

**Universidade Federal de Juiz de Fora**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família**

**Juliana Maria Nascimento Souza**

**AVALIAÇÃO DO CENÁRIO E DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM  
ESTÁGIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A ÓTICA DOS ESTUDANTES DE  
MEDICINA**

**Juiz de Fora**

**2019**

**Juliana Maria Nascimento Souza**

**AVALIAÇÃO DO CENÁRIO E DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM  
ESTÁGIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOB A ÓTICA DOS ESTUDANTES DE  
MEDICINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, área de concentração: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito necessário para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Souza, Juliana Maria Nascimento .

Avaliação do cenário e das competências adquiridas em estágios na Atenção Primária sob a ótica dos estudantes de Medicina / Juliana Maria Nascimento Souza. -- 2019.

83 f. : il.

Orientador: Maximiliano Ribeiro Guerra

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação em saúde. 3. Educação Médica. 4. Internato . 5. Cenários de Prática. I. Guerra, Maximiliano Ribeiro , orient. II. Título.

**JULIANA MARIA NASCIMENTO SOUZA**

**Avaliação do cenário e das competências adquiridas em estágios na atenção primária sob a ótica dos estudantes de medicina.** Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, área de concentração: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

---

**Maximiliano Ribeiro Guerra - UFJF**

---

**Débora Carvalho Ferreira - UFV**

---

**Isabel Cristina Gonçalves Leite - UFJF**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais Expedito e Isabel, incansáveis no exercício do amor; ao meu marido Marcos, companheiro de todas as lutas e aos meus filhos Elisa e Francisco, reflexos da grandiosa bondade de Deus.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra, por sua paciência, disponibilidade e capacidade de motivação. Agradeço ao doutorando em Comportamento e Biologia Animal Marcos Vinícius Dias da Silva, por sua preciosa ajuda nas questões estatísticas. Agradeço às professoras doutoras Isabel Cristina Gonçalves Leite e Débora Carvalho Ferreira, pelas contribuições; ao secretário executivo Aloísio Marioni Abib, por sua eficiência e apoio; à Universidade Federal de Juiz de Fora e ao PROFSAUDE, pela oportunidade; aos alunos do internato da Famed-UFJF pela disponibilidade em responder aos questionários, assim como à aluna bolsista Livia Rigolon, pela colaboração nas várias etapas da pesquisa; à minha irmã Prof.<sup>a</sup> Letícia Maria do Nascimento Silva, pela revisão gramatical; à minha tia Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Inês Gomes de Almeida e à minha irmã Prof.<sup>a</sup> Msc. Érica Maria Nascimento Dias pelo incentivo para a conclusão desse trabalho.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o cenário e as competências adquiridas em estágios na Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos alunos do Internato em Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Trata-se de um estudo observacional analítico transversal, em que os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: PCATool-Brasil, versão para profissionais de saúde e um questionário abordando as competências gerais preconizadas para a formação do médico generalista, aplicados aos alunos do nono, décimo e décimo-primeiro períodos, nos quais os alunos realizam atividades de estágio em Unidades Básicas de Saúde da Estratégia de Saúde da Família. O escore geral foi de 6,50; 6,35 para o décimo e décimo primeiro períodos respectivamente, estando mais baixo, com valor de 5,88 para o nono período. O escore essencial foi de 6,36; 6,79 e 6,69 para o nono, décimo e décimo período respectivamente. Evidenciou-se fragilidade nos atributos Acessibilidade (3,24; 3,8; 3,64) e Orientação Comunitária (3,17; 5,75; 4,58). Os alunos adquiriram satisfatoriamente as competências, estando deficiente a capacidade de utilizar os sistemas de informação. Apenas 10,9%; 20,8% e 28,5% do nono, décimo e décimo primeiro períodos respectivamente informaram terem adquirido tal conhecimento. Os cenários de APS para o Internato em Medicina da UFJF, na visão dos alunos, apresentaram-se adequados, visto que os mesmos identificaram atributos e referiram terem adquirido grande parte das competências gerais necessárias à formação do médico generalista.

Palavra chave: Atenção Primária à saúde, Educação em saúde, Educação médica

## ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the scenario and competencies acquired in stages in the Primary Health Care from the perspective of the students of the boarding school in Medicine of the Federal University of Juiz de Fora (UFJF). This is an observational cross-sectional study, in which the data were collected through two instruments: PCATool-Brazil, version for health professionals and a questionnaire addressing the general skills recommended for general practitioner training, applied to students of the ninth, tenth and eleventh periods, applied to students in the ninth, tenth and eleventh periods, in which students perform internship activities in Basic Health Units of the Family Health Strategy. The essential score was 6.36; 6,79 and 6,69 for the ninth, tenth and tenth periods respectively. There was evidence of fragility in the attributes Accessibility (3.24, 3.8, 3.64) and Community Orientation (3.17, 5.75, 4.58). The students acquired satisfactorily the competences, being deficient the capacity to use the information systems. Only 10.9%; 20.8% and 28.5% of the ninth, tenth and eleventh periods respectively reported having acquired such knowledge. The APS scenarios for the Internship in Medicine of the UFJF, in the view of the students, were adequate, as they identified attributes and reported having acquired a large part of the general skills necessary for the general practitioner's training.

**Keywords:** Primary Health Care, Health Education, Medical Education



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Distribuição dos alunos entrevistados por período do Internato. Famed-UFJF, 2018.....	41
Quadro 2: Distribuição dos alunos do 10º período por UBS da cidade de Juiz de Fora durante o estágio no Internato de Medicina Comunitária Local. Famed-UFJF, 2018.....	42
Quadro 3: Distribuição dos alunos do 11º período por cidades mineiras próximas à Juiz de Fora durante o estágio no Internato de Medicina Comunitária Regional. Famed-UFJF, 2018.....	42
Figura 1: Média e desvio padrão dos escores obtidos através da aplicação de questionário PCAtool em estudantes do curso de Internato- UFJF, 2018, no cenários da Atenção Primária à Saúde (APS). (A) Acessibilidade; (B) Longitudinalidade; (C): Coordenação - Integração de Cuidados; (D): Coordenação - Sistemas de Informação; (E): Integração - Serviços Disponíveis; (F) Integralidade - Serviços Prestados; (G) Orientação Familiar; (H): Orientação Comunitária.(n=170). ....	45
Figura 2 - Média e desvio padrão dos Escores Geral e Essencial por período de estágio do curso de Internato, Faculdade de Medicina - UFJF, 2018, no cenários da Atenção Primária de Saúde (APS). ....	45
Figura 3 - Média e desvio padrão dos escores obtidos através da aplicação de questionário PCAtool em estudantes do curso de Internato- UFJF, 2018, no cenários da Atenção Primária de Saúde (APS). (A) Acessibilidade; (B) Longitudinalidade; (C): Coordenação - Integração de Cuidados; (D): Coordenação - Sistemas de Informação; (E): Integração - Serviços Disponíveis; (F) Integralidade - Serviços Prestados; (G) Orientação Familiar; (H): Orientação Comunitária.(n=170). ....	46
Quadro 4: Competências gerais descritas pelos estudantes dos três períodos (9º, 10º e 11º), após estágio em cenário de APS. Famed-UFJF, 2018 (n=170).....	48
Quadro 5: Competências gerais descritas pelos estudantes do nono período após estágio em cenário de APS. Famed-UFJF, 2018. (n=73). ....	49

Quadro 6: Competências gerais descritas pelos estudantes para o décimo período após estágio em cenário de APS. Famed-UFJF, 2018 (n=48). .....	50
Quadro 7: Competências gerais descritas pelos estudantes do décimo primeiro período após estágio em cenário de APS. Famed-UFJF, 2018 (n=49). .....	51
Quadro 8: Competências gerais descritas para cada período ( assertiva “concordo”) da Famed-UFJF, 2018 .....	52
Figura 4: Evolução das competências ao longo dos períodos analisados, 9º; 10º e 11º períodos do curso de Medicina- UFJF, 2018, no cenário da Atenção Primaria de Saúde (APS) .....	53

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos dados obtidos através da aplicação de questionário PCAtool em estudantes do curso de Internato- UFJF, 2018, nos cenários da Atenção Primária à Saúde (APS).....	43
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS.....	Atenção Primária à Saúde
COE.....	Comissão Orientadora do Estágio
DCN.....	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF.....	Estratégia de Saúde da Família
Famed-UFJF.....	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora
FIOCRUZ.....	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
MEC.....	Ministério da Educação
OPAS.....	Organização Pan-americana da Saúde
PCA-Tool.....	Primary Care Assessment Tool
PCATool –Brasil.....	Primary Care Assessment Tool, versão para o Brasil
PNAB.....	Política Nacional de Atenção Básica
PROMED.....	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
RAS.....	Redes de Atenção à Saúde
SUS.....	Sistema Único de Saúde
SIM.....	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN.....	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC.....	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
TCLE.....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF.....	Universidade Federal de Juiz de Fora

## SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 - REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
2.1 - EVOLUÇÃO DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO E INFLUÊNCIA DO RELATÓRIO FLEXNER.....	18
2.2 - REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E IMPACTOS NO ENSINO MÉDICO. ....	20
2.3 - PERFIL PRECONIZADO PARA O PROFISSIONAL MÉDICO.....	23
2.4 - INICIATIVAS DE MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.....	25
2.5 - CENÁRIO EM APS E GRADUAÇÃO EM MEDICINA.....	27
2.6 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CENÁRIOS DE APS: QUESTIONÁRIO PCATool.....	29
<b>3 - JUSTIFICATIVA. ....</b>	<b>33</b>
<b>4 - OBJETIVOS .....</b>	<b>34</b>
4.1 - OBJETIVO GERAL.....	34
4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS. ....	34
<b>5 - MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>35</b>
5.1 - DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	35
5.2 - POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	35
5.3 - ÁREA DE ESTUDO. ....	35
5.4 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	37
5.5 - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS .....	37

5.6 - ANÁLISE DE DADOS.....	39
5.7 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40
<b>6 - DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
6.1 - DADOS GERAIS.....	41
6.2 - RESULTADOS RELACIONADOS AO CENÁRIO (INSTRUMENTO PCATool). .....	42
6.3 - RESULTADOS RELACIONADOS AO QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	47
<b>7 - DISCUSSÃO.....</b>	<b>54</b>
<b>8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>72</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) fortaleceu-se no Brasil principalmente a partir do ano de 1994, com a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tal estratégia vem sendo financiada e estimulada pelo Ministério da Saúde, o qual entende ser a ESF e, conseqüentemente, a APS, a responsável pela gestão dos cuidados primários em saúde da população. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) passaram a não mais realizar apenas ações pontuais geridas pela demanda espontânea, passando a abranger um número diversificado de ações, incluindo promoção, prevenção, cura ou tratamento, reabilitação e palição de problemas de saúde. Para realizar tais atividades com qualidade e resolutividade, foram se construindo ao longo do tempo conceitos e atributos necessários para que as ações desenvolvidas no âmbito da APS chegassem aos 85% de resolutividade preconizados ( Starfield, 2002).

Segundo Shi *et al.* (2001), uma APS resolutiva deve realizar suas atividades pautadas em atributos essenciais, quais sejam: a *atenção ao primeiro contato*, a *longitudinalidade*, a *integralidade* e a *coordenação*, além de elementos relacionados à estrutura e ao processo de trabalho.

Atualmente a APS se consolidou como o local de primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por organizar a chegada do usuário, coordenar os cuidados necessários e conduzir a pessoa que necessita de atendimento ao longo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), promovendo o acompanhamento compartilhado e se corresponsabilizando com os outros níveis de atenção (secundário e terciário).

A APS, pelas suas características próprias, é o local no qual se torna possível conhecer o usuário dentro de seu contexto social e familiar, correlacionando seu adoecimento com fatores não apenas biológicos, mas socioeconômicos, emocionais, educacionais e espirituais, em um movimento de entendimento dos múltiplos fatores que interagem causando o adoecimento. Neste cenário amplo de ações de proteção da saúde, fortalece-se a habilidade de comunicação, de criatividade e de resolução de problemas frente a situações difíceis e inesperadas. Os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde tornam-se atores no processo de cuidar, estabelecendo vínculos com os usuários e desenvolvendo a capacidade de trabalhar em equipe, visto que, a grande maioria dos problemas que se apresenta na APS é multifatorial, não sendo possível resolvê-los sem um trabalho multi e interdisciplinar.



Um serviço de APS, se bem estruturado, deve conduzir o cuidado referente aos principais agravos em saúde da população, além de realizar ações promotoras e preventivas de saúde, para evitar que agravos maiores conduzam os usuários desnecessariamente aos serviços de atenção secundária e terciária. Um dos grandes desafios que se apresentam na atualidade, por exemplo, é reduzir as taxas de internações hospitalares de condições sensíveis à APS.

A APS contribuiu certamente para a mudança de concepção sobre o processo saúde-doença. A pessoa adoecida passou a ser entendida como um ser que sofre influência do meio em que vive, visto que, a concepção médica, até então hegemônica, de que a doença era causada unicamente por fatores biológicos passou a não mais ser resolutiva, sendo necessária uma revisão em conceitos pré-estabelecidos.

Ocorreu também uma mudança de conceitos e de valores no ensino médico brasileiro. Entendeu-se que, ao ensino nos hospitais precisava-se somar o ensino em outros campos de prática do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresentassem uma visão mais ampla do adoecimento. Entendeu-se a importância de o acadêmico de Medicina estar em cenários de prática que promovessem o aprendizado da gerência de cuidados das principais patologias de saúde, dentro da lógica do SUS, atuando em ações também preventivas e promotoras de saúde, e entendendo a importância dos Determinantes Sociais de Saúde. Neste contexto foi publicada, em 2013, a Lei nº 12.871 que estimulava uma ampliação na inserção do discente em Medicina em unidades de atendimento do SUS, para o desenvolvimento de conhecimentos sobre a realidade da saúde dos brasileiros (Brasil, 2013).

Em momento de semelhantes reflexões, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina foram revistas, sendo que em 2014 ocorreu a última atualização. Nesta fica estabelecida a importância e a necessidade da inserção do aluno de Medicina em cenários da APS. Neste cenário, espera-se que o aluno adquira competências gerais como: realização adequada de anamnese e exame físico, atuando com respeito e interesse por cada pessoa foco do atendimento; desenvolvimento de boa relação médico-paciente, com o estabelecimento adequado de vínculo; comunicação adequada com o paciente e seus familiares; capacidade de trabalhar adequadamente em equipe; entendimento sobre os indicadores de saúde; gerência adequada dos problemas de saúde, com conhecimento das RAS; entre outras (Brasil, 2014).

As DCN orientam então a inserção do discente de Medicina em cenários de APS. Sabe-se, porém, que, para que o estudante realmente absorva conhecimentos e competências tão

importantes para a prática médica, é necessário que os cenários de APS estejam adequados, que apresentem os atributos necessários, que possuam preceptores preparados, com a devida formação para a APS, e que os alunos estejam emocionalmente preparados e amadurecidos para absorver os ensinamentos específicos deste cenário (Brasil, 2014).

Sabe-se que a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (Famed-UFJF) possui seus dois anos finais do curso de Graduação constituídos pelo Internato, nos quais os alunos de Medicina percorrem vinte e oito semanas do estágio em cenários de APS, sendo 12 semanas no nono período; oito semanas no décimo período, (em UBS da rede municipal do município de Juiz de Fora), e oito semanas no décimo primeiro ou décimo segundo períodos, (em UBS da rede municipal de municípios próximos à cidade de Juiz de Fora) (Moutinho *et al.*, 2015).

Torna-se necessário estudar a adequabilidade dos cenários de prática em APS, assim como avaliar a aquisição de competências preconizadas pelas DCN por parte dos alunos de Medicina, principalmente aqueles que estão nos anos finais do curso, nos quais as DCN orientam uma inserção ainda maior em termos de semanas de estágio na APS.

A dissertação em questão terá início a partir de um referencial teórico, possibilitando ao leitor um maior embasamento científico, histórico e contextual sobre a temática abordada; a seguir são expostos: a justificativa para a realização do estudo, assim como os objetivos; os procedimentos metodológicos para que tais objetivos sejam alcançados; a descrição dos resultados; a discussão sobre os mesmos e as considerações finais.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 EVOLUÇÃO DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO E INFLUÊNCIA DO RELATÓRIO FLEXNER.

Sabe-se que durante os três primeiros séculos de colonização do Brasil, os cuidados à saúde oferecidos à população provinham principalmente de curandeiros africanos e pajés, os quais utilizavam plantas nativas, essências, semente, raízes, parte de animais, em rituais de tratamento e cura das enfermidades da época. O exercício da Medicina pautada em parâmetros Europeus só podia ser realizado por físicos e cirurgiões licenciados por representantes do poder Real. Tal situação começa a se modificar a partir de 1808 (Edler e Fonseca, 2006).

Tem-se então, o início da história do ensino médico no Brasil, com a criação das duas primeiras escolas médicas. A primeira em Salvador e a segunda no Rio de Janeiro. Tal fato ocorreu devido à chegada de Dom João VI com sua família e corte ao Brasil. Nesta época as escolas brasileiras seguiam a orientação das escolas de Medicina francesas, formando cirurgiões, visto que clínicos ainda eram formados na Europa, principalmente em Portugal. Inicialmente o curso tinha duração de quatro anos (Lampert, 2008).

Em 1832, estando o Brasil já na condição de Reino, essas escolas tornam-se autônomas transformando-se em Faculdades de Medicina, passando a adotar as regras da Escola Médica de Paris, sendo o curso estendido para seis anos .

Dentro deste contexto de influência europeia, principalmente Francesa, o ensino em Medicina no Brasil baseava-se na pesquisa científica e na formação de Sociedades de Medicina, sendo a primeira, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, fundada em 1829. Tal sociedade pautava seus estudos em uma visão ambientalista da Medicina relacionando intimamente a doença com a natureza e a sociedade, entendendo a importância do interesse público e da responsabilidade Estatal nas questões do adoecimento (Ferreira *et al.*, 1997).

No início do Século XX, o ensino médico na Europa e conseqüentemente no Brasil, começou a se movimentar no sentido das especializações. Tal movimento foi intensificado após a publicação, em 1910, do Relatório Flexner, o qual é considerado o grande responsável pela maior reforma das escolas médicas norte-americanas, refletindo em modificações significativas nas escolas médicas ao redor do mundo inclusive Brasil (Pagliosa e Da Ros, 2008).

O Relatório Flexner foi elaborado por Abraham Flexner, um pesquisador social e educador norte-americano, que foi convidado por Henry S. Pritchett, presidente da Carnegie

Foundation, para dirigir um programa de avaliação da educação superior nos Estados Unidos. Flexner iniciou sua pesquisa visitando 155 escolas médicas norte-americanas, nas quais identificou várias fragilidades, resultado no estudo chamado *Medical Education in the United States and Canada*, conhecido mais popularmente como relatório Flexner (Almeida Filho, 2010).

Foram vários os apontamentos e recomendações do relatório, sendo que a maioria deles foi incorporada às Faculdades de Medicina em várias partes do mundo, inclusive no Brasil, dentre elas um rigoroso controle de entrada nas Faculdades, o currículo em quatro anos sendo dois anos para o ciclo básico e dois anos para o ciclo clínico, além da orientação de que o ciclo clínico deveria ser realizado nos hospitais, pois era o local onde se encontravam as pessoas doentes, segundo o relatório. A doença era vista como um processo eminentemente biológico, estando o ensino básico apoiado em laboratórios e instalações adequadas e o ciclo clínico no ambiente hospitalar, o qual passou a ser a principal instituição de transmissão do conhecimento médico (Pagliosa e Da Ros, 2008)

Ressalta-se que as ideias de Flexner encontraram terreno fértil no Brasil, devido ao momento brasileiro de discussões acerca da formação médica. No Brasil, também aumentavam em número as escolas de Medicina, porém sem critérios estabelecidos de qualidade, assim como na América do Norte. Neste contexto, destaca-se Antônio da Silva Mello, médico e professor, que, influenciado por sua formação, a qual se deu em grande parte na Alemanha, refletia sobre um ensino da Medicina mais amplo, com formação prática e diversificada, incluindo formação em cultura e artes. Silva Mello também criticava o número excessivo de escolas médicas, nas quais os estudantes eram formados unicamente em parâmetros acadêmicos, distantes da realidade da população brasileira. Tanto Flexner, quanto Silva Mello acreditavam na necessidade de uma reforma ampla do ensino médico, seguindo as novas tendências relacionadas à pesquisa científica e à tecnologia. Ambos entendiam que o número excessivo de Escolas Médicas servia unicamente para o interesse econômico, havendo à formação de médicos diplomados, porém despreparados para exercer a Medicina (Kemp e Edler, 2004).

Alguns anos após a publicação do relatório Flexner, consolidou-se nos Estados Unidos, assim como no Brasil e em outras partes do mundo, o modelo chamado modelo flexneriano, que propunha a redução do número de escolas Médicas, além de considerar importante a perspectiva exclusivamente biológica do adocimento, em detrimento da determinação social

da saúde; identificando a necessidade da formação médica baseada na aprendizagem laboratorial durante o ciclo básico e na formação clínica nos hospitais durante o ciclo clínico (Almeida Filho, 2010).

Flexner ressaltava a importância de o estudo da Medicina ser centrado na doença de forma individual e concreta, sendo a doença considerada um processo natural e biológico. Para ele o social, o coletivo, o público e a comunidade não deveriam compor as investigações acerca do processo saúde-doença. Neste contexto, a postura assumida por ele era fortemente positivista, e direcionada para o entendimento de que o conhecimento seguro é o científico, através da observação e experimentação. Foram contribuições de Flexner também a organização das Faculdades de Medicina em departamentos e a instituição do regime de dedicação exclusiva para o corpo docente (Flexner, 1910).

O modelo hospitalocêntrico determinou o fortalecimento do modelo biomédico, caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação da pessoa adoecida, mecanicismo, tecnicismo e especialização, sendo possível identificar um fator causal responsável pelo agravo à saúde de um indivíduo (Cutolo, 2006).

Sendo assim, percebe-se que as contribuições de Flexner foram muito importantes para a educação médica, porém sua ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu o ensino médico à uma visão reducionista do adoecimento, ao adotar um modelo de saúde-doença unicausal e biologicista, com pouca ou nenhuma ênfase nas discussões acerca das dimensões sociais, psicológicas e econômicas da população. Desta forma, o relatório é visto por alguns estudiosos como o responsável pela consolidação de um modelo de ensino e assistência que não é capaz de atender às necessidades de saúde das pessoas, visto que a visão reducionista do adoecimento leva a uma resposta e conseqüentemente, a um direcionamento incompleto para as questões de saúde e ou adoecimento da população (Pagliosa e Da Ros, 2008).

## 2.2 REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E IMPACTOS NO ENSINO MÉDICO

A partir dos anos 70, no Brasil assim como no mundo, começou-se a intensificar um movimento de questionamento acerca da formação médica essencialmente hospitalar e biológica. Observou-se que tal concepção resultava na formação de profissionais médicos

despreparados para identificar e conduzir a multicausalidade, que cada vez mais se percebia ser a responsável pelo adoecimento (Besen *et al.*, 2007).

Neste momento histórico, estudos relacionados às condições humanas ganharam notoriedade, como estudos financiados pela Organização Pan-americana da Saúde, que identificavam questões de desassistência; questões relacionadas à pobreza e ao saneamento básico, como responsáveis pelo adoecimento. Passava-se a ser necessários estudos em Epidemiologia, para priorizar ações de saúde, as quais passaram cada vez mais a serem coordenadas por órgãos estatais (Paiva e Teixeira, 2014).

Neste contexto, profissionais universitários dos Departamentos de Saúde Pública, intelectuais da Fundação Instituto Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, sanitaristas do Ministério da Saúde e movimentos populares, os quais se opunham à Ditadura Militar, passaram a questionar o desempenho do modelo curativista. Tal movimento ficou conhecido como a reforma sanitária, propondo um modelo de atenção à Saúde focado na medicina social (Cutolo, 2006).

Posteriormente ao Movimento de Reforma Sanitária e, em grande parte, devido a esse movimento, promulgou-se a Lei 8080, de 1990. Nesta ficou estabelecida a responsabilidade do Estado em promover não só a saúde da população como também a gerência da formação de recursos humanos para a saúde (Brasil, 1990).

Neste contexto reformador da segunda metade do século XX, vários movimentos internacionais e nacionais contribuíram para a mudança de paradigma no ensino médico. Destaca-se, entre estes movimentos, a Conferência em Alma-Ata realizada em 1978. Tal conferência orientava a “Saúde para Todos no ano 2000”, convidando todos os países para empenharem-se em garantir a atenção primária em saúde a todos os povos. Este movimento foi importante para a formação médica no Brasil visto que impulsionou o deslocamento do estudante de Medicina para os centros de Atenção Primária à Saúde, entendidos como locais de desenvolvimento de habilidades relacionadas ao atendimento integral do indivíduo (Lampert, 2008).

Cabe enfatizar ainda, em 1988, a Conferência Mundial de Educação Médica. Esta trouxe o debate sobre a necessidade de se buscar a humanização do atendimento, combatendo o uso excessivo da tecnologia. Orientava a redução dos custos dos serviços para que se chegasse a um atendimento mais efetivo da população em suas necessidades. Ressaltava a importância do

bom planejamento da saúde, da proteção do meio ambiente e da promoção da saúde (Itikawa *et al.*, 2008).

Dentro de todo esse movimento de mudança, percebeu-se a necessidade de formar os futuros médicos também na lógica do modelo de Determinação Social da Saúde. Foram vários os projetos e programas desenvolvidos em articulação do Ministério da Educação e Cultura com o Ministério da Saúde. Destacam-se o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Brasil, 2002), que incentivava a realização do ensino nos ambientes preferencialmente pertencentes à rede de assistência do SUS, além de propor o uso de metodologias e estratégias educacionais ativas de aprendizado, com o intuito de estimular a reflexão e a capacidade de problematização do estudante, focando não só na doença mas também na organização social da saúde (Besen *et al.*, 2007). Neste sentido destaca-se também o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Brasil, 2005).

Outro fato de grande relevância para a aproximação da academia médica aos serviços prestados no SUS, principalmente na Atenção Primária à Saúde, refere-se à promulgação em 2014 das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Medicina, que definiram os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos e o perfil esperado do médico egresso, sendo um médico apto a desenvolver atividades de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, não só em nível individual, como também coletivo (Brasil, 2014).

Concomitante aos fatos mencionados, no ano de 2017, foi revista e atualizada a Política Nacional de Atenção Básica, conhecida como PNAB. Tal política reafirma os princípios do SUS, mantendo a Atenção Primária como o serviço preferencial de acolhida ao usuário, no momento em que este inicia seu contato com o serviço de saúde. Mantém a orientação em relação à importância da APS como coordenadora do cuidado, sendo este integral, de visão ampla em relação ao indivíduo, entendendo-o dentro de seu contexto sócio-cultural e familiar. A PNAB recomenda a Estratégia de Saúde da Família como integrante da organização da APS, além de manter o conceito de territorialização, fundamental para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Neste formato, a PNAB tende a manter a APS como um cenário adequado para o desenvolvimento de competências preconizadas pelo MEC para a formação em Medicina. Vale ressaltar, porém, que a nova PNAB permite a formação de equipes de Atenção Primária, desprovidas de Agentes Comunitários de Saúde e com flexibilização de horário de trabalho de profissionais médicos (Brasil, 2017).

Inferese que tal situação pode ser entendida como uma forma de redução de custos com a saúde, podendo resultar em dificuldades de se desenvolver com qualidade princípios tão consolidados da APS como a longitudinalidade, a integralidade e a construção do vínculo entre usuário e equipe de saúde. Alunos de Medicina estagiando em UBS não orientadas para a Estratégia de Saúde da Família podem ter prejuízos em sua formação por passarem a conduzir cuidados relacionados a atividades curativas, em detrimento de atividades preventivas e promotoras de saúde (Brasil, 2017).

### 2.3 PERFIL PRECONIZADO PARA O PROFISSIONAL MÉDICO

A sociedade atual vem crescendo em desenvolvimento, economia, tecnologia e informação. Esse desenvolvimento reflete sobremaneira no perfil social e econômico das populações. Estas mudanças trouxeram modificações no perfil dos médicos e outros profissionais da saúde, visto que os profissionais passaram a ser estimulados, pelo contexto social, a trabalharem cada vez mais direcionados por altas tecnologias. Estas são importantes, pois indicam o progresso da ciência, porém afastam o profissional do modelo médico humanista, passando gradativamente, a se aproximar de um modelo impessoal, com foco nos sinais, doenças e achados científicos (Merigo, 2014).

Com o passar do tempo e com as novas concepções sociais em relação ao processo saúde-doença, entendeu-se a importância de analisar o adoecimento como uma questão multifatorial, não só mais focado em parâmetros biológicos, mas também em parâmetros sociais, psicológicos, familiares, econômicos. Neste contexto, o modelo biológico do adoecimento passou a não ser mais suficiente para dar respostas à sociedade. Colaborando para esta mudança pronunciada no perfil do médico e dos demais profissionais da saúde, veio a Constituição Federal de 1988, que concebeu o Sistema Único de Saúde, trazendo também discussões em relação à formação de recursos humanos para a área da saúde pública no país (Dias *et al.*, 2013).

Somando-se a este movimento vieram a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986. A primeira registra a importância da formação de profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde e a segunda informa ser fundamental às Universidades formar estudantes conhecedores de que a saúde advém de um processo de determinação social, precisando ser abordada multiprofissionalmente. Ambas indicavam a necessidade de mudanças na Graduação dos cursos



da saúde e a importância do estímulo à interação ensino-serviço (Brasil, 1986b; a).

Todo este processo de implementação e consolidação do SUS trouxe a necessidade da construção de novos modelos de assistência à saúde que contemplassem os princípios da equidade, integralidade e universalidade, sendo necessárias mudanças no perfil do montante de recursos humanos na área da saúde, até então ainda formados, na grande maioria, na lógica do raciocínio focado exclusivamente na doença. Observa-se um estímulo à modificação do perfil dos profissionais, que passam a ser:

[...] mais inseridos na dinâmica do sistema, sensibilizado para o trabalho em equipe e contextualizado com a realidade social, na busca por uma prática profissional calcada em relações humanizadas e estreitas com a população (Brasil (2011), p 54).

Ainda caminhando nas reflexões acerca do perfil do profissional da saúde, um documento publicado pela Associação Brasileira da REDE UNIDA, associação civil, sem fins lucrativos, que debate a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde do SUS, em 1998, define o perfil do novo médico a ser formado como um profissional que deve ter conhecimentos de fisiopatologia, procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças de maior prevalência epidemiológica, observando-se os ciclos biológicos, a saúde da família e da comunidade (Almeida, 1999).

Ratificando a necessidade de um novo olhar para a formação do profissional da saúde, o Ministério da Saúde publica em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente. Esta se apresenta como uma estratégia governamental para formar e capacitar profissionais para atuarem no SUS. Orienta a formação de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, capacitando não só profissionais já formados, como também estimulando a interação entre docentes e estudantes em cenários práticos, estimulando a formação qualificada e orientada para a atenção integral à saúde (Brasil, 2004b).

Discussões surgiram também sobre a formação de profissionais para a Atenção Primária, mais especificamente, para a Estratégia da Saúde da Família, ficando perceptível que grande parte de profissionais médicos, que atuam na Atenção Básica, não possuem especialização específica para a área (Gil, 2005).

Ressalta-se, portanto, que o profissional médico recém-egresso das faculdades, deve ser capaz de entender o agravo à saúde como um processo multicausal. Somente desta forma poderá conduzir eficientemente as questões de saúde, que se apresentam, atuando não apenas na prescrição de medicamentos, mas também na abordagem do indivíduo contextualizada

socialmente. Para tanto, mudanças curriculares são necessárias e precisam estar em constante avaliação para adequabilidade do proposto com a realidade teórico-prática.

#### 2.4 INICIATIVAS DE MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

O Ministério da Educação juntamente com o Ministério da Saúde lançaram, através da Portaria Interministerial nº. 610, de 26 de março de 2002, o “Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina: uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde (PROMED)” em 2002. Esta foi a primeira iniciativa do governo brasileiro de estímulo à mudanças curriculares nos cursos de Medicina, adaptando-as às reais necessidades do SUS (Merigo, 2014).

O PROMED apresentava como objetivos:

[...] inovar o processo de formação médica, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro; estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; incorporar, no processo de formação médica, noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde; ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde e favorecer a adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando prepará-los para a autoeducação continuada (Brasil, 2002).

Dentro deste contexto de mudanças, o PROMED promoveu o debate acerca de mudanças curriculares na maioria das faculdades, apoiando e financiando iniciativas de mudanças curriculares de dezenove escolas médicas brasileiras. O incentivo proveniente do programa chegou aos valores de oito milhões de reais até o ano de 2003 (Dias *et al.*, 2013).

Conseqüentemente a este movimento de mudança, a Universidade Federal de Juiz de Fora inclui no currículo acadêmico obrigatório disciplinas relacionadas à Atenção Primária e à Saúde Coletiva, atualmente oferecidas aos alunos desde o primeiro período do curso (Ezequiel *et al.*, 2008).

Nos anos seguintes, entre 2003 e 2005, continuaram a serem formuladas políticas públicas buscando a reorientação do ensino para a formação profissional no SUS. Iniciativas de destaque neste período foram: o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – o VER-SUS/ Brasil; o AprenderSUS e o EnsinaSUS. Tais iniciativas buscavam estimular a aproximação dos discentes dos campos de prática do SUS, principalmente a atenção

básica; reafirmar a importância da graduação pautada pelo estímulo ao pensamento crítico; além de aproximar a academia dos serviços públicos de saúde, buscando-se a abordagem integral da saúde do indivíduo (Brasil, 2004a; Dias *et al.*, 2013; Ferla *et al.*, 2013).

Posteriormente, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação lançaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROSAÚDE). O mesmo indicava a necessidade de se construir um:

[...]processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas – por um outro processo em que a formação esteja sintonizada com as necessidades sociais, calcada na proposta de hierarquização das ações de saúde. Além disso, que essa formação leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para a abordagem dos determinantes de ambos os componentes do binômio saúde-doença da população na comunidade e em todos os níveis do sistema (Brasil, 2007).

O programa, inicialmente formulado para o curso de Medicina, foi, em 2007, ampliado para os demais cursos da área da saúde. Ressalta-se ainda que o PROSAÚDE propõe uma reflexão sobre a especialização na área da saúde e sobre a importância da aprendizagem baseada em metodologias ativas, tendo como objetivo geral “incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença” (Brasil, 2007).

Outra iniciativa relevante que deve ser destacada é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), instituído através da Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Este programa tinha objetivos relacionados à valorização de programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço de profissionais da saúde, assim como estágios e vivência de estudantes, de acordo com as necessidades do SUS.

Entre os objetivos do programa destaca-se:

[...]desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar; contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional e fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde (Brasil, 2008).

Observa-se que todas as iniciativas ressaltadas buscam aproximar, intensificar e fomentar a articulação ensino-serviço, além de estimular a inserção do aluno da área da saúde, em campos de prática do SUS, principalmente em cenários de atenção básica, nos quais o aluno

consegue vivenciar e perceber a importância do olhar ampliado, para além do adoecimento orgânico, entendendo como os fatores psicossociais, familiares e comunitários interferem e interagem no processo saúde-doença dos indivíduos.

## 2.5 CENÁRIO EM APS E GRADUAÇÃO EM MEDICINA

*Cenário* no ambiente acadêmico pode ser entendido como o local onde se desenvolvem determinadas atividades de aprendizado. Neste local somam-se não só o espaço físico, mas também as relações profissionais, sociais e de trabalho, além da dinâmica de funcionamento dos serviços. Considerando as recomendações das DCN, identifica-se o cenário de APS como um espaço, no qual, alunos de Medicina devem realizar estágios cujo foco seja o cuidado integral e centrado na pessoa, cujo treinamento perpassa pelo trabalho em equipe na lógica da interdisciplinaridade. Sabe-se que os cenários de APS propiciam, por seus atributos, os quais serão comentados no próximo tópico, condições de trazer tais vivências e aprendizados para os discentes.

Um estudo realizado com alunos do Internato em Medicina da Universidade Federal do Pará mostrou que os alunos, inseridos mais precocemente em cenários de APS, através do PET-Saúde, apresentaram maiores conhecimentos em relação à dinâmica de funcionamento do SUS, quando comparado a alunos de tiveram sua vivência em APS restrita aos estágios obrigatórios durante os anos de Internato (Xavier *et al.*, 2018).

Observa-se que alunos têm interesse e se mostram satisfeitos com a vivência em estágios na APS, pois nestes cenários conseguem identificar mais fortemente as condições socioeconômicas, as quais interferem no adoecimento, além de conseguirem observar a abordagem integral do indivíduo, entendendo que o exercício da Medicina não se resume à identificação de desordens biológicas. Essa introdução do aluno precocemente na APS faz com que o mesmo, modifique sua forma de entender o ser humano, sendo capaz de refletir sobre a integralidade da atenção, mesmo durante anos posteriores do curso, nos quais os alunos se atém principalmente ao estudo da pessoa de forma compartimentada. Os próprios alunos percebem e registram a grande valia de estágios na APS para essa mudança de paradigma (Neumann e Miranda, 2012).

Ressalta-se um estudo descritivo e exploratório realizado em 125 escolas de medicina brasileiras, de um total, em 2013, de 206 escolas. Este mostrou ser a APS o principal cenário de prática utilizado pela academia, seguido pelo cenário de Hospitais gerais e de Unidades de

Pronto Atendimento. Identificou também que os egressos recebem formação para atuarem em ações de grande relevância para a APS como o acompanhamento de pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes e Puericultura, porém, o mesmo estudo mostra que ações inerentes à APS como a coordenação do cuidado em equipes multidisciplinares, além de gestão em saúde, são pouco enfatizadas na graduação (Vieira *et al.*, 2018).

Da mesma forma, De Rosa Stella *et al.* (2009) realizaram um estudo incluindo 28 escolas de medicina brasileiras. Neste, evidenciou-se que a maior parte das escolas utilizava prioritariamente cenários de prática da rede SUS relacionados à Atenção Primária, Secundária e Terciária, e uma minoria de escolas ainda pautava seus estágios prioritariamente nos Hospitais e Ambulatórios Universitários. Concluiu-se pela necessidade de um movimento de inclusão maior dos alunos em cenários de APS, resultando em maior percepção, por parte dos alunos, dos fluxos de cuidados ao longo das Redes de Atenção à Saúde.

Observa-se também que a presença de estagiários em cenários de APS não só contribui para a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, conforme propõe as DCN, como também traz benefícios à população assistida. (Driusso *et al.*, 2013).

Infere-se que os alunos de medicina, ao serem inseridos na dinâmica e funcionamentos das UBS, acabam atuando corriqueiramente em atendimentos individuais, em detrimento de ações em grupo e na comunidade. Tal fato reflete a concepção social ainda vigente de valorização das ações assistenciais pautadas na demanda espontânea e no adoecimento agudo ou nas agudizações de doenças crônicas. Para que o aluno modifique seu olhar, entendendo a importância e a necessidade das ações promotoras de saúde, com compartilhamento de saberes e não imposição de condutas torna-se preciso modificar também a dinâmica de funcionamento destes cenários de prática, através da educação continuada de preceptores e docentes.

Um estudo realizado na Faculdade de Medicina de Juiz de Fora, publicado em 2011, avaliou a percepção dos alunos do Internato (n=100) acerca do currículo da Graduação, modificado a partir das DCN de 2001, relacionando-o à eficiência da formação acadêmica. Sabe-se que este novo currículo orienta uma maior inserção do aluno na APS, prioritariamente da ESF. Destaca-se em relação ao resultado que parte dos alunos (57%) disseram que concordam com a mudança curricular no sentido de uma formação generalista, porém ressaltaram que o Internato apresenta dificuldades como a falta de atividades práticas (59%), relacionando dificuldades encontradas no estágio com deficiências da matriz curricular (72%)

(Neto *et al.*, 2012).

Embora ainda pareça prevalecer o panorama social de desvalorização de especializações focadas na APS, acredita-se que tal panorama venha a se modificar lentamente, a partir da adequada introdução do aluno de Medicina em cenários de APS. Estes espaços, para que cumpram o papel ao que se propõem de locais de assistência e disseminação de conhecimentos, precisam estar direcionados a uma APS forte e resolutiva. Uma forma de avaliar se o serviço de APS está adequado ao aprendizado do aluno seria avaliar se este serviço apresenta atributos essenciais de APS (Shi *et al.*, 2001).

## 2.6 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CENÁRIOS DE APS: QUESTIONÁRIO PCATOOL

Considerando que o MEC orienta a inserção do aluno de Medicina em cenários de APS, torna-se necessário pensar em cenários de APS que estejam adequados à boa formação dos alunos. Neste contexto entende-se como uma APS de qualidade aquela que for resolutiva e, para tanto, a mesma deve apresentar atributos, os quais podem ser mensurados por instrumentos de avaliação. Dentre estes instrumentos, destaca-se o *Primary Care Assessment Tool-PCATool*, desenvolvido por Barbara Starfield e colaboradores (Brasil, 2010).

O PCATool avalia se um serviço está adequadamente orientado para a APS. Para tanto utiliza conceitos relacionados com os atributos essenciais da APS, que são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Utiliza também conceitos relacionados a atributos derivados como orientação familiar e comunitária (Araujo *et al.*, 2018).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2017, um serviço de APS apresenta-se resolutivo a partir do momento em que se dá a construção do vínculo utilizando-se da clínica ampliada e do cuidado centrado na pessoa. Destaca a Integralidade como princípio norteador da APS, e a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a participação comunitária como diretrizes da APS (Brasil, 2017). O texto de tal política vai ao encontro, portanto, das orientações escritas por Shi *et al.* (2001), em seus estudos acerca da APS. Considera-se, portanto, que o instrumento de avaliação PCATool é válido atualmente para a análise de cenários de APS nas várias regiões brasileiras.

Desta forma, entendendo-se melhor a importância dos atributos avaliados pelo

PCATool, entendendo o atributo atenção ao primeiro contato como equivalente a acessibilidade ou ainda acesso ao primeiro contato. Tais conceitos dizem respeito à capacidade e possibilidade que o usuário tem de acessar o serviço de saúde. Relaciona-se com a estrutura do serviço de saúde, quando se pensa em questões geográficas, e também com o processo quando se observa em que condições o usuário é atendido e tem suas necessidades coordenadas pela equipe de saúde (Damaceno *et al.*, 2016).

Já o conceito da longitudinalidade ou continuidade do cuidado está sendo considerado como uma característica central e exclusiva da APS. Reporta-se ao cuidado oferecido ao usuário ao longo do tempo, resultando em vínculo entre profissional e usuário, redução do número de internações e/ou agilizações de problemas crônicos de saúde, além de formação de responsabilidades compartilhadas (Cunha e Giovanella, 2011). Infere-se que o atributo longitudinalidade pode sofrer algum prejuízo caso os municípios brasileiros optem por equipes de Atenção Primária reduzidas, com a diminuição da presença de Agentes Comunitários de Saúde e redução da carga horária de profissionais como os Médicos.

Outro atributo, de grande valia, da APS, avaliado pelo PCATool é a Integralidade. Este está presente no texto da Lei 8080, como um princípio do SUS, significando um conjunto de ações de caráter preventivo e curativo, assistindo ao usuário em todas as suas necessidades de saúde individuais e coletivas, contemplando todos os níveis de atenção (Brasil, 1986b).

Ressalta-se também o atributo Coordenação, cuja significância remete-se ao exercício contínuo dos profissionais das equipes de saúde em estabelecer ligações com outros níveis de atenção, baseadas em referências e contrarreferências. Remete-se ainda à organização do cuidado das pessoas dentro das Redes de Atenção à Saúde (Almeida *et al.*, 2018).

Esclarece-se que há três componentes relacionados à qualidade de um serviço de saúde: a qualidade da estrutura, do processo e dos resultados (Donabedian, 1988). No PCATool, os atributos considerados permitem adicionalmente a avaliação da estrutura e do processo dos serviços de APS (Prates *et al.*, 2017).

O instrumento original, em inglês, para profissionais da saúde, possui 124 itens, distribuídos nos quatro atributos essenciais e nos três atributos derivados. Cada atributo essencial é constituído por um componente relacionado à estrutura e outro relacionado ao processo. *A escala de respostas dos itens é do tipo Likert (4=com certeza sim, 3=provavelmente sim, 2=provavelmente não, 1=com certeza não), com o acréscimo da opção 9=não sei/não*

*lembro*. Com o resultado das respostas, é possível calcular um escore para cada atributo, além de um escore essencial (calculado levando-se em consideração os atributos essenciais) e um escore geral, o qual utiliza como base de cálculo os atributos essenciais e derivados. Após a divulgação deste instrumento, o mesmo foi traduzido e adaptado em um grande número de países como o Brasil, a Espanha, o Canadá, a Coreia do Sul, Hong Kong e a Argentina. No ano de 2013 estava em fase de tradução e validação em Porto Rico e no Uruguai. Este vem sendo utilizado, na versão original, na Nova Zelândia e em Taiwan (Hauser *et al.*, 2013).

No Brasil, a versão para profissionais da saúde foi traduzida e validada por Harzheim *et al.* (2013). Na ocasião os autores concluíram que o questionário PCATool versão para brasileiros é válido, representando a realidade dos serviços de saúde organizados em APS. Os autores, no caso brasileiro, decidiram manter todos os atributos, conforme o instrumento original, devido à importância dada por Barbara Starfield, a cada um destes atributos (Harzheim *et al.*, 2013).

Uma revisão de literatura e metassíntese evidenciou que o instrumento que mais se aproxima da proposta de avaliar a APS, fornecendo subsídios para a formulação de novas alternativas para a melhoria da qualidade é o PCATool. Além disso, é o instrumento mais utilizado no Brasil, para avaliar a APS, devido ao seu reconhecimento, sua aceitação e sua validação em vários países, como já mencionado anteriormente (Fracolli *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde, em 2010, publicou um manual para a utilização do PCATool. Neste, há a referência sobre a dispensabilidade da utilização deste instrumento, para a realidade brasileira, sendo necessária a mobilização dos gestores e profissionais da saúde, para que a utilização do PCATool torne-se algo inserido na rotina dos serviços. Segundo o mesmo manual, o PCATool, que originalmente foi desenvolvido para ser autoaplicável, está disponível na versão brasileira, sendo denominado PCATool-Brasil, em formato para ser aplicado por entrevistadores treinados. Pode ser utilizado em investigações acadêmicas, assim como para a avaliação e monitoramento da qualidade da APS, tanto por gestores como por profissionais, de forma rotineira (Brasil, 2010). Como fragilidade do instrumento, ocorre o fato de que o mesmo busca analisar várias características dos serviços de APS, utilizando as mesmas perguntas, para realidades diferentes em relação à organização dos serviços de APS (Harzheim *et al.*, 2013).

A aplicação do instrumento dura em torno de 40 minutos, podendo ser aplicada por qualquer profissional da saúde ou entrevistadores devidamente capacitados para a entrevista. O



PCAtool-Brasil versão para profissionais da saúde é composto por 77 itens divididos em 8 componentes relacionados aos atributos da APS. O manual apresenta de forma detalhada as orientações relacionadas à aplicação do instrumento e aos cálculos dos escores para cada um dos atributos e seus componentes, assim como os escores essencial e geral (Brasil, 2010).

Dentre os estudos de avaliação da APS realizados através do PCATool-Brasil, destacam-se os estudos recentes de Oliveira (2014), realizado em Goiânia; Almeida Lima *et al.* (2016), realizado no município de Serra/ES; e Penso *et al.* (2017), realizado no município de Lageado (RS); demonstrando que a utilização do instrumento vem se popularizando pelo país.

Destaca-se uma experiência de pesquisa recente, realizada em Alagoas no ano de 2016, na qual se utilizou o PCAtool-Brasil versão profissional aplicado aos discentes da Faculdade de Medicina de Alagoas e preceptores do serviço de APS. O objetivo deste estudo foi avaliar os atributos da APS percebidos pelos discentes e preceptores nos cenários de APS. Concluiu-se pela presença de escores satisfatórios dos atributos da APS contribuindo para uma formação em acordo com as necessidades de saúde da população. (Lins *et al.*, 2016).

Outra experiência recente ocorreu em Curitiba, onde pesquisadores compararam serviços de saúde bucal em cenários de APS, comparando serviços inseridos em equipes da ESF, com serviços considerados tradicionais, com o intuito de avaliar qual serviço tinha maior direcionamento para a APS. Para tanto utilizou o PCAtool-Brasil, versão para profissionais e versão para usuários. Este concluiu que houve superioridade do modelo da ESF, que apresentou escore geral de 7,53 ( IC 95% 7,48 a 7,56) entre os usuários e 7,56 (IC 95% 7,45 a 7,67) entre os dentistas. O escore geral para o serviço de saúde bucal tradicional foi de 6,61 (IC95% 6,49 a 6,73) para os usuários e 6,68 (IC95% 6,56 a 6,80) para os odontólogos (Nascimento *et al.*, 2019).

### 3 JUSTIFICATIVA

A APS mantém-se como um importante espaço para o desenvolvimento de práticas de saúde orientadas para a visão ampla do indivíduo, realizando intervenções em nível social, cultural e familiar. Nesta, gere-se o cuidado das patologias mais frequentes da população brasileira, sendo, portanto um campo fértil para o desenvolvimento de habilidades e competências inerentes ao médico generalista (Brasil, 2014).

Recentemente, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade emitiu um documento que fortalece a APS como disparadora do conhecimento em saúde, enfatizando a importância do ensino médico pautado na clínica ampliada e contextualizada, na abordagem individual e coletiva, e na inserção longitudinal do aluno, com a utilização de metodologias ativas e dialógicas de aprendizado (Demarzo *et al.*, 2011).

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), adequando-se aos direcionamentos da DCN, elaborou em 2015 o Projeto Pedagógico de Curso, que enfatiza a importância da APS na formação médica ao elencar como competência a ser desenvolvida pelo aluno ao longo do internato - Estágio Supervisionado - a capacidade de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos à saúde nas enfermidades mais prevalentes, considerando o perfil sociodemográfico, epidemiológico e cultural, com respeito ao princípio da integralidade no âmbito regional e nacional (Moutinho *et al.*, 2015).

Destaca-se também que o conhecimento da percepção do aluno de Medicina sobre sua inserção no cenário da APS torna-se relevante, pois traz um diagnóstico situacional pelo olhar do aluno acerca de sua vivência e aprendizado, contribuindo para ações de reorientação da formação médica e ações de adequação dos cenários da APS às necessidades discentes (Massote *et al.*, 2011).

O presente estudo torna-se relevante, portanto, devido à necessidade de avaliação contínua das práticas de ensino em saúde, observando-se a adequabilidade ao que é preconizado, no sentido de propiciar ambiente favorável à formação médica generalista com ênfase na APS e em consonância com as DCN para os cursos de graduação em Medicina.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o cenário e as competências adquiridas em estágios na Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos alunos do internato em medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Descrever, a partir da visão do aluno, a distribuição dos atributos essenciais e derivados da APS no Internato, no geral e segundo período do estágio curricular obrigatório.
2. Identificar, sob a visão do aluno, as competências essenciais desenvolvidas durante o internato, em consonância com as DCN de 2014, no geral e segundo período do estágio curricular obrigatório.

## 5. MATERIAL E MÉTODOS

### 5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo observacional analítico transversal.

### 5.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Os participantes desse estudo foram todos os alunos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora que, no momento da entrevista, já tinham vivenciado atividades do internato em cenários de APS, ou seja, que estavam cursando o 9º, 10º, e 11º períodos.

### 5.3. ÁREA DE ESTUDO

Faculdade de Medicina (Famed) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

A UFJF está situada na Zona da Mata Mineira, na cidade de Juiz de Fora (MG). É considerada um polo científico e cultural da região, estando classificada entre as melhores universidades da América latina, o que confere a UFJF reconhecimento nacional e internacional (<https://www2.ufjf.br/ufjf/>).

A Famed/ UFJF oferece anualmente 180 vagas para o curso de Medicina. Possui também programas de pós-graduação *Lato-sensu* e *stricto-sensu* (<http://www.ufjf.br/medicina/>).

Sabe-se que os discentes de Medicina da UFJF são inseridos desde o primeiro período em cenários de APS, conforme preconizado pelas DCN de 2014 e ratificado pelo Projeto Pedagógico de curso, de 2015. Sendo assim, faz-se necessário identificar em quais períodos e em quais disciplinas obrigatórias os alunos têm contato teórico e/ou prático com temas relacionados à APS.

Já no primeiro período do curso, os alunos cursam a disciplina Sistemas de Saúde. Nesta são apresentados aos discentes as noções básicas sobre o SUS, assim como a história de construção do mesmo, bem como seus princípios e diretrizes. Através de metodologias ativas de aprendizado, como a problematização e a construção do Mapa Conceitual, os alunos são inseridos nas discussões sobre o conceito ampliado de saúde. Realizam também visitas nas

UBS, identificando a dinâmica de funcionamento das mesmas, além de contribuir com o serviço local, ao realizarem salas de espera.

No segundo período, é lecionada a disciplina Atenção Primária à Saúde I. Nesta são apresentados os conceitos relacionados mais especificamente à APS, sendo que os alunos desenvolvem roteiros de visita técnica à UBS e realizam a visita, sendo então mais um momento prático de introdução do aluno em serviços organizados na lógica da APS.

No terceiro período, os alunos desenvolvem suas habilidades de refletir sobre dados epidemiológicos e sobre a importância da Epidemiologia para a escolha de prioridades pela gestão de Saúde de uma localidade. É um momento de apresentação aos alunos de temas como a História Natural da Doença e Níveis de prevenção, além dos Indicadores de Saúde. Estão em contato teórico, portanto, com temas relacionados à APS.

No quinto período, ocorre a disciplina Epidemiologia II: Métodos Epidemiológicos, na qual os alunos são apresentados aos conceitos relacionados aos desenhos de estudos epidemiológicos. Sendo a Epidemiologia, uma ciência, que não pode ser dissociada dos conceitos ampliados de saúde e das dinâmicas de funcionamento do SUS, entende-se ser este momento de inserção teórica dos alunos em temas da Atenção Básica.

No sexto período, são lecionadas as disciplinas Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde. A primeira apresenta aos alunos o conceito de saúde ambiental e ocupacional, expondo a relação entre ambiente e saúde. A segunda evidencia aos alunos a importância da programação e do planejamento em saúde, e também das práticas de educação em saúde. Apresentam, portanto, temas ligados à APS, porém sem inserção prática do aluno neste cenário.

A partir do nono período, o aluno insere-se no Internato, permanecendo nele até o décimo-segundo período, ou seja, até o final do curso. É o momento de treinamento prático do estudante de medicina sobre os temas abordados nas disciplinas anteriores. O aluno deve desenvolver suas habilidades para o raciocínio clínico, observando-se a visão ampliada do processo saúde-doença. A inserção prática em cenário de APS inicia-se no nono período através da disciplina Estágio de Aplicação em Medicina Ambulatorial Multidisciplinar. Já no décimo período ocorre através da disciplina Estágio de Comunitária Local e, no décimo primeiro, através da disciplina Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Regional, sendo que todas estas disciplinas priorizam a inserção do aluno em UBS com ESF.

Observa-se, portanto, que o aluno de Medicina da Famed-UFJF possui um primeiro contato prático com as UBS nos dois primeiros períodos do curso, voltando a exercer atividade prática em cenários de APS apenas no Internato, existindo, portanto, um período de três anos, nos quais o aluno não é obrigado a atuar em espaços da Atenção Primária. Percebe-se que, na medida em que o aluno do Internato vai progredindo em seu estágio na APS, surpreende-se pela possibilidade de amplo treinamento e desenvolvimento de habilidades que tais cenários oferecem, visto que são locais de atendimentos de situações complexas e que exigem perícia do profissional para gerir o cuidado do usuário que necessita de atendimento.

#### 5.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Alunos que, embora tenham preenchido os critérios de inclusão, estavam afastados de suas atividades acadêmicas na UFJF, em regime de tratamento excepcional e/ou mobilidade acadêmica nacional e internacional no momento da coleta de dados da pesquisa.

#### 5.5. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS

O estudo contemplou como variáveis o período do Internato, podendo ser o 9º, 10º ou 11º períodos; UBS do município de Juiz de Fora, nas quais estagiaram alunos do 10º período, e UBS de municípios próximos a Juiz de Fora, onde estagiaram alunos do 11º período. Foram analisadas também variáveis relativas aos atributos da APS, quais sejam: Acessibilidade (A), Longitudinalidade (B), Coordenação-Integração de Cuidados (C), Coordenação-Sistemas de informação (D), Integralidade-Serviços disponíveis (E), Integralidade-serviços prestados (F). Tais atributos foram descritos como os atributos essenciais da APS. Como atributos derivados da APS analisaram-se as variáveis Orientação Familiar (G) e Orientação Comunitária (H).

Também foram analisadas variáveis referentes às competências gerais para a formação do médico generalista. Estas estão descritas detalhadamente no instrumento de coleta (anexo 2), sendo apresentadas neste momento como dimensões, as quais relacionam-se com: formular condutas; solicitar e interpretar exames complementares; orientar familiares e equipe de saúde; redigir evoluções clínicas; utilizar referência e contra referência; cuidar das enfermidades mais frequentes; manter educação permanente; desenvolver boa relação médico-paciente; ter empatia; comunicar-se adequadamente; conduzir situações adversas; trabalhar em equipe; identificar o panorama sanitário; identificar as características do território; interpretar dados epidemiológicos; utilizar sistemas de informação; cuidar da saúde mental; utilizar tecnologias

de informação; conhecer os recursos disponíveis; conhecer as RAS; atuar com ética.

Os dados foram coletados entre os meses de setembro a novembro de 2018. Os alunos foram abordados no momento em que se encontravam juntos, em sala de aula. Estes momentos são denominados momentos de concentração, ocorrendo em dias previamente determinados pelos coordenadores dos respectivos períodos. A pesquisadora tomou ciência dos dias e horários dos momentos de concentração, de cada período, para assim aplicar os questionários.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta, autoaplicados consecutivamente, a saber:

1. Versão do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – do inglês *Primary Care Assessment Tool*), adaptado e validado no Brasil por Harzheim *et al.* (2013) e Lins *et al.* (2016), para avaliar os atributos da APS percebidos pelos alunos. Foi utilizada a versão em português para profissionais, sendo este instrumento ajustado para os discentes, mantendo-se a essência dos elementos avaliados e modificando-se a pessoa da pergunta para se adequar aos alunos, conforme estratégia adotada por Lins *et al.* (2016).

2. Questionário complementar estruturado com questões referentes à aquisição de competências e avaliação geral do Internato. O questionário foi desenvolvido pela pesquisadora tomando-se como base teórica o livro “10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina”, o qual apresenta as competências gerais que devem ser adquiridas pelo discente durante o Internato (Zanolli *et al.*, 2014).

Foi realizado um estudo piloto com ambos os questionários no mês de agosto de 2018, antes do início da coleta de dados. Os questionários foram aplicados em alunos selecionados aleatoriamente (n=7), integrantes da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade da UFJF. Tal estudo transcorreu sem intercorrências, mostrando-se os questionários adequados a serem aplicados aos alunos de medicina no formato autoaplicável.

Os dados referentes ao PCATool foram tabulados. Para cada item do questionário existiam cinco possibilidades de respostas com valores atribuídos, da seguinte forma: Com certeza sim=4; provavelmente sim=3; provavelmente não=2; com certeza não=1; não sei/não lembro=9. Para o cálculo dos escores médio, essencial e geral foram adotados os seguintes passos: inicialmente, fez-se a inversão dos valores para o item A9 (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4). Tal item refere-se ao tempo de espera do paciente pelo atendimento médico, sendo formulado de maneira que quanto maior o valor atribuído, menor é a orientação para a APS, por isso é necessária a inversão dos valores. Posteriormente, para todos os itens, transformaram-se as respostas “9” (“não sei/não lembro”) para o valor “2” (“provavelmente

não”). Para os indivíduos cujas respostas “9” ou em branco atingiram ou ultrapassaram 50% do total de itens de um componente (“A” a “H”), o escore deste componente não foi calculado para este entrevistado, permanecendo, este dado, em branco no banco de dados. Os escores médios para os atributos essenciais Acessibilidade (A), Longitudinalidade (B), Coordenação-Integração de cuidados(C), Coordenação-Sistema de Informação(D), Integralidade-Serviços Disponíveis (E) e Integralidade-serviços Prestados (F) foram calculados pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens. Como exemplo:  $(A1 + A2 + A3 + A4 + A5 + A6 + A7 + A8 + A9) / 9$ . O mesmo procedimento foi adotado para o cálculo médio dos escores dos atributos derivados Orientação familiar(G) e Orientação Comunitária(H). Seguindo-se, os escores foram transformados em escala de 0 a 10 utilizando-se a seguinte fórmula:  $(\text{Escore obtido} - 1) \times 10/3$ . O escore essencial foi calculado pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais divididos pelo número de componentes. Já o escore geral foi medido pela soma do escore médio dos atributos essenciais somados aos escores médios dos atributos derivados dividido pelo número total de componentes (BRASIL, 2010). Foram considerados altos os valores de escores iguais ou maiores que 6,6, conforme recomendação de estudos que utilizaram esse instrumento de coleta (Paula *et al.*, 2015). Assim, considerou-se baixo escore ( $< 6,6$ ) e alto escore ( $\geq 6,6$ ) (Penso *et al.*, 2017).

Os dados referentes ao questionário complementar foram tabulados. As questões propostas para aos alunos foram analisadas por porcentagem, considerando o número absoluto de alunos que responderam a cada alternativa possível (concordo totalmente; concordo parcialmente; nem concordo/nem discordo; discordo parcialmente e discordo totalmente) dividido pelo total de alunos entrevistados, por período e no geral, considerando os alunos dos três períodos juntos. Foram inseridas nas tabelas as dimensões das questões relacionadas às competências. As assertivas “concordo” e “concordo parcialmente” reunidas em “concordo”. De forma semelhante “nem concordo, nem discordo”, “discordo parcialmente” e “discordo totalmente” foram reunidas em “discordo”. As respostas em branco foram consideradas como “nem concordo, nem discordo”. Na Sessão Anexo estão presentes os dados de forma mais detalhada.

## 5.6 ANÁLISE DE DADOS:

Os dados referentes aos atributos dos cenários de APS, obtidos por meio da aplicação do PCAtool, foram analisados quanto à normalidade e homogeneidade de variância. O teste



de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) utilizado foi devido ao tamanho da amostra utilizada (n=170). Para verificar a variação entre as médias dos escores obtidos entre os três períodos do internato com práticas em APS (9º, 10º e 11º), foi utilizada a análise de variância (ANOVA para um fator). Os dados foram apresentados através de gráficos de colunas, em que a coluna representa as médias, com intervalo de confiança de 95% de probabilidade dos dados amostrados. Todas as análises estatísticas foram realizadas com o programa R (Rdevelopment Core Team, 2008).

Os dados relativos às competências adquiridas no internato, obtidos através do questionário complementar, foram descritos em percentuais, e apresentados em tabelas, segundo o período e no geral.

## 5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os(as) alunos(as) foram convidados(as) a participar da pesquisa e os(as) que aceitaram, receberam uma explicação detalhada sobre a proposta, objetivos e finalidades do estudo. Receberam o TCLE em duas vias, ficando uma com o(a) participante e uma com a pesquisadora.

A pesquisa seguiu os parâmetros éticos contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o parecer número 2.655.075, em 15 de maio de 2018.

## 6. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

### 6.1. DADOS GERAIS.

Foram avaliados 170 alunos, sendo 73 do nono período, 48 alunos do 10º período e 49 alunos do 11º período correspondendo a respectivamente 86,9%, 57,1% e 56,3% dos alunos matriculados no nono, décimo e décimo-primeiro períodos. (Quadro 1).

Período	Alunos matriculados N	População de Estudo n(%)
9º	84	73(86,9)
10º	84	48(57,1)
11º	87	49(56,3)
Total	255	170(66,6)

**Quadro 1: Distribuição dos alunos entrevistados por período do Internato. Famed-UFJF, 2018.**

Todos os alunos do nono período estagiaram cada um em duas UBS. Já os alunos do décimo período estagiaram em várias UBS da cidade de Juiz de Fora, cada um em uma UBS (Quadro 2), enquanto que os alunos do décimo-primeiro estagiaram em UBS de cidades mineiras, estando a mais próxima a 60 km de Juiz de Fora e a mais distante, 200 Km (Quadro 3).

<b>UBS</b>	<b>Total de alunos</b>
Alto Grajaú	2
Bairro Industrial	4
Furtado de Menezes	3
Jardim da Lua	2
Jardim Natal	2
Linhares	1
Marumbi	1
Milho Branco	3
Monte Castelo	4
Nossa Senhora Aparecida	4
Progresso	3
Santa Rita	3
Santo Antônio	3
Santos Dumont	4
São Sebastião	3
Teixeira	2
Vila Ideal	4
<b>Total</b>	<b>48</b>

**Quadro 2: Distribuição dos alunos do 10º período por UBS da cidade de Juiz de Fora durante o estágio no Internato de Medicina Comunitária Local. Famed-UFJF, 2018**

<b>Cidade</b>	<b>Total de alunos</b>
Lagoa Dourada	6
Lima Duarte	6
Mar de Espanha	9
Piraúba	3
Rio Pomba	5
São Tiago	5
Senador Firmino	4
Visconde do Rio Branco	10
<b>Total</b>	<b>48*</b>

\* Um (1) aluno não informou a cidade onde realizou estágio.

**Quadro 3: Distribuição dos alunos do 11º período por cidades mineiras próximas à Juiz de Fora durante o estágio no Internato de Medicina Comunitária Regional. Famed-UFJF, 2018.**

## 6.2. RESULTADOS RELACIONADOS AO CENÁRIO (INSTRUMENTO PCATOOL).

Em relação aos escores essencial e geral considerando o número total de alunos (Figura 1), observou-se, considerando uma escala de zero a dez, valores médios de 6,35 e 6,69

respectivamente. Já os escores essencial e geral por período do Internato (Figura 2), observou-se, valores médios de 6,36 , 6,79, 6,69 para o escore essencial (A) e 6,35, 6,50, 5,88 para o escore geral(B) e do 11º; 10º e 9º períodos, respectivamente ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

Analisando-se os escores médios, relacionados a cada atributo em separado (Figura 3), identificou-se o mais baixo escore médio para a Acessibilidade (A), sendo 3,64 para o 11º, 3,81 para o 10º e 3,24 para o 9º períodos ( $p = 0,001$ )(Tabela1), assim como para Orientação Comunitária (H), sendo de 4,58; 5,75 e 3,17 para o 11º, 10º e 9º períodos respectivamente.

**Tabela 1: Distribuição dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) nos cenários de prática do Internato sob a ótica dos estudantes de Medicina, segundo o período. FAMED - UFJF, 2018**

	11º periodo	10º período	9º período	F	P
	Média ± Sd	Média ± Sd	Média ± Sd		
Acessibilidade	3,64 ± 1,35	3,81 ± 1,29	3,24 ± 1,32	6,50	0,001
Longitudinalidade	6,17 ± 1,15	6,44 ± 1,12	5,70 ± 1,05	12,48	0,001*
Coordenação - Intergração de Cuidados	6,65 ± 1,36	6,74 ± 1,27	6,39 ± 1,52	2,62	0,075
Coordenação - Sistemas de Informação	7,97 ± 1,72	8,26 ± 1,43	7,41 ± 1,89	7,31	0,001*
Intgração - Serviços Disponíveis	6,77 ± 1,58	6,75 ± 1,02	6,06 ± 1,75	22,98	0,001*
Integralidade - Serviços Prestados	6,87 ± 1,47	6,99 ± 1,48	6,44 ± 1,42	6,68	0,001
Orientação Familiar	8,18 ± 1,47	8,17 ± 1,65	8,08 ± 1,32	0,46	0,631
Orientação Comunitária	4,58 ± 3,39	5,75 ± 3,08	3,17 ± 3,23	12,55	0,001*
Escore geral	6,35 ± 0,92	6,50 ± 0,84	5,88 ± 0,77	12,51	0,001*
Escore Essencial	6,69 ± 0,85	6,79 ± 0,90	6,36 ± 0,65	23,87	0,001*

Os valores de escore mais elevados ocorreram para os atributos Coordenação-Sistema de Informação (D), períodos 11º:7,97; 10º:8,26 e 9º:7,41 ( $p < 0,001$ ), assim como para Orientação Familiar(G), períodos 11º:8,18; 10º:8,17 e 9º: 8,08 , porém não significativo ( $p = 0,63$ ).

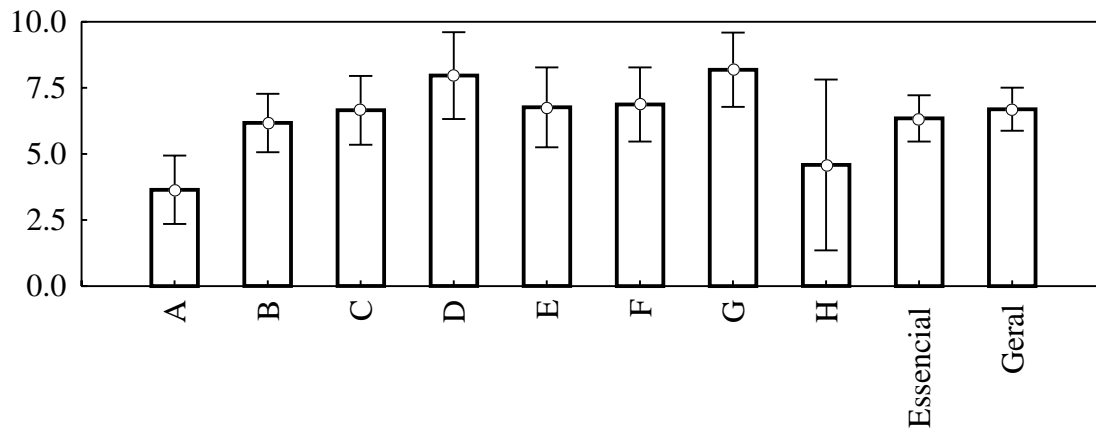
Os atributos Longitudinalidade (B), Integralidade-Serviços Disponíveis (E) e Integralidade-Serviços Prestados (F) tiveram escores médios de 6,17, 6,77 e 6,87 para o 11º

período; 6,44, 6,75 e 6,99 para o 10º período; de 5,70, 6,06 e 6,44 para o 9º período, respectivamente. Os dois primeiros com ( $p < 0,001$ ) e o último com ( $p = 0,001$ ).

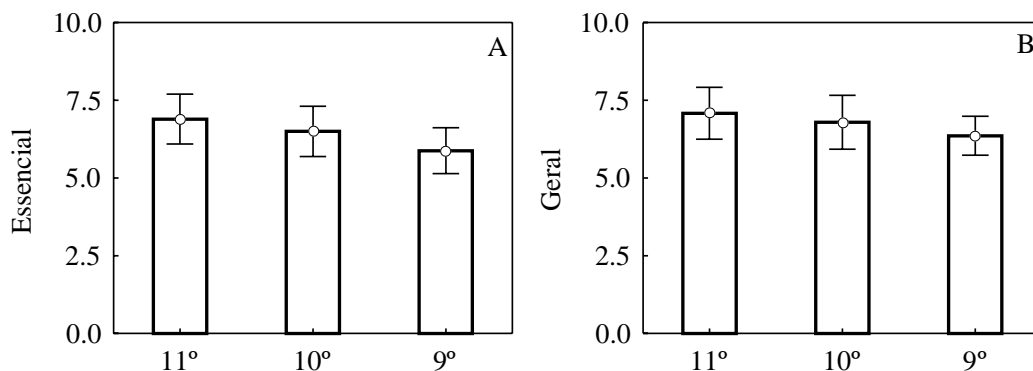
Os escores médios para o atributo Coordenação-Integração de cuidados (C), foram de 6,65, 6,74 e 6,39 para o 11º, 10º e 9º períodos, respectivamente ( $p = 0,075$ ).

Observa-se que ocorreu uma elevação progressiva dos escores médios de todos atributos essenciais, estando com valores menores no 9º período e valores maiores no 11º período, de forma que, para esses seis atributos, somente Coordenação-Sistema de informação está adequado (7,41), considerando: baixo escore ( $< 6,6$ ) e alto escore ( $\geq 6,6$ ) (Penso *et al.*, 2017), para o 9º período. Já para o 11º, todos estão adequados, com exceção de longitudinalidade (6,17) e Acessibilidade (3,64). Este mesmo padrão de elevação não foi encontrado para os atributos derivados.

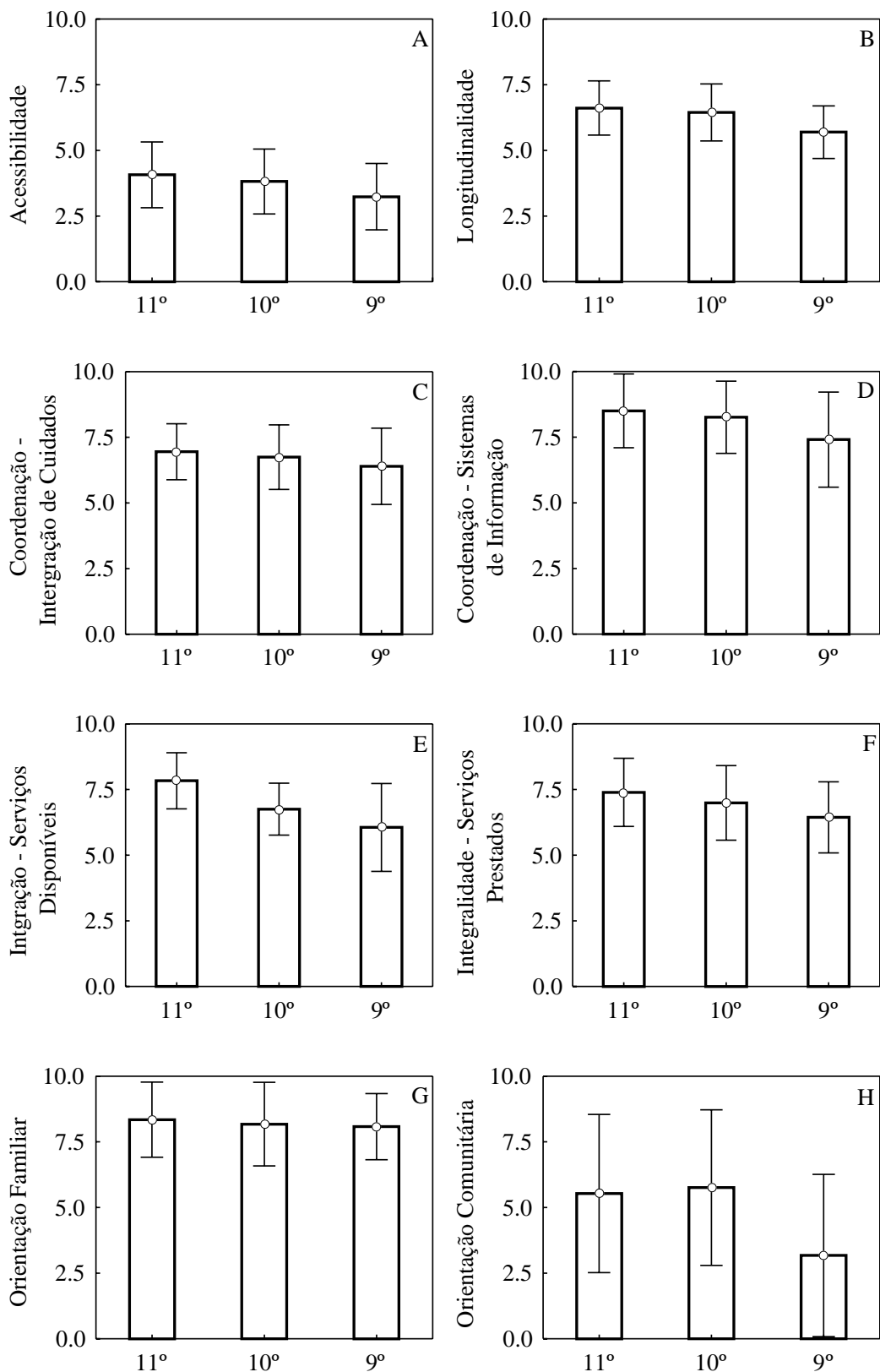
As competências adquiridas mais relatadas pelos alunos dos três períodos (9º, 10º e 11º), foram Formular condutas (92,3%), Desenvolver boa relação médico-paciente (92,9%) e Ter empatia (92,9%). A competência relatada com menor percentual foi Utilizar Sistemas de Informação (18,8%).



**Figura 1: Média e desvio padrão dos escores obtidos através da aplicação de questionário PCAtool em estudantes do curso de Internato- UFJF, 2018, no cenários da Atenção Primária à Saúde (APS). (A) Acessibilidade; (B) Longitudinalidade; (C): Coordenação - Integração de Cuidados; (D): Coordenação - Sistemas de Informação; (E): Integração - Serviços Disponíveis; (F) Integralidade - Serviços Prestados; (G) Orientação Familiar; (H): Orientação Comunitária.(n=170).**



**Figura 2 - Média e desvio padrão dos Escores Geral e Essencial por período de estágio do curso de Internato, Faculdade de Medicina - UFJF, 2018, no cenários da Atenção Primária de Saúde (APS).**



**Figura 3: Média e desvio padrão dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) em cenários de prática sob a ótica dos estudantes do Internato. Famed-UFJF, 2018.**

**(A) Acessibilidade; (B) Longitudinalidade; (C): Coordenação - Integração de Cuidados; (D):**

**Coordenação - Sistemas de Informação; (E): Integração - Serviços Disponíveis; (F) Integralidade - Serviços Prestados; (G) Orientação Familiar; (H): Orientação Comunitária. (n=170).**

**6.3. RESULTADOS RELACIONADOS AO QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.**

As competências gerais analisadas tiveram respostas com valores positivos acima de 50% (Quadros 4,5,6 e 7). Exceção se deu para o nono período, que informou a aquisição das competências Trabalhar em equipe; Identificar o panorama sanitário; Identificar as características do território; Interpretar dados epidemiológicos e Utilizar sistemas de informação, com valores percentuais de 38,3, 31,5, 38,3, 38,3 e 10,9, respectivamente (Quadro 5).

A utilização de sistemas de informação foi a competência menos adquirida relatada pelos alunos para todos os períodos: 10,0% no 9º período, 20,8% no 10º período, 28,5% no 11º período ( Quadros 5, 6 e 7)

Comparando-se os três períodos, verificou-se que as competências Trabalhar em equipe; Conduzir situações adversas; Utilizar tecnologias de informação; Utilizar sistemas de informação; Cuidar da saúde mental apresentaram uma progressão na sua identificação pelos alunos, ao longo dos momentos analisados (Figura 4). Em sentido oposto, competências como Formular condutas, Ter empatia e Comunicar-se adequadamente tiveram uma regressão, apresentando respectivamente valores maiores (95%, 95,8% e 93,1%) para o 9º período e valores menores (93,7%, 91,6%, 91,6%) para o 10º e ( 85,7%, 89,7% e 89,7%) para o 11º período (Quadro 8). As outras competências analisadas mantiveram-se relativamente estáveis ao longo dos períodos analisados.



<b>Dimensões</b>	<b>POPULAÇÃO DE ESTUDO(9º,10º e 11º PERÍODOS)</b>	
	<b>Concordo n(%)</b>	<b>Discordo n(%)</b>
Formular condutas	157(92,3)	13(7,6)
Solicitar e interpretar exames complementares	143(84,1)	27(15,8)
Orientar familiares e equipe de saúde	156(91,7)	14(8,2)
Redigir evoluções clínicas	154(90,5)	16(32,6)
Utilizar referência e contrarreferência	138(81,1)	32(18,8)
Cuidar das enfermidades mais frequentes	138(81,1)	32(18,8)
Manter educação permanente	150(88,2)	20(11,7)
Desenvolver boa relação médico-paciente	158(92,9)	12(7)
Ter empatia	158(92,9)	12(7)
Comunicar-se adequadamente	156(91,7)	14(8,2)
Conduzir situações adversas	114(67)	56(32,9)
Trabalhar em equipe	114(67)	56(32,9)
Identificar o panorama sanitário	89(52,3)	81(47,6)
Identificar as características do território	96(56,4)	74(43,5)
Interpretar dados epidemiológicos	76(44,7)	94(55,2)
Utilizar sistemas de informação	32(18,8)	138(81,1)
Cuidar da saúde mental	115(67,6)	55(32,3)
Utilizar tecnologias de informação	89(52,3)	81(47,6)
Conhecer os recursos disponíveis	106(62,3)	64(37,6)
Conhecer as RAS	116(68,2)	54(31,7)
Atuar com ética	136(80)	34(20)

**Quadro 4: Competências gerais descritas pelos estudantes dos três períodos (9º, 10º e 11º), após estágio em cenário de APS. Famed-UFJF, 2018 (n=170).**

<b>Dimensões</b>	<b>9º PERÍODO</b>	
	<b>Concordo n(%)</b>	<b>Discordo n(%)</b>
Formular condutas	70(95)	3(4,1)
Solicitar e interpretar exames complementares	59(80,0)	14(19,1)
Orientar familiares e equipe de saúde	67(91,7)	6(8,2)
Redigir evoluções clínicas	69(94,5)	4(5,4)
Utilizar referência e contrarreferência	60(82,1)	13(17,8)
Cuidar das enfermidades mais frequentes	55(75,3)	18(24,6)
Manter educação permanente	68(93,1)	5(6,9)
Desenvolver boa relação médico-paciente	70(95,8)	3(4,1)
Ter empatia	70(95,8)	3(4,1)
Comunicar-se adequadamente	68(93,1)	5(4,1)
Conduzir situações adversas	41(56,1)	32(43,8)
Trabalhar em equipe	28(38,3)	45(61,6)
Identificar o panorama sanitário	23(31,5)	50(68,4)
Identificar as características do território	28(38,3)	45(61,6)
Interpretar dados epidemiológicos	28(38,3)	45(61,6)
Utilizar sistemas de informação	8(10,9)	65(89,0)
Cuidar da saúde mental	48(65,7)	25(34,2)
Utilizar tecnologias de informação	34(46,5)	39(53,4)
Conhecer os recursos disponíveis	35(47,9)	38(52,0)
Conhecer as RAS	40(54,7)	33(45,2)
Atuar com ética	55(75,3)	18(24,6)

**Quadro 5: Competências gerais descritas pelos estudantes do nono período após estágio em cenário de APS. Famed-UFJF, 2018. (n=73).**

Dimensões	10º PERÍODO	
	Concordo n(%)	Discordo n(%)
Formular condutas	45(93,7)	3(6,2)
Solicitar e interpretar exames Complementares	42(87,5)	6(12,5)
Orientar familiares e equipe de saúde	45(93,7)	3(6,2)
Redigir evoluções clínicas	43(89,5)	5(10,4)
Utilizar referência e contrarreferência	43(89,5)	5(10,4)
Cuidar das enfermidades mais frequentes	41(56,1)	7(14,5)
Manter educação permanente	42(87,5)	6(12,5)
Desenvolver boa relação médico-paciente	45(93,7)	3(6,2)
Ter empatia	44(91,6)	4(8,3)
Comunicar-se adequadamente	44(91,6)	4(8,3)
Conduzir situações adversas	36(75)	12(25)
Trabalhar em equipe	42(87,5)	6(12,5)
Identificar o panorama sanitário	31(64,5)	17(35,4)
Identificar as características do território	34(70,8)	14(29,1)
Interpretar dados epidemiológicos	27(56,2)	21(43,7)
Utilizar sistemas de informação	10(20,8)	38(79,1)
Cuidar da saúde mental	32(66,6)	16(33,3)
Utilizar tecnologias de informação	26(54,1)	22(45,8)
Conhecer os recursos disponíveis	38(79,1)	10(20,8)
Conhecer as RAS	43(89,5)	5(10,4)
Atuar com ética	43(89,5)	5(10,4)

**Quadro 6: Competências gerais descritas pelos estudantes para o décimo período após estágio em cenário de APS. Famed-UFJF, 2018 (n=48).**

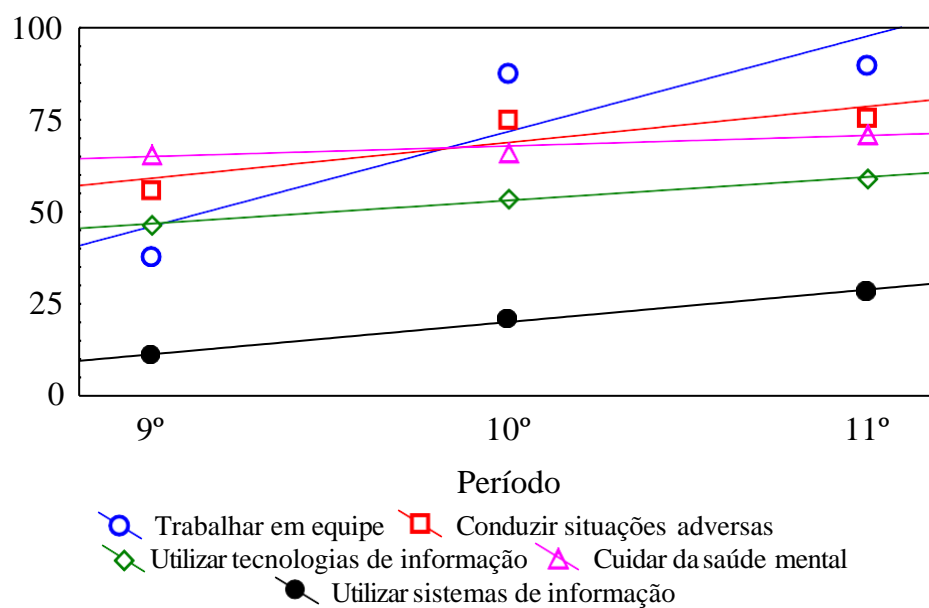
<b>Dimensões</b>	<b>11º PERÍODO</b>	
	<b>Concordo n(%)</b>	<b>Discordo n(%)</b>
Formular condutas	42(85,7)	7(14,2)
Solicitar e interpretar exames complementares	42(85,7)	7(14,2)
Orientar familiares e equipe de saúde	44(89,7)	5(10,2)
Redigir evoluções clínicas	42(85,7)	7(14,2)
Utilizar referência e contrarreferência	35(71,4)	14(28,5)
Cuidar das enfermidades mais frequentes	42(85,7)	7(14,2)
Manter educação permanente	40(81,6)	9(18,3)
Desenvolver boa relação médico-paciente	43(87,7)	6(12,2)
Ter empatia	44(89,7)	5(10,2)
Comunicar-se adequadamente	44(89,7)	5(10,2)
Conduzir situações adversas	37(75,5)	12(24,4)
Trabalhar em equipe	44(89,7)	5(10,2)
Identificar o panorama sanitário	35(71,4)	14(28,5)
Identificar as características do território	34(69,3)	15(30,6)
Interpretar dados epidemiológicos	21(42,8)	28(57,1)
Utilizar sistemas de informação	14(28,5)	35(71,4)
Cuidar da saúde mental	35(71,4)	14(28,5)
Utilizar tecnologias de informação	29(59,1)	20(40,8)
Conhecer os recursos disponíveis	33(67,3)	16(32,6)
Conhecer as RAS	33(67,3)	16(32,6)
Atuar com ética	38(77,5)	11(22,4)

**Quadro 7: Competências gerais descritas pelos estudantes do décimo primeiro período após estágio em cenário de APS. Famed-UFJF, 2018 (n=49).**

	<b>9º PERÍODO</b>	<b>10º PERÍODO</b>	<b>11º PERÍODO</b>
<b>Dimensões</b>	<b>Concordo n(%)*</b>	<b>Concordo n(%)*</b>	<b>Concordo n(%)*</b>
Formular condutas	70(95)	45(93,7)	42(85,7)
Solicitar e interpretar exames complementares	59(80,0)	42(87,5)	42(85,7)
Orientar familiares e equipe de saúde	67(91,7)	45(93,7)	44(89,7)
Redigir evoluções clínicas	69(94,5)	43(89,5)	42(85,7)
Utilizar referência e contrarreferência	60(82,1)	43(89,5)	35(71,4)
Cuidar das enfermidades mais frequentes	55(75,3)	41(56,1)	42(85,7)
Manter educação permanente	68(93,1)	42(87,5)	40(81,6)
Desenvolver boa relação médico-paciente	70(95,8)	45(93,7)	43(87,7)
Ter empatia	70(95,8)	44(91,6)	44(89,7)
Comunicar-se adequadamente	68(93,1)	44(91,6)	44(89,7)
Conduzir situações adversas	41(56,1)	36(75)	37(75,5)
Trabalhar em equipe	28(38,3)	42(87,5)	44(89,7)
Identificar o panorama sanitário	23(31,5)	31(64,5)	35(71,4)
Identificar as características do território	28(38,3)	34(70,8)	34(69,3)
Interpretar dados epidemiológicos	28(38,3)	27(56,2)	21(42,8)
Utilizar sistemas de informação	8(10,9)	10(20,8)	14(28,5)
Cuidar da saúde mental	48(65,7)	32(66,6)	35(71,4)
Utilizar tecnologias de informação	34(46,5)	26(54,1)	29(59,1)
Conhecer os recursos disponíveis	35(47,9)	38(79,1)	33(67,3)
Conhecer as RAS	40(54,7)	43(89,5)	33(67,3)
Atuar com ética	55(75,3)	43(89,5)	38(77,5)

**Quadro 8: Aquisição de competências gerais descritas pelos estudantes segundo período de estágio. Famed-UFJF, 2018**

\*n(%)= número de alunos de cada período que responderam “concordo” ou “concordo parcialmente”/ pelo número total de alunos entrevistados para cada período.



**Figura 4: Evolução das competências ao longo dos períodos analisados, 9º; 10º e 11º períodos do curso de Medicina- UFJF, 2018, no cenário da Atenção Primária de Saúde (APS).**

## 7. DISCUSSÃO

O estudo evidenciou escore geral (9º:5,88, 10º:6,50 e 11º:6,35), todos abaixo do valor 6,6, indicando escore geral baixo para os três períodos: baixo escore ( $< 6,6$ ) e alto escore ( $\geq 6,6$ ) (Penso *et al.*, 2017). Em relação ao escore essencial (9º:6,36, 10º:6,79 e 11º:6,69), apenas o 10º e 11º períodos apresentam escore alto. Os atributos com maior escore médio, para todos os períodos, foram Coordenação-Sistema de Informação (9º:7,41, 10º:8,26, 11º: 7,97) e Orientação Familiar (9º:8,08, 10º:8,17 e 11º:8,18). Já o de menor escore médio (9º:3,17, 10º:5,75 e 11º:4,58) correspondeu a Orientação Comunitária.

Estudo realizado na Universidade Federal de Alagoas, no qual foi aplicado o PCAtool versão para profissionais em alunos do Internato e em preceptores mostrou com escore geral de 6,91 e escore essencial de 6,78 para os discentes. Neste estudo o escore médio para Acessibilidade também ficou baixo, com valor de 5,91 (Lins *et al.*, 2016).

O resultado dos escores geral e essencial por período de estágio, indicando menores escores para o nono período, pode estar relacionado ao fato de os alunos a partir do 11º período da Famed-UFJF já terem vivenciado práticas em cenários de APS em disciplinas (estágios) anteriores (Moutinho *et al.*, 2015) demonstrando o caráter progressivo e acumulativo de conhecimentos em relação à experiência em serviços de APS de forma ampla, considerando os atributos essenciais e derivados.

Ressalta-se que, em relação à Acessibilidade, constam do instrumento PCAtool perguntas sobre o serviço estar aberto à noite ou final de semana, ou sobre atendimentos por telefone, ou ainda sobre atendimentos mesmo com a UBS fechada. Como tais situações não fazem parte do cotidiano da APS em Juiz de Fora, tal fato pode ter colaborado para os baixos escores verificados neste atributo: 3,24, 3,81 e 3,64 respectivamente para o 9º, 10º e 11º períodos.

Os dados referentes à Longitudinalidade (9º:5,70, 10º:6,44 e 11º:6,17), que mostram menor valor médio para os alunos do nono período, podem estar relacionados à dinâmica de atendimento nos serviços de saúde nos quais estão inseridos os alunos deste período, principalmente caracterizados por consultas de demanda espontânea, além do fato de estes alunos permanecerem por seis semanas em cada UBS (enquanto os alunos dos períodos subsequentes permanecem por mais tempo – oito semanas), o que pode dificultar o acompanhamento das pessoas assistidas, visto que, quando estas retornam ao serviço, os alunos que atuaram no atendimento já foram transferidos para outra UBS.

Enfatiza-se que este atributo indica o acompanhamento da pessoa ao longo do tempo, trazendo ao profissional de saúde maior probabilidade de reconhecer problemas, intervindo de forma mais eficiente (Starfield, 2004).

Os escores médios elevados para o atributo Coordenação – Sistema de informação (9º: 7,41, 10º: 8,26 e 11º:7,97) sugerem que a grande maioria dos cenários de APS, nos quais os alunos exerceram suas atividades de estágio, especialmente no décimo e décimo-primeiro períodos, apresentam prontuários médicos adequados e acessíveis aos alunos. Em relação ao nono período, ocorre em determinada UBS, a situação de a equipe de profissionais da unidade registrar seus atendimentos em prontuário eletrônico (e-SUS) e os alunos registrarem seus atendimentos de forma escrita, em prontuário de papel, por não terem acesso direto ao sistema e-SUS. Tal fato ocorre porque o acesso ao sistema é restrito aos profissionais servidores da Prefeitura local. Desta forma, para o aluno ter acesso a todos os registros eletrônicos anteriores de determinado paciente foco do atendimento, precisam se reportar à enfermeira e/ou ao gerente da UBS. Portanto, imagina-se que, na rotina de trabalho em uma UBS com grande volume de atendimentos, nem sempre os alunos encontram um profissional disponível para fornecê-los o prontuário eletrônico, o que pode favorecer a ocorrência de atendimentos por parte dos alunos sem que possa ocorrer, por parte dos mesmos, a leitura prévia das informações registradas das consultas anteriores.

O resultado do escore médio por período para o atributo Orientação Comunitária (9º: 3,17, 10º:5,75 e 11º: 4,58) indica, provavelmente, que os alunos do nono período, ao atuarem nos cenários aos quais são expostos, apresentam maior dificuldade na identificação da orientação comunitária das UBS, no que se refere, por exemplo, às visitas domiciliares e/ou aos conselhos Locais de Saúde. Tal fato pode ocorrer basicamente por dois motivos: pelo fato de que as UBS vinculadas ao nono período realmente não terem seus serviços orientados para a comunidade ou pelo fato desses alunos exercerem suas atividades restritas ao ambiente interno das UBS, principalmente nos consultórios.

É importante que o aluno aborde a pessoa foco do atendimento também de forma comunitária. Desta forma terá condições de identificar recursos existentes na comunidade, apropriados para o cuidado do paciente ( Ben, 2017).

Em relação às competências adquiridas, o padrão de desenvolvimento destas mantém-se próximo nos três períodos, sendo que o aluno identificou principalmente como competências adquirida a capacidade de formular condutas, a boa relação médico paciente e a capacidade de



ter empatia, com valores no geral (92,3%, 92,9% e 92,9%) e para cada período de (9º:95%, 10º: 93,7% e 11º: 85,7%). Sabe-se que tais competências são fundamentais e inerentes à formação do médico generalista (Zanolli *et al.*, 2014). Ressalta-se, porém, o fato de que estas competências estão mais relacionadas ao atendimento em consultório ou nos hospitais, indicando que o aluno, por sua formação ainda focada na doença, pode sentir-se mais confortável e pode perceber um desempenho maior ao desenvolver tais ações. Quando se pensa em uma abordagem comunitária, os alunos começam a sentir dificuldades, como fica evidenciado nos dados da pesquisa, na qual grande parte dos alunos não se sente apta a interpretar os indicadores de saúde e dados epidemiológicos, bem como a utilizar informações do SIM, Sinan e Sinasc. Ressalta-se que os aprendizados relacionados a estas competências são ensinados aos alunos em períodos anteriores ao internato

As competências gerais contempladas no questionário complementar resultaram de discussões fomentadas pela Associação Brasileira de Educação Médica, em espaços como os Congressos Brasileiros de Educação Médica, a partir de 2006, sobre o Internato. Entre outras questões discutidas, foram formuladas coletivamente competências, de acordo com as DCN e também com as necessidades de saúde da população, que deveriam ser adquiridas pelo aluno ao final do internato (Zanolli *et al.*, 2014).

Observa-se que os cenários de APS permitiram ao aluno identificar o atributo Coordenação – Sistema de informação para todos os períodos, com elevado valor médio do escore, sendo que este se refere a registros e prontuários médicos. Pode-se inferir que tal situação contribuiu para a aquisição registrada pelos entrevistados de competências relacionadas a registros em prontuários (9º:94,5%,10º:89,5% e 11º:85,7%) bem como a comunicação adequada (9º:93,1%, 10º:91,6% e 11º:89,7%) e relação médico paciente (9º:95,8%, 10º:93,7% e 11º:89,7%). A coordenação refere-se à capacidade do serviço de organizar as ações necessárias ao acompanhamento do usuário, estando a APS responsável por gerir esse acompanhamento através do contato vinculado ao mesmo profissional e/ou ao registro adequado em prontuários (Brasil, 2010).

Da mesma forma o atributo Orientação familiar foi bem identificado nos três períodos, estando relacionado ao registro, por parte dos alunos, de aquisição de competências como a Orientar familiares e equipe de saúde (91,7%, 93,7% e 89,7% para o 9º, 10º e 11º períodos respectivamente). A Orientação familiar é um atributo derivado, relacionado ao olhar ampliado, do profissional, para o contexto familiar do usuário, contexto este protetor ou causador do

adoecimento. Relaciona-se também com a aplicação de ferramentas de abordagem familiar, como Genograma e Ciclo de Vida (Brasil, 2010).

Em sentido oposto, observa-se que os alunos pouco identificaram o atributo Orientação comunitária (9º:3,17, 10º:5,75 e 11º:4,58), que se refere ao olhar para os agravos à saúde da população adscrita. Da mesma forma, referiram não terem adquirido satisfatoriamente as competências relacionadas à interpretação de dados epidemiológicos e do panorama sanitário local. Em situação em que a UBS trabalhe majoritariamente em ações curativas e reabilitadoras, em detrimento de ações promotoras e preventivas de saúde, o aluno, por não ver a equipe de saúde utilizando esses recursos rotineiramente, pode passar a repetir tal comportamento, dando uma importância menor à aquisição de tais competências. A Orientação Comunitária é um atributo derivado, o qual tem sua importância relacionada à identificação das condições de saúde da comunidade, utilizando-se prioritariamente de dados epidemiológicos (Brasil, 2010).

Pode-se concluir, na visão dos alunos, que os cenários de APS para o Internato em Medicina da UFJF apresentaram-se adequados, visto que os alunos identificaram progressivamente, ao longo dos períodos analisados, os atributos essenciais, estando, portanto, de acordo com as orientações das DCN para a formação do médico generalista (Brasil, 2014). Além disso, os alunos referiram terem adquirido grande parte das competências gerais, as quais devem ser desenvolvidas durante o Internato, corroborando para a formação dos futuros profissionais em acordo com o orientado pela Associação Brasileira de Educação Médica (Zanoli *et al.*, 2014). Ressalta-se, porém, que os alunos do nono período apresentaram escores geral, essencial e médios para cinco dos seis atributos essenciais, inferiores a 6,6, estando portando baixos. De forma semelhante, o escore geral ficou baixo também para os outros períodos analisados indicando fragilidades na inserção desses alunos nos cenários de APS.

Ressalta-se que o atributo Coordenação-Sistemas de Informação, contemplado no questionário PCAtool, refere-se principalmente a registros médicos anteriores ou atuais do paciente. Já no questionário complementar, relacionado às competências adquiridas, Sistemas de Informação refere-se aos instrumentos que auxiliam na gestão das ações em saúde, como por exemplo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação, por parte dos alunos, dos atributos da APS, bem como a aquisição de competências por esses alunos relacionam-se fortemente com o cenário onde o estágio ocorre, sendo o cenário não só o espaço físico, como também o local onde se desenvolvem as ações e as relações interprofissionais. Relaciona-se também com as atividades que os alunos desenvolvem dentro destes cenários, como a percepção que o aluno tem ou não de ser parte integrante da equipe, resultando em corresponsabilização e entendimento de seu papel de colaborar para a boa gerência dos cuidados em saúde.

A vivência que o aluno traz dos anos anteriores ao Internato também é um fator a considerar. O aluno que se interessou por disciplinas com foco na Atenção Primária pode se sentir mais integrante à equipe de APS, atuando de forma proativa e refletindo sobre as oportunidades de aprendizado que os cenários de APS oferecem, ou pode sentir-se desmotivado por ter tido, durante a graduação, poucas oportunidades para refletir sobre a importância da APS para o Sistema de Saúde do País.

Fato é que os alunos do nono período, por estarem iniciando o Internato, que pressupõe ganho cumulativo de habilidades e competências, apresentam escores mais baixos, quando comparados aos alunos do décimo e décimo primeiros períodos, em relação aos atributos da APS. Tal fato pode significar a necessidade de as UBS deste período se organizar no sentido de adquirir maior orientação para a APS. Contudo, precisa-se de estudos direcionados também aos profissionais de saúde destas unidades e aos usuários atendidos para avançar no maior entendimento desta situação.

Pode-se pensar na realidade do estágio do nono período, o qual está em constantes modificações, objetivando o maior aproveitamento por parte dos alunos. No momento da pesquisa, os alunos atendiam em grupos de três ou quatro alunos, os quais se revezavam nas funções de anamnese, exame físico e proposta de conduta. Poucos eram inseridos em atividades diferentes das consultas médicas tradicionais, como por exemplo, participarem de atividades de sala de espera, supervisões de saúde mental, visitas domiciliares com Agentes Comunitários de Saúde ou reuniões de equipe. Tal fato pode interferir na capacidade de o aluno entender a inserção da comunidade no Serviço de Saúde. Neste sentido, destaca-se que, o escore médio relacionado à Orientação Comunitária foi mais baixo para o nono período (3,17).

Esta pesquisa construiu um diagnóstico situacional, pela visão do aluno, de como os

estágios estão sendo eficazes para a formação médica ampliada na instituição, particularmente no que se refere àqueles realizados em cenários de APS, o que pode auxiliar na reestruturação dos cenários de prática. Espera-se ainda que os resultados possam apresentar efetiva contribuição para o desenvolvimento da prática docente. Para tanto, pretende-se divulgar os resultados da pesquisa em reunião do Departamento de Internato, assim como em reunião da Comissão Orientadora do Estágio (COE) e em eventos científicos, com vistas a contribuir para o movimento reflexivo, buscando mudanças para aumentar o aproveitamento dos alunos inseridos em cenários de prática de APS no Internato.

Entende-se que a mudança de paradigma relacionada à percepção da importância dos cuidados primários e da prevenção, além da visão ampla e social do adoecimento, ainda caminha a passos lentos nos cursos de graduação em Medicina, de forma que a grande maioria dos alunos, ao concluírem seus cursos, após passarem por um currículo ainda focado essencialmente na fragmentação do indivíduo e na percepção biológica do adoecimento, sente-se desinteressada em se especializar para atuação em cuidados primários. Tal fato resulta em falta de profissionais essencialmente capacitados para atuar em programas e/ou estratégias prioritárias para o SUS, relacionadas à Atenção Primária. Uma das possíveis formas de modificação deste cenário corresponde à maior inserção dos alunos de Medicina em cenários de Atenção Primária, com a presença de preceptores e/ou docentes habilitados. Tal inserção pode modificar a visão que o aluno tem da Atenção Primária, fazendo com que ele entenda a importância para a saúde pública brasileira, de ações promotoras e preventivas, além de vivenciarem e identificarem que, na Atenção Primária, estão presentes os principais agravos à saúde da população.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. D. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 2234-2249, 2010. ISSN 0102-311X.

ALMEIDA LIMA, E. D. F. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2016. ISSN 1414-8145.

ALMEIDA, M. J. D. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 3, p. 123-132, 1999. ISSN 1414-3283.

ALMEIDA, P. F. D. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 244-260, 2018. ISSN 0103-1104.

ARAÚJO, J. P. et al. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 1366-1372, 2018. ISSN 0034-7167.

BEN, A.J. et al. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2017;12(39):1-16.

BESSEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e sociedade**, v. 16, p. 57-68, 2007. ISSN 0104-1290.

BRASIL. Ministério da Saúde Ministério da Previdência e Assistência Social Ministério da Educação Organização Pan-Americana da Saúde. In: (Ed.). **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**. Brasília, 1986a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: (Ed.). **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986b.

\_\_\_\_\_. **Promed: Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas.** Ministério da Saúde. Brasília 2002.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Brasília 2004a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação eo desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. In: (Ed.). **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. p.78.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde. **Diário Oficial da União**, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. In: (Ed.). **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil**

Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. In: (Ed.). **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. In: (Ed.). **Ministério da educação. Conselho nacional de educação. Câmara de educação superior.** Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014: Brasília, 2014.

**BRASIL.** Lei nº 12871, de 22 de outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. . In: (Ed.). **Política Nacional de Atenção Básica** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CUNHA, E. M. D.; GIOVANELLA, L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. **Ciencia & saude coletiva**, v. 16, p. 1029-1042, 2011. ISSN 1413-8123.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DAMACENO, A. N. et al. Acesso de primeiro contato na Atenção Primária à Saúde: Revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 19, n. 1, 2016. ISSN 1809-8363.

DE ROSA STELLA, R. C. et al. Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 33, n. 1 Supl 1, p. 63-69, 2009.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 19, p. 145-150, 2011. ISSN 2179-7994.

DIAS, H. S. A.; LIMA, L. D. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciencia & saude coletiva**, v. 18, p. 1613-1624, 2013. ISSN 1413-8123.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. ISSN 0098-7484.

DRIUSSO, P. et al. The perceptions of Unified Health System (Sistema Único de Saúde) users about including undergraduate students in Family Health Units (Unidades de Saúde da Família). **Brazilian journal of physical therapy**, v. 17, n. 4, p. 367-372, 2013. ISSN 1413-3555.

EDLER, F. C.; FONSECA, M. História da educação médica no Brasil. 2006. ISSN 1806-5031.

EZEQUIEL, O.S. et al. Avaliação da abordagem do humanismo na relação médico-paciente, antes das mudanças curriculares e após, no Curso de Medicina da UFJF. **Hu Revista**, Juiz de Fora, v. 34, n. 3, p.167-172, jun. 2008.

FERLA, A. A. et al. Caderno de textos do VER-SUS/Brasil. **Porto Alegre: Rede Unida**, 2013.

FERREIRA, L. O.; MAIO, M. C.; AZEVEDO, N. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro&58; a gênese de uma rede institucional alternativa The Rio de Janeiro Medical and Surgical Society&58; the genesis of an alternative institutional network. **História**, v. 4, n. 3, p. 475-491, 1997. ISSN 0104-5970.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching**. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 490-498, 2005. ISSN 0102-311X.

GONÇALVES, M.; BENEVIDES-PEREIRA, A. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: conseqüências afetivo emocionais nos estudantes. **Rev Bras. Educ Med**, v. 33, n. 3, p. 493-504, 2009.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro. Vol. 8, n. 29 (out./dez. 2013), p. 274-284**, 2013. ISSN 1809-5909.

HAUSER, L. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro. Vol. 8, no. 29 (out./dez. 2013), p. 244-255, 2013. ISSN 1809-5909**.

ITIKAWA, F. A. et al. Implantação de uma nova disciplina à luz das diretrizes curriculares no curso de graduação em medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Rev Bras Educ Med [Internet]**, v. 32, n. 3, p. 324-332, 2008.



KEMP, A.; EDLER, F. C. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. 2004. ISSN 0104-5970.

LAMPERT, J. B. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 78, n. 1, 2008. ISSN 0016-545X.

LINS, T. S.; SOARES, F. J. P.; COELHO, J. A. P. D. M. Avaliação dos atributos em atenção primária à saúde no estágio em saúde da família. **Rev. bras. educ. méd**, v. 40, n. 3, p. 355-363, 2016. ISSN 0100-5502.

MASSOTE, A. W.; BELISÁRIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de medicina. **Rev. bras. educ. méd**, v. 35, n. 4, p. 445-453, 2011. ISSN 0100-5502.

MERIGO, F. L. A oferta de disciplinas humanistas no ensino médico do Brasil. 2014.

MOUTINHO, I. L. D. M. et al. **PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO – FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**. JUIZ DE FORA – MG: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2015. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/medicina/files/2015/04/PPC-FAMED2015.pdf#page=61> >.

NASCIMENTO, A. C. et al. Assessment of public oral healthcare services in Curitiba, Brazil: a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). **BMJ open**, v. 9, n. 1, p. e023283, 2019. ISSN 2044-6055.

NETO, J. A. C. et al. Percepção da eficácia da matriz curricular quanto à prática médica no estágio. **REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS-RMMG**, v. 21, n. 3, 2012.

NEUMANN, C. R.; MIRANDA, C. Z. D. Ensino de atenção primária à saúde na graduação: fatores que influenciam a satisfação do aluno. **Rev. bras. educ. méd**, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 42-49, 2012. ISSN 0100-5502.

OLIVEIRA, M. P. R. D. Formação e qualificação dos profissionais de saúde: fatores associados à qualidade dos serviços de atenção primária à saúde. 2014.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. 2014. ISSN 0104-5970.

PAULA, F. A. D. et al. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde em Debate**, v. 39, p. 802-814, 2015. ISSN 0103-1104.

PENSO, J. M. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. ISSN 2179-7994.

PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciencia & saude coletiva**, v. 22, p. 1881-1893, 2017. ISSN 1413-8123.

RDEVELOPMENT CORE TEAM, R. **R: A language and environment for statistical computing**: R foundation for statistical computing Vienna, Austria 2008.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-161, 2001. ISSN 0094-3509.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. In: (Ed.). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**, 2004.

VIEIRA, S. D. P. et al. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 189-207, 2018. ISSN 0103-1104.

XAVIER, N. F. et al. PET-Saúde: O Impacto do Programa na Formação do Profissional Médico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 37-44, 2018. ISSN 2317-6032.

ZANOLLI, M. B. et al. Internato Médico": Diretrizes Nacionais da ABEM para o internato no

curso de graduação em medicina, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Lampert JB, Bicudo AM**, v. 10, 2014.

## 10. APÊNDICES

### 10.1. COMPETÊNCIAS GERAIS DESCRITAS PARA ESTUDANTES DA FAMED-UFJF, 2018

#### 10.1.1. Competências gerais descritas para o nono período da Famed-UFJF, 2018 (n=73).

Dimensões	9º PERÍODO				
	Concordo Totalmente n(%)	Concordo Parcialmente n(%)	Nem Concordo Nem Discordo n(%)	Discordo Parcialmente n(%)	Discordo Totalmente n(%)
Formular condutas	38(52)	32(43,8)	1(1,3)	1(1,3)	1(1,3)%
Solicitar e interpretar exames complementares	21(28)	38(52,0)	8(10,9)	6(8,2)	0
Orientar familiares e equipe de saúde	30(41)	37(50,6)	4(5,4)	2(2,7)	0
Redigir evoluções clínicas	50(68)	19(26,0)	2(2,7)	1(1,3)	1(1,3)
Utilizar referência e contrarreferência	23(31,5)	37(50,6)	12(16,4)	1(1,3)	0
Cuidar das enfermidades mais frequentes	20(27,3)	35(47,9)	11(15)	6(8,2)	1(1,3)
Manter educação permanente	48(65,7)	20(27,3)	2(2,7)	2(2,7)	1(1,3)
Desenvolver boa relação médico-paciente	62(84,9)	8(10,9)	1(1,3)	0	2(2,7)
Ter empatia	65(89,0)	5(6,8)	1(1,3)	0	2(2,7)
Comunicar-se adequadamente	47(64,3)	21(28,7)	3(4,1)	2(2,7)	0
Conduzir situações adversas	7(9,5)	34(46,5)	21(28,7)	10(13,6)	1(1,3)
Trabalhar em equipe	8(10,9)	20(27,3)	20(27,3)	24(32,8)	1(1,3)
Identificar o panorama sanitário	8(10,9)	15(20,5)	29(39,7)	16(21,9)	5(6,8)
Identificar as características do território	8(10,9)	20(27,3)	27(36,9)	16(21,9)	2(2,7)
Interpretar dados epidemiológicos	5(6,8)	23(31,5)	20(27,3)	19(26,0)	6(8,2)
Utilizar sistemas de informação	2(2,7)	6(8,2)	6(8,2)	18(24,6)	41(56,1)
Cuidar da saúde mental	17(23,2)	31(42,4)	14(19,1)	10(13,6)	1(1,3)

Utilizar tecnologias de informação	12(16,4)	22(30,1)	20(27,3)	15(20,5)	4(5,4)
Conhecer os recursos disponíveis	10(13,6)	25(34,2)	25(34,2)	11(15,0)	2(2,7)
Conhecer as RAS	16(21,9)	24(32,8)	28(38,3)	5(6,8)	0
Atuar com ética	21(28,7)	34(46,5)	12(16,4)	5(6,8)	1(1,3)

10.1.2. Competências gerais descritas para o décimo período da Famed-UFJF, 2018 (n=48).

Dimensões	10º PERÍODO				
	Concordo Totalmente n(%)	Concordo Parcialmente n(%)	Nem Concordo Nem Discordo n(%)	Discordo Parcialmente n(%)	Discordo Totalmente n(%)
Formular condutas	26(54,1)	19(39,5)	0	1(2)	2(4,1)
Solicitar e interpretar exames complementares	23(47,9)	19(39,5)	1(2)	3(6,2)	2(4,1)
Orientar familiares e equipe de saúde	31(64,5)	14(29,1)	0	0	3(6,2)
Redigir evoluções clínicas	40(83,3)	3(6,2)	2(4,1)	1(2)	2(4,1)
Utilizar referência e contrarreferência	22(45,8)	21(58,3)	3(6,2)	1(2)	1(2)
Cuidar das enfermidades mais frequentes	20(41,6)	21(58,3)	3(6,2)	1(2)	3(6,2)
Manter educação permanente	28(58,3)	14(29,1)	3(6,2)	1(2)	2(4,1)
Desenvolver boa relação médico-paciente	39(81,2)	6(12,5)	0	0	3(6,2)
Ter empatia	39(81,2)	5(10,4)	1(2)	0	3(6,2)
Comunicar-se adequadamente	35(72,9)	9(18,7)	1(2)	0	3(6,2)
Conduzir situações adversas	14(29,1)	22(45,8)	8(16,6)	4(8,3)	0
Trabalhar em equipe	33(68,7)	9(18,7)	2(4,1)	2(4,1)	2(4,1)
Identificar o panorama sanitário	15(31,2)	16(33,3)	9(18,7)	7(14,5)	1(2)
Identificar as características do território	18(37,5)	16(33,3)	9(18,7)	3(6,2)	2(4,1)
Interpretar dados epidemiológicos	10(20,8)	17(35,4)	13(27)	4(8,3)	4(8,3)
Utilizar sistemas de informação	4(1,9)	6(12,5)	20(41,6)	7(14,5)	11(22,9)

Cuidar da saúde mental	14(29,6)	18(37,5)	12(25)	2(4,1)	2(4,1)
Utilizar tecnologias de informação	12(25)	14(29,1)	15(31,2)	5(10,4)	2(4,1)
Conhecer os recursos disponíveis	21(58,3)	17(35,4)	6(12,4)	2(4,1)	2(4,1)
Conhecer as RAS	21(58,3)	22(45,8)	2(4,1)	2(4,1)	1(2)
Atuar com ética	25(52)	18(37,5)	2(4,1)	1(2)	2(4,1)

10.1.3. Competências gerais descritas para o décimo primeiro período da Famed-UFJF, 2018 (n=49).

Dimensões	11º PERÍODO				
	Concordo Totalmente n(%)	Concordo Parcialmente n(%)	Nem Concordo Nem Discordo n(%)	Discordo Parcialmente n(%)	Discordo Totalmente n(%)
Formular condutas	28(57,1)	14(28,5)	1(2)	6(12,2)	0
Solicitar e interpretar exames complementares	20(40,8)	22(44,8)	3(6,1)	2(4)	2(4)
Orientar familiares e equipe de saúde	33(67,3)	11(22,4)	1(2)	1(2)	3(6,1)
Redigir evoluções clínicas	30(61,2)	12(24,4)	5(10,2)	1(2)	1(2)
Utilizar referência e contrarreferência	14(28,5)	21(42,8)	7(14,2)	6(12,2)	1(2)
Cuidar das enfermidades mais frequentes	19(38,7)	23(46,9)	1(2)	4(8,1)	2(4)
Manter educação permanente	28(57,1)	12(24,4)	5(10,2)	1(2)	3(6,1)
Desenvolver boa relação médico-paciente	39(79,5)	4(8,1)	2(4)	0	4(8,1)
Ter empatia	40(81,6)	4(8,1)	1(2)	1(2)	3(6,1)
Comunicar-se adequadamente	37(75,5)	7(14,2)	2(4)	1(2)	2(4)
Conduzir situações adversas	16(32,6)	21(42,8)	8(16,3)	3(6,1)	1(2)
Trabalhar em equipe	24(48,9)	20(40,8)	4(8,1)	0	1(2)
Identificar o panorama sanitário	13(26,5)	22(44,8)	8(16,3)	5(10,2)	1(2)
Identificar as características do território	19(38,7)	15(30,6)	8(16,3)	6(12,2)	1(2)

Interpretar dados epidemiológicos	9(18,3)	12(24,4)	16(32,6)	11(22,4)	1(2)
Utilizar sistemas de informação	5(10,2)	9(18,3)	8(16,3)	16(32,6)	11(22,4)
Cuidar da saúde mental	21(42,8)	14(28,5)	8(16,3)	4(8,1)	2(4)
Utilizar tecnologias de informação	11(22,4)	18(36,7)	11(22,4)	6(12,2)	3(6,1)
Conhecer os recursos disponíveis	18(36,7)	15(30,6)	10(20,4)	4(8,1)	2(4)
Conhecer as RAS	19(38,7)	14(28,5)	7(14,2)	6(12,2)	3(6,1)
Atuar com ética	26(53,0)	12(24,4)	5(10,2)	1(2)	5(10,2)

10.1.4. Competências gerais descritas para os três períodos da Famed-UFJF, 2018 (n=170).

Dimensões	9º,10º e 11º PERÍODOS				
	Concordo Totalmente n(%)	Concordo Parcialmente n(%)	Nem Concordo Nem Discordo n(%)	Discordo Parcialmente n(%)	Discordo Totalmente n(%)
Formular condutas	92(54,1)	65(38,2)	2(1,1)	8(4,7)	3(1,7)
Solicitar e interpretar exames complementares	64(37,6)	79(46,4)	12(7)	11(6,4)	4(2,3)
Orientar familiares e equipe de saúde	94(55,2)	62(36,4)	5(2,9)	3(1,7)	6(3,5)
Redigir evoluções clínicas	120(70,5)	34(20)	9(5,2)	3(1,7)	4(2,3)
Utilizar referência e contrarreferência	59(34,7)	71(41,7)	30(17,6)	8(4,7)	2(1,1)
Cuidar das enfermidades mais frequentes	59(34,7)	79(46,4)	15(8,8)	11(6,4)	6(3,5)
Manter educação permanente	104(61,1)	46(27)	10(5,8)	4(2,3)	6(3,5)
Desenvolver boa relação médico-paciente	140(82,3)	18(10,5)	3(1,7)	0	9(5,2)
Ter empatia	144(84,7)	14(8,2)	3(1,7)	1(0,5)	8(4,7)
Comunicar-se adequadamente	119(70)	37(21,7)	6(3,5)	3(1,7)	5(2,9)
Conduzir situações adversas	37(21,7)	77(45,2)	37(21,7)	17(0,1)	2(1,1)
Trabalhar em equipe	65(38,2)	49(28,8)	26(15,2)	26(15,2)	4(2,3)
Identificar o panorama sanitário	36(21,1)	53(31,1)	46(27)	28(16,4)	7(4,1)

Identificar as características do território	45(26,4)	57(30)	43(25,2)	25(14,7)	5(2,9)
Interpretar dados epidemiológicos	24(14,1)	52(30,5)	49(28,8)	34(0,2)	11(6,4)
Utilizar sistemas de informação	11(6,4)	21(12,3)	34(20)	41(24,1)	63(37)
Cuidar da saúde mental	52(30,5)	63(37)	34(20)	16(9,4)	5(2,9)
Utilizar tecnologias de informação	35(20,5)	54(31,76)	46(27)	26(15,2)	9(5,2)
Conhecer os recursos disponíveis	49(28,8)	57(33,52)	41(24,1)	17(10)	6(3,5)
Conhecer as RAS	56(32,9)	60(35,2)	37(21,7)%	13(7,6)	4(2,3)
Atuar com ética	72(42,3)	64(37,64)	19(11,1)	7(4,1)	8(4,7)



## 11. ANEXOS

### 11.1.1. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepção dos acadêmicos de Medicina sobre o Internato em cenários de Atenção Primária à Saúde.

**Pesquisador:** Juliana Maria Nascimento Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 86636518.9.0000.5147

**Instituição Proponente:** NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.655.075

##### Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

##### Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 2.655.075

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: dezembro de 2018.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 2.655.075

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1061911.pdf	11/05/2018 14:48:13		Aceito
Outros	Questionariocom.docx	11/05/2018 14:47:20	Juliana Maria Nascimento Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto5passoCEP.docx	11/05/2018 14:46:56	Juliana Maria Nascimento Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.docx	11/05/2018 14:46:22	Juliana Maria Nascimento Souza	Aceito
Outros	Pcatool.pdf	02/04/2018 10:58:43	Juliana Maria Nascimento Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestruturacep.jpg	10/01/2018 10:28:15	Juliana Maria Nascimento Souza	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoCEP.pdf	10/01/2018 10:21:41	Juliana Maria Nascimento Souza	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 15 de Maio de 2018

---

**Assinado por:**  
**Lainer Augusta da Cunha Serrano**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

11.1.2. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil: Instrumento PCATool Versão Profissionais

<b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> <b>PCATool - Brasil versão Profissionais</b> <b>A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE</b> <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais**

**B - LONGITUDINALIDADE**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13 - Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais**

**C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais**

**D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais**

**E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

**Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais**

**F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS**

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

**Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):**

- de todas as idades
- somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
- somente adultos

*Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:*

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias

**Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?** (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).					
<b>Entrevistador pergunte: “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ?”</b>					
F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.					
<b>Entrevistador pergunte:</b> "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais**

**G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais**

**H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?</b>					
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

### 11.1.3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **Avaliação dos acadêmicos de Medicina sobre o Internato em cenários de Atenção Primária à Saúde**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a importância de conhecer a percepção do aluno de Medicina acerca de sua inserção no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), visto que a APS possui um cenário favorável ao aprendizado, pois a mesma apresenta atributos que vão ao encontro dos novos direcionamentos no ensino médico. (COSTA, 2013). Nesta pesquisa pretendemos analisar a contribuição do estágio em APS do internato de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora para a formação ampliada em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e os direcionamentos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina, publicadas em 2014.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: será aplicado questionário estruturado com perguntas acerca de sua percepção sobre os cenários de prática em APS, nos quais você esteve durante o Internato. Segundo a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, risco da pesquisa envolve a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, durante a pesquisa e/ou dela decorrente. Como o presente trabalho será realizado com a aplicação de questionário, serão acessadas informações pessoais como opiniões/pontos de vista, porém sem invasão à sua intimidade. Entende-se, assim, que a pesquisa, de acordo com a legislação Brasileira em relação à Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, apresenta risco mínimo de tais danos acontecerem. Reforça-se, portanto, o compromisso do pesquisador com a confidencialidade dos dados coletados. Em caso de eventual dano, o pesquisador e a instituição se responsabilizam por suspensão do estudo e oferecimento de assistência necessária. A pesquisa pode ajudar ao trazer informações relevantes para o movimento de mudanças a partir da visão crítica e reflexiva buscando o melhor aproveitamento para os alunos do campo de prática da APS no internato.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Juliana Maria Nascimento Souza / Campus Universitário da UFJF/ Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva/Nates. CEP: 36036-900 / Fone: (32)988260537 / E-mail: julianamarianascimento@yahoo.com.br

**Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

#### 11.1.4. Questionário complementar aplicado na população do estudo.

Universidade Federal de Juiz de Fora – Nates – Mestrado Profissional  
em Saúde da Família

##### **Avaliação dos acadêmicos de Medicina sobre o Internato em cenários de Atenção Primária à Saúde.**

O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a importância de conhecer a percepção do aluno de Medicina acerca de sua inserção no cenário da Atenção Primária à Saúde. Nesta pesquisa pretendemos analisar a contribuição do estágio em APS do internato de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora para a formação ampliada em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e os direcionamentos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina, publicadas em 2014.

##### **ESTÁGIO DE APLICAÇÃO EM MEDICINA AMBULATORIAL MULTIDISCIPLINAR.**

**Dados referentes às competências essenciais a serem desenvolvidas durante o internato.**

**– Competências Gerais.**

**Marque: Desenvolvi durante o Internato em APS a capacidade de:**

- 1 – concordo totalmente.
- 2 – concordo parcialmente.
- 3 – nem concordo, nem discordo.
- 4 – discordo parcialmente.
- 5 – discordo totalmente.

	1	2	3	4	5
<b>Realizar adequadamente a anamnese, de forma integral, o exame físico geral e específico, e formular hipóteses diagnósticas adequadas.</b>					
<b>Solicitar e interpretar exames complementares de acordo com as hipóteses formuladas, considerando custo-benefício, tecnologias de saúde e evidências científicas.</b>					
<b>Orientar o paciente e seus familiares e a equipe de saúde.</b>					
<b>Fazer registros (prontuários, receitas e documentos) de</b>					

<b>modo completo, ético e legível.</b>					
<b>Conhecer e utilizar de forma adequada o sistema de referência e contra referência, através de registros e relatórios bem elaborados, pautados na ética médica.</b>					
<b>Prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar os agravos da saúde física e mental nas enfermidades mais prevalentes e relevantes, considerando o perfil sociodemográfico, epidemiológico e cultural.</b>					
<b>Manter educação permanente.</b>					
<b>Promover boa relação médico paciente.</b>					
<b>Acolher o paciente e sua família com empatia, identificando suas necessidades.</b>					
<b>Comunicar de modo efetivo com o paciente e sua família.</b>					
<b>Atuar adequadamente em situações de estresse no ambiente de trabalho (situações adversas, pacientes agressivos, violência, assédio moral).</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Integrar com a equipe interdisciplinar.</b>					
<b>Identificar o panorama sanitário, local.</b>					
<b>Identificar o território de sua atuação em seus aspectos ambientais, culturais e sociais.</b>					
<b>Interpretar os indicadores de saúde e dados epidemiológicos</b>					
<b>Utilizar informações das ferramentas existentes (SIM, Sinam, Sinasc).</b>					

<b>Atender a pacientes com transtornos mentais.</b>					
<b>Utilizar Tecnologias de Informação e Comunicação na área médica.</b>					
<b>Conhecer os recursos físicos, humanos e tecnológicos de seu local de atuação profissional.</b>					
<b>Conhecer a organização do sistema de saúde com suas várias portas de entrada.</b>					
<b>Conhecer e obedecer às normas médico-legais do exercício da profissão.</b>					