



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76
Recredenciamento pelo Decreto nº 17.228 de 25/11/2016



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

XXIII SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UEFS SEMANA NACIONAL DE CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA - 2019

O ensino da Atenção Primária a Saúde no curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana: linha do tempo dos componentes curriculares no período 2003-2018.

Nadilla Laís Gomes Santiago¹; Marcelo Torres Peixoto²;

1. Bolsista PIBIC/CNPq, Graduando em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail:

nadilla.lais@hotmail.com

2. Orientador, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail:

marcelotpeixoto@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: Componentes curriculares; Atenção Primária a Saúde; Medicina.

INTRODUÇÃO

No contexto da implantação da Constituição brasileira em 1988 e da busca de formação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde¹. Assim, Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e regulamentado através da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990). Desde a publicação destes instrumentos legais, o setor saúde passou por diversas mudanças nas esferas públicas e privadas. Para o setor público podemos destacar inúmeros avanços como universalização da atenção, a gestão municipalizada e hierarquizada da saúde, o controle e participação social, a mudança dos mecanismos de financiamento, a ampliação da rede de serviços e a criação de programas de atendimento e a reorientação do modelo de atenção com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS)².

Segundo Starfield (2002) a APS tem como atributos ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, deve ser contínua com responsabilização pelo atendimento ao longo do tempo, pautada pela integralidade das ações de saúde e teria que atuar como orientadora/coordenadora da rede de atenção, para a garantia da continuidade do cuidado nos diversos níveis de atenção¹.

O movimento da Reforma Sanitária no Brasil está relacionado a diversos movimentos internacionais, entre os quais a I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, na qual discutiu-se sobre a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais³. No contexto da implantação da Atenção Primária no Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica⁴.

Ceccin e Feuerwerker (2004); Corneto e Lopes (2013), Hora e outros (2013) discutem a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde, e, em especial a formação médica, como um elemento essencial para a consolidação do SUS e da Saúde da Família⁵. Logo, a estratégia de reorganizar e incentivar a atenção básica no SUS requer a formação de profissionais, especialmente médicos, dotados de visão social abrangente e tecnicamente aptos a prestar cuidados contínuos e resolutivos à saúde da comunidade⁴.

A Declaração de Edimburgo, elaborada na I Conferência Mundial de Educação Médica que aconteceu em 1988 na Escócia, enfatiza princípios gerais para a formação médica que foram muito importantes para a transformação dos cursos de medicina em todo o mundo nas décadas seguintes⁶. No Brasil, as mudanças curriculares na formação médica tiveram como base estratégias políticas e pedagógicas, utilizadas para lidar com o pressuposto da integralidade do cuidado e atender às necessidades do sistema de saúde Brasileiro, tal como é defendido na declaração de Edimburgo. Dentre os principais projetos e políticas públicas criados nesse intuito, destaca-se as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001. As estratégias pedagógicas defendidas por tais iniciativas se baseiam em cenários de ensino-aprendizagem- que devem ser vividos pelo estudante desde as primeiras séries do curso e a utilização de metodologias ativas^{5,7}.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, publicada pela primeira vez em 2001, deu início e direcionou uma série de mudanças que vieram a acontecer na educação médica no Brasil, afirmando que a formação do médico generalista deve ser voltada para atender às necessidades do SUS em seu artigo 12, incisos I e VIII: I – Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor de saúde; VIII – Vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS⁸. Em 2014 houve a atualização dessas diretrizes, porém a essência do conteúdo é a mesma, e os incisos do artigo 12 citados aqui se repetem.⁹ Tais estratégias contribuem para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada e contextualizada, que é centrada nas

pessoas e comunidades, possibilitando a interdisciplinaridade e guiando para o ensino da abordagem individual e coletiva, com orientação familiar e comunitária, como eixos estruturantes da formação médica¹⁰.

O presente trabalho tem como objetivo avaliar como são organizados e construídos os conteúdos, competências e habilidades sobre um dos assuntos relacionados à atenção básica, que no caso é a Hipertensão Arterial, no processo de formação médica na atenção primária à saúde no curso de graduação em medicina da UEFS (2003-2018).

MATERIAL E MÉTODOS OU METODOLOGIA (ou equivalente)

Esta análise documental é um recorte do estudo de caso “Formação Médica na Atenção Primária à Saúde: avaliação de quarta geração em um curso de medicina do semiárido baiano”, que integra o projeto “Formação Médica na Atenção Primária à Saúde nos cursos de graduação em Medicina da Bahia, Brasil” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS pela CAAE nº. 70651117.1.0000.0053.

O curso de graduação em Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) foi criado em 2003 e implantado com uma proposta pedagógica inovadora, centrada no aluno e fundamentada na Aprendizagem Baseada em Problemas- ABP (Problem Based Learning - PBL). Nos quatro primeiros anos de curso o APB está baseado no tripé Habilidades Clínicas, tutoriais e PIESC (Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade), no qual tal método é aplicado. Ainda de acordo com esse método, o graduando é incluído na comunidade desde os primeiros períodos do curso para contextualizar, em ação, os construtos teóricos agregados. A prática é, portanto, eixo estruturante deste método e estabelece o confronto experiencial com a realidade (SIQUEIRA-BATISTA, et al., 2009)¹². Sendo a UFS o local de escolha para tratamento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial sistêmica, e a atenção primária a responsável pelo enfrentamento dessa doença, a hipertensão arterial foi a patologia escolhida para a avaliação do ensino direcionado à atenção primária no curso de medicina da UEFS¹⁴.

Este estudo utilizou a abordagem qualitativa como metodologia científica, com análise documental e análise de conteúdo com base no referencial teórico de Bardin (2016)¹⁵ Para essa avaliação foram coletadas as informações dos módulos que tiveram algum enfoque para o ensino da hipertensão arterial sistêmica nos anos 2006, 2010 e 2017.

Assim, foram utilizados os módulos piesc e habilidades dos 1º, 2º, 3º e 4º anos e o módulo ‘Dispneia, dor torácica, edemas e tosse’ do quarto ano. Os anos escolhidos para o estudo representam, 2006, o primeiro ano em que as quatro primeiras séries estavam em atividade após a fundação do curso; 2010, foi o ano em que as quatro séries funcionaram após a oficialização do curso pelo MEC em 2009; e 2017 foi a data limite para adequação dos cursos de medicina de acordo com a atualização das DCNs de 2014.

Para orientar o processo de explicação dos dados empíricos provenientes dos documentos, utilizou-se o software IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) na versão 0.7 alpha 2 (CAMARGO e JUSTO, 2013)¹⁶.

Os recursos do software usados foram a nuvem de palavras e a análise de similitude (Flament, 1981)¹⁸. As correlações realizadas entre os componentes curriculares procuraram discutir potencialidades/fragilidades encontradas para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e os desafios futuros do curso de medicina da UEFS para formar um médico em conformidade com a legislação vigente.

RESULTADOS E/OU DISCUSSÃO (ou Análise e discussão dos resultados)

Como base nos documentos coletados dos manuais curriculares do curso de medicina da UEFS, a análise feita pelo software IRAMUTEQ permitiu a aplicação das técnicas de análise de conteúdo de Bardin¹⁵.

1 Resultados da análise lexical

1.1 Corpus textual com todos os documentos coletados

As 15 palavras mais frequentes nos corpus textuais contendo manuais de PIESC, habilidades e tutorial estão representadas no quadro a seguir.

Formas ativas	2006	2010	2017
Saúde	56	49	61
Conhecer	31	32	28
Técnica	37	39	28
Família	14	15	25
Comunidade	29	20	24
Paciente	36	36	23
Exame	22	30	21
Exame físico	32	28	21
Médico	28	32	20
Aluno	22	23	18
Comunicação	20	19	17
Habilidade	14	14	16
Procedimento	15	15	15
Treinar	21	21	15
social	12	15	13

Na tabela 1

A tabela apresenta o número de vezes que cada forma ativa apareceu nos manuais de cada ano analisado.

Embora a frequência de algumas palavras tenham mudado de um ano para o outro, suas proporções não sofreram alterações muito significativas. A palavra “saúde” foi a mais frequente nos três manuais, já a palavra “família” esteve mais frequente em 2017, e a palavra “técnica” esteve menos frequente em 2017.

1.2 Corpus textuais dos manuais do PIESC

As 10 palavras mais frequentes nos manuais de PIESC foram “saúde”, “família”, “comunidade”, “saúde_família” (elemento ativo que representa “saúde da família”), “ação”, “estratégia”, “intervenção”, “problema”, “prático” e “trabalho”.

1.3 Corpus textuais dos manuais de habilidades: as 10 palavras mais frequentes foram “técnica”, “conhecer”, “paciente”, “exame”, “exame_físico”, “comunicação”, “procedimento”, “treinar”, “aluno”, “habilidade”.

1.4 Corpus textuais do manual de tutorial sobre o assunto hipertensão arterial: as 7 palavras mais frequentes foram “hipertensão”, “conhecer”, “coração”, “rim”, “secundário”, “diagnóstico”, “fisiopatologia”.

2 Comparação entre análises de conteúdo lexical: Ao se comparar as formas ativas que apareceram na análise de todo o corpus (tabela 1) e as análises de PIESC, habilidade e tutorial, percebe-se que na tabela 1 estão distribuídas as palavras mais frequentes que estão presentes nos três componentes curriculares, porém que quase não se repetem entre si. Apenas uma palavra “conhecer” esteve presente tanto em habilidade como em tutorial, e nenhuma das palavras de PIESC esteve presente nas análises de habilidades e tutorial.

3 Resultado da análise de similitude

3.1 Todo o corpus textual

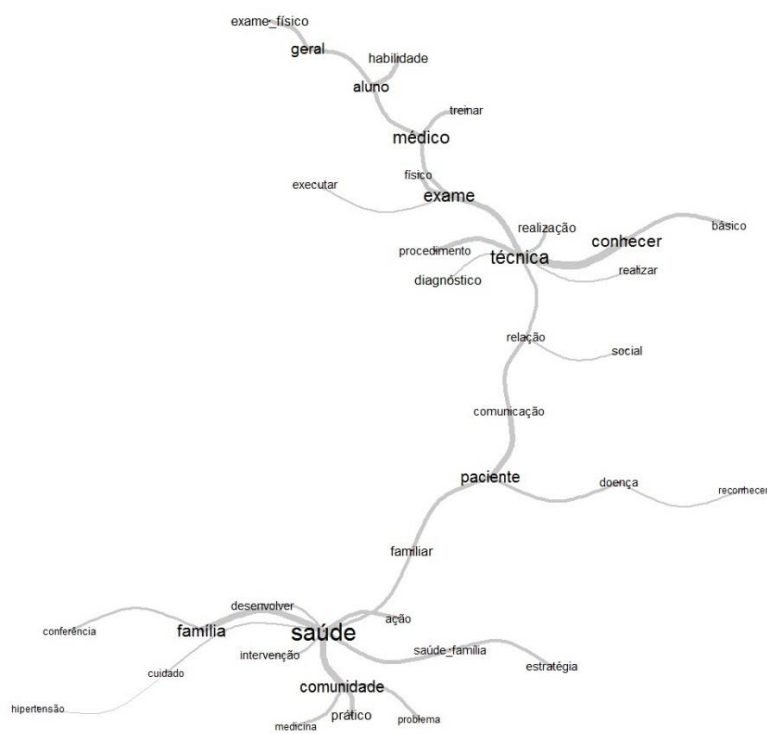


Imagem 1

Análise de similitude de todos os componentes curriculares do ano de 2017

4 Comparação análises de similitude e demais dados

A análise de similitude de todo o corpus textual apresenta uma a palavra “paciente” ligando dois polos principais na árvore. Esses dois polos, que se apresentam distribuídos localmente em oposição, apresentam as formas ativas apresentadas principalmente na análise lexical de PIESC e habilidades separadas, uma em cada polo. Isto quer dizer que, embora no todo do corpus textual as palavras de diferentes componentes curriculares estejam distribuídas quase proporcionalmente, elas não estão associadas em contexto. Segundo Bardin¹⁵, a co-ocorrência (ou a não ocorrência) de dois ou mais elementos revelaria associação ou dissociação na essência do texto. Se não há co-ocorrências, pode ser posta a hipótese de que são exclusivos ou dissociados na semântica do texto analisado.

Levando em conta que os dois componentes curriculares (habilidades e PIESC) ensinam conhecimentos necessários para o atendimento do “paciente”, esses conhecimentos não estão associados na organização dos manuais do curso, mas, ao contrário, se apresentam em oposição. Nesse sentido, pode-se inferir que os manuais apresentam se representasse o ensino de formas diferentes de atender ao mesmo paciente.

Os elementos ativos da árvore de tutorial não são apresentados expressivamente na árvore do corpus inteiro por ter baixa frequência quando comparado aos outros manuais analisados

5 Discussão

Dentre os esforços para a formação de médicos dotados de visão social abrangente e tecnicamente aptos a prestar cuidados contínuos e resolutivos à saúde da comunidade⁴, como preconizado pela conferência de Alma-Ata e pela Conferência de Edimburgo, muito se evoluiu. Entretanto, a aplicação de metodologias ativas e políticas sociais para esse fim ainda precisam ser continuamente avaliadas, para se tornarem cada vez mais efetivas.

Os autores Gomes et al.¹⁹ e Wood DF²⁰ convergem ao apontar a importância da indissociabilidade entre teoria e prática e do currículo integrado para uma aprendizagem significativa para os estudantes. Longe dessa integração, os manuais poderiam sugerir o ensino da técnica pela técnica, sem correlacionar com possíveis singularidades e subjetividades

dos pacientes que são essenciais para um projeto terapêutico efetivo. Entretanto, em divergência com esses autores, a oposição entre os conteúdos de habilidade e PIESC na análise de similitude sugere que não há uma integração curricular entre habilidades técnicas aprendidas e a atuação dos alunos na saúde da família.

Tal organização demandaria uma maior articulação entre coordenadores e professores dos diferentes pilares do curso, e por conseguinte maior trabalho para manter uma organização logística que incorpore os diferentes componentes curriculares e promova a articulação de conhecimentos necessários para o ensino de um atendimento com maior integralidade, envolvendo o aprimoramento técnico com uma abordagem mais holística e completa do paciente. Segundo GIOVANELLA e MENDONÇA (2012)³, atenção primária à saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas públicos e universais de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão. E, de acordo com as DCNs de 2014⁹, o aluno deve ser inserido nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem.

Nesse sentido, é cabível inferir que devem ser feitas pesquisas continuamente sobre o processo de ensino-aprendizagem e a relação entre a aplicação dos componentes curriculares e diretrizes e referências nacionais e internacionais sobre o tema. Com relação ao ensino da atenção primária, que foi enfoque desse trabalho, percebe-se que a organização dos currículos pode evoluir e que a aplicação de inovações metodológicas e curriculares devem ser realizadas a fim de colaborar com um processo ensino-aprendizagem mais efetivo e mais completo, e para que tantas outras vantagens de um ensino integrado entre campos de prática e teoria sejam alcançadas.

REFERÊNCIAS

- ¹ PEIXOTO, M.T.; 2018 **Formação Médica na Atenção Primária à Saúde: avaliação de quarta geração em um curso de medicina do semiárido baiano**. Projeto de Tese qualificado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana.
- ² PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. 2014. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15
- ³ GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; 2012. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadores dos cuidados?. Rio de Janeiro: CEBES.
- ⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em 31 de maio de 2019.
- ⁵ CECCIM, R. B. e FEUERWERKER, L. C. M. 2004. Mudança na graduação dos profissionais de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**; Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410.
- ⁶ CONTERNO, S. F. R e LOPES, R. E. 2013. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. **Trab. Educ. Saúde**; Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 503-523.
- ⁷ HORA, D. L. 2013. Propostas inovadoras na formação do profissional para o sistema único de saúde. **Trab. Educ. Saúde**; Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 471-486.
- ⁸ BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 4**, de 7 de novembro de 2001, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
- ⁹ BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 20 de junho de 2014, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- ¹⁰ DEMARZO, M.M.P.; 2012. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*. Vol. 36 (1) : 143-148.
- ¹¹ UEFS. PROGRAD- Pró reitoria de graduação- apresentação. Disponível em: <<http://www.medicina.uefs.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=5>>. Acesso em 28 de maio de 2019.
- ¹² SIQUEIRA-BATISTA, R.; RÔÇAS, G.; GOMES, A. P.; ALBUQUERQUE, V. S.; ARAÚJO, F.; MESSEDER, J.C. 2009. Ecologia na formação do profissional de saúde: promoção do exercício da cidadania e reflexão crítica comprometida com a existência. *Rev Bras Edu Med*. v. 33 p. 271-5.
- ¹³ Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica-Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica-Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília: MS; 2010. Nº 37.
- ¹⁴ Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>
- ¹⁵ Bardin L. 2016. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70.
- ¹⁶ RIBEIRO, L. R.; MIZUKAMI, M. G. 2005. An experiment with PBL in higher 5. education as appraised by the teacher and students. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, v. 9, p. 357-368.
- ¹⁷ Camargo, B. V., Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. *Temas em Psicologia*, 21 (2), 513-518.
- ¹⁸ Loubère, L. & Ratinaud, P. (2014). Documentation IraMuTeQ 0.6 alpha 3 - version 0.1 [Computer software]. Recuperado em 19 fevereiro de 2014, de <http://www.iramuteq.org>
- ¹⁹ Flament, C. (1981). L'analyse de similitude: Une technique pour les recherches sur les representations sociales. *Cahiers de Psychologie Cognitive*. 1, 375-395.
- ²⁰ Gomes R, Brino RF, Aquilante AG, Avó LRS. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de medicina: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2009; 33(3): 444-451.
- ²¹ Wood DF. 2003. Problem-based learning. *British Medical Journal*; 326(8): 328-330.