersão e conversa paralela entre os que não se manifestaram.

O primeiro grupo focal foi realizado no Espaço UNIFEV com oito médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família das Unidades pesquisadas. A média de idade dos profissionais participantes foi de 28,5 anos. A realização desse primeiro grupo focal apenas com médicos foi devida ao fato desses serem preceptores do internato, o que os mantém com os estudantes em período integral de suas atividades profissionais, exercendo a docência e a assistência. Segundo Cruz Neto et al.,¹⁷ grupos focais homogêneos, apesar de serem aparentemente mais fáceis de conduzir devido a um suposto “ambiente de segurança psicológica”, podem reservar verdadeiras armadilhas quando existir, entre os participantes, relações de hierarquia. No entanto, não houve nesse grupo relações de hierarquia, criando, de fato, um ambiente protegido e propício para o debate das situações de preceptoria e assistência inerentes a todos os participantes.

O segundo grupo focal foi realizado na sala de reuniões da USF Consultório Municipal Dr. Ruy Pedroso com treze participantes, sendo quatro agentes comunitários de saúde, duas enfermeiras, uma auxiliar odontológica, uma auxiliar de enfermagem, uma farmacêutica, uma recepcionista, duas técnicas de enfermagem, além da gerente administrativa da unidade. A média de idade desse grupo ficou em 30 anos. Com exceção das enfermeiras, da farmacêutica e da gerente administrativa, que possuem graduação e especialização nas áreas afins, todos os demais profissionais completaram o ensino médio.

O terceiro grupo focal foi realizado na sala de reuniões da USF Consultório Municipal Dr. Gumerindo Hernandes Morales e contou com um número maior de participantes: 14 profissionais. Participaram do grupo focal um médico com especialização em saúde da família, duas dentistas, uma técnica de enfermagem com ensino médio e técnico concluídos, além de dez agentes de saúde divididos entre agentes comunitários e de combate a endemias, todos com ensino médio completo. Nesse grupo, a média de idade dos participantes foi de 37 anos.

Com relação a esses dois grupos heterogêneos interprofissionais, há que se constatar que o entrosamento foi mais difícil, cabendo ao mediador o papel de criar um ambiente propício ao debate. No entanto, bem explorados, esses grupos geraram relatos e discussões menos contidas e com grande riqueza de informações.

4.3 Procedimentos nos grupos focais

A moderadora dos grupos focais foi a pesquisadora responsável, que conduziu as discussões de modo a assegurar um ambiente democrático de expressão das opiniões dos participantes, tentando garantir a participação de todos os integrantes do grupo na discussão e tendo como foco o tema em questão. Inicialmente, foi realizado um acordo grupal para que cada participante, identificado numericamente, realizasse sua inscrição antes de se manifestar de modo que todos tivessem o direito de concluir suas falas sem interrupções e que se restringissem as conversas paralelas que pudessem prejudicar a gravação do material. Os grupos tiveram uma média de trinta minutos de debate.

Houve também a presença de um observador com posição menos ativa, restringindo-se ao registro de comunicações não-verbais presentes, linguagem, atitudes, preocupações e inscrição para ordem de participação. No início de cada grupo foi novamente informado aos participantes as características da pesquisa e a natureza voluntária da participação. Após um breve período de manifestações espontâneas dos participantes, foi iniciado o grupo seguindo um roteiro com perguntas disparadoras dos temas pré-estabelecidos. Cinco perguntas foram discutidas em cada grupo: (a) Você notou diferença em sua rotina de trabalho com a presença dos estudantes de medicina? (b) Você percebeu diferenças no seu comportamento e no de outros profissionais de saúde com a presença dos estudantes? Na sua visão, quais foram os benefícios e as dificuldades para o serviço? (c) Como você acha que deve ser a formação dos estudantes de medicina? Onde eles devem ser preparados? (d) Como você acha que pode contribuir com a formação dos estudantes de medicina? (e) Você considera que a população é beneficiada com a presença dos estudantes de medicina? Quais seriam esses benefícios? Existem desvantagens? Quais?

As atividades foram gravadas em áudio digital formato mp3, transcritas e analisadas na perspectiva da análise de conteúdo de Bardin.¹⁴

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise de conteúdo das discussões nos grupos focais

Nos três grupos focais realizados emergiram quatro categorias de análise apresentadas a seguir: o aluno promove a integração e o autoaprendizado da equipe, a integração do aluno tem impacto na comunidade, o aluno contribui para o processo de trabalho, a integração ensino, serviço e comunidade contribui para a formação médica.

5.1.1 O aluno promove a integração e o autoaprendizado da equipe

Uma das mudanças apresentadas pelos participantes foi em relação ao comportamento do profissional médico enquanto preceptor, pois relata que, com esta duplicidade de papéis, tem que refletir e explicar o que era automático e nem sempre detém o conhecimento para isso, tendo que estudar mais, como pode ser visto nos depoimentos:

M3: [...] a gente tem que refletir e explicar

M3: [...] tem que explicar o que era automático...tem que explicar para eles porque que a gente chegou nesta conclusão, neste diagnóstico [...] e;

M7: [...] acaba tendo que estudar um pouco mais para responder.

A presença do estudante expõe o profissional à prática reflexiva, ou seja, o convida a refletir criticamente sobre seus conhecimentos e dúvidas. Essas ações diminuem o automatismo e impulsionam o raciocínio analítico e a capacitação permanente.¹⁰ Assim, motiva o profissional a estudar quando seus conhecimentos não respondem às dúvidas apresentadas, melhorando a qualidade do seu trabalho.

Portanto, a presença dos estudantes na APS contribui para o processo de autoaprendizado dos profissionais médicos participantes.

Outros depoimentos dizem respeito ao intercâmbio de saberes e práticas entre os profissionais da equipe criado pela presença dos estudantes, principalmente entre o médico e agentes de saúde. O estudante parece ser um elo de comunicação interprofissional que motiva o médico a se relacionar e a valorizar os saberes da equipe, fazendo-o refletir sobre a

importância dessas práticas para dar respostas às necessidades de saúde identificadas e às demandas dos estudantes.

Com a presença do estudante, o médico efetua com mais frequência o trabalho interprofissional e estabelece troca de conhecimento e atendimento compartilhado entre os diferentes profissionais no intuito de qualificar o cuidado que o estudante vivencia, tanto nos serviços de saúde quanto na intersetorialidade (assistência social, educação, esportes, entre outras).

Um médico fez a seguinte observação:

M14: Com o estudante, ficou muito mais frequente a sistematização de atendimentos (interprofissional) protocolados pelas cartilhas do Ministério [...] integrando o atendimento multiprofissional e realizando as classificações de risco e que eles (os alunos) têm que interagir com a equipe e se interessar pela vida do paciente [...] a gente ensina a dar atenção, abordar não só a doença, mas a questão social.

Oliveira e Campos,¹⁸ ao analisarem documentos oficiais do Ministério da Saúde e literaturas internacionais, constataram que o trabalho interprofissional em saúde, o cuidado compartilhado ou colaborativo e o apoio matricial são fundamentais para a resolutividade da APS. Apontam, também, a importância de se construir equipes multiprofissionais com responsabilização no cuidado em saúde e, ainda, a importância dos profissionais da APS lidarem com processos sociais, sanitários e pedagógicos e partirem do referencial de interdisciplinaridade.

Para um efetivo trabalho em equipe deve haver interdisciplinaridade, já que nenhum profissional detém todas as ferramentas e conhecimentos para atender às necessidades de saúde. No entanto, essa interdisciplinaridade, encarada como ações integradas e com objetivos comuns entre profissionais de diferentes áreas, só é possível pelo diálogo contínuo que busque superar a fragmentação do conhecimento e do cuidado.¹⁹

Pelos depoimentos a seguir, nota-se que outra prática fortalecida pela integração do aluno com a equipe foi a de educação permanente e atualização da equipe:

AS7: contribuem com alguma coisa que a gente tem dúvida [...] orientam
AS7: tem uma dúvida a gente já esclarece com o interno [...] é mais um aprendizado no dia a dia

M14: a medicina tem muitas descobertas e o acadêmico traz também o conhecimento novo até para o próprio preceptor [...] paciente vai ser beneficiado.

Segundo Ceccim e Feuerwerker, a educação permanente é a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como a base das interrogações e mudanças.²⁰

Para Marin et al., a integração do estudante na equipe deve possibilitar a capacitação dos profissionais das equipes por meio da educação permanente e da troca de informações, preferencialmente no processo de trabalho cotidiano. Assim, revela-se que a inserção dos docentes em atividades assistenciais tem permitido o intercâmbio de experiências com os profissionais.²¹

Os participantes não identificaram os docentes em suas falas, embora os estudantes frequentem estas USFs do primeiro ao oitavo período do curso acompanhados por eles. No entanto, podemos estabelecer esta correlação, pois, no caso do estágio curricular denominado internato, o preceptor é o próprio médico da equipe de saúde capacitado pela instituição de ensino superior que, em contrapartida, oferece ao SUS essa atividade de educação permanente, contribuindo para a qualificação dessa rede enquanto local de ensino.

Complementando os benefícios apresentados, os entrevistados também apontaram algumas experiências negativas com a chegada dos estudantes que apresentaram atitudes de desrespeito com a equipe e com os pacientes, mas que foram superadas no decorrer da integração, como observado a seguir:

E2: [...]no começo eles só riam, eram mal-educados [...] foi uma desvantagem para a unidade e para os pacientes.

AS11: no consultório é uma coisa, fora são prepotentes [...] isso é da pessoa [...] personalidade.

M3: ele é muito metido, quer mandar na equipe [...] a gente chegou a ter problema com dois acadêmicos; só queriam atender o paciente [...] não queriam vínculo com a equipe [...] aquela ideia de doença e tratamento [...] a gente orienta e logo se adaptam melhor.

Percebemos pelas falas dos participantes que os discentes chegam ao internato com seu desenvolvimento afetivo por se concluir, assim como é esperado para os seus domínios cognitivos. O comportamento, as atitudes, a responsabilidade, o respeito, a emoção e os valores se modificam rapidamente quando os estudantes são integrados à realidade do serviço. E, se pudermos tomar como base deste processo educacional a Taxonomia de Bloom, é possível interpretar que a interação entre refletir e atuar em condições concretas faz com que o discente ascenda às categorias deste domínio afetivo, que são: receptividade, respostas, valorização e organização.²²

Os estudantes podem ser influenciados por professores que reproduzem o modelo hierarquizado e individualista, perpetuando a falta de integração com a equipe. No entanto, para vencer as barreiras historicamente impostas à formação em saúde, deve ocorrer a aproximação precoce entre os estudantes de medicina e a realidade do SUS para compreenderem a dinâmica em que se organiza o sistema e repensar o cuidado médico. O ensino no serviço aguça o olhar crítico e reflexivo dos alunos frente à situação-problema vivenciada e os auxilia a atuar de modo a obterem bons resultados.²³

5.1.2 A integração do aluno tem impacto na comunidade

Os participantes da equipe de saúde apresentaram a estranheza da população, que ocorreu inicialmente pelo o fato de não ter apenas a presença do médico no momento da consulta. A equipe de saúde acolheu as queixas dos pacientes, que demonstraram constrangimento com a presença dos alunos e se apoiaram em seus saberes para explicar a necessidade de ter os estudantes na APS, mas debateram a importância de preparar melhor os pacientes para serem atendidos pelos estudantes. O trabalho da equipe, esclarecendo a população, apoiou a integração do aluno com a comunidade, minimizando as queixas iniciais, mas mostrou que somente um estudante e o médico na consulta pode reduzir esse constrangimento.

M2: [...] tem alguns pacientes que não se sentem à vontade para falar de alguma queixa, principalmente se for uma mulher com queixa ginecológica, com um estudante homem [...] outros sentem falta quando os alunos estão de férias.

AS1: A maioria deles (pacientes) fica constrangida com o número de pessoas dentro da sala ... dois estudantes e o médico. Se sentem constrangidos e acabam não falando tudo que querem falar e, depois, nas nossas visitas, eles relatam alguma coisa que não falaram na hora da consulta

AS5: A gente orienta, fala que a pessoa tá lá, mas que tá sendo orientada pelo médico.

AS10: Toda mudança no começo gera estranheza, eu percebi isso na minha área, no começo gerou muita estranheza, mas com o tempo a aceitação veio e isso praticamente não influencia mais na minha rotina de trabalho [...] não há muita reclamação [...] minha área tá tranquila, tem muita aceitação.

M14: Alguns pacientes chegavam e falavam:

-Ah, não vai ser o doutor que vai me atender, então eu não quero [...] quando eu chegava para atender os pacientes contavam coisas a mais, que não contaram antes porque era o acadêmico que estava ali [...] eu orientava, a gente finaliza o atendimento juntos [...] eles são pessoas da minha confiança

[...] voltavam nos próximos atendimentos [...] se sentiam mais confiantes [...] ai sim eles estavam integrando esses novos alunos como se fossem da nossa equipe.

Para Oliveira et al.,²⁴ o encontro dos profissionais com o usuário e também com os alunos e professores associa-se a um movimento de nova normatização na busca de um novo modo de fazer, permeado pela dinâmica e organização do trabalho, pelo panorama epidemiológico e pela concepção dos envolvidos no cuidado.

Na percepção dos trabalhadores de saúde entrevistados por Trajman et al.,²⁵ um ponto negativo da inserção dos estudantes no serviço é justamente o constrangimento do usuário. A insegurança do usuário acontece mais em procedimentos e exames físicos constrangedores, exemplificado em nosso grupo focal como sendo o exame ginecológico. No entanto, no estudo de Almeida et al. com relação à segurança no atendimento realizado pelos estudantes, 24 dos 25 pacientes atendidos ou acompanhados responderam que se sentiam confortáveis com a presença e o serviço prestado pelos discentes, e apenas 1 respondeu que não sentia o mesmo.²⁶

Portanto, podemos concluir que a relação médico-paciente é baseada na confiança que o médico inspira e na compreensão do paciente sobre a realidade do médico, que deve ser por ele apresentada para que se construa uma relação de vínculo e empatia. Essa conquista exige uma escuta sensibilizada, com atenção e interesse, corroborando com alguns discursos a seguir, tais como:

D12: Faltou um pouco de instrução para o paciente, faltou explicar o que os alunos estavam fazendo ali com o médico e

AS6: Muitos que reclamam não sentem confiança porque nada foi avisado.

Embora os participantes tenham debatido o fato de o paciente ter mais atenção com a presença dos estudantes, também citaram que a rotatividade desses estudantes dificulta o estabelecimento de vínculo com os pacientes. Isso é percebido nos seguintes exemplos:

AS1: O que dificulta o vínculo dos pacientes com os estudantes é que eles ficam pouco tempo, tem uma rotatividade grande [...] se ficassem por um período maior... facilitaria o vínculo e confiança entre eles, ou, ainda,
M14: Os que voltaram e ficaram mais tempo os pacientes já conseguem se relacionar bem [...] o paciente fica mais à vontade e até pergunta pelo doutor. [...] Já houve uma melhora nesta rotatividade.

Esta rotatividade ocorre devido à necessidade do ensino de propor campos de estágios diversos aos sessenta alunos de cada turma do curso de medicina. No entanto, devem ocorrer esforços da coordenação do curso no sentido de minimizar essa rotatividade demasiada quando possível.

5.1.3 O aluno contribui para o processo de trabalho

A integração dos alunos com a equipe e com a comunidade permitiu o fortalecimento de algumas atividades desenvolvidas na APS. Quando o processo de ensino-aprendizagem é estabelecido a partir da integração dos discentes no serviço de saúde, pode induzir a novas formas de organização do trabalho em saúde, favorecendo uma melhor qualificação para o atendimento.⁸

Os grupos de Educação em Saúde, por exemplo, passaram a acontecer mais vezes e com maior adesão da população.

M7: [...] alunos davam palestras e a adesão da população estava imensa [...] abolidas as palestras a população se queixou porque aprendiam muito com os alunos, era uma integração muito gostosa.
AO3: [...] as orientações que eles dão nos grupos tem sido um benefício para a população.

Logo, o discente submetido às novas diretrizes curriculares parece estar mais sensível ao modelo de educação pelo diálogo, distanciando-se das práticas de educação verticalizadas que ditam comportamentos a serem seguidos. Assim, aceita que o usuário é portador de saber diverso do técnico-científico, mas não deslegitimado, proporcionando maior adesão da comunidade aos grupos de educação em saúde desenvolvidos na APS.²⁷

Além de contribuir com os grupos de educação em saúde, os grupos de discussão com a equipe de saúde nos permitiram concluir que os alunos, quando passam a integrar a equipe, auxiliam em tarefas diversas e multiprofissionais, por vezes até sendo uma alternativa à escassez de profissionais da APS.

Vejamos as falas a seguir:

M5: a equipe precisava organizar as receitas dos pacientes que usavam psicotrópicos e eles ajudaram muito a farmacêutica.
M14: quando a escassez de profissionais da equipe técnica de enfermagem gera alguma dificuldade, eles podem ir lá e, por hora, resolver esta questão.

Nos serviços de saúde, as atividades de ensino se colocam em nível de complementação, de troca, e devem também contribuir para solucionar os problemas apresentados pela realidade. No entanto, parte-se do princípio de que o aluno não deve apenas servir de mão-de-obra complementar para o serviço, mas ser capaz de refletir sobre a sua formação profissional à luz do sistema de saúde, pois a falta de reflexão crítica sobre o processo de trabalho instituído levaria à manutenção do cuidado em seu propósito produtivo, e o que se deseja é a mudança destas práticas.²⁸

Outra mudança ocorrida no processo de trabalho foi no tempo de cada consulta médica. Inicialmente, as consultas ficaram mais demoradas na presença dos alunos. O médico, agora também preceptor, relata que o aluno executa a sequência da consulta médica e, em seguida, esta é repetida por ele. Por vezes, a queixa do paciente é reinterpretada na anamnese do profissional, já que, para desenvolver essa prática médica é necessário que o aluno desenvolva habilidades na relação médico-paciente que dependem da prática e do conhecimento. O médico também checa o exame físico e explica os achados positivos, além de discutir as hipóteses diagnósticas e os exames complementares necessários, relacionando também a terapêutica indicada.

Conforme mencionado, seguem os discursos:

M3: eu achei que [...] com os alunos, foi maior o tempo de consulta [...] eles examinam e a gente tem que examinar de novo [...] tem a discussão [...] a gente tem que refletir para explicar porque chegou naquele diagnóstico.

M1: maior foi o tempo da consulta médica (na presença dos estudantes), já que com a prática a gente acaba atendendo mais rápido.

De fato, o estudo de Trajman et al.²⁵ mostrou falta de tempo dos profissionais de saúde para darem a atenção devida aos estudantes e, em um estudo internacional, observou-se que o ensino no cenário ambulatorial diminui a produtividade quantitativa do preceptor.²⁹ Já nos nossos debates, os participantes relatam que o tempo de consulta com o aluno é maior, mas tende ao equilíbrio com o tempo de prática desses estudantes. Além disso, na percepção dos profissionais ouvidos, consultas médicas mais demoradas, com a escuta desenvolvida pelos alunos, são positivas, pois o paciente é ouvido com mais atenção e demonstra satisfação.

M1: [...] mudou minha rotina porque o tempo de consulta com o estudante é maior. M5: [...] isso foi resolvido conforme os estudantes foram adquirindo mais prática [...] ou [...] acaba que é o mesmo tempo de consulta que a gente gastaria.

E4: o aluno tem a atenção voltada para o paciente. Ele escuta mais e muitas vezes o paciente precisa disso.

M6: [...] acaba que o paciente tem mais atenção e os alunos têm mais paciência para conversar [...] e muitos gostam.

Em contrapartida, os participantes não relataram prejuízo quantitativo significativo e, como apresentado na categoria “O aluno promove a integração e o autoaprendizado da equipe”, pressupõe-se que, na presença do aluno, a qualidade do serviço prestado pelo profissional médico melhora, já que essa nova forma de organização da consulta muda o comportamento do médico, pois o convida a refletir criticamente sobre seus conhecimentos, impulsionando-o a estudar e capacitar-se.

Em outros momentos, as falas demonstram que os estudantes contribuíram com o atendimento médico e procedimentos de enfermagem.

TE4: Ajudam nas consultas, com receitas, agilizou [...] enquanto um vai medindo a pressão o outro vai vendo outra coisa e ajudou o médico com o fluxo da Unidade que é muito grande [...] ajuda nos procedimentos [...] ajudam o médico e a enfermagem.

Com a organização do serviço e preparo prévio dos estudantes para desempenhar tarefas que contribuam para a formação e agreguem valor à equipe de saúde não há prejuízo para a produtividade do serviço, pois os estudantes compensam a equipe com outros atendimentos.³⁰

Em estudo realizado em unidades de atenção primária, Traverso-Yépez e Morais³¹ sugerem que a comunicação entre o médico e o paciente tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo e consequente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades quanto pelo uso que o profissional faz da linguagem técnica, difícil de ser compreendida pelo usuário.

Logo, nos debates analisados, parece existir uma satisfação da equipe com a disponibilidade que os alunos apresentam em ouvir os pacientes, dando-lhes mais atenção.

5.1.4 A integração ensino, serviço e comunidade contribui para a formação médica

Os participantes abordaram também uma outra categoria, que é a formação dos estudantes. Através da análise das discussões nos grupos focais, percebe-se que os participantes concordam com os objetivos apresentados na DCN vigente, segundo os quais o aluno deve aprender na diversidade de cenários do SUS, com ênfase na APS. Destacaram

positivamente o fato da faculdade de Votuporanga trazer o aluno desde o primeiro ano do curso de medicina para os cenários da APS, conhecendo sua realidade, e apontaram a transformação e as habilidades empáticas desenvolvidas pelos alunos quando chegam ao Internato, aplicando o conhecimento adquirido.

E1: [...] lógico que não existe prática sem teoria, mas este novo modelo que a faculdade tem em Votuporanga, de trazer os alunos desde o primeiro ano para campo, contribui muito para o crescimento deles. É importante a gente dar oportunidade para o aluno aprender, porque no dia de amanhã ele irá cuidar da gente E2: [...] poder passar este conhecimento que a gente tem, contribui para conhecerem a realidade. E quando voltam já sabem como interagir com a população e como funciona a Unidade.

E1: A gente recebe dois grupos; os que ficam com as doutoras todos os dias e os que vem uma vez por semana, a gente nota uma diferença grande entre eles. Os que vem uma vez por semana tem um pouco menos de cuidado com a população, já os que vem todos os dias têm uma postura diferente.

Podemos inferir que as habilidades empáticas nas relações interpessoais podem ser desenvolvidas pelos alunos quando são apresentados pela equipe à realidade dos pacientes, pois o reconhecimento das necessidades de saúde favorece a relação médico-paciente, inclusive para identificar os principais diagnósticos. Isso pode ser visto em algumas falas como:

M2: A visita domiciliar enriquece a prática porque no consultório a gente não imagina que o paciente possa estar passando por outras necessidades, daí, na casa a gente descobre outras coisas, se envolve mais e cria vínculo [...] e faz diferença depois, no diagnóstico”.

A5: Acho que a gente contribui muito na formação deles, informando sobre a realidade do local onde eles irão trabalhar, com a população [...]

Na USF, o processo educacional vai além do aprender a rotina do serviço de saúde e desenvolver procedimentos, pois o aprender a fazer acontece na realidade das necessidades de saúde, nos problemas que desafiam o aluno a buscar soluções. A reflexão e o agir criticamente nas ações desenvolvidas pela equipe, bem como as discussões e correlações da literatura sobre temas de relevância para a APS, são elementos importantes para a formação de um novo perfil profissional que se pretende alcançar.⁶

A formação com foco na APS deve privilegiar o refinamento comunicativo e relacional, uma vez que atuar nesse cenário requer habilidades de negociação e pactuação, pois trata-se de um contexto de grande complexidade e diversidade que exige uma prática reflexiva dos profissionais para lidar com situações não capturadas pela lógica biomédica.³²

Significativas foram as falas reconhecendo que as atividades dos estudantes na APS favorecem uma formação focada no processo saúde-doença e não apenas nas doenças, o que contribui muito para o aprendizado das ações preventivas e resolutividade da APS, pois aproxima o aluno do paciente, favorecendo a compreensão da pessoa como um todo e possibilitando o diagnóstico de problemas que podem ser cuidados pela equipe de saúde multiprofissional e generalista.

M14: Nada melhor do que trabalhar aqui em estágio, como observador do médico, pois o desloca do hospital e ele vai atingir o princípio da medicina atual que não é mais aquela curativa, lá dentro do hospital, mas a preventiva, então aqui é o lugar ideal para ele realmente estar, né, e participar por bastante tempo.

D12: Neste local eles têm uma visão bastante multiprofissional, eles interagem com muitas áreas [...] além de colocar em prática a teoria, eles vão ter noção da responsabilidade que eles têm com o paciente.

M14: [...] passar para eles (acadêmicos de medicina) a problemática do dia-a-dia [...] coisas diferentes, que não são discutidas nos protocolos técnicos e, aí, você está inserido numa grande equipe e cada um pode dar a sua contribuição de alguma forma para ele lidar com a realidade do paciente que não é só aquela colocada nos livros de teorias.

As práticas profissionais estabelecidas pelo modelo Flexneriano, predominantemente hospitalar, não valorizam a compreensão e ação sobre os determinantes do processo saúde-doença.¹⁰ Já a relação de troca de saberes formada entre discentes, docentes, profissionais do serviço e usuários pode contribuir para a formação de um novo perfil de profissionais comprometidos com a qualidade na saúde e que atenda às reais necessidades da população.⁸

Os participantes também falaram muito sobre a atuação dos alunos nos grupos de educação em saúde, enfatizando o benefício dessa atividade para a comunidade, a contribuição com a equipe e o fato de serem importantes espaços de treinamento para o estudante de medicina:

AE7: [...] estarem na ação de (saúde) coletiva ajuda bastante (na formação do estudante), treinados com pacientes diferentes, lugares diferentes [...] participando de grupos.

Essas atividades junto à comunidade ajudam os alunos a desconstruírem a ideia de educação em saúde como prática de transmissão de conhecimentos, na qual o profissional de saúde detém o conhecimento e fornece orientações descontextualizadas para os usuários. Permite que os acadêmicos compartilhem conhecimentos com as experiências dos pacientes e

compreendam que podem assim fazer em sua ação médica diária, beneficiando ambos os lados: pacientes e equipe de saúde.²⁷

Outra contribuição à formação médica citada pelos participantes foi o trabalho em equipe.

D12: Eu acho que neste local (USF) eles têm uma visão bastante multidisciplinar, eles interagem com muitas áreas. Eu acho que isso é uma bagagem bastante grande para eles.

TE4: Eu acho que uma grande contribuição também, na formação desses médicos (estudantes) é o trabalho em equipe [...], pois cada um tem uma personalidade, cada um faz um serviço, cada área tem uma realidade [...] e tem a oportunidade de conhecer [...] vários níveis sociais diferentes, acho que isso ajuda muito [...] a aprender ouvir [...]

Cada integrante da equipe possui um saber, uma história de vida diferente, uma formação específica e, com isso, a tendência é a de não considerarmos tais diferenças e trabalharmos como em uma fábrica, onde cada um faz uma parte do trabalho. No entanto, para desenvolvermos um trabalho em equipe é preciso articular todas essas características sem perder a finalidade do trabalho e a especificidade de cada trabalhador.³³

O trabalho em equipe como ferramenta do processo de trabalho em saúde requer diálogo e elaboração de planos de atendimento em conjunto para cada família, definindo mais claramente sobre o fazer de cada um em relação ao caso. Assim, os estudantes participam das reuniões de equipe e vivenciam com mais intensidade os trabalhos interprofissionais.

CONCLUSÃO

Apesar das inúmeras dificuldades existentes neste processo de integração, em Votuporanga nota-se a disposição para o diálogo e relações solidárias entre os serviços de saúde do SUS e a instituição de ensino superior. Outra situação favorável à integração diz respeito à história de inserção do curso de medicina da UNIFEV na assistência à saúde ter iniciado sob as novas DCNs, com os serviços de saúde do município organizados no atual modelo assistencial.

Analisando a percepção dos profissionais de saúde da APS, podemos concluir que a presença e integração do aluno nas USFs contribui tanto para o serviço quanto para o ensino e para a comunidade. Entre os benefícios destacam-se as práticas reflexivas, que melhoram tanto a qualidade do atendimento quanto a formação do médico, as atividades desenvolvidas pelos discentes com a comunidade - principalmente as de educação em saúde que promovem a qualidade de vida, as atividades discentes complementares e reflexivas para apoiar a equipe na resolução de problemas reais da comunidade, o aprendizado para realizar o trabalho em equipe, respeitando os saberes dos diferentes profissionais e garantindo um novo perfil de profissional médico, como determinado nas DCNs.

Como situações de dificuldades, os profissionais de saúde apontaram o constrangimento dos pacientes com o maior número de participantes na consulta médica, principalmente nas ocasiões em que precisam apresentar queixas mais íntimas e exame físico com a maior exposição. Outra situação de dificuldade relatada diz respeito ao período de permanência dos estudantes nas USFs que, na percepção dos profissionais de saúde, deveria ser maior para favorecer o vínculo com os pacientes e com a própria equipe de saúde.

Os profissionais de saúde não apontaram desvantagens à formação médica em atividades acadêmicas desenvolvidas nos serviços da APS.

Este estudo aponta ajustes necessários às práticas e integração, tais como mudanças no período de permanência dos estudantes nos cenários da USF na tentativa de diminuir a rotatividade para um efetivo vínculo com a equipe e com a comunidade. É importante, também, reavaliarmos as condições de infraestrutura da APS, identificando novos cenários para reduzir o número de alunos nas consultas médicas.

Entendemos ser necessário que os profissionais envolvidos procurem esclarecer e preparar a comunidade local para receber os alunos, pois trata-se de um período de formação

importante para a continuidade de uma boa assistência médica no município. A instituição de ensino poderia contribuir divulgando e instruindo a comunidade sobre a importância de ter os futuros profissionais integrados à realidade de saúde durante seu processo de formação.

Vale ressaltar, ainda, a ausência de um programa de educação permanente multiprofissional, pois somente os médicos preceptores recebem essa contrapartida da instituição de ensino. Nesse programa de educação permanente, um dos temas relevantes seriam as reflexões sobre a própria integração ensino, serviço e comunidade.

Uma importante limitação deste estudo foi somente avaliar a percepção dos profissionais de saúde, havendo a necessidade de outros estudos que também abordem a percepção dos discentes e da comunidade, além de interrogar a integração docente assistencial.

O conteúdo deste estudo será apresentado à coordenação do curso de medicina da UNIFEV e ao gestor da APS de Votuporanga para apoiá-los no planejamento e execução das ações que envolvem a integração ensino, serviço e comunidade, importante cenário de ensino do curso de medicina da UNIFEV.

Esperamos que os resultados aqui apresentados possam motivar os profissionais de saúde e a escola médica a refletir sobre o trabalho da APS tanto no enfoque de saúde da comunidade quanto no enfoque educacional, valorizando o SUS em sua assistência e cenário de ensino.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação**. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001 [Internet]. 2001 [acesso em 12 jul. 2018]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>.
2. Brasil. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação**. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 [Internet]. 2014 [acesso em 12 jul. 2018]. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>.
3. UNIFEV Centro Universitário de Votuporanga. **Projeto pedagógico do curso de medicina**. Votuporanga: UNIFEV; 2017.
4. Hernández F. **Transgressão e mudança na educação: o projeto de trabalho**. Porto Alegre: Artmed; 1998.
5. Alves MCSO, Oliveira SM. **A (re) significação do aprender-e-ensinar: a pedagogia de projetos como uma proposta interdisciplinar no contexto da escola pública**. Em extensão. 2008;7(2):19–29.
6. Pereira JG, Campinas LLSL, Martines WRV, Chueiri PS. **Integração academia; serviço e comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em medicina na atenção básica no município de São Paulo**. Mundo Saúde. 2009;33(1):99–107.
7. Pinheiro SA, Freitas MA. **Ensino médico e promoção à saúde em creche comunitária**. Rev Ass Med Brasil. 2001;47(4):320–4.
8. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde**. Rev Bras Educ Méd. 2008;32(3):356–62.
9. Massote AW, Belisário SA, Gontijo ED. **Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de medicina**. Rev Bras Educ Méd. 2011;35(4):445–53.
10. Caldeira ES, Leite MTS, Rodrigues-Neto JF. **Estudantes de medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais**. Rev Bras Educ Méd. 2011;35(4):477–85.

11. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Aschidamini IM, Saupe R. **Grupo focal:** estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enferm.* 2004;9(1):9–14.
13. Kind L. **Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais.** *Psicol Rev.* 2004;10(15):124–36.
14. Bardin L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 2004.
15. Minayo MCS. **Análise qualitativa:** teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(3):621–6.
16. Krueger RA, Casey MA. **Focus groups:** a practical guide for applied research. London: Sage; 1996.
17. Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa:** o debate orientado como técnica de investigação. In: 8º Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto: ABEP; 2002.
18. Oliveira MM, Campos GWS. **Apoios matricial e institucional:** analisando suas construções. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(1):229–38.
19. Cavalcante Filho JB. **Coletivos organizados para a produção do cuidado integral:** um desafio para a regulamentação profissional. *Rev APS.* 2009;12(2):214–20.
20. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. **O quadrilátero da formação para a área da saúde:** ensino, gestão, atenção e controle social. *Rev Saúde Coletiva.* 2004;14(1):41–65.
21. Marin MJS, Oliveira MAC, Otani MAP, Cardoso CP, Moravcik MYAD, Conterno LO, et al. **A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos:** a experiência da FAMEMA. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(3):967–74.
22. Ferraz APCM, Belhot RV. **Taxonomia de Bloom:** revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para a definição de objetivos instrucionais. *Gest Prod.* 2010;17(2):421–31.
23. Brandão ERM, Rocha SV, Silva SS. **Práticas de integração ensino-serviço-comunidade:** reorientando a formação médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2013;37(4):573–7.
24. Oliveira S, Alvarez D, Brito J. **A dimensão gestonária do trabalho:** aspectos da atividade de cuidado. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(6):1581–9.

25. Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toschi W, Brant V. **A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro:** opinião dos profissionais de Saúde. Rev Bras Educ Méd. 2009;33(1):24–32.
26. Almeida FCM, Maciel APP, Bastos AR, Barros FC, Ibiapina JR, Souza SMF, et al. **Avaliação da inserção do estudante na unidade básica de saúde:** visão do usuário. Rev Bras Educ Méd. 2012;36(1 supl. 1):33–9.
27. Cardoso A, Souza MC. **Contribuição das ações de educação em saúde para a qualidade de vida de diabéticos do bairro Ipiranga.** Rev Flumin Extensão Univ. 2013;3(1/2):5–7.
28. Caetano JA, Diniz RCM, Soares E. **Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais.** Cogitare Enferm. 2009;14(4):638–44.
29. Garg ML, Boero JF, Christiansen RG, Booher CG. **Primary care teaching physicians' losses of productivity and revenue at three ambulatory-care centers.** Acad Med. 1991;66(6):348–53.
30. Spencer J. **Learning and teaching in the clinical environment.** BMJ. 2003;326(7389):591–4.
31. Traverso-Yépez M, Moraes NA. **Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde:** para uma humanização do atendimento. Cad Saúde Pública. 2004;20(1):80–8.
32. Mestriner Júnior W, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Mishima SM. **O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde:** a experiência no projeto Huka-Katu. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(supl 1):903–12.
33. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. **O trabalho de equipe no programa de saúde da família:** reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13(2):262–8.

APÊNDICE 1

Grupos Focais

B.1 Grupo focal, 24 de julho de 2017 – Espaço UNIFEV

Como é sua rotina de trabalho? Você notou diferença nessa rotina com a presença dos estudantes de medicina?

-M1: Eu achei que a diferença maior foi o tempo de consulta, que com a prática a gente acaba atendendo mais rápido e com os alunos a gente acabava estendendo um pouco mais as consultas, porque pela própria anamnese dos alunos, pelo tempo que eles gastavam perguntando exame ou pra desenvolver o diagnóstico, então demorava um pouco mais, no começo né, aí depois vai pegando o ritmo e eles vão ficando na sequência certa.

-M2: No começo até eles acostumarem com o sistema, pegar o jeito, interagir com a comunidade, aí vai um tempinho maior né, que também a gente... eles examinam e a gente tem que examinar de novo então é quase o dobro de uma consulta que a gente estaria fazendo sozinha, é...eu tenho eu acho que o que dificultou mais é o tempo mesmo.

- M3: Inclusive também tem a discussão do tema né que está sendo abordado, então a gente tem que referir ou explicar, ou o porquê que está pedindo o exame, ou porque que chegou naquele diagnóstico, tudo isso leva um tempo, então acaba que aumenta o tempo da consulta.

-M4: Os pacientes também invés de falar todas as queixas, ficavam mais retraídos pela presença dos alunos, eu percebi isso.

- M1: Às vezes era uma queixa e quando a gente chegava mudava totalmente a queixa, e a consulta do aluno eram meio que em vão, mas aí depois eles foram acostumando.

- M2: No começo tem alguns que não gostam, e agora até sentem falta que os alunos estão de férias.... E eles estão perguntando cadê os alunos, você está sozinha hoje? Mas tem uns que não gostam, que muitas vezes deixa de falar porque está com aluno, e depois a gente pega sozinho assim aí ele fala.... ah eu queria falar isso...

Além do tempo né, que mudou na rotina de vocês, tem alguma outra coisa que foi relevante?

- M3: Acho que muda porque a gente tem que explicar o que era automático fazer o diagnóstico, fazer a prescrição, acaba que a gente tem que explicar porque que a gente chegou nessa conclusão, nesse diagnóstico, acho que muda.....e a gente também tem que ter um diagnóstico bem formado pra poder explicar pra eles né.

- M6: Eu acho que acrescentou a presença deles nas unidades porque acaba que o paciente tem mais atenção, além da atenção dos alunos, a gente vai conversar com o paciente também e os alunos dão atenção para eles, porque eles querem investigar e também tem mais aquela paciência e aí eu acho que muitos gostam de assim....por conta disso também da atenção.

Como foi que vocês conseguiram resolver esse problema do tempo?

- M5: Conforme a prática...é...com o tempo eles vão adquirindo e ia tornando mais fácil para ele também, em relação ao sistema, em relação a anamnese e até o exame físico, eles chegam mais crus e terminam mais já com a prática.

- M1: É teve uma evolução né, a gente pegou lá o primeiro grupo que não sabia nada, não que não sabia né, não sabia mexer no sistema, não tinha passado em nenhum estágio, chegou lá com cabeça de 4º ano, aí teve que ir já...praticamente deixar eles atendendo. E aí agora o último grupo que chegou e já tinha passado por todos os estágios, então eles sabiam mexer no sistema, eles já tinham a prática em fazer uma anamnese, então aí no final é bem mais rápido, acaba que é o mesmo tempo de consulta que a gente gastaria.

- M5: Eles também, eles vão adquirindo a experiência que eles mesmos ficam junto com o paciente sozinhos, a gente sai da sala eles atendem, fazem toda a anamnese, fazem todo o exame físico e depois a gente chega, discute o assunto, fecha diagnóstico e decide a propedêutica, então aí acaba que ficando automático.

Vocês perceberam diferença no seu comportamento e no dos outros profissionais de saúde com a presença dos estudantes? Na sua visão quais foram as vantagens e desvantagens para o serviço?

-M7: A vantagem foi igual a número 6 falou que...é...a gente acabou...eles acabam dando mais atenção pro paciente, então eu acho que o paciente além de ser acolhido pela gente também tem a acolhida dos alunos, o ponto positivo eu acho que foi esse. E uma diferença que eu senti foi....é....acabar tendo que estudar um pouco a mais, né, então todo dia eles tem uma dúvida que muitas vezes a gente não consegue

estar solucionando naquela hora, tá explicando, talvez de por falta de conhecimento daquele assunto, ou que faz tempo que não acaba lembrando então chega em casa e estuda pra no outro dia conseguir tá avaliando e explicando né, conseguir orientar, então esse foi o ponto que eu vi de diferença.

-M3: Na unidade eu acho que eles se adequaram muito rápido no andar do dia a dia, eu acho que não teve problema nenhum, pelo menos eu lembro que no começo nos primeiros alunos a gente até teve um pouco de reclamação, é...um ou outro aluno que não falava bom dia e acaba que a equipe ela é meio...gosta de fazer uma intriga né, e iam falavam pra gente – ah ele é muito metido, ele quer mandar; uma tá aferindo a PA, hora que chega no consultório a PA às vezes é outra e a gente afere de novo, e ai iam questionar porque a técnica tinha colocado uma PA tão alterada, então no começo teve isso, mas foi só no começo, agora eles seguem o fluxo da unidade tranquilo.

-M8: Eles estão sendo bem acolhidos pelos profissionais. Assim, teve alguns problemas iniciais, mas eu acho que de acordo com o que vai discutindo, conversando, e agente orientando, eles conseguem se adaptar melhor. Já teve problemas, comigo não, mas com o outro médico da unidade a gente chegou a ter problemas com dois acadêmicos, mas a gente chegou a conversar, orientou, mas foi tudo tranquilo, eles aceitaram e melhoraram em relação aos outros funcionários.

- M6: Às vezes eu acho que é porque no começo também os alunos tem outra visão né parece, não sei, mas ai a gente vai conversando, falando que eles têm que realmente se interagir, tem que se interessar por aquilo, tem que se interessar pela vida do paciente, pela vida da unidade, porque muitos agentes de saúde vem, conversa, que perguntar e ai a gente tem que responder o que eles querem, qualquer horário, toda hora eles vem aqui bater na porta, sim a gente tem que responder, porque eles tem dúvidas de coisas que outros pacientes perguntaram pra eles e eles tem que saber responder. Então a gente ensina falar bom dia, conversa com eles, tem que dá atenção, vai falando e eles vão pegando o jeito, mas no começo parece que eles não querem muito ter vínculo, eles querem ir lá atender e pronto, aí depois tem que mostrar que não, que tem que ter toda uma atenção pra todo mundo.

-M3: Eu acho que às vezes é um pouco de imaturidade em relação ao local, ai conforme vai passando o tempo ai eles vão aprendendo e vão acostumando e vê o jeito do médico com o paciente, porque ali na unidade de saúde a gente tem muita questão de relacionamento com o paciente, a gente tem sempre que abordar quase tudo do paciente, não só a doença, mas a questão social dele também e eles vão pegando o jeito. Eu acho que eles ficam muito com aquela ideia de doença e tratamento e às vezes chegam ali e acabam perdendo a questão de fazer o social do paciente, abordar outras coisas.

Vocês perceberam alguma vantagem no serviço?

- M5: Assim, lá a gente teve, a gente estava organizando muito a questão de psicotrópico, então eles ajudaram muito na questão da organização de dividir em grupos, de ajudar às vezes a farmacêutica a dividir dos pacientes nos horários que eles precisam retornar, e assim, eu acho que foi uma mãozinha que eles deram na época, enquanto eles estavam passando lá, eu achei que foi um ponto positivo. Também eles estavam abordando bastante a questão de grupo, eles davam às vezes palestras, eles davam seminários e ajuda bastante, eu já tive uma dupla que abordou a questão do novembro azul e eles foram assim excelentes, eu gostei bastante da participação.

-M7: Eu percebi que...é....eu entrei no lugar do outro profissional que estava, e ele tinha os alunos, e os alunos davam palestras, então a adesão da população estava sendo imensa, logo que eu entrei mudou a programação da unidade e não tem mais esses grupos, dessa forma, então abolidas as palestras, a população inteira se queixou, porque eles aprendiam muito com os alunos, era uma interação muito gostosa, e eu participei de algumas palestras com eles.

Mudou porque não tinha mais o aluno?

- M7: Não, mudou a rotina da unidade, a questão dos grupos, não tem mais, não é dessa forma mais os grupos.

Mas tem o aluno lá na unidade?

-M7: Tem. A mudança dos grupos não foi por causa do aluno.

-M8: Outro ponto que eu achei que enriqueceu foi a questão de diagnóstico diferencial, eles passam...tão muito fresco com o conteúdo na cabeça então eles têm um diagnóstico diferencial de cirurgia, o outro já de clínica, então o diagnóstico enriqueceu muito.

Alguma desvantagem que o serviço teve que arcar? Teve que mudar alguma coisa que você acha que prejudicou o trabalho de alguém, lá dentro, pelo aluno?

.....

Bom...Como você acha que deve ser a formação dos estudantes de medicina? Onde eles devem ser treinados?

- M8: Na unidade básica, urgência, hospital...

- M4: Enfermaria.

-M3: Ele tem que se formar sabendo conduzir um pouco de tudo, ele tem que passar por tudo para ser generalista.

-M4: Ele tem que vivenciar não adianta só no livro, no livro é bonitinho, mas na hora que vai para a prática....

- M2:Na unidade prática eu acho que enriquece a parte também de visita domiciliar, porque ele aprende também ir na casa vendo outra cara do paciente né, porque dentro do consultório a gente não imagina que o paciente possa estar passando fome, que possa passar frio ou que a criança fica tão doente porque será, daí ele vai na casa e acaba descobrindo algumas coisas né, então eu acho que esse ponto acrescenta muito.

- M1: O intuito do médico da família é vivenciar o outro lado do paciente, se envolver mais....

-M3: É eu acho que é isso que eles aprendem mais com a gente percebe, a relação médico e paciente, que o convívio que a gente tem...os próprios pacientes tem muita intimidade com a gente, na cabeça deles a gente percebe que é como se fosse uma extensão da casa deles, tudo que eles precisam eles correm lá, o que eles precisam eles baixam na nossa porta, então acaba tendo que um vínculo e eu acho que outras sociedades não tem muito tempo de ter esse vínculo e eles aprendem isso lá.

E como você acha que pode contribuir com a formação desse estudante de medicina? Cada um de vocês, o que é que vocês têm para contribuir com esse estudante de medicina?

-M1: Eu acho que a nossa experiência assim, é...mostrando pra eles o quanto que é importante ter essa relação médico-paciente, o quanto que a gente se importa com o paciente, mostrando pra eles que é muito importante não só tratar a doença e o que a gente tem de conhecimento, às vezes aquilo que tá escrito no livro é sim....mas também pela nossa experiência, talvez que a gente puxou os sintomas e fala assim – ah como que você pensou nisso?, porque eu vi isso...isso e isso no paciente, então eu vou mostrar que não é só o que tá escrito no livro, mas a experiência, são detalhes que a gente vai reparando e faz diferença depois no diagnóstico.

- M4: É o conteúdo que a gente tem que a gente repassa né, conforme vai tendo os pacientes a gente vai discutindo sobre aquele assunto, e assim, a queixa do paciente em unidade de saúde, geralmente, quase os sintomas são sempre os mesmos, então, às vezes acaba virando aquele arroz e feijão.

E o que é comum aparece sempre, o que não é comum é raro, quase não aparece, então conforme vai aparecendo a gente vai discutindo os casos, repassa para os alunos e eles colocam em prática.

Você considera que a população é beneficiada com a presença dos estudantes de medicina? Quais seriam esses benefícios?

-M2: Sim eu acho que são beneficiados, são mais pessoas pra acolher, tem mais atenção, são minuciosos na anamnese, são detalhistas em exame físico, são beneficiados.

-M3: É igual a número 4 falou, eles dão um suporte muito maior e eles gostam disso na consulta, eles se sentem mais acolhidos.

-M4: Eu tive um aluno que passou comigo, que ele anotava a pessoa que passou mais vezes, ele anotava pra ele lembrar o nome, então ele anotava e colocava uma característica, ele via, ele ia no corredor, cumprimentava, perguntava se tinha algum fator que tinha comentado na consulta anterior, então eu acho que o procuravam pelo carinho com a população, principalmente com a população que eles viam sempre, que vinham mais. São...que estavam vindo mais procurar a unidade, então eles tentavam ver o porquê, será que era só uma doença, ou será estava precisando de alguma coisa a mais do que a parte médica só.

-M1: Quando dava para fazer as palestras, eles fazer as práticas de prevenção né, foi quando o fluxo da unidade mudou muito, e quando dá é bem enriquecedor para a população essa parte de orientação mesmo, de palestra.

Existe alguma desvantagem para a população o fato do aluno estar na unidade de saúde?

- M2: É aquilo que já foi falado, tem alguns pacientes que eles não se sentem a vontade pra falar de alguma queixa, principalmente se for uma mulher com uma queixa ginecológica e tem um estudando homem perto, eu já tive também vários casos em relação a isso, de um paciente em outro momento, em uma outra consulta vir conversar comigo e falar que realmente não falou da queixa naquela hora por caso de assim.....constrangimento do aluno dentro da sala.

- M7: não sei se é porque eu peguei alunos do 1º ano na liga. É... o que eu percebo também é que eles ficam às vezes muito com risadinha, então isso constrange o paciente, e os que estão mais na frente não são dessa forma. Os que estavam comigo, ri, ficam com conversa paralela, o paciente não está nem entendendo o que eles estão falando, então eu já tive que chamar um pouco de atenção.

-M5: Eu tive...é...uma vez....me ligaram da recepção falando que a paciente não queria que o aluno estivesse presente, aí ela entrou, ela disse assim – ah desculpa, pede desculpa pro doutor também, porque não é nada contra ele, eu não quis falar porque eu gostei muito dele na última consulta, mas é que hoje eu queria falar particular; então assim, eles respeitam os alunos, só que algumas coisas que eles sentem mais particular...algumas vezes eles querem ter essa privacidade só com o médico, mas eu acho que talvez não seja nem porque talvez seja estudante, talvez se tivesse por exemplo três médicos já formados, talvez eles também teriam esse bloqueio de ter mais de uma pessoa escutando.

B.2 Grupo focal, 25 de julho de 2017 – Palmeiras

Você notou diferença na sua rotina de trabalho com a presença dos estudantes de medicina?

E4: Eu acho, assim, que eles têm contribuído bastante pro atendimento, tanto o atendimento com o médico né quanto dos grupos que a gente tem na unidade. Nesses últimos meses teve a participação dos estagiários no grupo de aleitamento e eles contribuído bastante.

E1: É uma contribuição positiva né, aproveitando o que o número 4 disse, é uma contribuição positiva e acaba que a vivência deles como estudante é diferente como quem atua como profissional né, então acaba contribuindo bastante pra gente também, a gente acaba...é....a população acaba entendendo melhor né, essa interação que eles fazem aqui já desde a vida acadêmica.

Mudou alguma coisa na rotina de vocês? Com essa contribuição que eles trouxeram houve diferença no trabalho que vocês desenvolvem?

E4: Não eu acho que não teve diferença, pelo contrário né, eles só tem acrescentado no nosso dia a dia, no nosso trabalho do dia a dia, mas não vejo diferença nenhuma assim, em questão da rotina, a rotina permanece a mesma, só a contribuição do trabalho deles em relação ao paciente tem se tornado cada vez melhor, né, o atendimento melhorou, teve esse auxílio, então em relação ao atendimento contribuiu, mas não que tenha alterado alguma coisa.

Alguma coisa objetiva que vocês percebam dessa contribuição deles? Aumento o número de consultas? Diminuiu o número de consultas? Aumentou a qualidade do acolhimento? O que vocês acham que mudou com a presença deles?

E1: Positivo assim que acho que demora mais o atendimento né, acaba demora mais, não muito né, mas acaba demorando um pouquinho mais.

E4: Contribuindo com o que o número 1 falou, eu acho assim, que devido assim...a...o dia a dia corrido do médico acaba que o estagiário ele acaba tendo uma atenção voltada pro paciente, ele acaba que escutando mais às vezes o paciente, e muitas vezes o paciente precisa disso, então eu acho que essa tem sido uma questão positiva, de ouvir mais o paciente.

Você percebeu diferença no seu comportamento ou no comportamento dos outros colegas de trabalho com os outros profissionais de saúde com a presença do estudante? Na sua visão quais foram as vantagens e desvantagens para o serviço?

AS9: Ah eu não sei se é uma mudança de comportamento, mas assim no meu ponto de vista, eu gosto quando vem pessoas novas na unidade, é como se fosse uma empresa e você tá colocando pessoas novas pra trabalhar, e mesmo sendo por estágio eles estão aqui contribuindo de alguma maneira pra gente, talvez, não sei se....se a UNIFEV pode fazer outras parcerias com o posto de saúde, por exemplo nutrição...é...assistente social, porque não sei se eles também podem fazer estágio aqui, mas acredito que eles estando aqui ajudaria também pra alguma coisa que a gente tem dúvida. Tal paciente tem um problema de algum especialista que não tem aqui e fica amarrado porque não tem aquela pessoa pra fazer uma orientação, às vezes eles podem contribuir com isso também; por exemplo fisioterapia, podem poder ajudar a gente dessa forma, sem ter que contratar outro funcionário pra isso, então seria uma troca, eles aprendem e a gente enriquece com alguma coisa assim.

Lembrando só que a pergunta é se a gente notou alguma diferença no comportamento, então a pergunta é se vocês notaram mudança no comportamento de vocês ou no comportamento dos outros funcionários.

AS10: É...pelo meu ponto de visto eu acho que não teve mudança nenhuma no comportamento, só essa questão ai de benefício que eles trouxeram pra gente né, foi nos ajudando, mas no comportamento não, não teve mudança nenhuma.

E desvantagens? Vocês notaram alguma desvantagem com a presença deles aqui?

E2: É que veio várias equipes...umas três equipes, então a primeira equipe que veio pra mim foi uma desvantagem...eles só riem...são mal educados, e pra mim foi uma desvantagem pra unidade e vários pacientes também falaram algumas coisas deles.

AS11: Assim...continuando vamos se dizer assim...a resposta do número 2, não é só a falta de educação, eu acho que vai mais de pessoa mesmo, não só como profissional, mas é....muitos das equipes...eu já

peguei vários né, muitos, muitos, muitos...eles às vezes na sala é uma coisa, mas quando sai...é....são muito prepotentes com os pacientes, e aí a gente.. por exemplo, a gente vê a forma de agir sabe, não é o mesmo cuidado em quatro paredes e fora, não são todos, lógico, mas aí eu acho que é mais de personalidade própria do que de profissional né, acho que seria mais ou menos isso que a 2 quis dizer.

Como você acha que deve ser a formação do estudante de medicina? Onde eles devem ser treinados?

AS9: Ah..é...como você aprende muita coisa só na teoria, eu acho que fica muito vago isso pra eles, e a prática tanto no UPA quanto no postinho acho que acrescenta, é boa, é válida, talvez por não ter muito assim uma direção certinha a gente vai aprendendo também a como que ter, mas eu gosto da parte prática, você ter a teoria e ter a prática, não que eles vão já fazendo, mas pelo aprendizado eu acho válido.

AE7: Eles estarem na ação de coletiva ajuda bastante, cada PSF que eles passam é uma realidade, pacientes diferentes, lugar diferente, então estando aqui, participando de grupos, fazem com que a gente melhore.

E1: É....assim...na faculdade a gente aprende muito a teoria né, como o número 9 disse, então assim quando a gente sai pro campo de trabalho né, no mercado de trabalho, é totalmente diferente, lógico que não existe prática sem teoria, mas assim, esse novo modelo que as faculdades estão tendo em Votuporanga de trazer o aluno desde o primeiro ano pra campo contribui muito pro crescimento deles e para assim...é importante também pra população né, saber que é importante a gente dar oportunidade pro aluno tá aprendendo, porque no dia de amanhã ele que vai cuidar da gente. Então é muito bom por isso. No caso a gente recebe dois grupos né, os que ficam com as doutoras ficam todos os dias e os outros vem uma vez na semana, a gente nota uma diferença grande entre os que vem uma vez só na semana eles tem um pouco menos de cuidado com a população, já os que vem todos os dias já tem uma postura diferente.

Como você acha que pode contribuir com a formação do estudante de medicina? Cada um de vocês na condição que exerce aqui como servidor da saúde, como vocês acham que podem contribuir com eles?

AS9: Bom eu já tive experiência de compartilhar...não sei se foi....bom, o que eu puder passar do conhecimento do que eu tenho e do que eu sei eu passo, eu transfiro porque é igual a que a número 1 falou futuramente vai fazer diferença esse conhecimento que a gente tem e eles não tem essa experiência, então da parte do que eu sei e do que eu aprendo de novo e tiver o pessoal aqui eu repasso, digamos assim.

E2: Eu acho que é muito importante porque a vivência deles aqui, eles estão dentro da realidade, quando eles voltarem sendo médicos da unidade eles já sabem como que interage com a população, como que funciona a unidade né, eu acho que adquirir mais conhecimento, eles vão adquirindo mais conhecimento na prática, não só na teoria né.

E1: No caso da enfermagem é trabalhar em equipe, então ele vai aprender bem isso aqui, que é um pelo outro, a equipe unida e tem que ter diálogo e é isso.

Você considera que a população é beneficiada com a presença dos estudantes de medicina? Quais seriam esses benefícios?

G8: Em termos médicos eu acho que a população é sempre beneficiada, eles conseguem fazer diagnóstico diferencial...é...o paciente tem um pouco mais de atenção porque eles tem já...eles como estão vindo, passando pelo posto desde o primeiro ano eles acabam que tem uma atenção um pouco maior do que a gente teria por conta da correria do dia a dia, então a população acaba que é sempre beneficiada, desde que eles aceitem que o aluno esteja lá, também isso foi um problema no começo, mas agora eles já estão aceitando isso melhor.

Alguém já vivenciou alguma outra situação em que a população foi beneficiada com a presença deles?

AS2: Olha já vi fazendo não sei se foi cadastramento ou recadastramento de famílias, eu vi, não foi comigo, mas eu já vi acontecer com quase uma quadra, uma área vamos se dizer assim, que aconteceu com uma outra colega minha, então a população se beneficiou porque aí mediu a pressão e coisa assim, gestante.

AO3: Tem os grupos que eles participam né, então assim as orientações que eles dão, é...a interação deles com os grupos, então acho que isso tem sido um benefício pra população, os que participam dos grupos.

G8: Pro próximo semestre...orientando a equipe sobre alguns temas.

Existe alguma desvantagem para a população? Qual seria?

AE5: Desses que passam com as médicas não, eles acrescentam muito, mas aqueles que tão iniciando na GO...é....há reclamações de desrespeito faladas pelos pacientes, tem essa desvantagem.

AE6: No caso assim, não sei se isso seria uma desvantagem, no caso aquele que fica todos os dias ele acaba que criando um vínculo com o paciente, ao contrário daquele que vem uma vez por semana e muitas vezes o paciente acaba se recusando a ser atendido pelo estagiário justamente porque não tem esse vínculo com o paciente, com a população, então acaba sendo uma desvantagem tanto pro profissional quanto para o paciente.

AS2: Eu já tive reclamação na GO, paciente ficou inibida.

B.3 Grupo Focal, 26 de setembro de 2017 – São João

Você notou diferença na sua rotina de trabalho com a presença dos estudantes de medicina?

M14: Eu aprendi tanto que teve bastante mudança, mas no início eu acho que como foi uma mudança a inserção dos alunos aqui dentro, então toda mudança causa um pouco de estranheza, resistência, então realmente houve essa resistência essa estranheza por partes na verdade né, alguns não tiveram, mas o que a gente notou foi que realmente alguns pacientes chegavam e falavam assim ah não vai ser o doutor que vai atender então eu não quero, ou então ah porque ele tá indo embora? Vai colocar algum substituto? Quando eu chegava pra atender então esses pacientes ali eles contavam coisas a mais, que não contavam antes porque era o acadêmico que estava ali.

Quando eu percebi isso aí, e aí a gente já tinha uma boa relação com os pacientes durante esses anos aí, eu já até ajudei a abordá-los né, olha esse é o doutor fulano que tá atendendo junto comigo tá, então no final a gente finaliza junto, eles são pessoas da minha confiança, e aí eles começaram a se entregar, a se integrar mesmo ao médico que estava ali né, e aí depois que eles voltavam nos próximos atendimentos aí eles já se sentiam mais confiantes, e começou a valer a pena, aí sim eles estavam integrando esses novos alunos como se fosse a nossa equipe aqui dessa unidade.

AS6: Em relação ao que o número 14 falou eu vejo pela minha equipe, pela minha micro que infelizmente muitos reclamam realmente pelo fato da quantidade que se tem dentro da sala do médico, e eles acabam muito que ficando constrangidos e realmente acabam não falando porque como já havia falado tem alguns que ainda são novatos e isso acaba que constrangendo o paciente no momento em que ele tem consulta chega e tem aquele impacto de ver três pessoas a mais no caso, além do médico que tem na sala e acaba que realmente, infelizmente digo da minha parte muitos que reclamaram em relação a isso, de não sentir confiança, de não poder expor no momento pelo fato de ter as outras pessoas ali, os estudantes no momento ali presente, porque nada foi avisado e foi uma coisa muito rápida, de repente pra eles né, então tem coisas que antes você tem que dar uma avisada pra poder conquistar. O caso é o

seguinte, que nem todos pensam da mesma forma, uns gostam outros não e é claro que nunca vai agradar todo mundo né.

AS5: Na minha micro ocorre muito assim do paciente vim, mostrar que assim, que pra ele tá tudo bem e na visita minha ele falar que não gostou do que aconteceu pelo fato de que ele queria passar com o médico que ele é acostumado e que ele não queria ficar falando de coisas pra outra pessoa que ele nem sabia se ia ficar na unidade, inclusive a gente orienta, fala que a pessoa tá lá mas que tá sendo orientado pelo médico, mas eles falam que não, que se ele foi agendado pra fulano é com ele que ele quer falar.

AS1: Isso eu também percebi desde o princípio, é..alguns pacientes não se importam muito mas a grande maioria deles ficam constrangidos com o número de pessoas dentro da sala, no começo eram dois estudantes agora são três né que tá em sala junto com o médico, então eles se sentem constrangidos com o número grande de pessoas, acabam não falando tudo o que querem falar e precisa falar pro médico no ato da consulta e depois pra gente nas nossas visitas eles relatam alguma coisa que não falaram na hora da consulta. Outra coisa que eu percebi foi que já no caso dos pacientes que são domiciliares e acamados quando a gente em consulta compartilhada com o médico e com os estudantes parece que isso trás uma certa alegria pra pessoa né, porque chega aquele monte de gente, então vai médico, os estudantes mais o agente saúde e às vezes ainda vai o técnico, então vai quatro, seis pessoas e parece que as pessoas gostam, parece que fica também um clima mais descontraído e tal. E eu acho que o que dificulta um pouco esse vínculo dos pacientes com os estudantes é que eles ficam pouco tempo, então tem uma rotatividade grande dos estudantes, então de repente se eles ficassem por um período maior cada grupo de estudantes, se cada grupo de estudantes ficasse por um período maior de tempo dentro da unidade isso facilitaria, os pacientes iam criar um vínculo e confiança pra eles se relacionarem melhor.

M14: Eu concordo muito com o que a número 1 falou nessa parte final aí sobre a rotatividade né, que é uma queixa que os próprios estudantes têm mas a gente percebeu que já houve uma mudança sobre essa rotatividade, então os alunos eles já tão inseridos numa coisa que vai rodar menos, só que aí a gente percebe que tem duas partes, os que voltaram que os pacientes já conseguem até se relacionar muito bem porque já viu essas carinhas né, e os que já estão a um pouco mais de tempo que já consultou umas duas ou três vezes e o paciente fica muito mais à vontade, alguns vem pra rever, cadê o doutor fulano, cadê o fulano, então esse vínculo é super importante, a unidade que a gente trabalha é um lugar de vínculo, tem que estabelecer vínculo e isso aí fortalece muito, também pra quem estuda quanto pra quem é atendido.

AS10: Eu concordo com o que o número 14 falou, com a fala dele dizendo que toda mudança no começo gera estranheza, eu percebi isso na minha área, no começo gerou muita estranheza, mas com o tempo a aceitação veio, a aceitação veio e isso praticamente não influencia mais na minha rotina de trabalho, tô

trabalhando normalmente, não há muita reclamação, quanto a minha área tá super tranquila, tem muita aceitação.

D12: Eu acho que às vezes falta um pouco é de instrução para os pacientes assim né, como o número 14 falou no começo, falta a explicação, porque eles precisam disso pra formação deles, pra serem futuros e bons médicos, então a princípio teve aquele paciente, aquela família relutante, ser explicado com clareza, criar-se um vínculo né, porque é extremamente, a gente não pode achar que porque ah esse estudante ele vai ser um futuro médico e ele precisa disso na formação dele, então explicar caso a caso, talvez se diminuísse o número né, algumas mulheres às vezes reclamam né dependendo da consulta, mas a gente não pode deixar acontecer, porque é importante pra formação do profissional, que ele vai ser um médico tanto quanto os outros já formados.

AS5: Continuando a fala da número 12 nós temos muito mais reclamações em relação a consulta ginecológica, isso que é o índice maior de reclamação, porque elas reclamam que elas não tão ali pra ser cobaia sabe, e realmente eles precisam né, porque toda área que você vai trabalhar você precisa ter uma experiência, um contato, aí inclusive teve uma época que nós chegamos a sugerir que poderia, seria bom nessa parte ginecológica ficar um só com o médico ou com a enfermeira pra fazer o acompanhamento e já tem até proposta delas porque fica mais assim privativo né.

Tem alguém que tenha alguma experiência, algum relato diferente?

AS8: Hoje mesmo na visita, ontem no caso eu encontrei uma paciente na rua que eu ia na casa dela e ela falava.....me encontrou e falou assim não tô bem hoje, não tô legal e eu tô indo no posto, aí eu vim com ela até aqui e ela passou no acolhimento e do acolhimento ela veio pro médico e então, e hoje retornando na casa dela pra ver se ela melhorou porque ela não estava bem mesmo ela falou que ela foi bem atendida pelos profissionais que estavam, sendo que tinham três médicos na sala enquanto um via uma coisa o outro via outra, perguntava então ela gostou muito e hoje elogiou, então foi assim um elogio que eu recebi hoje.

AS10: Eu acho que talvez, eu não lembro quem teve a fala, faltou um pouco de esclarecimento para os pacientes da situação, porque quando eles são bem informados de toda mudança que acontece eles entendendo o que tá acontecendo há menos rejeição, e eles entendendo que vai ter um aluno de medicina ali que futuramente vai se tornar um médico e que futuramente pode atender ele vem a aceitação é maior, eu escuto muito em boa parte da minha área, eles entendem que ele vai virar um profissional, então há muita aceitação dessa parte.

Você percebeu diferença no seu comportamento ou no comportamento de outros profissionais com a presença dos estudantes? Na sua visão quais foram as vantagens e desvantagens para o serviço?

TE4: O que eu percebi de vantagem na questão dos estudantes foi muito na questão do consultório, a questão dos médicos eu acho que desafogou um pouco o serviço né, ajuda nas consultas, ajuda com receitas que às vezes não tinha tempo pra fazer porque fica afobado com muita coisa né, então ajudou bastante nisso, agilizou mais né, às enquanto um vai medindo a pressão o outro vai vendo outra coisa então ajudou o médico com o fluxo da unidade que é muito grande né, então eu acho que desafogou um pouco os médicos, ajuda nos procedimentos, o que eu percebi de mudança foi isso e isso beneficia todo mundo né, quanto mais cedo a pessoa passa por atendimento melhor ela é atendida e menos reclamações tem, então eu acho que isso ajudou bastante e foi o que eu vi de mudança no consultório que envolve todos os profissionais, envolve o médico, as enfermeiras, essa ajuda que eles dão.

Alguém mais? Alguma diferença no comportamento de vocês que fez com que vocês olhassem diferente o serviço?

AS7: Uma coisa também que é um aprendizado pra gente né, essa união deles até pelas visitas assim, a gente tem uma dúvida a gente pergunta pra um ai de vez em quando não encontra o médico e encontra o interno a gente já esclarece alguma coisa, é mais um aprendizado mesmo no dia a dia.

M14: É interessante também que quando a gente aborda as questões mais comuns da área da atenção básica em relação as doenças mais frequentes nos pacientes a gente fala com o paciente, faz uma medicação, solicita algum exame e uma reavaliação, com a presença dos acadêmicos dentro da unidade então pra ajudá-los na formação então a gente integra esses problemas mais comuns com os protocolos preconizados pelo ministério, então dentro da unidade fica muito mais frequente uma sistematização de atendimento protocolados pelas cartilhas do ministério pelo o que preconiza, então a gente vai deixando né a integração tanto da equipe multidisciplinar quanto o agente de saúde, a escassez de profissionais da equipe técnica de enfermagem tá relutando uma questão e eles podem ir lá e ó está conseguindo em algum lugar pra ver essa questão, então traz esses níveis pra gente, a gente orienta os alunos como que seria a classificação de uma hipertensão arterial, classificação de uma diabetes, pra como um todo, então fica assim bem mais completo com a presença deles, não que a gente não atendesse completo, mas estava só o médico e o paciente, com o acadêmico junto a gente coloca o médico, o paciente e aquela doença dentro do protocolo.

Como você acha que deve ser a formação dos estudantes de medicina? Onde eles devem ser treinados?

AS1: Eu acho que como qualquer formação a parte teórica é muito importante, mas a prática no dia a dia é essencial, é fundamental, eu acho que eles devem mesmo serem treinados dentro das unidades de saúde, dos hospitais e todos os outros locais de saúde e na prática mesmo, em qualquer situação, seja ela consulta, em curativo, em tudo assim, porque não adianta só a teoria, você tem que praticar e pra isso infelizmente alguns pacientes tem que ser “cobaia”, então eles tem que praticar mesmo, claro que sempre com a supervisão de um médico formado já, mas tem que ser na prática mesmo.

D3: Eu acho que a única mudança que eu acredito que deveria ter, talvez é no tempo que eles ficam que é muito curto, talvez se estendesse o tempo um pouco mais, mesmo que eu faço um vínculo com o paciente, porque realmente a gente trabalha com o paciente aqui e o que faz com que a gente traga o paciente realmente é o vínculo né, então a partir do momento que o paciente vem e ele vê esse é.....esse futuro médico na unidade e depois daqui um mês ele volta, dois, três ele também vai criando a liberdade de expor o que ele tem vontade, eu acho que às vezes o tempo que ele fica no estágio deveria ser um pouco maior, tanto na unidade quanto nas outras áreas de saúde.

M14: O que a número 1 falou é importante porque como qualquer outra área do ensino né a gente tem que ter a parte teórica sim, mas pra visualizar né o que vai ser feito nada melhor do que a prática, então se eles estão aqui e acredito que talvez o ano que vem seria um novo local de trabalho pra eles, nada melhor do que trabalhar como primeiro estagiário, observador, atuante e depois como médico mesmo desse local né, desloca ele do hospital e ele vai atingir o princípio da medicina atual que não é só mais aquela curativa lá dentro do hospital, mas aquela preventiva, então aqui seria o local ideal que ele deveria realmente tá né e participar por bastante tempo.

O estudante de medicina precisa saber sobre o trabalho de um agente comunitário de saúde?

AS11: Sim, mesmo porque a gente sabe mais da vida do paciente do que muitas vezes o próprio médico, muitas vezes o paciente expõe mais as coisas pra nós do que pro médico dele né.

AS10: No começo eles vieram, eles faziam muitas perguntas pra gente porque no começo quando eles vieram estagiar, alguns deles vieram comigo e eu levei na minha área, não foi só comigo mas com os profissionais aqui da unidade, acredito que da cidade toda né, e ai eles foram viram como é nosso trabalho, levei em alguns pacientes, levei em pacientes comuns e pacientes que a gente vai vezes que tem mais problemas, então eles entenderam muito bem como é que funciona, isso logo no começo e depois eles voltaram, quando eles retornaram que voltaram e começaram a vim com os médicos, então eu acho que essa prática também da pergunta anterior veio desde lá do início aprendendo com a gente, depois com o médico, a gente está vendo eles com o ginecologista e com os outros médicos, a não ser o

médico da família mesmo, então essa prática sendo estendida a vários ramos da saúde é eu acho que importante pra formação deles, inclusive a nossa.

Como você acha que pode contribuir com a formação do estudante de medicina?

AS6: Eu acho assim que deve-se entender que o período que eles ficam aqui eles terem assim, mais diálogo com nós, com nós e com os pacientes, eles tem mais vínculo em participarem porque a gente não tem muito contato com eles, é assim só durante a reunião e quando sai pra visita, eu mesmo não tenho assim, eu acho que deveria ter mais comunicação com eles, ter mais participação, a gente pode dar mais informação dos problemas pra eles.

AS5: Acho que a gente contribui muito na formação deles informando sobre a realidade do local onde eles estão trabalhando, com a população que eles estão lidando, como eu digo assim, da maneira que tem pacientes que devem ser tratados, pacientes barraqueiros que se você souber com jeitinho levar eles, eles fazem tudo do jeito que você quer e eles achando que tão fazendo do jeito deles, então eu acho que a gente ajuda muito assim em informação e orientação com a realidade que ele vai enfrentar.

D12: Eu acho que eles neste local eles tem uma visão bastante multidisciplinar, eles interagem com muitas áreas então eu acho que isso é uma bagagem bastante grande pra eles, e além de colocar em prática a teoria, além disso, eles vão ter noção da responsabilidade que eles tem que tem com o paciente, não só saber colocar em prática o que eles aprenderam na teoria aqui, eles vão ter essa noção realmente.

TE4: Eu acho que uma grande contribuição também na unidade de saúde na formação desses médicos é o trabalho em grande equipe né, porque muitos depois de formados vão ter seu consultório, vai trabalhar ele, a secretária e às vezes não tem aquele contato de como que é trabalhar num lugar grande com um monte de gente, com cada um de um jeito né, cada um tem uma personalidade, cada um faz um serviço né da sua maneira, cada área tem uma realidade porque vai num lugar e é de um jeito, vai no outro é diferente, e tem a oportunidade de conhecer vários lugares diferentes, várias pessoas diferentes, vários níveis sociais diferentes, acho que isso ajuda muito também a trabalhar em equipe, a aprender ouvir né, a gente também a aprender com eles que tão estudando umas coisas mais novas né.

AS8: Eu acho como a 4, que é bom pra de repente eles estão estudando, tem uma classe social melhor, então aqui eles vão bater de frente com uma realidade que eles vão no futuro ou no momento agora eles vão mexer com todas as classes sociais, desde o mais miserável até o outro mais rico que tem um plano de saúde e tem que ser tratado de maneira igual. Pra ele ser um bom profissional no futuro sem distinção e sem discriminação.

M14: Como o 8 falou e o 4 falou é importante essa inserção né, então relacionado a pergunta ao que me cabe de passar pra esses acadêmicos de medicina, eu acho muito interessante passar o que também é mais estranho o que é mais complexo, as problemáticas do dia a dia, porque às vezes a gente passa protocolos, a gente fala ó isso aqui é assim e assim, quando precisa ou se associa mais isso, você resolve dessa forma aí de repente chega lá uma pessoa com uma coisa que ninguém nunca falou e aí é necessário que realmente ela tenha vivenciado isso antes da formação talvez, porque realmente o ser humano não é uma máquina então todo dia até o médico formado vai pegar uma coisa inusitada né, e o acadêmico é importante ele já lidar com essas problemáticas, com essas coisas diferentes e aí ele tá inserido num setor onde tem uma grande equipe e cada um pode dar sua contribuição né, a parte médica, a parte do agente comunitário de saúde, a parte da enfermagem, a parte da odonto, cada um contribui de alguma forma e aí ele consegue lidar com realidades que não é só aquela coloca nos livros da teoria.

Você considera que a população é beneficiada com a presença dos estudantes de medicina e quais seriam esses benefícios? Existem desvantagens? Quais são?

D12: Os benefícios eu acho sim que a população tem benefícios com o atendimento médico dos acadêmicos, é devido até como o número três já falou, o número um também eu acho que dá agilidade, como a nossa unidade é um posto que atende muitos pacientes, um número elevado de pacientes aumenta agilidade, desafoga, faz o serviço rodar um pouco mais e pra formação deles como futuros médicos. As desvantagens que a gente escuta....é...dos pacientes seriam essas como no grupo de gestantes eu posso vivenciar isso um pouquinho mais, não é o caso da nossa unidade mas lá na Santa Casa tem muita gestante que às vezes tá com um pouquinho mais de resistência de tá sentindo dor, de ir na santa casa e chega lá ela fala que não quer passar pelo constrangimento dos estagiários mesmo a gente explicando pra ela que é necessário, então essa seria uma desvantagem.

AS1: Na minha opinião a desvantagem maior que a gente percebe é o que já foi até falado anteriormente, a falta de vínculo que eles acabam tendo com os pacientes por causa do pouco tempo que eles passam na unidade, e esse tempo de permanência deles na unidade maior se fosse revisto isso eu acredito que seria transformado isso em mais benefício para a população com o vínculo criado com eles e os pacientes acabam tendo mais confiança, mais intimidade e acabam falando mais sobre seus problemas.

M14: Eu queria falar sobre uma vantagem, que como a número 12 falou também nessa parte dos acadêmicos estarem aqui, a gente tem duas visões, tem dois pontos de vista na verdade, um fala que gostaria de um médico um pouco mais velho porque tem mais experiência, outros falam que gostariam de um médico mais novo porque ele tem mais conhecimentos recentes, eu acredito que a presença dos acadêmicos traz muito pros pacientes, é uma questão apenas de como o 2 tinha falado a abordagem que a gente vai fazer, quando chega fazendo uma mudança como que a gente deve apresentar, não são

simplesmente alunos, são futuros médicos que estão bem assistidos por preceptores que são cobrados pela responsabilidade de ensinar e dentro de uma metodologia que é passada né, dando continuidade a um aprendizado com conhecimento teórico baseado em vários padrões da medicina, que tem as referências americanas, as brasileiras, e aí eles vão trazer tudo o que há de novo, porque até o médico que se formou ano passado algum conhecimento fica até que obsoleto porque a medicina tem muitas descobertas, e o acadêmico traz também o conhecimento novo até pro próprio preceptor, então o preceptor ele vai sempre inovar com certeza, mas a presença do acadêmico é importantíssima porque o próprio paciente vai tá sendo beneficiado na assistência e na saúde que ele tá procurando.

D3: Eu acho que infelizmente em relação a unidade talvez no meu ponto de vista é a quantidade que se tem dentro do consultório no momento da consulta, não que realmente é necessário sim, é de muita grandeza ter os acadêmicos ali que realmente tem pacientes que falam que vai no médico que um resolve e outros não, mas eu vejo como a quantidade que se tem no momento da consulta, talvez realmente se fosse somente ele e o médico seria muito mais fácil a aceitação, não só pela abordagem mas às vezes pela aceitação porque às vezes tem pessoas que realmente que entra ali que pra ela tá tão necessitada no momento que pra ela vai ser indiferente a quantidade, mas pra grande maioria é muito constrangedor talvez a quantidade que se tem ali dentro da consulta, talvez poderia ser menor.

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisadora Responsável: Fabiana Arenas Stringari de Parma
Orientador: Prof. Doutor Fernando Antônio de Almeida
Endereço institucional: Rua Pernambuco, 4196 – Centro
CEP: 15500-006 – Votuporanga S.P
Fone: (17) 99135-8387
E-mail: farenas@uol.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS DOS ESTUDANTES DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

1 Apresentação

Este é um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

IMPORTANTE: Antes de decidir se deseja participar, você deve ler e compreender todo o conteúdo aqui descrito. Ao final, caso concorde em participar, você assinará este termo em duas vias. Uma ficará com você e outra com o pesquisador. Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não estiver esclarecido neste documento. A pesquisadora responderá as suas perguntas a qualquer momento do estudo, e, caso ainda tenha dúvidas, estas poderão ser elucidadas a qualquer momento por meio do contato da pesquisadora identificado acima, ou então através do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) do Centro Universitário de Votuporanga, cujo contato está no final deste documento. Esta pesquisa será desenvolvida por Fabiana Arenas Stringari de Parma, discente do Mestrado Profissional Educação nas Profissões da Saúde da PUC SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo) *campus* Sorocaba.

2 Objetivos do estudo

Para boa formação médica, as escolas de medicina têm se adequado as novas diretrizes curriculares do Ministério da Saúde e utilizado metodologias ativas como a aprendizagem baseada em problemas (ABP). No módulo de PIESC (Práticas de Integração Ensino Serviço Comunidade), os estudantes se integram aos serviços de saúde pública, em especial na Atenção Primária a Saúde (APS), desde o primeiro período do curso. No estágio de Medicina Geral, de Família e Comunidade do Internato, os estudantes também se integram nas Equipes de Saúde da Família. Neste contexto, vislumbramos a necessidade de analisar sistematicamente a percepção que você, enquanto profissional de saúde, possui acerca da integração destes alunos no serviço o qual trabalha. A pesquisa

será sobre a sua percepção deste trabalho em equipe, a integração da equipe com os estudantes e a ligação deles com a comunidade.

O convite à sua participação se deve ao fato de você se encaixar nos critérios de inclusão da pesquisa (trabalhadores da atenção primária, há mais de seis meses) e sua percepção e informações sobre o assunto serem relevantes para o estudo.

3 Procedimento do estudo e confidencialidade

Serão realizados grupos de debate (chamado de grupo focal) com os trabalhadores, identificados por tipo de profissão, coordenados pela pesquisadora, em local dentro da unidade de saúde em que você trabalha. O grupo irá discutir o tema da pesquisa. O local terá características de privacidade para manter a confidencialidade das informações. O horário será agendado em comum acordo entre você, a pesquisadora e a responsável pela unidade de saúde para não interferir na rotina de trabalho. O debate do grupo será gravado em áudio integralmente e não haverá identificação pessoal neste material gravado, você será identificado por um número. Os relatos serão avaliados pela pesquisadora e seu orientador, Prof. Doutor Fernando Antônio de Almeida, do mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa. Ao final, todo material será mantido em arquivo com garantia de confidencialidade, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo destruído após decorrido este tempo.

Os resultados deste trabalho serão apresentados na dissertação de mestrado da pesquisadora, bem como podem ser divulgados em revistas científicas e congressos científicos. Entretanto, mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar sua identidade.

4 Riscos e benefícios

Você NÃO receberá nenhum tipo de compensação financeira pela participação nesta pesquisa. Não haverá nenhum benefício ou prejuízo direto a você, mas sua participação contribuirá para a produção de conteúdo acadêmico relativo a percepção que você, enquanto trabalhador, possui a respeito da inserção dos alunos de medicina no contexto da sua rotina de trabalho dentro da unidade de saúde, permitindo a realização de inferências conceituais e até mesmo ressignificando os processos de trabalho e ajustando as atividades acadêmicas.

O risco que você poderá ter é o de se sentir constrangido em responder alguma questão do grupo focal que lhe cause desconforto, podendo permanecer calado, se julgar melhor. Você pode sair do grupo focal, como da pesquisa, em qualquer momento, se assim desejar. Sua participação é voluntária.

Não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário.

Fabiana Arenas Stringari de Parma
Pesquisadora responsável

5 Assinatura do TCLE

Eu, _____,
portador do RG: _____ data de nascimento: ____/____/____,
endereço: _____

Telefone de contato: _____, exercendo a função de _____
na unidade de saúde: _____

fui informado (a) dos objetivos do estudo “**PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS DOS ESTUDANTES DE MEDICINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Votuporanga, _____ de _____ de 2017

Assinatura do participante

1 – Testemunha:

Nome: _____

RG: _____

2 – Testemunha:

Nome: _____

RG: _____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos UNIFEV - Centro Universitário de
Votuporanga - Rua Pernambuco, 4196 – Centro - CEP: 15500-006 – Votuporanga S.P
Fone: (17) 3405-9974 Email: cepunifev@fev.edu.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A percepção dos trabalhadores de saúde em relação às práticas de integração dos estudantes de medicina nos serviços de Atenção Primária de Votuporanga

Pesquisador: FABIANA ARENAS STRINGARI DE PARMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68487917.8.0000.0078

Instituição Proponente: Centro Universitário de Votuporanga

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.154.472

Apresentação do Projeto:

A pesquisa proposta visa analisar a percepção dos trabalhadores da atenção primária em relação às práticas e interação dos discentes de medicina da UNIFEV no contexto das unidades de saúde em que trabalham.

Por meio da técnica de grupo focal serão gravados em áudio as contribuições dos trabalhadores a respeito do tema.

Serão pesquisados trabalhadores de duas unidades de saúde do município, Consultório Municipal Jerônimo Figueira da Costa Neto e Consultório Municipal Dr. Ruy Pedroso. A escolha das unidades levou em consideração o fato das respectivas ESF serem cenários de práticas para a unidade curricular Prática de Integração Ensino Serviço Comunidade e também do internato médico.

Após a abordagem metodológica os dados coletados serão submetidos a técnica de análise de conteúdo temática por ser a que melhor atende ao tema proposta, se tratando de afirmações a respeito de determinado assunto.

Endereço: Rua Pernambuco, 4196

Bairro: centro

CEP: 15.500-006

UF: SP

Município: VOTUPORANGA

Telefone: (17)3405-9974

Fax: (17)3405-9982

E-mail: cepunifev@fev.edu.br

Continuação do Parecer: 2.154.472

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção dos trabalhadores da atenção primária em relação a inserção dos estudantes de medicina no contexto das Equipes de Saúde da Família.

Objetivo Secundário: - Identificar vantagens e desvantagens da presença destes estudantes para o serviço de saúde, para a formação médica e para a população do território sob a ótica dos trabalhadores de saúde.
- Contribuir para os ajustes necessários dos serviços de saúde e da formação médica, se identificados no presente estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não haverá riscos direto de ordem física, psíquica, moral, intelectual, social, espiritual ou cultural aos participantes. Contudo ressalta-se que ao longo da discussão o mesmo poderá sentir-se constrangido em responder alguma questão que lhe cause desconforto, e até mesmo sentir-se constrangido com alguma pergunta ou resposta do grupo de pesquisa. Neste caso, conforme orientação do TCLE assinado pelo participante o mesmo poderá reservar o direito de ficar calado e até mesmo sair do grupo, caso julgue necessário. Também não haverá qualquer prejuízo as atividades das unidades de saúde em que a pesquisa será realizada, uma vez que a Secretaria Municipal de Saúde foi previamente informada, a por meio do termo de concordância anexo ao projeto, aceita o desenvolvimento da pesquisa sem prejuízo ao atendimento prestado aos usuários e a rotina de trabalho dos profissionais.

Benefícios: Como benefícios do trabalho destaca-se a produção de conteúdo acadêmico, a respeito das práticas de ensino no serviço e na comunidade, no contexto curricular dos cursos de medicina, além da reflexão crítica sobre o tema, propondo melhorias e inferências, quando necessário, tanto no serviço de saúde quanto na educação médica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, tanto como produção de conteúdo acadêmico a respeito de tema, pois até o momento há escassa produção científica quanto ao serviço, pois propiciará uma reflexão crítica, possibilitando melhorias na integração Ensino-Serviço.

Endereço: Rua Pernambuco, 4196

Bairro: centro

CEP: 15.500-006

UF: SP

Município: VOTUPORANGA

Telefone: (17)3405-9974

Fax: (17)3405-9982

E-mail: cepunifev@fev.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOTUPORANGA - UNIFEV/SP



Continuação do Parecer: 2.154.472

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentação de todos os termos necessários, com redação clara, contendo as assinaturas e identificação dos responsáveis. Portanto encontram-se adequadamente para o desenvolvimento da pesquisa.

Recomendações:

Não Há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As adequações solicitadas foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme Resolução 466/12, lembrando que deverá enviar relatório final ao CEP/UNIFEV.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_909364.pdf	13/06/2017 08:52:01		Aceito
Outros	Questoes_Norteadoras_Grupo.pdf	13/06/2017 08:50:57	FABIANA ARENAS STRINGARI DE PARMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Resolucao_466.pdf	13/06/2017 08:50:24	FABIANA ARENAS STRINGARI DE PARMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Nao_Remuneracao.pdf	13/06/2017 08:50:05	FABIANA ARENAS STRINGARI DE PARMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Propriedade_Uso_Material.pdf	13/06/2017 08:49:50	FABIANA ARENAS STRINGARI DE PARMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pre_Projeto_PDF.pdf	13/06/2017 08:48:27	FABIANA ARENAS STRINGARI DE PARMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Correto.pdf	13/06/2017 08:42:51	FABIANA ARENAS STRINGARI DE PARMA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	18/05/2017 08:09:56	FABIANA ARENAS STRINGARI DE PARMA	Aceito
Declaração de	Declaracao_Infra_Estrutura.pdf	15/05/2017	FABIANA ARENAS	Aceito

Endereço: Rua Pernambuco, 4196

Bairro: centro

CEP: 15.500-006

UF: SP

Município: VOTUPORANGA

Telefone: (17)3405-9974

Fax: (17)3405-9982

E-mail: cepunifev@fev.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOTUPORANGA - UNIFEV/SP



Continuação do Parecer: 2.154.472

Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infra_Estrutura.pdf	20:46:43	STRINGARI DE PARMA	Aceito
---------------------------------	--------------------------------	----------	-----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOTUPORANGA, 04 de Julho de 2017

Assinado por:
ROBERTO CARLOS GRASSI MALTA
(Coordenador)

Endereço: Rua Pernambuco, 4196

Bairro: centro

CEP: 15.500-006

UF: SP

Município: VOTUPORANGA

Telefone: (17)3405-9974

Fax: (17)3405-9982

E-mail: cepunifev@fev.edu.br

ANEXO 2

Declaração de Concordância da Secretaria Municipal de Saúde




Secretaria da Saúde

Rua Santa Catarina, Nº 3890 - Vila São Vicente.
Votuporanga/SP - CEP 15.505-171
Fone: (17) 3405-9787 - www.votuporanga.sp.gov.br
secretariasaude@votuporanga.sp.gov.br

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA E INFRAESTRUTURA

Eu, Márcia Cristina Fernandes Prado Reina, RG 9731187-X, na qualidade de responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Votuporanga - SP autorizo a realização do Projeto de Pesquisa intitulado **“A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS DE INTEGRAÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE VOTUPORANGA”** a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Fabiana Arenas Stringari de Parma; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa, bem como que comprometo-me em verificar o seu desenvolvimento para que se possa cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, fica vinculada a apresentação pelo Comitê de Ética.

Votuporanga, 12 de maio de 2017.



Márcia Cristina Fernandes Prado Reina

Secretária Municipal de Saúde