



Aldicléya Lima Luz

Atenção primária como cenário de prática de uma escola médica no Brasil:

Avaliação da integração ensino serviço

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Lacerda Barbosa.

Co-orientadora: Dra Maria do Rosário Silva Ramos Costa

São Luís

2019

Aldicléya Lima Luz

Atenção primária como cenário de prática de uma escola médica no Brasil:

Avaliação da integração ensino serviço

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Lacerda Barbosa.

Co-orientadora: Dra Maria do Rosário Silva Ramos Costa

São Luís

2019

Luz, Aldicléya Lima

Atenção Primária como cenário de prática, de uma escola médica no Brasil: Avaliação da integração ensin-serviço./ Aldicléya Lima luz. – São Luís, 2019.

56 p.

Orientadora: Profª Dra Maria do Carmo Lacerda Barbosa

Dissertação Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, 2019.

1. Integração. 2. Ensino-serviço. 3. Atenção Básica. I. Barbosa, Maria do Carmo Lacerda. (Orient.). II. Título.

Aldicléya Lima Luz

Atenção primária como cenário de prática de uma escola médica no Brasil:

Avaliação da integração ensino serviço

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 02 de agosto de 2019.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr. Márcio Moysés de Oliveira

1º Examinador

Prof.^a Dr. Luís Carlos Figueira de Carvalho

2º Examinador

Prof.^a Dr.^a Maria Raimunda Santos Garcia

3º Examinador

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Lacerda Barbosa

Orientadora

São Luís

2019

AGRADECIMENTOS

As dificuldades da vida são prontamente superadas, quando com nossos passos, outros pés compartilham a caminhada. É por isso, que agradeço a Deus, pela vida; aos meus pais, Edvaldo e Aldira, pelo amor e exemplo, para que eu superasse com sucesso as dificuldades, e por terem acreditado em mim, orientando-me para seguir com coragem (Só nós sabemos o que enfrentamos até aqui!). A trajetória está apenas iniciando, mas tenho certeza que na companhia deles, de tudo serei capaz!

Aos meus irmãos: Flávio, Flaedna, Nayara, Naynara e Edvaldo Júnior (este último, um eterno exemplo para mim).

Aos meus familiares e amigos;

À Universidade Federal do Maranhão, por ter me dado a oportunidade de realizar este curso no formato profissional, que me possibilitou estudar e trabalhar, simultaneamente,

Aos professores e amigos do curso.

Aos pacientes, profissionais e usuários das equipes de saúde, por terem participado ativamente e contribuído com a pesquisa.

E, por fim, à minha orientadora Dr.^a Maria do Carmo Lacerda Barbosa, pela paciência, colaboração e atenção, dispensados a mim.

A todos, minha gratidão!

RESUMO

A integração ensino-serviço reduz a distância entre os serviços de saúde, a formação acadêmica e as necessidades do sistema de saúde. Isso permite o desenvolvimento de ações que possam convergir para um ponto comum entre os objetivos pedagógicos e as prioridades dos serviços de saúde, possibilitando a efetividade das práticas docente-assistenciais. A pesquisa teve como objetivo analisar a Integração Ensino Serviço, nos cenários de prática, de Atenção primária à saúde, do curso de medicina, da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, do Campus Imperatriz. A Metodologia foi baseada em uma abordagem qualitativa, utilizando o modelo da matriz avaliativa proposto por Albiero e Freitas (2017). A pesquisa foi realizada através de consulta aos dados secundários do e-SUS-S, questionários auto preenchidos aplicados aos integrantes das equipes, usuários, acadêmicos e docentes e entrevista com um representante da coordenação do curso de medicina. Diante dos resultados observou-se que todas as Unidades Básicas de Saúde – UBS de Imperatriz que servem de cenário de prática, apresentam a tipologia de Unidades Docentes Assistenciais – UDA, com supervisão docente e agenda própria, e também, foi possível identificar a presença de fragilidades a serem superadas, para que a formação médico-acadêmica dos estudantes do curso de medicina de Imperatriz esteja vinculada, às necessidades de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde - SUS.

Palavras-chave: Integração. Ensino-Serviço. Atenção Básica.

ABSTRACT

Teaching-service integration reduces the gap between health services, academic education and health system needs. This allows the development of actions that can converge to a common point between the pedagogical objectives and the priorities of health services, enabling the effectiveness of teaching-care practices. The objective of the research was to analyze the Teaching Service Integration, in the scenarios of practice, Primary Health Care, medical school, Federal University of Maranhão - UFMA, Campus Imperatriz. The Methodology was based on a qualitative approach, using the evaluative matrix model proposed by Albiero & Freitas (2017). The research was conducted by consulting the secondary data of e-SUS-S, self-completed questionnaires applied to team members, users, academics and teachers and interview with a representative of the medical school coordination. Given the results it was observed that all Basic Health Units - Empress UBS that serve as a scenario of practice, have the typology of Teaching Assistance Units - UDA with teaching supervision and their own agenda, and it was also possible to identify the presence of weaknesses to be surpassed, so that the medical-academic education of students of the Imperatriz medical school is linked to health needs, with emphasis on the Unified Health System - SUS.

Keywords: Integration. Teaching-Service. Primary care.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 - Dimensão Ensino - Questionário aplicado aos envolvidos na integração Ensino-Serviço (n= 74)	22
Gráfico 2 - Dimensão Serviço - Questionário aplicado aos cinco integrantes das equipes, de cada unidade, para contemplar os indicadores motivação para o trabalho em equipe (n=62)	23
Tabela 1 - Dimensão Serviço: Resultado do questionário aplicado aos cinco integrantes das equipes, de cada unidade, para contemplar os indicadores desmotivação, por ordem de importância (n= 62).....	24
Tabela 2 - Na Dimensão Serviço. Motivos de motivação dos integrantes da equipe, por ordem de importância (n= 62).....	24
Gráfico 3 - Dimensão comunidade - Entrevista realizada com os representantes dos conselhos e/ou líderes comunitários, em relação aos motivos de satisfação (n=14)	26
Gráfico 4 - Gráfico 4: Dimensão Comunidade: Questionário aplicado as três representantes do Conselho Local e/ou líderes da comunidade (n = 14)	27
Gráfico 5 - Dimensão “Comunidade” - Resposta ao questionário aplicado aos 3 representantes do Conselho local e/ou líderes comunitários, para identificação dos motivos de insatisfação (n=14)	28
Gráfico 6 - Dimensão Comunidade: Respostas das entrevistas realizadas com os representantes dos conselhos, em relação à participação da comunidade na Unidade Básica de Saúde. (n=14).....	30
Gráfico 7 - Dimensão Ensino - Respostas dos questionários aplicados à três acadêmicos e um docente, de cada unidade selecionada, para contemplar os indicadores de ampliação do conceito de saúde. (n= 20)	32
Gráfico 8 - Dimensão Ensino: Respostas dos questionários aplicados à três acadêmicos e um docente, de cada unidade selecionada, para contemplar os indicadores de ampliação do conhecimento do SUS. (n= 20).....	33

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
e-SUS AB	Sistema de Informação da Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
FPAM	Fundamentos de Práticas e Assistência Médica
IES	Instituições de Ensino Superior
MTL	Modelo Teórico Lógico
PPP	Projeto Político Pedagógico
SOI	Sistemas Orgânicos Integrados
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDA	Unidades Docentes Assistenciais
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
USAD	Unidades de Serviço de Atenção Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	13
2.1 GERAL.....	13
2.2. ESPECÍFICOS.....	13
3 METODOLOGIA	14
3.1 TIPO DE ESTUDO	14
3.2 UNIVERSO DA PESQUISA	14
3.3 AMOSTRAS.....	14
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	15
3.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	15
3.6 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS.....	16
3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	17
4 RESULTADOS	19
5. DISCUSSÕES	31
5.1. AMPLIAÇÃO DO ACESSO	31
5.2. RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO	32
5.3. MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO EM EQUIPE.....	33
5.4. APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL	33
5.5. FREQUÊNCIA A GRUPOS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	35
5.6. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	36
5.7. FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL	36
5.8. AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE	37
5.9. AMPLIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO SUS	38
5.10. ADEQUAÇÕES CURRICULARES	38
6. CONCLUSÃO	44
REFERENCIAS	45
ANEXO A - Questionário aplicado aos envolvidos na integração Ensino – Serviço (Gestão – Serviço – Comunidade – Ensino).....	49
ANEXO B - Questionário aos cinco integrantes das equipes, de cada unidade, para contemplar os indicadores motivação para trabalho em equipe e aperfeiçoamento profissional (ALBIERO & FREITAS, 2017).....	50

ANEXO C - Questionário aos três representantes do Conselho local e/ou líderes da comunidade para contemplar os indicadores satisfação do usuário e fortalecimento do controle social: (ALBIERO & FREITAS, 2017)	53
ANEXO D – Questionário aos três acadêmicos e um docente, que realizam práticas em cada uma das unidades selecionadas, para contemplar os indicadores ampliação do conceito de saúde e conhecimento do SUS. (ALBIERO & FREITAS, 2017).....	55

1 INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) representa o primeiro nível de acesso dos usuários ao sistema de saúde, através da oferta de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação, visando ao atendimento das demandas dos indivíduos, das famílias e comunidades. É considerada uma estratégia fundamental, constituindo referência no cenário mundial para redução dos problemas identificados na área da saúde. (SANARE, 2018)

A integração ensino-serviço nas unidades de saúde, consiste no trabalho integrado de acadêmicos, docentes, gestores e profissionais que compõem as instituições de saúde, com o objetivo de otimizar a atenção individual e coletiva, reorientar o processo educativo e a formação profissional na área da saúde, possibilitando a produção de práticas de cuidado à saúde, que contemplem e busquem a integralidade e humanização das ações, de forma a satisfazer os envolvidos, em seus diversos segmentos. (PIZANOTTO, 2012)

Para isso, é importante que se conheçam as estratégias e ações adotadas para a integração ensino-serviço nas unidades de saúde, para que a partir de então, se possa lançar mão de meios para contribuir e facilitar o processo de formação profissional, em consonância com as diretrizes e princípios do Sistema único de saúde, no contexto da Atenção Primária à saúde.

O atendimento na área da saúde, atualmente, requer habilidades, competências e postura profissional, adequados para suprir às exigências do mercado de trabalho. Desta forma, a integração ensino - serviço adquire importância determinante neste processo, visto que possibilita a reflexão e o aprimoramento de condutas, a aquisição de estratégias diferenciadas de resolubilidade, aquisição de habilidades para o trabalho em equipe e individual, procedimentos mais seguros e conseqüentemente melhora da satisfação dos usuários. (PIZZINATO, 2012)

A integração ensino-serviço favorece, ainda, a diminuição da distância entre a formação acadêmica, a realidade local e as exigências do SUS, permitindo o desenvolvimento de ações e projetos que aproximem objetivos pedagógicos das prioridades locais, criando condições favoráveis às universidades, docentes e acadêmicos, que atuam nos serviços, devendo assim, ser objeto de estudo para avaliação e fortalecimento da efetividade dessa integração. (ALBIERO & FREITAS, 2017)

Em um país como o Brasil, cheio de problemas estruturais e de saúde pública, a necessidade de um novo olhar ao funcionamento das unidades de saúde cresce a cada dia. A tarefa mais difícil e primordial para o início de uma possível mudança é fazer com que o paciente seja visto como cliente, e não como um usuário inerte do sistema – o que lhe traz direitos ao utilizar o serviço. Para isso, a gestão de qualidade deve estar presente nessas ações, para que o trabalho não se isole somente na prestação do atendimento e sim em um atendimento em seu mais alto nível de qualidade. (MAIA, 2015)

As unidades básicas de saúde podem ser classificadas por tipos de Unidades docentes assistenciais - UDA, que levam em consideração, para essa classificação dois pontos importantes: a) a caracterização do acompanhamento acadêmico por supervisão docente ou preceptoria e b) A forma como o processo de trabalho é realizado, se por agenda compartilhada, inserida na rotina da equipe ou agenda própria com o grupo da universidade. (ALBIERO; FREITAS, 2017)

Assim sendo, é possível quatro possíveis tipologias de UDA: As que utilizam a supervisão para acompanhamento e agenda compartilhada; UDA com supervisão e agenda própria, UDA com atividades de preceptoria e agenda compartilhada e, por fim, as UDA com preceptoria e agenda própria. (ALBIERO; FREITAS, 2017)

Pode-se dizer que a qualidade em saúde deve possuir os seguintes componentes: estrutura, processo e resultado. (MALIK, 2001) A estrutura diz respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais (manuais, rotinas, dentre outros); os processos referem-se ao modo como a assistência está sendo prestada. É através dele que se analisa se as tarefas e atividades estão sendo realizadas de modo adequado e, por fim, os resultados, expressam se os objetivos foram atingidos. E é possível se realizar a avaliação de cada um desses componentes. (MAIA, 2015)

Neste contexto, propôs-se realizar uma análise da Integração Ensino Serviço, na Atenção Primária em Saúde, nos cenários de prática, do curso de medicina, da Universidade Federal do Maranhão, do Campus Imperatriz.

A cidade de Imperatriz ocupa o segundo lugar, em população, no Estado do Maranhão, com 247.505 habitantes. O município possui 33 UBS, além de uma rede especializada composta por serviços médico-hospitalares, odontológicos, fisioterapêuticos, laboratoriais e de diagnóstico. É sede da Região de Planejamento do Tocantins e da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense, com sete

municípios na sua área adstrita totalizando uma população de 353.428 habitantes. (IBGE, 2015)

Atualmente, existem em Imperatriz quarenta e duas equipes de Estratégias de Saúde da Família, trinta e três UBS, duas Unidades de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), três Academias de Saúde e uma equipe de Consultório na rua. (Pesquisa de campo). Além desses serviços de atenção primária, Imperatriz conta com serviços de atendimento secundário e terciário: Duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), uma Central Regional de Regulação de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um Hospital Municipal de Pronto Atendimento clínico e de trauma - Socorrão de Imperatriz-, Hospital Municipal Infantil, Hospital Macrorregional (gerenciado pelo Estado), além de cinco hospitais privados: Hospital São Rafael, Hospital das Clínicas (HC), Hospital Santa Mônica, Hospital Alvorada e Hospital Unimed (RELATÓRIO – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IMPERATRIZ, 2018).

Existem dois cursos de graduação em Medicina, em funcionamento na cidade de Imperatriz. Um deles, oferecido pela Universidade Federal do Maranhão, no Campus Bom Jesus e o outro, oferecido pela Universidade CEUMA, ambos, tendo como principal campo de prática de Atenção Primária, as Unidades Básicas de saúde (PORTAL MEC, 2018).

A Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz possui histórico de parceria com a UFMA desde a criação do curso de medicina em 2014, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão. Em setembro do ano de 2011, a presidente Dilma Rousseff anunciou a decisão do Governo Federal, através dos Ministérios de Educação e da Saúde, em investir na formação de médicos, com o objetivo de reduzir a carência em áreas subservidas. A meta seria formar mais de 4,5 mil médicos a cada ano, e interiorizar os cursos de medicina mantendo um elevado padrão de qualidade (Projeto Pedagógico UFMA/Pinheiro.)

Da mesma forma, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina primam pelo fortalecimento da formação médica na Atenção Primária em Saúde e prevê como competências esperadas aos profissionais egressos do curso de medicina: a atenção à saúde (para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde, em nível individual e coletivo), a tomada de decisões (de forma a avaliar, sistematizar e optar pelas condutas mais apropriada), a comunicação (na qual deve adquirir linguagem

acessível aos usuários, com confidencialidade das informações), a liderança (com aptidão para assumir posições de líder, com compromisso, responsabilidade, empatia, desenvoltura e gerenciando as decisões de forma efetiva e eficaz), a capacidade administrativa (gerenciando os recursos disponíveis) e a educação permanente (reconhecendo a responsabilidade e compromisso com a formação) (BRASIL, 2014).

É indiscutível que os processos de preparação formal de médicos nos países pobres e em desenvolvimento representam importante investimento social que se reverte em benefício, na melhoria da qualidade da atenção à saúde da população. Dessa forma a expansão, descentralização e interiorização do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, diante de todo esse contexto, foi uma necessidade inadiável.

A Universidade Federal do Maranhão, aderiu às Políticas de Educação e Formação para o SUS, do Ministério da Saúde, reformulando os currículos do Curso de Medicina, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN, primando pelo fortalecimento da Atenção Primária, onde passou a inserir os acadêmicos no campo de prática das unidades básicas de saúde, desde o ingresso ao curso; aderindo, ainda, à expansão de vagas e à interiorização dos cursos de medicina, com vistas a reduzir a carência de médicos em área subservidas e na busca de desenvolver habilidades práticas, para o trabalho individual e coletivo. (PROJETO PEDAGÓGICO/UFMA, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Diante de tudo isso, considera-se de grande relevância a avaliação a integração ensino-serviço na Atenção Primária, com vista a identificar fortalezas e fragilidades e conseqüentemente desenvolver estratégias para melhoria da formação médica e da qualidade dos serviços do SUS, na Rede de Saúde, do município de Imperatriz.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Realizar uma análise da integração ensino-serviço, nos cenários de prática, de atenção primária à saúde, do curso de medicina, da Universidade Federal do Maranhão, do Campus Imperatriz.

2.2. Específicos

- Classificar por tipos de unidades docentes assistenciais, as unidades básicas de saúde que servem como campo de prática, aos acadêmicos do curso de Medicina, da Universidade Federal do Maranhão, do Campus de Imperatriz;

- Avaliar a integração ensino-serviço, através dos indicadores apresentados na Matriz avaliativa, proposta por Albiero e Freitas (2017).

- Averiguar a estrutura e adequação das unidades básicas de saúde de Imperatriz, para o desenvolvimento das atividades docentes assistenciais.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa, devendo-se, aqui, esclarecer que as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, caracterizando-se pela utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

A pesquisa foi realizada por meio de revisão de literatura, pesquisa em fontes de dados secundários do sistema de saúde, entrevista com os atores envolvidos com a integração ensino-serviço (gestão, serviço, comunidade e ensino) e pesquisa de campo.

3.2 Universo da pesquisa

O universo da pesquisa é composto pelas Unidades Básicas de Saúde que mantêm convênio com o curso de medicina da UFMA de Imperatriz, escolhidas propositalmente, com o auxílio da Coordenação da Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde.

A cidade de Imperatriz possui trinta e três unidades básicas de saúde - UBS e dessas, 12 unidades funcionam como cenário de prática, para o curso de medicina, da UFMA, de Imperatriz.

Considerado o proposto por Albiero e Freitas (2017), para a amostra foram selecionadas oito unidades, dentre as doze que servem de prática para o curso de medicina, que foram: Unidade Básica de Saúde (UBS) Milton Lopes, UBS do Parque Alvorada, UBS da Vila Vitória, UBS do Parque do Buriti (que compreende, atualmente, após a reforma, as equipes do Buriti e Anhanguera), a UBS da Vila Cafeteira e a UBS da Nova Imperatriz.

3.3 Amostras

Em cada um dos Serviços de Atenção Primária, enquadrados nos critérios da pesquisa, os participantes do estudo foram selecionados, aleatoriamente, onde a entrevista se deu por oportunidade, de acordo com a escala de serviço dos entrevistados, presentes na unidade, no momento da visita, de forma a manter a seguinte composição:

- Cinco integrantes da Equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF);

- Três representantes do conselho local e/ou líderes da comunidade;
- Um docente;
- Três acadêmicos, do curso de medicina, que estejam em estágio curricular obrigatório, na unidade.

Foram entrevistados 12 indivíduos, de cada unidade, perfazendo um total de 96 envolvidos, nas UBS, sendo realizada, ainda uma entrevista, a um representante do curso de Medicina, da UFMA, do Campus de Imperatriz, além de coleta de dados do e-SUS e pesquisa direta de campo. As entrevistas foram realizadas entre os meses de fevereiro e julho de 2019.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão das UBS na pesquisa foram: a existência de ações ensino-serviço, no mínimo, nos últimos três anos; e possuir, equipes de saúde compostas por profissionais, que em sua maioria, tenham experiência no convívio, com Instituições de Ensino Superior (IES).

Foram critérios de não inclusão: a não autorização da realização da pesquisa, pela coordenação da UBS e, em relação à entrevista com os envolvidos, não foram incluídos, os relatórios respondidos de forma incompleta e, aqueles, que mesmo respondidos de forma correta e após ter sido assinado o termo de consentimento, o entrevistado tenha mostrado interesse em desistir de participar da pesquisa.

Como critério de exclusão, tem-se a inexistência de relação formal com o ensino.

3.5 Instrumento e coleta de dados

Como instrumentos de pesquisa, foram utilizadas as informações obtidas na literatura, bem como observação direta, pela pesquisadora “*in locus*” e aplicação de questionários que compõem um instrumento de avaliação da integração ensino-serviço, proposto por Albiero e Freitas (2017), conforme consta em anexo.

Para o levantamento bibliográfico foram realizadas consultas à base de dados da *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)*, *Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline)*, *Biblioteca Cochrane* e *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. Para isso, foram empregados os descritores de serviços de integração docente

assistencial em língua inglesa e português: *teaching integration services*, integração ensino – serviço e ensino em serviços de saúde.

Esta pesquisa foi realizada através de cinco fontes distintas:

a) Consulta aos dados secundários, do Sistema de Informação da Atenção Básica (e-SUS AB), entendido como uma estratégia do Departamento da Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica, a nível Nacional, cujos dados serviram para contemplar os indicadores 1 (ampliação de acesso), 2 (resolubilidade da atenção básica);

b) Questionário aplicado a todos os envolvidos na integração ensino serviço – anexo A;

c) Questionário auto preenchido aplicado a cinco integrantes das equipes, de cada unidade, para contemplar os indicadores 3 (motivação para trabalho em equipe) e 4. (aperfeiçoamento profissional) - anexo B;

d) Questionário auto preenchido, aplicado a três representantes do Conselho local e/ou líderes da comunidade para contemplar os indicadores 6 (satisfação do usuário) e 7 (fortalecimento do controle social) e uma questão aberta – anexo C;

e) Questionários auto preenchido, aplicado a três estudantes e um professor, que realizam práticas em cada uma das unidades selecionadas, para contemplar os indicadores 8 e 9 (ampliação do conceito de saúde e conhecimento do SUS) – anexo D;

f) Entrevista com um representante da coordenação do Curso de Medicina, para contemplar o indicador 10 (Adequações curriculares) – anexo E.

3.6 Análise e processamento de dados

A análise da integração ensino-serviço, das unidades de saúde do estudo, baseou-se nos dez indicadores, distribuídos nas quatro dimensões apresentadas a seguir (anexo F):

- Gestão: ampliação do acesso e resolubilidade da Atenção Básica;
- Comunidade: satisfação do usuário e fortalecimento do controle social;
- Ensino: ampliação do conceito de saúde, ampliação do conceito SUS e atualização e reformulação dos currículos;
- Serviço: motivação para o trabalho, aperfeiçoamento profissional e frequência aos grupos e atividades coletivas. (ALBIERO; FREITAS, 2017)

O indicador “ampliação do acesso” é, objetivamente, avaliado pela razão entre o número de procedimentos individuais e coletivos realizados na unidade, em meses letivos e não letivos, pelo número de usuários cadastrados (ALBEIRO; FREITAS, 2017).

A “Resolubilidade da atenção” é avaliada através da razão entre o número de encaminhamentos da unidade e o número de consultas médicas, em meses letivos e não letivos.

A Dimensão “Ensino” foi avaliada através da entrevista realizada com um representante do curso e a adequação do atual currículo acadêmico do curso, frente às necessidades de saúde da população;

A Dimensão “Comunidade” considerou as respostas aos questionários apresentados aos usuários e, a dimensão serviço avaliou os ganhos à unidade advindos da presença da universidade, na unidade de saúde, como o desenvolvimento de cursos de aperfeiçoamento, capacitação, desenvolvidos pela universidade aos profissionais das equipes, a presença de projetos acadêmicos, visando melhorar a saúde da população, dentre outros.

Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas, nos quais foi possível caracterizar as unidades docentes assistenciais de Imperatriz e verificar a presença ou ausência de fatores que favoreciam a integração ensino-serviço.

As questões subjetivas, respondidas pelos usuários e pelo representante do curso de medicina, foram transcritas, na íntegra, e os entrevistados identificados pelas letras “A”, “B” e “C”, e o representante do curso como “R”.

3.7 Aspectos éticos e legais

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em pesquisa – CEP, da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, CAAE: N^o: 08075319.1.0000.5086 (anexo G), respeitando os preceitos éticos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

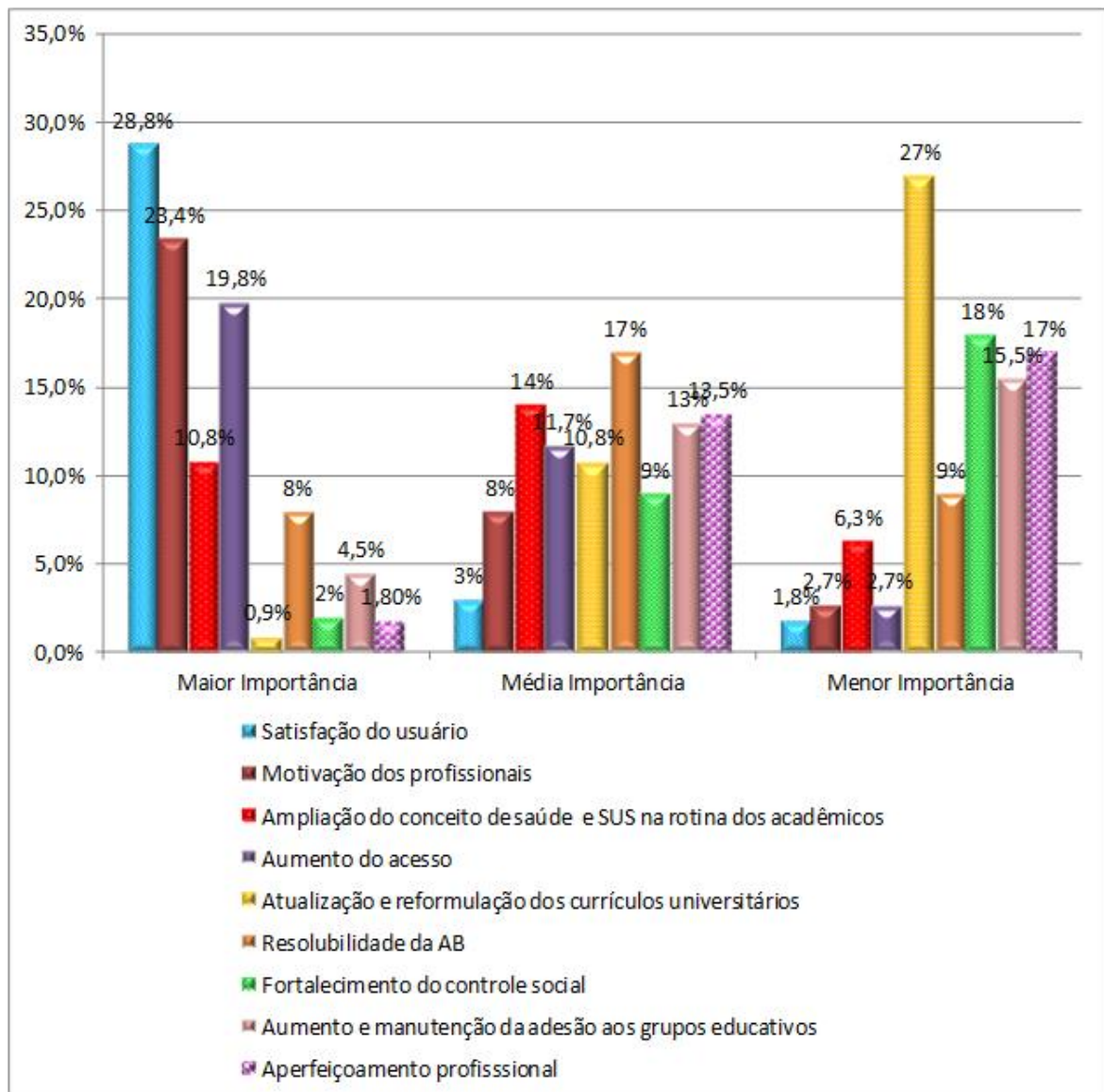
A coleta de dados se iniciou, após a aprovação do Comitê de ética em pesquisa, onde o Núcleo de Educação Permanente da cidade de Imperatriz recebeu uma via dessa carta, liberando uma carta de anuência, autorizando o início da pesquisa, que foi apresentada às coordenações das unidades básicas de saúde, onde a pesquisa foi realizada. Foi elaborado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo H), que foi entregue e explicado a cada um dos

participantes, antes de responderem aos questionários. Em seguida foi solicitado que assinassem duas cópias, ficando uma das cópias com o participante e a outra retida com a pesquisadora.

4 . RESULTADOS

Em relação à integração ensino-serviço, foram aplicados questionários a setenta e 4 envolvidos, para identificar a ordem de importância que atribuíam, aos fatores que uma integração ensino-serviço efetiva e de qualidade mais contribuíam, e identificou-se que o maior índice (72,3%) dos entrevistados considerou como de “maior importância”, a satisfação do usuário (28,8%), a motivação dos profissionais (23,4%) e a motivação dos profissionais (23,4%) e aumento do acesso aos serviços de saúde (19,8%). (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Dimensão Ensino - Questionário aplicado aos envolvidos na integração Ensino-Serviço (n= 74).



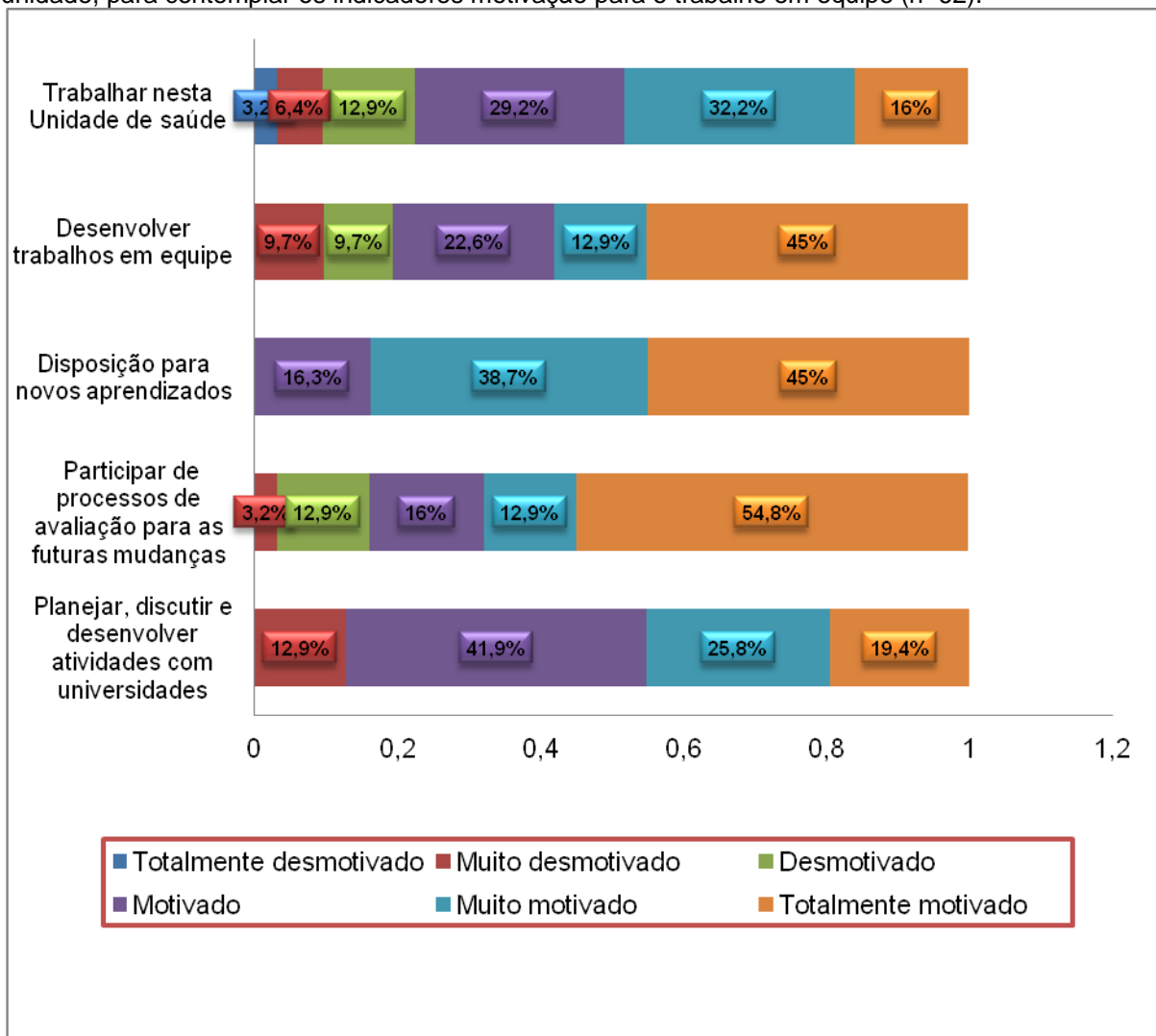
Fonte: A autora.

Mais da metade dos entrevistados (55,8%) considerou de como de média importância: a resolubilidade da atenção (17,1%); a ampliação do conceito de saúde

e SUS, na rotina dos acadêmicos (14,4%); aperfeiçoamento profissional (13,5%), e a atualização e reformulação dos currículos universitários (10,8%). (Gráfico 1)

Quando questionados sobre o que destacavam como de menor importância, os quatro itens mais citados (77,4%), foram: atualização e reformulação dos currículos universitários (27%), satisfação do usuário (18%), aperfeiçoamento profissional (17,1%) e o aumento e manutenção da adesão aos grupos educativos (15,3%). (Gráfico 1)

Gráfico 2 - Dimensão Serviço - Questionário aplicado aos cinco integrantes das equipes, de cada unidade, para contemplar os indicadores motivação para o trabalho em equipe (n=62).



Fonte: A autora.

Em relação à motivação para o desenvolvimento do trabalho em equipe, a maioria dos profissionais (80,5%) afirma ter certo grau de motivação, que foram subdivididos em: motivados (22,6%), muito motivados (12,9%) e totalmente motivados (45%). Nessa mesma entrevista, foi possível ser identificado que 19,4% dos

entrevistados se mostram totalmente desmotivados (9,7%) e muito desmotivados (9,7%), para o trabalho em equipe. (Gráfico 2)

Na entrevista sobre o desenvolvimento do trabalho em equipe, 45% dos entrevistados afirmaram estar “totalmente motivados”, 22,6% sentem-se “motivados”, 12,9% “muito motivados”, 9,7% “desmotivados” e 9,7% e referem-se “muito desmotivados”. (Gráfico 2)

Sobre a disposição para novos aprendizados, 16% dos entrevistados referem que estão “motivados”, para a busca por novos conhecimentos; 38,7% estão “muito motivados”, e 45% estão “totalmente motivados”.

No tópico “participar de processos de avaliação para futuras mudanças”, 54,8% dos pesquisados afirmaram estar “totalmente motivados”, 16% estão “motivados”; 12,9% sentem-se “muito motivados”; 12,9% percebem-se “desmotivados”, e 3,2% estão “muito desmotivados”.

Tabela 1 - Dimensão Serviço: Resultado do questionário aplicado aos cinco integrantes das equipes, de cada unidade, para contemplar os indicadores desmotivação, por ordem de importância (n= 62)

	1º lugar	2º lugar	3º lugar	4º lugar	5º lugar
Falta de tempo/Sobrecarga	2,9%	22,5%	19,3%	19%	9,6%
Ambiente de trabalho	19,3%	9,6%	41,9%	19%	9,6%
Reconhecimento e parceria da equipe	9,6%	32,2%	9,6%	32,2%	16%
Cansaço	26%	29%	9,6%	19,3%	16%
Contato com alunos, professores e bolsa de incentivo	0%	9,6%	19%	23%	48,4%

Fonte: A autora.

Na tabela 1, onde são apresentados, por ordem de importância, os indicadores de desmotivação para o trabalho em equipe, obteve-se como resposta dos 62 integrantes das equipes das UBS, que 35,6% dos profissionais consideram o “perfil pessoal” como o principal fator de desmotivação, seguido do “contato com alunos, professores e bolsa de incentivo” (22%), “ambiente de trabalho” (13%), “educação permanente” (13%) e “reconhecimento e parceria da equipe” (10%).

Tabela 2 - Na Dimensão Serviço. Motivos de motivação dos integrantes da equipe, por ordem de importância (n= 62)

Motivos de motivação	1º lugar	2º lugar	3º lugar	4º lugar	5º lugar
Perfil pessoal	35,6%	26%	32%	6,4%	
Ambiente de trabalho	13%	26%	32%	19%	10%
Aprimoramento permanente	13%	29%	6%	39%	13%
Reconhecimento e parceria da equipe	10%	13%	19%	26%	32%
Contato com alunos, professores e bolsa de incentivo	22%	10%	16%	16%	42%

Fonte: A autora.

De acordo com a tabela 2, em relação aos questionários auto-preenchidos pelos integrantes das equipes (n=62), para identificação dos motivos de satisfação, por ordem de importância, observou-se nos resultados que 35,6% dos entrevistados classificaram como primeiro fator de motivação o “perfil profissional”, seguido pelo “contato com os alunos, professores e bolsa de incentivo” (22%), “ambiente de trabalho” (13%), “aprimoramento permanente” (13%) e “reconhecimento e parceria da equipe”.

Em relação à avaliação da dimensão comunidade (Gráfico 3), onde são levados em consideração os indicadores “satisfação do usuário” e “fortalecimento do controle social”, na entrevista realizada junto aos usuários nas unidades básicas de saúde de Imperatriz, aqui representados pelos representantes dos conselhos de saúde e líderes comunitários, observou-se que a maioria dos entrevistados se sente “satisfeito” com a qualidade dos atendimentos das unidades de saúde (57,2%), 28,5% tem “muito alta satisfação”, e 14,3% tem “alta satisfação” em relação à qualidade dos serviços prestados.

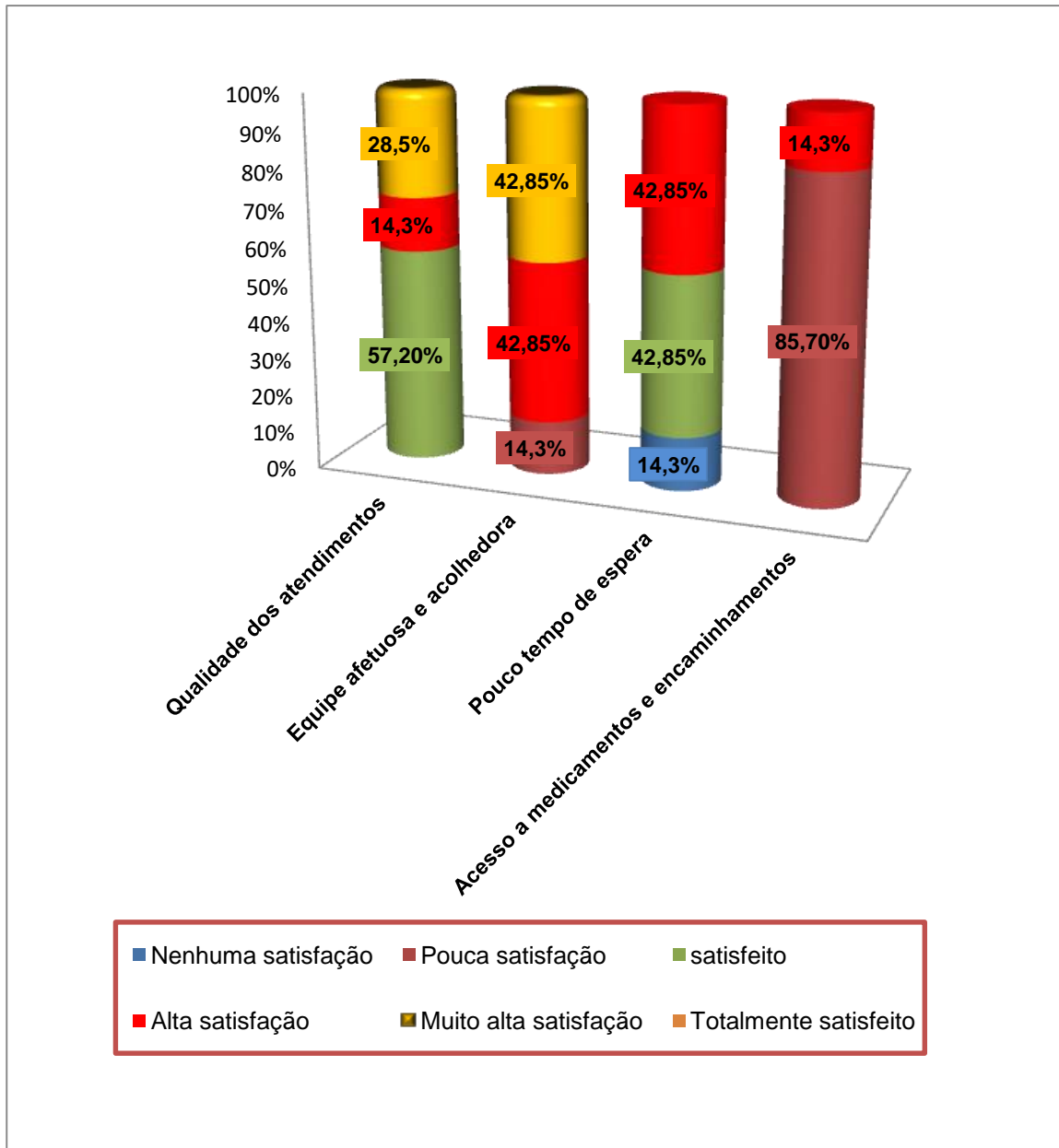
Quando questionados sobre a percepção em relação à humanização e afetuosidade da equipe de saúde, identificou-se elevado índice de satisfação dos usuários (85,7%), onde destes, 42,85% mostraram-se “totalmente satisfeitos” e 42,85% apresentaram-se “altamente satisfeitos”. Apenas, 14,3% dos usuários manifestou “pouca satisfação”. (Gráfico 4)

Sobre o “pouco tempo de espera”, 42,85% dos entrevistados mostrou “alta satisfação”, 42,85% mostrou-se “satisfeito” e 14,3% não apresentou nenhuma satisfação. (Gráfico 3)

Em relação ao acesso a medicamentos da farmácia básica, disponíveis na

unidade de saúde, e à eficácia dos encaminhamentos a serviços de referência e contrarreferência do município, 85,7% dos entrevistados apresentaram “pouca satisfação” e, apenas 14,3% apresentaram “alta satisfação”. (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Dimensão comunidade - Entrevista realizada com os representantes dos conselhos e/ou líderes comunitários, em relação aos motivos de satisfação (n=14).

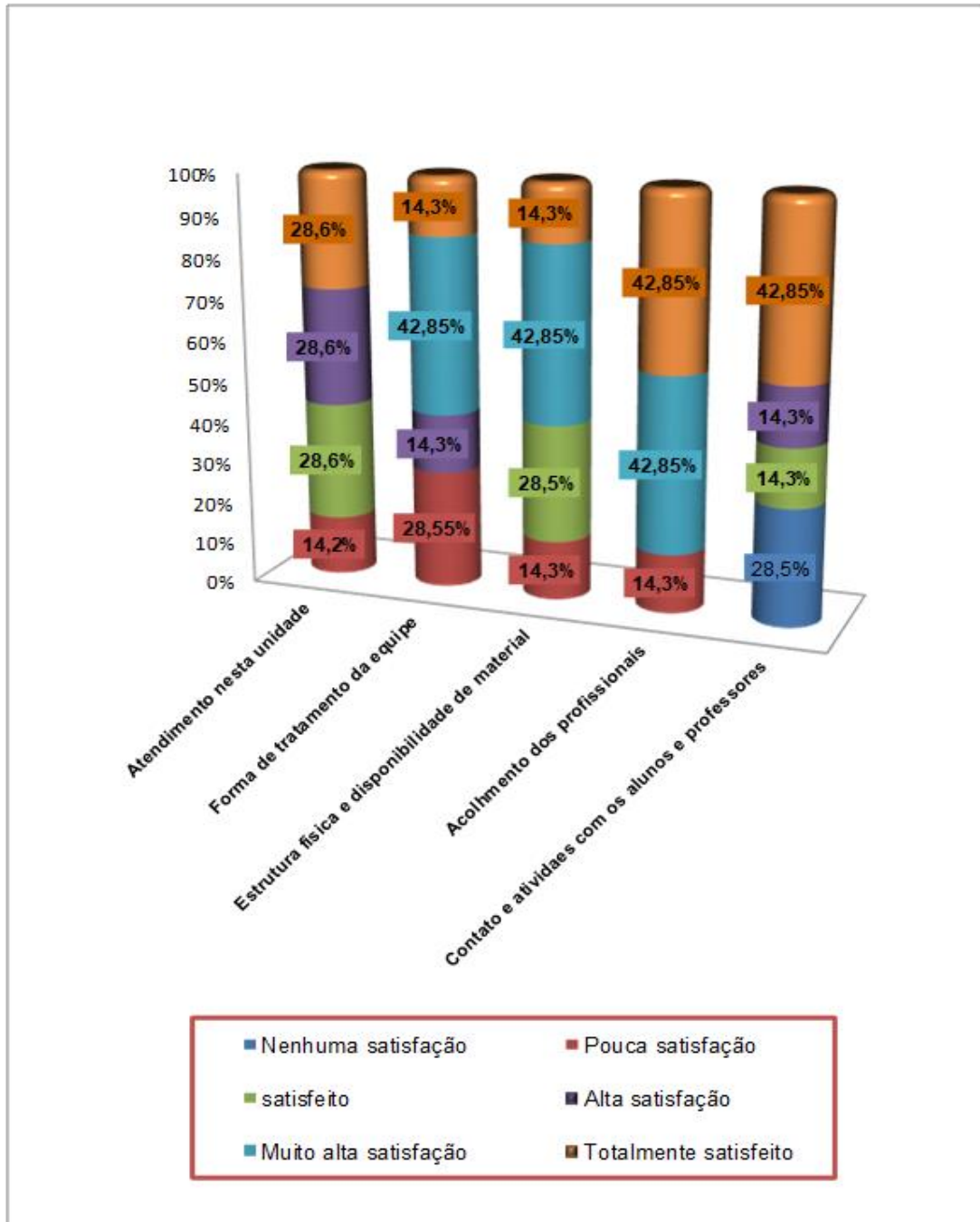


Fonte: A autora.

Em relação à falta de vagas para atendimento, na unidade básica de saúde, e ao longo tempo de espera, na fila de atendimento, 42,8% dos entrevistados estão “satisfeitos”, 28,5% referem “pouca satisfação”, 14,3% têm “muita alta satisfação” e 14,3% afirma não ter “nenhuma satisfação”, em relação a isso. (Gráfico 5)

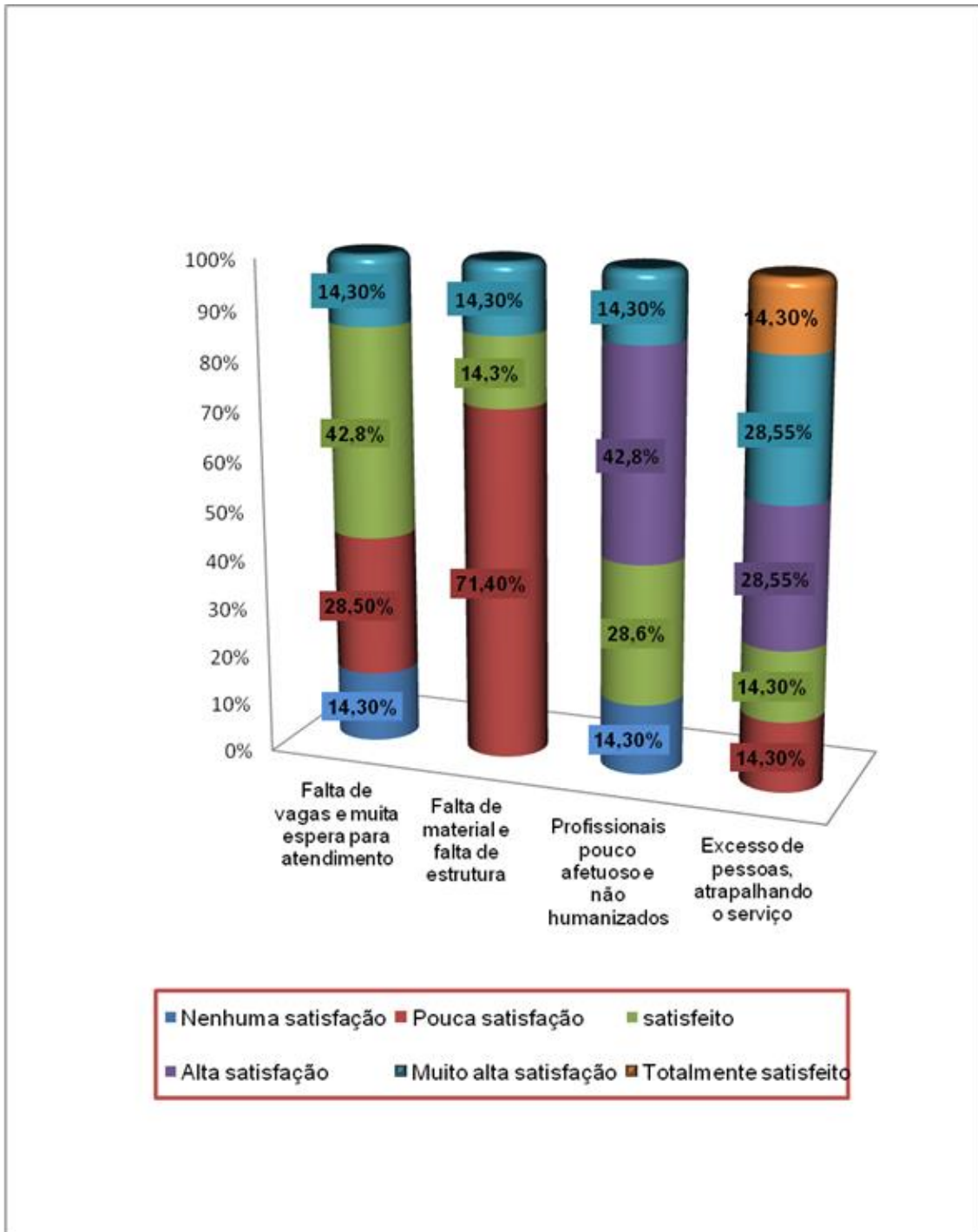
Sobre a falta de materiais e de falta de estrutura das unidades básicas de saúde, 71,4%, dos entrevistados, referem ter “pouca satisfação”, 14,3% sentem “muita alta satisfação” e 14,3% afirmam estar “satisfeitos”.

Gráfico 4 - Dimensão Comunidade: Questionário aplicado as três representantes do Conselho Local e/ou líderes da comunidade (n = 14).



Fonte: A autora.

Gráfico 5 - Dimensão “Comunidade” - Resposta ao questionário aplicado aos 3 representantes do Conselho local e/ou líderes comunitários, para identificação dos motivos de insatisfação (n=14).



Fonte: A autora.

Ainda, no gráfico 5, sobre a verificação da presença, na unidade de “profissionais pouco afetuoso e não humanizados” 42,8% dos usuários têm “alta satisfação”, em relação à presença desses profissionais, 28,6% estão “satisfeitos”, 14,3% tem “muita alta satisfação” e 14,3% referem não ter “nenhuma satisfação”, em relação a isso.

Sobre o questionamento em relação ao excesso de pessoas atrapalhando o serviço, 28,55% têm “muita alta satisfação”, 28,55% referem “alta satisfação”, 14,3%, estão “totalmente satisfeitos”, 14,3% estão “satisfeitos” e 14,3% apresentam “pouca satisfação”. (Gráfico 5) e citaram como os principais motivos de insatisfação: falta de materiais e estrutura, quantidade insuficiente de vagas para atendimento, longo tempo de espera e profissionais pouco afetuosos e não humanizados.

Na resposta aos questionários aplicados aos representantes dos conselhos e líderes da comunidade (n=14), em relação à participação da comunidade na Unidade Básica de saúde, observou-se no quesito “melhora da participação da comunidade”, que 57,1% dos entrevistados concordam que houve melhora dessa participação e que ele tem se tornado mais efetiva; 28,6% “concorda um pouco”, com essa afirmação e 14,3% “discorda” disso. (Gráfico 6)

No item sobre o fato de a “comunidade ser ouvida na unidade” 28,6% dos entrevistados está “totalmente de acordo”, 28,6% “concorda um pouco”, 28,6% discorda parcialmente e 14,2% discorda totalmente. (Gráfico 6)

Em relação à identificação de uma maior atuação do conselho local, 14,3% está “totalmente de acordo”, 14,3% “concorda muito”, 14,3% “concorda um pouco”, 28,55% “discorda parcialmente” e 28,55% “discorda totalmente”. (Gráfico 6)

Quando questionados se há maior interesse das pessoas em participar das decisões da comunidade, verifica-se que 14,3% está totalmente de acordo, 42,8% concorda muito, 14,3% concorda um pouco, 14,3% discorda parcialmente e 14,3% discorda totalmente. (Gráfico 6)

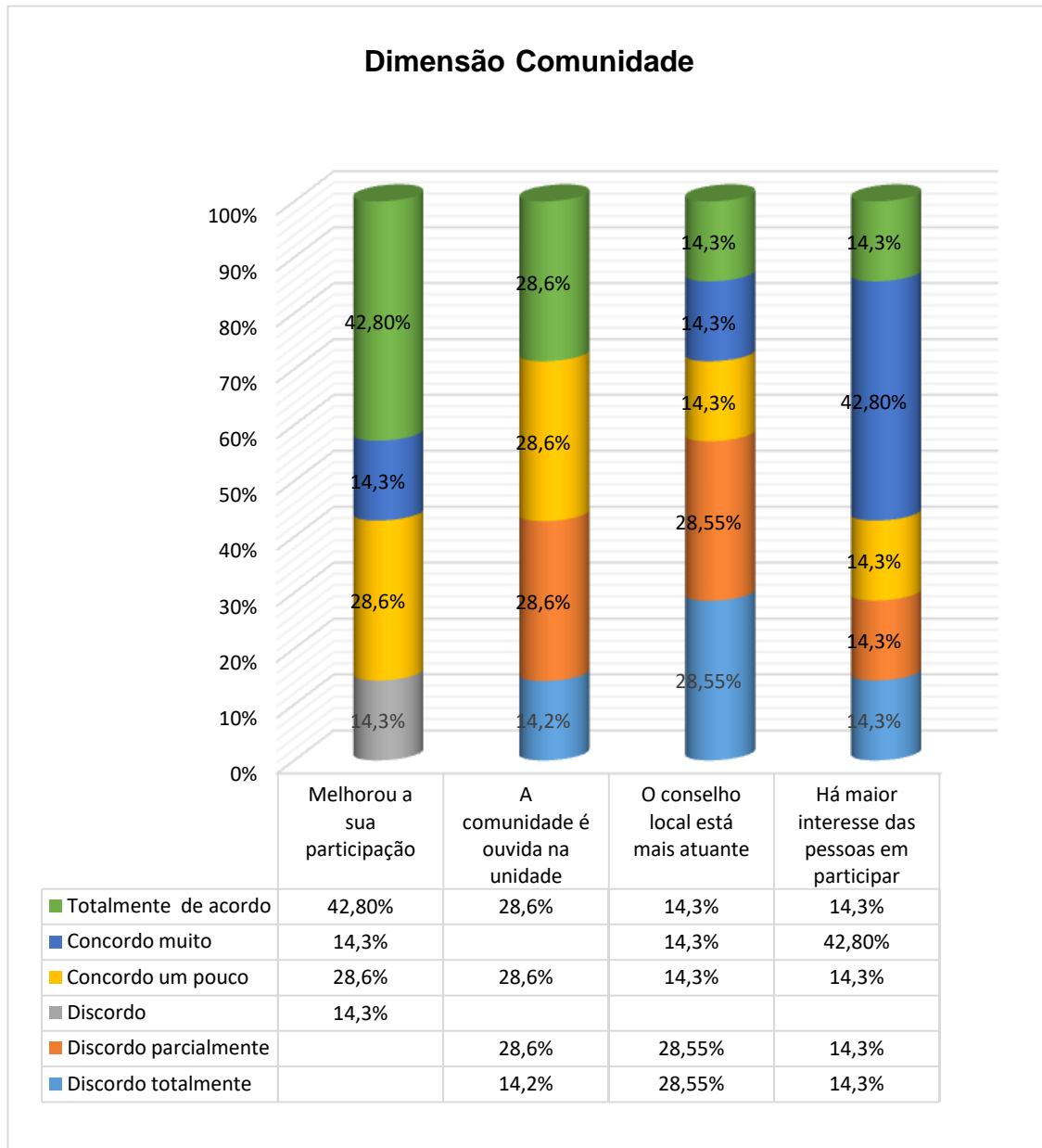
Na resposta aos questionários autopreenchidos pelos acadêmicos e docentes, para contemplar o indicador ampliação do conceito de saúde (n=20), observa-se que em relação ao conhecimento do conceito ampliado de saúde 20% dos entrevistados estão “totalmente de acordo”, 60% dos entrevistados “concordam muito” e 20% dos entrevistados “concordam um pouco”. (Gráfico 7)

Considerando a vivência prática do conceito ampliado de saúde 40% dos entrevistados estão “totalmente de acordo”, 40% “concordam muito” e 20% “concordam um pouco”. (Gráfico 7)

Sobre a percepção de “melhor entendimento do conceito de saúde após a vinda para a unidade”, 60% entrevistados está “totalmente de acordo”, 20% dos entrevistados “concorda muito” e 20% dos entrevistados “concorda um pouco”. (Gráfico 7)

Quando questionados se conseguem contextualizar com as outras disciplinas esse aprendizado sobre os princípios e diretrizes do SUS, 40% dos entrevistados estão “totalmente de acordo”, 40% “concordam muito” e 20% “concordam um pouco”.

Gráfico 6: Dimensão Comunidade: Respostas das entrevistas realizadas com os representantes dos conselhos, em relação à participação da comunidade na Unidade Básica de Saúde. (n=14).



Fonte: A autora.

No quesito “O conceito ampliado de saúde é o meu conceito de saúde”, 80% responderam que estão “totalmente de acordo” e que vivenciam isso, e 20% “concorda muito”

Na entrevista realizada com os docentes e acadêmicos, conforme se observa no gráfico 8, sobre os conhecimentos dos princípios do SUS, 40% dos entrevistados estão “totalmente satisfeitos”, 40% apresentam “muita alta satisfação” e 20% estão “satisfeitos”.

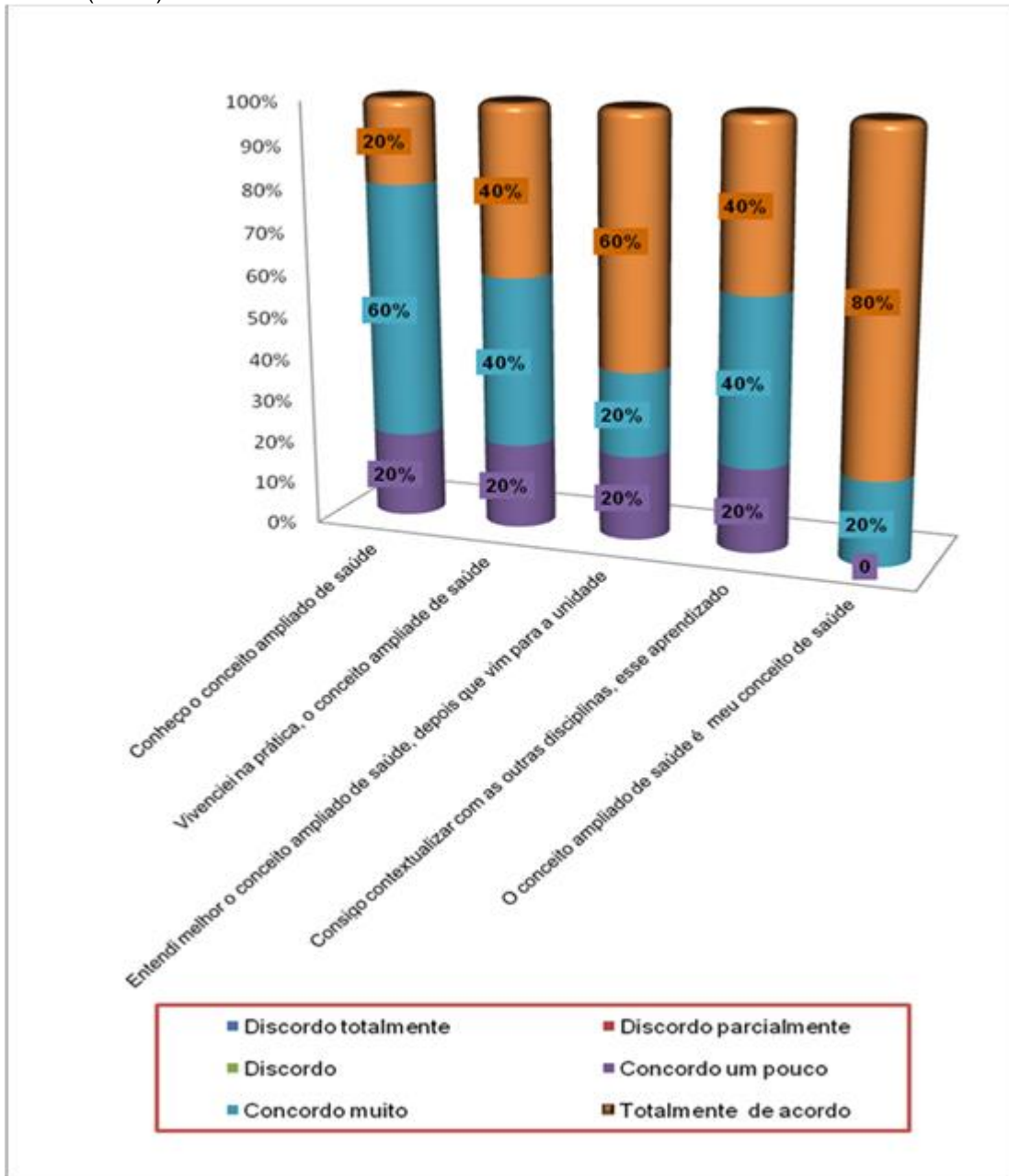
Sobre como os entrevistados veem os princípios do SUS, sendo colocados em prática, os 20% dos entrevistados responderam que estão “totalmente satisfeito”, 20% apresentam “muita alta satisfação” e 20% apresentam “alta satisfação”. (Gráfico 8)

Em relação à segurança que sente para trabalhar no SUS, 20% dos entrevistados estão “totalmente satisfeito”, 40% têm “muita alta satisfação” e 40% apresentam “alta satisfação”. (Gráfico 8)

No quesito “Me sinto confortável com a linguagem do SUS, 40% dos entrevistados está “totalmente satisfeito”, 20% apresenta “muita alta satisfação” e 20% tem “alta satisfação”. (Gráfico 8)

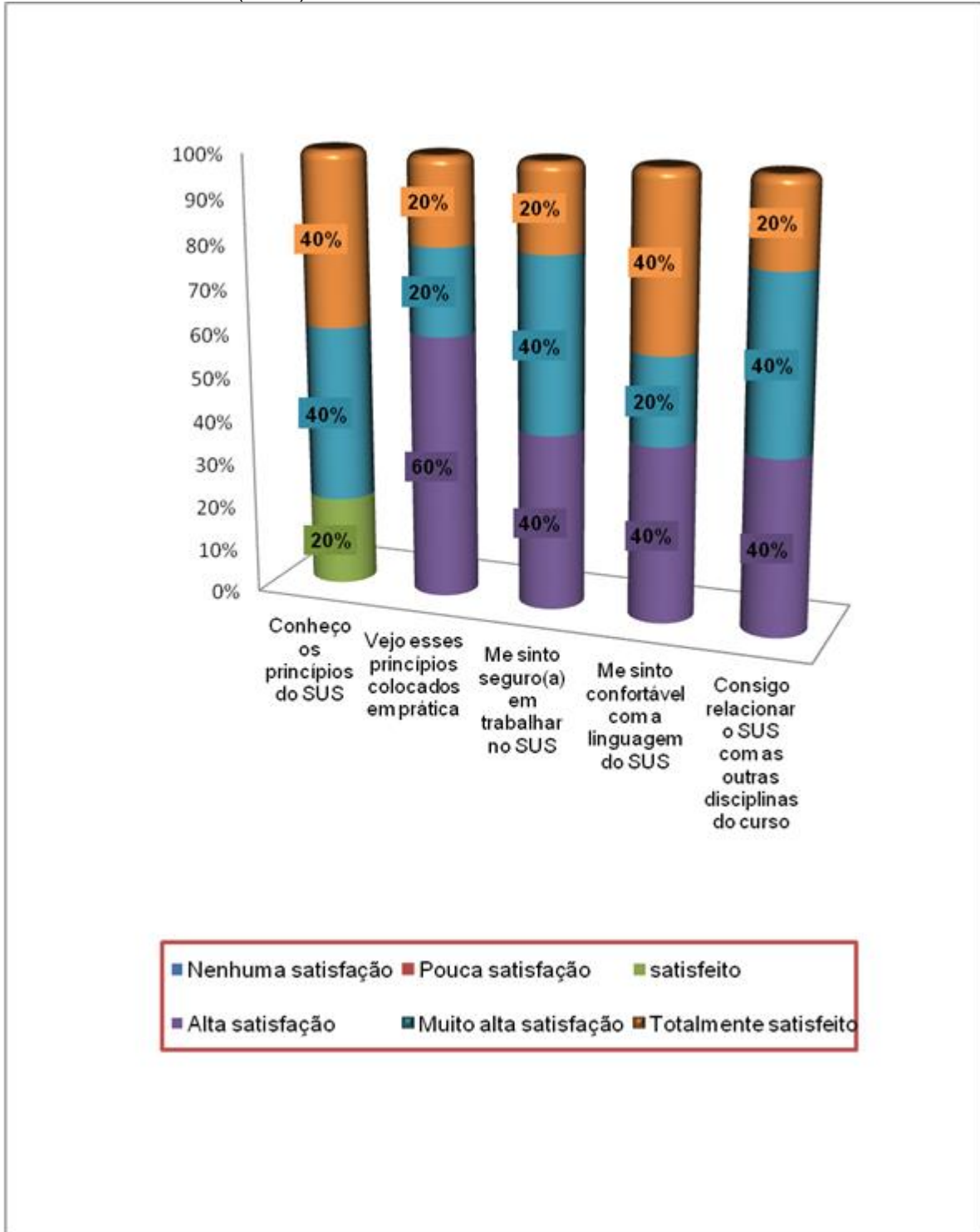
Quando questionados se conseguem relacionar o SUS com as outras disciplinas: 20% está “totalmente satisfeito”, 40% apresenta “muita alta satisfação” e 40% tem “alta satisfação”.

Gráfico 7 - Dimensão Ensino - Respostas dos questionários aplicados à três acadêmicos e um docente, de cada unidade selecionada, para contemplar os indicadores de ampliação do conceito de saúde. (n= 20).



Fonte: A autora

Gráfico 8 - Dimensão Ensino: Respostas dos questionários aplicados à três acadêmicos e um docente, de cada unidade selecionada, para contemplar os indicadores de ampliação do conhecimento do SUS. (n= 20).



Fonte: A autora

5. DISCUSSÕES

Os resultados da pesquisa foram analisados com base nos dez indicadores, da Matriz avaliativa de Albiero, utilizada para avaliação da efetividade da integração ensino-serviço, que são: (ALBIERO, 2017)

- a) Ampliação do Acesso;
- b) Resolubilidade da Atenção;
- c) Motivação para o trabalho em equipe;
- d) Aperfeiçoamento profissional
- e) Frequência a grupos de Educação e Saúde;
- f) Satisfação do usuário;
- g) Fortalecimento do controle social;
- h) Ampliação do conceito de saúde;
- i) Ampliação do conhecimento do SUS;
- j) Adequações curriculares.

5.1. AMPLIAÇÃO DO ACESSO

A ampliação do acesso à saúde é calculada através da razão entre o número de atendimentos realizados nas unidades, nos períodos letivos e não letivos, para se verificar se houve aumento na quantidade de atendimentos, durante o período em que os acadêmicos estavam frequentando a unidade de saúde. (ALBIERO, 2017) No entanto, nas unidades básicas de saúde pesquisadas, esse indicador não pôde ser avaliado, pelo fato de que após observações concluiu-se que os pacientes atendidos pelos acadêmicos não eram contabilizados no registro do número total dos atendimentos realizados na unidade, em um determinado período, visto que a universidade trabalha com agenda própria e os pacientes atendidos pelos acadêmicos e docentes, são levados de outras unidades ou de nível secundário de atenção, para serem atendidos na UBS. Não se percebendo, dessa forma, o impacto da presença dos acadêmicos na unidade. O contato da equipe de saúde com o paciente a ser atendido pelo acadêmico, sob a supervisão do docente, se restringe, apenas, à orientação em relação à sala onde o atendimento será realizado.

As UDA que realizam agendamento dos atendimentos de forma compartilhada favoreçam mais a integração, enquanto que aquelas que trabalham com agenda própria fragilizam a integração ensino-serviço. Em Unidades Docentes Assistencias, onde o planejamento, os processos de trabalho e as agendas são

compartilhados, embora também se identifique dificuldades com elevada demandas de atendimentos e a necessidade do cumprimento dos objetivos pedagógicos propostos, facilmente se identifica a construção de vínculos e a realização de trabalho integrado. (ALBIERO, 2017).

Os resultados da pesquisa não permitiram concluir com relação ao tipo de UDA que mais favorecem à integração ensino serviço, dentre as UBS que participaram da pesquisa, porque todas se enquadraram no mesmo tipo: quanto ao manejo das agendas, por agendamento próprio e quanto à orientação, com predomínio de supervisão docente. (ALBIERO, 2017)

Uma das maneiras de tentar contornar essa situação é através da realização de agendamento dos pacientes que serão atendidos pelos acadêmicos, juntamente com os demais pacientes da unidade ou mesmo, incorporação da preceptoria nas atividades acadêmicas, já que é claro que na UDA com agenda própria e orientação por preceptoria, permite-se ao menos, a possibilidade da integração ensino serviço com o preceptor; enquanto que, se for conduzido, apenas pelo supervisor, há uma maior possibilidade de ocorrer isolamento total de ambos os grupos, onde a universidade acaba realizando práticas tradicionais, sem integração com o serviço. (ALBIERO, 2017)

5.2. RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

A resolatividade da Atenção Básica é a capacidade de solucionar os problemas de saúde apresentados pelos usuários dos serviços primários de saúde, norteadas pelos seguintes atributos: a) acesso; b) longitudinalidade; c) integralidade; e d) coordenação do cuidado (SANARE, 2018).

A matriz avaliativa considera como base para avaliação do indicador resolatividade, o cálculo da razão entre o número de encaminhamentos ofertados e recebidos na unidade, pelos usuários do serviço, nos períodos letivos e não letivos. No entanto, não é rotina, em todas as unidades pesquisadas a anotação dos encaminhamentos trazidos e liberados aos pacientes, impossibilitando o real cálculo desse indicador, para análise (ALBIERO, 2017).

Para a gestão da assistência, é importante observar os aspectos que podem ajudar a solucionar os problemas relacionados à falta organização de fluxos, falta de acompanhamento de indicadores e falta de controle de processos (MAIA, 2015).

A baixa resolutividade da rede básica de serviços é fruto de uma gestão do cuidado pouco qualificada, em particular pela realização de uma clínica degradada, pela baixa capacidade de construção de vínculo e produção de autonomia dos usuários. Isso tem resultado em encaminhamentos desnecessários e excessivos, e alimenta as filas de espera em todos os serviços de média e alta complexidade, além de resultar na fragmentação dos cuidados prestados; na repetição desnecessária de meios complementares de diagnóstico e terapêuticos; numa perigosa poliprescrição medicamentosa; em um descontentamento e descrença dos serviços de saúde por parte dos usuários, e inclusive na perda de motivação para o trabalho por parte dos profissionais da rede básica de atenção (REIS *et al.*, 2016).

Em observação de campo, se identificou um baixo índice de preocupação por parte de alguns componentes das equipes das UBS onde a pesquisa foi realizada, em relação à resolutividade da demanda dos usuários. Restringindo-se os atendimentos, apenas, à marcação ou alteração de consultas.

Sentiu-se, também, falta das equipes de acolhimento com classificação de risco nas unidades, sendo que apenas em um delas, na Unidade Básica de Saúde do Parque Alvorada foi verificada a preocupação de estudantes e de uma docente, de outro curso da área da saúde, da UFMA, pela sensibilização dos profissionais e coordenação da unidade sobre a importância e os meios para a implantação do acolhimento com classificação de risco.

5.3. MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO EM EQUIPE

Os profissionais precisam se sentir envolvidos nas atividades da unidade, para se sentirem como parte da equipe, semelhante ao identificado na experiência de Hawthorne (MAIA, 2015).

A construção das relações humanas, bem como o incentivo à realização de reuniões, com todos os envolvidos dos serviços das unidades de saúde e na integração ensino serviço, proporciona um ambiente satisfatório aos profissionais, acadêmicos, docentes e usuários, bem como possibilita um melhor enfrentamento dos problemas identificados na rotina de trabalho dos serviços de saúde (PIZZINATO, 2012).

5.4. APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL

O SUS tem buscado assumir um papel ativo na reorientação das estratégias, modos de cuidar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem provocado importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Dessa forma, programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde, interiorização dos cursos de medicina, incentivo às mudanças curriculares nos cursos de Medicina, de capacitação e formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos trabalhadores, de aperfeiçoamento ou especialização de equipes gestoras, de formação de conselheiros de saúde, entre outros, caminharam nessa direção, possibilitando a mobilização de pessoas e instituições no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e ações e serviços do SUS (BRASIL, 2003).

Há na literatura, trabalhos que mostram que os profissionais dos serviços de saúde apontam, como aspectos de impacto negativo para a qualidade da assistência: a falta de acolhimento dos usuários, a sobrecarga de serviços, a impotência diante da demanda, relações conflituosas no ambiente de trabalho e limitação de recursos. Entretanto, em sua maioria, esses pontos são passíveis de intervenção da rede de serviços de saúde, universidade e comunidade (PIZZINATO, 2012).

Dessa forma, deve-se desenvolver ações que oportunizem a criação de espaços de encontro e problematização, que contribua para a reflexão, discussão e troca de experiências, como um trabalho coletivo e interinstitucional, contando com a participação de líderes comunitários, acadêmicos, docentes, profissionais e coordenadores nas Unidades Básicas de saúde (SCHOTT).

A construção das relações humanas, bem como o incentivo à realização de reuniões, com todos os envolvidos dos serviços das unidades de saúde e na integração ensino serviço, proporciona um ambiente satisfatório aos profissionais, acadêmicos, docentes e usuários, bem como possibilita um melhor enfrentamento dos problemas identificados na rotina de trabalho dos serviços de saúde (MAIA, 2015).

Ainda, em relação à discussão sobre a adequação dos processos de formação dos profissionais para o SUS, é importante que seja citada a portaria Interministerial nº 1,124 lançada pelo Ministério da Saúde em conjunto com o

Ministério da Educação, de 04 de agosto de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para contribuir para o fortalecimento da integração ensino-serviço e comunidade (BRASIL, 2015).

O COAPES tem como objetivo formar profissionais de saúde, respeitando os princípios e diretrizes do SUS e tendo como base norteadora, a abordagem integral do indivíduo, no processo saúde-doença. Ele representa um compromisso entre os gestores e as universidades, de modo a garantir e possibilitar que os estudantes tenham, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde, um campo de aprendizagem necessária e adequada à formação (BRASIL, 2015).

Essa portaria define, como objetivos do COAPES, dentre outros, garantir acesso, aos estudantes, a todos os estabelecimentos de saúde, como cenário de prática, para a formação dos profissionais de saúde, bem como estabelecer atribuições às partes relacionadas ao efetivo funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Infelizmente, até o presente momento, em Imperatriz, ainda não há este termo de cooperação assinado entre a universidade e os gestores. No entanto, há um acordo informal, entre o município de Imperatriz e a UFMA, de modo que as instituições públicas municipal funcionam como cenário de prática, aos acadêmicos dos diversos períodos, da universidade.

5.5. FREQUENCIA A GRUPOS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo transformações, que levam o indivíduo à sua autonomia e emancipação, como sujeito, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde, para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (BRASIL, 2003).

Observou-se que nas unidades de saúde da pesquisa, não há rotina de realização de reuniões educativas de saúde. Esporadicamente, algumas instituições, por exigência curricular, realizam junto à comunidade, palestras educativas, sem um calendário ou cronograma prévio.

Essas atividades de educação em saúde são inerentes ao trabalho nas unidades básicas de saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano

no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão.

5.6. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Sobre o questionamento em relação à impressão causada pela presença de acadêmicos e professores na unidade de saúde, os entrevistados apresentaram as seguintes respostas:

“- Não tenho muito conhecimento sobre isso. Mas, considero que seja importante, tanto para eles, como para nós, usuário. Porém, como a unidade de saúde é nova e teve mudança do local de funcionamento, ainda não observei a presença desses acadêmicos, nesta nova unidade.” (Usuário A).

“Considero que seja positiva a presença deles, no posto de saúde”. (Usuário B)

“- Importante para o aprendizado deles é adquirirem embasamento na forma de tratar as pessoas da comunidade, para não repetirem os erros dos profissionais atuais”. (Usuário C)

Nesse comentário, observa-se que a própria sociedade reconhece a importância da presença dos acadêmicos nos serviços.

“- Acho muito importante, os alunos estarem sempre muito empolgados em atender e aprender com seus tutores, e também, acredito que agilizam o atendimento. Seria importante fazer mais mutirões com os alunos, nos bairros; reforçar campanhas de vacinação e outros.” (Usuário A)

“- É importante, pois é necessário aprender de forma concreta. Assim, é fundamental a relação teoria e prática”. (Usuário B)

“- A presença deles faz com que se melhore e agilize os atendimentos básicos da unidade de saúde, também servindo para contribuir na formação dos acadêmicos”. (Usuário C)

Isso é muito importante, pois mostra o quanto a presença dos acadêmicos é visto como algo positivo, pela população, apesar de que o tipo de UDA mais frequente foi aquela com agenda própria, mostrando que as atividades acadêmicas ainda não estão inclusas no planejamento e cronograma das unidades.

5.7. FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

A lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS

A participação popular trouxe a incorporação dos usuários do sistema ao processo decisório, ampliando as discussões das questões de saúde na sociedade (LEVCOTIZ *et al.*, 2001).

Dentre as habilidades específicas ao egresso do curso de medicina destaca-se a visão e disposição para atividades de política e planejamento em saúde. Porém, se desde cedo, o acadêmico não estiver inserido, participando dessas reuniões de planejamento da unidade de saúde, não irá conseguir desenvolver, de forma adequada, essa competência (BRASIL, 2014).

5.8. AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

A Dimensão “Ensino” envolve a ampliação do conceito de saúde, a ampliação do conhecimento do SUS e as adequações curriculares (ALBIERO, 2017).

A saúde não pode ser apreendida como um fenômeno abstrato e nem mesmo como algo concreto ou atingível. Enquanto um fenômeno ampliado, a saúde envolve modos de ser, produzir e recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade. Nesse sentido, é preciso questionar os discursos que privilegiam o conceito de saúde somente pela sua dimensão biológica, assegurando uma concepção fragmentada do ser humano, bem como o caráter impositivo e normativo dos modos de se intervir na realidade dos indivíduos e comunidades (BERNARDES, 2005).

Deste processo de debates e discussões, também os docentes, profissionais de saúde que atuam na área do ensino, formadores de opiniões em saúde, devem fazer parte da construção de novos referenciais que possibilitem um conceito ampliado de saúde, apreendido enquanto um fenômeno integral, integrador e potencializador de um viver com mais saúde (REIS, 2016).

Ampliar o conceito de saúde e doença é passar a considerá-los algo mais complexo e relacionado a fatores sociais, políticos, econômicos, ideológicos e de representação social. Ao fazer isso, a saúde deixa de ser compreendida a partir de uma perspectiva médica curativa, e passa a ser concebida como um processo que envolve promoção e prevenção (BRASIL, 2015).

No entanto, apesar de alguns professores e acadêmicos terem afirmado de forma positiva em relação ao conhecimento e vivência do conceito ampliado de saúde, nenhum deles soube definir “conceito ampliado de saúde”.

5.9 AMPLIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO SUS

Foi possível observar, nesta pesquisa, que muitos dos profissionais de saúde, não vivenciam e desconhecem os princípios e diretrizes do SUS e, isso é preocupante, visto que são com estes profissionais que os acadêmicos conviveram, durante as práticas das unidades de saúde e, cabam por entendendo como corretas, atitudes não aceitáveis, no âmbito do SUS. Como aprender, algo que não se vivencia? É por este motivo, que se conclui que ainda é preciso que as atividades das UBS sejam otimizadas, para que cumpram com sua função de cenário de práticas, aos futuros profissionais.

5.10 ADEQUAÇÕES CURRICULARES

O Projeto Político Pedagógico do curso de Medicina da UFMA, campus Imperatriz, foi elaborado de forma a possibilitar a inserção dos acadêmicos nos serviços de saúde e na comunidade, desde o primeiro semestre do curso. (Projeto Político Pedagógico - Medicina/ UFMA – Imperatriz) Diante disso, é essencial se discutir os desafios e as possibilidades advindos de prática que integra o ensino e o serviço, problematizando a realidade, criando vínculos com a comunidade e provocando todos os sujeitos envolvidos na integração ensino-serviço à busca pela transformação social (SCHOTT).

O currículo do curso está organizado em ambientes de Aprendizagem baseados em conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde doença, contemplando as dimensões prático-cognitiva, ético-humanista e científica, em consonância às diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina. (BRASIL, 2014)

Em análise à grade do curso de Medicina de Imperatriz, verifica-se que obedece ao disposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina que objetiva preparar médicos com formação generalista, com capacidade crítica e humanista, capacitando-o a atuar pautado nos princípios éticos, em seus diferentes níveis de atenção, na perspectiva da integralidade da assistência, com responsabilidade social e compromisso com a população (BRASIL, 2014).

Para isso, é importante que disciplinas que abordem a relação médico-paciente, ética e deontologia médica, registros médicos, a importância dos

prontuários e das informações nele contidas, bem como a judicialização da saúde, sejam trabalhados, antes mesmo da inserção desses alunos nas atividades com a comunidade.

Na entrevista realizada como a coordenação do curso de Medicina, quando questionado sobre o conceito de integração ensino serviço, obteve-se as seguintes respostas:

“- A integração ensino serviço é a relação direta entre a universidade e os serviços de saúde locais, onde a universidade tem a disposição para fazer o ensino e que utiliza-se dele, para se integrar com a comunidade e, para ensinar os alunos, através dos serviços de saúde, como devem agir e se comportar. Enfim, é uma relação universidade – serviço – comunidade e, tudo que estiver no intervalo entre esses três grandes pontos.” (Representante A)

A coordenação do curso destaca como pontos fortes da integração ensino serviço, para o serviço a aquisição de novos conhecimentos, para a população a possibilidade de uma assistência de qualidade e para a universidade a inserção do acadêmico no real contexto de prática dos serviços:

“- Baseando-se no conceito de integração ensino-serviço, pode-se falar dos pontos fortes em cada pólo: o serviço ganha por questões de poder aprofundar conhecimentos, porque quando existe a universidade inserida nos serviços, a assistência se torna mais aprimorada, se consegue identificar, pensar e solucionar melhor os problemas. Quando se tem a universidade inclusa no serviço, se tem a possibilidade de questionar, discutir e pensar nas soluções dos problemas e acaba que a comunidade ganhando com isso, porque é um aprimoramento do serviço e ao mesmo tempo, a universidade ganha, porque insere o aluno em um contexto real, que ele vai estar submetido, quando for graduado.” (Representante A)

Sobre as possibilidades de avaliação do processo ensino-aprendizagem, a coordenação do curso destaca:

“- A avaliação é um processo muito complexo. Então, avaliar a integração ensino-serviço é algo mais complexo ainda, porque você tem que avaliar os quatro fatores envolvidos: a universidade, o aluno, o serviço e a própria comunidade. A partir desses fatores avaliados é possível se ter uma avaliação coerente da integração ensino-serviço. Claro, que a maneira como vai se abordar cada um, é o que é interessante ser discutido para se pensar como é que vai se chegar a uma avaliação mais próxima da realidade.” (Representante A)

Quando questionado sobre os indicadores que considera importante para identificar a efetividade da integração ensino serviço, o coordenador do curso destaca que esse é um processo difícil, que deve ser construído, que apresenta inúmeras barreiras e que acredita que a comunidade deve ser o principal ponto de

avaliação dessa integração.

“- Essa é a resposta mais difícil de ser dada, porque acho que os indicadores devem se discutir junto com a comunidade, serviço e universidade, para se chegar a denominadores comuns, que seriam os indicadores de avaliação. Isso é um processo que deve ser construído. Acredito que ainda não exista este processo, atualmente. A nível local, a integração ensino serviço tem várias barreiras, tem barreiras culturais, de aceitação do curso de medicina dentro da cidade, tem barreiras de gestão, tem barreiras dentro da própria universidade, em relação a qual a melhor metodologia para ter essa integração, diante de uma nova abordagem metodológica pedagógica, no sentido das metodologias ativas e como fazer essa integração com o próprio serviço e algumas vezes, barreiras da própria comunidade. Mas, onde menos observo essas barreiras de integração é na comunidade. Acho que a comunidade é que deve ser o principal ponto de avaliação ou seja, o principal indicador deve envolver a comunidade, porque tudo é para a comunidade. Estamos com uma universidade formando pessoas para atender a comunidade, os serviços e a gestão está trabalhando em prol da comunidade. Então, acredito que os principais indicadores deve estar envolvendo a comunidade.” (Representante A).

As DCN para o curso de medicina destacam que o curso de graduação deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação definido pela IES à qual pertence (BRASIL, 2014).

No PPC do curso de Medicina, cada semestre é dividido em ambientes de aprendizagem: a) Eixo integrador (realizado em sala de aula, com discussão de casos clínicos, previamente apresentados aos acadêmicos); b) SOI: Sistemas Orgânicos Integrados; c) LH: Laboratório de habilidades (realizado com simulações realísticas, em laboratório, com exposição e resolução de casos clínicos, e e) FPAM: Fundamentos de Práticas e Assistência médica (realizado nas unidades de saúde).

Entretanto, é importante destacar que dos conteúdos programáticos dentro desses ambientes, apenas foram identificados pequenos tópicos relacionados à relação médico-paciente, percepção do usuário e princípios da comunicação, embasamentos essenciais para a inserção dos acadêmicos nas atividades das unidades de saúde, no ambiente de FPAM, que é um ambiente de prática realizado com a comunidade, não sendo esses conteúdos abordados em outros ambientes, nos três primeiros semestres, e nem de forma ampla, em outros semestres, ou seja, os acadêmicos primeiro entram em contato com os pacientes, para depois aprenderem a como tratá-los, tornando-se isso, um grave problema a ser enfrentado, visto que nesse momento do curso, os acadêmicos ainda não possuem o entendimento que o paciente tem de seu próprio adoecer (Projeto Político

Pedagógico - Medicina/ UFMA – Imperatriz).

Apesar de que o módulo 9, do terceiro semestre, esteja apresentando como tópico o estudo da “Percepção, emoção e consciência”, esses tópicos se restringem ao estudo anatomofisiológico dos sentidos, estudo da fisiologia e farmacologia da dor e mecanismos envolvidos na condução dos estímulos, mais uma vez, isso destacando a preocupação do curso com a formação conteudista dos acadêmicos, identificando-se maior necessidade de formação desse acadêmico como ser humano, com atitudes humanizadas, respeitando a percepção de cada usuário (Projeto Político Pedagógico - Medicina/ UFMA – Imperatriz).

A estrutura curricular do curso de medicina deve inserir o aluno, precocemente, nas atividades práticas relevantes para a formação profissional, propiciando a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, nos diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar variadas situações de vida, reconhecendo a importância do trabalho multiprofissional, assumindo responsabilidades crescentes, como agente prestador de cuidados e de atenção, compatíveis com o seu grau de autonomia, enquanto acadêmico e futuramente, como profissional (BRASIL, 2014).

Todo o esforço empregado neste trabalho foi na reflexão dos impasses que impedem uma boa efetividade da integração ensino serviço, nas UBS de Imperatriz, que servem de cenário de prática, na proposição de implantação de novas tendências e mudanças institucionais, através de aprimoramento no desempenho profissional, com capacitações e desenvolvimento de habilidades, melhorias e adaptações na estrutura física de funcionamento e, nas condições de trabalho.

Nas unidades básicas de saúde de Imperatriz apesar das inúmeras fragilidades identificadas, como ausência de estrutura adequada para o desenvolvimento de atividades docentes assistenciais, a maioria dos usuários se sentem satisfeitos com o acolhimento, afetuosidade das equipes e qualidades dos serviços prestados. No entanto, a importância e os benefícios trazidos pela inserção dos acadêmicos, nas atividades da unidade, ainda não foi observada por todos os envolvidos na integração ensino serviço.

Diante de tudo, este estudo apresentou fortalezas e fragilidades que demonstram haver necessidade de fortalecimentos das Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS, e em especial no que se refere à Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento da Formação em Saúde da Família, quer seja através

dos Programas de Residências, especializações ou mestrados profissionais; qualificação de equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde, incentivos às mudanças curriculares dos cursos de graduação, bem como capacitação docente e formação de preceptores na área da saúde.

Em relação ao acesso às medicações e encaminhamentos, os usuários responderam estar “pouco satisfeitos” com esse aspecto do indicador. No entanto, é interessante pontuar, a partir de relato dos usuários que a cidade de Imperatriz está passando por momentos difíceis no setor da saúde, atualmente, onde há escassez de recursos materiais, dentre eles, medicações, receituários, materiais de limpeza, cateteres vesicais, gazes, álcool, esparadrapo, dentre outros.

Uma instituição deve buscar excelência na qualidade de atendimento, com o mínimo de custos possíveis, atendendo aos requisitos dos clientes, que no caso do sistema de saúde é representado como as necessidades de saúde da população. Pacientes satisfeitos significam resultados alcançados, funcionários motivados, capacitados, ambiente adequado, aumento do faturamento (produção) e boa reputação (MAIA, 2015).

Outros motivos apresentados pelos usuários que acreditam que seja importante são: a necessidade da presença constante do profissional médico na unidade e a implantação de atendimento prioritário para os casos mais urgentes, como por exemplo, o acolhimento com classificação de risco.

6. CONCLUSÃO

Diante de tudo, este estudo apresentou fortalezas e fragilidades que demonstraram haver necessidade de fortalecimento das políticas de educação e desenvolvimento para o SUS, e em especial no que se refere à educação permanente em Saúde da Família, quer seja através dos Programas de Residências, especializações ou mestrados profissionais; qualificação de equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde; incentivos às mudanças curriculares dos cursos de graduação, bem como capacitação docente na área da saúde.

Espera-se que haja uma maior reflexão e discussão sobre a inserção dos acadêmicos nas unidades básicas de saúde de Imperatriz, de forma que sejam desenvolvidos projetos relacionados à inclusão dos alunos nesses serviços. Ensaja-se, ainda, que sejam disponibilizados cursos preparatórios (como especialização ou cursos de aperfeiçoamento), para os profissionais que desenvolvem atividades de preceptoria; sejam adotadas agendas compartilhadas entre as atividades da universidade e as ações das unidades de saúde, já que é de grande conhecimento que as UBS que adotam essa tipologia de UDA apresentam maior efetividade da integração ensino-serviços, estreitando as relações entre docentes, acadêmicos, trabalhadores e gestores e, por fim, que as instituições de ensino e docentes assumam comprometimento e responsabilidade, com os serviços de saúde, adquirindo posição ativa, realizando educação permanente, especialmente, em nível técnico, aos trabalhadores das unidades básicas de saúde.

7. REFERÊNCIAS

- ALBIERO, J. F. G, FREITAS, S. F. T., Modelo para avaliação da Integração ensino-serviço em Unidades Docentes - assistenciais, na Atenção básica. **SAÚDE E DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 41, N. 114, P. 753-767, Jul-Set/2017.
- ALMEIDA, F. C. M. et al., Avaliação da Inserção do Estudante na Unidade Básica de Saúde: Visão do Usuário. **Rev. Bras. Educação Médica**. 36 (1, Supl. 1): 33-39; 2012.
- BOARINI, M.L. **Estágio em posto de saúde**: prática e reflexão. Psicol. cienc. prof. vol.9 no.2 Brasília 1989.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação**. Câmara de Educação Superior. Resolução N°3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes curriculares Nacionais de Graduação em Medicina. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Atenção à saúde**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Brasília: MS; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 3).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BREVIDELLI, Maria Meimei e cols. **Trabalho de Conclusão de curso**; Guia Prático para Docentes e Alunos da Área da saúde e. São Paulo: látria, 2006.
- CAVALCANTI, T. T., et al., **A importância da Unidade Básica de Saúde na formação do estudante de medicina**: Relato de experiência dos ligantes da liga de saúde coletiva de Campina Grande-PB. Anais do II Congresso Brasileiro de Ciência da Saúde. Campinas Grande-PB, 2017.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo, McGraw Hill do Brasil, 1979.
- COSTA N.R, RIBEIRO J.M, SILVA P.L.B. Reforma do Estado e mudança Organizacional: Um estudo de hospitais públicos. **Cienc. Saúde Colet**. 2000; 5(2): 427-442.
- CUNHA P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e a valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p.71-79, 2012.

DIOGO, M. J. D. E; Consulta de Enfermagem em Gerontologia. In: Neto; M.P. **Gerontologia**. A velhice e o envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Editora Atheu, 2005.

DUNCAN, Bruce B. **Medicina Ambulatorial**. Conduas de Atenção Primária baseada em Evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERLA. A. A.; FAMER, C. M.; SANTOS, L. M. (Org.). **Integração ensino-serviço: caminhos possíveis?** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2013.

FEUERWEKER, L. C. M. CECCIM, R. B. O Quadrilátero para a formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

FISCHER, S. D. Competências para o Cargo de Coordenador de Unidade Básica de Saúde, *TAC*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, art. 3, pp. 117-131, jul./dez. 2014.

GONZALEZ, Nydya. **Trabajo Comunitario**. Selección de lecturas. CIE. Graciella Bustellos. APC, Cuba, 2002.

GUIMARÃES E.M.P, ÉVORA, Y.D.M. **Sistema de Informação**: Instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. *Ci. Inf.* 2004; 33(1):72-80.

HOLANDA, M. L. **Metodologias de capacitação profissional**. Universidade Federal do Maranhão – UNASUS/ UFMA - São Luís, 52f.: il. Módulo 9, unidade 2. 2015.

IBANEZ N, VECINA NETO G. Modelos de gestão e o SUS. **Cienc. Saúde Colet.** 12(Supl.):1831-1840. 2007.

MADRUGA, Ribeiro KSQS; FREITAS Chm; PÉREZ IAB, Pessoa TRRF, Brito GEG. **The PET-Family Health and the education of health 118 professionals: students perspectives**. *Interface (Botucatu)*. 19 Supl. 1:805-16. 2015.

MAIA, J. L. B; HOLANDA, V. P. S. B. C. **Capacitação de Recursos Humanos**. Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA - São Luís, 2015.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**. - São Paulo. v.41, n.3, p.51-9, jul./set. 2001.

MASSOTE AW, BELISÁRIO SA, GONTIJO ED. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.** 35(4):445-453. 2011.

PIZZINATO, Adolfo et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2012. vol. 36, n.1, suppl.2,

pp.170-177. ISSN 0100 - 5502. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300025>. Acesso em: 21 maio 2019.

PROGRAMA de Atualização em Medicina da família (PROMEF/SEMCAD) / **Organizado pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família** – Porto Alegre: Artmed – Pan-americana Editora, 2004.

PROJETO Pedagógico do Curso de Medicina da UFMA de Pinheiro;

QUINDERE, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.

SAMOTO, A. K. **Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica**, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP. Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Coordenadoria de Recursos Humanos, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2013.

SANDER B. **Gestão da educação na América Latina**: construção e reconstrução do conhecimento. Campinas, SP: Autores associados, 1995.

SCHOTT, M. **Integração ensino-serviço-comunidade na educação em saúde**: desafios e Potencialidades.

SORDI, M. R. L. et al. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 731-742, 2015.

TURRINI, R. N. T. et al. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

ANEXO A - Questionário aplicado aos envolvidos na integração Ensino – Serviço (Gestão – Serviço – Comunidade – Ensino).

Responda a seguinte questão, distribuindo nos quadros, abaixo, as opções de 1 a 9, de acordo com o grau de importância que acredite que tenham.

1ª) A integração Ensino-Serviço é efetiva e de qualidade, quando contribui para:

1. Satisfação do usuário;
2. Motivação dos profissionais, para o desenvolvimento do trabalho em equipe;
3. Ampliar o conceito de saúde e conhecimento do SUS, na rotina dos acadêmicos;
4. Aumentar o acesso (número de atendimentos à comunidade);
5. Atualizar e reformular os currículos universitários;
6. Resolubilidade da Atenção básica (capacidade da equipe de Saúde da Família, em resolver os problemas dos usuários);
7. Fortalecer o controle social (conselho local);
8. Aumentar e manter a adesão aos grupos educativos;
9. Aperfeiçoamento profissional (ampliação dos currículos dos profissionais).

Maior importância	Média importância	Menor importância

(ALBIERO & FREITAS, 2017)

ANEXO B - Questionário aos cinco integrantes das equipes, de cada unidade, para contemplar os indicadores motivação para trabalho em equipe e aperfeiçoamento profissional (ALBIERO & FREITAS, 2017).

1ª) Para cada item proposto, pontue de 0 a 5, de acordo com o seguinte score:

0 – totalmente desmotivado

1 – muito desmotivado

2 – desmotivado

3 – motivado

4 – muito motivado

5 – totalmente motivado

Trabalhar nesta unidade de saúde	
Desenvolver trabalhos em equipe	
Disposição para aprendizados novos	
Participar de processos de avaliação para futuras mudanças	
Planejar, discutir e desenvolver atividades com universidade	

2ª) Dentre os motivos da sua desmotivação, enumere por ordem de importância (sendo o 1º, o mais importante) os itens abaixo:

Falta de tempo com sobrecarga de trabalho	
Ambiente de trabalho	
Reconhecimento e parceria da equipe	
Cansaço	
Contato com alunos, professores e bolsa de incentivo	
Outro. Qual? _____	

3ª) Dentre os motivos da sua motivação, enumere por ordem de importância (sendo o primeiro, o mais importante) os itens abaixo:

Perfil pessoal	
Ambiente de trabalho	
Aprimoramento permanente	
Reconhecimento e parceria da equipe	
Contato com alunos, professores e bolsa de incentivo	
Outro.Qual?_____	

ANEXO C - Questionário aos três representantes do Conselho local e/ou líderes da comunidade para contemplar os indicadores satisfação do usuário e fortalecimento do controle social: (ALBIERO & FREITAS, 2017)

1ª) Para cada item proposto, pontue de 0 a 5, de acordo com o seguinte escore:

0 – nenhuma satisfação

1 – pouca satisfação

2 – satisfeito (a)

3 – alta satisfação

4 – muito alta satisfação

5 – totalmente satisfeito (a)

Atendimento nesta unidade	
Forma de tratamento da equipe	
Estrutura física e disponibilidade de material	
Acolhimento dos profissionais	
Contato e atividades com alunos e professores	

2ª) Enumere por ordem de importância (sendo o 1 o mais importante) os motivos para a sua insatisfação.

Não há vagas e muita espera para o atendimento	
Falta material e estrutura ruim	
Profissionais são grosseiros e pouco afetuosos	
Muita gente na unidade atrapalha	
Outro. Qual? _____	

3ª) Enumere por ordem de importância (sendo o 1 o mais importante) os motivos para a sua satisfação.

Qualidade dos atendimentos	
Equipe afetuosa e acolhedora	
Pouco tempo de espera	
Facilidade de conseguir medicamentos e ser encaminhado para exames e consultas	
Outro. Qual?	

ANEXO D – Questionário aos três acadêmicos e um docente, que realizam práticas em cada uma das unidades selecionadas, para contemplar os indicadores ampliação do conceito de saúde e conhecimento do SUS. (ALBIERO & FREITAS, 2017)

1ª) Para cada item proposto, pontue de 0 a 5, de acordo com o seguinte escore:

0 – discordo totalmente

1 – discordo parcialmente

2 – discordo

3 – concordo um pouco

4 – concordo muito

5 – totalmente de acordo

Eu conheço o conceito ampliado de saúde	
Eu vivenciei, na prática, o conceito ampliado de saúde	
Entendi melhor o conceito ampliado de saúde depois que vim para a unidade	
Consigo levar para as outras disciplinas esse aprendizado	
O conceito ampliado de saúde é o meu conceito de saúde	

Conheço os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade)	
Vejo estes princípios colocados em prática	
Me sinto seguro (a) para trabalhar no SUS	
Me sinto confortável com a linguagem do SUS (matriciamento, empoderamento, acolhimento, território...)	
Consigo relacionar o SUS com as outras disciplinas do curso	

ANEXO E - Entrevista com a coordenação do curso de Medicina

1ª) O que o senhor entende por integração ensino-serviço?

2ª) Quais os pontos fortes, que o senhor destacaria, em relação a essa integração para os envolvidos?

3ª) Como é possível avaliar o processo?

4) Quais os indicadores, o senhor considera como importantes, para identificar que a integração ensino-serviço está ocorrendo de forma efetiva?

(ALBIERO & FREITAS, 2017)

ANEXO F – Dimensões e indicadores da Matriz Avaliativa.

Dimensões	Indicador	
Gestão	1	Ampliação do acesso à população
	2	Resolubilidade da Atenção Básica
Serviço	3	Motivação para o trabalho em equipe
	4	Aperfeiçoamento profissional
	5	Frequência a grupos de Educação e Saúde
Comunidade	6	Satisfação do usuário
	7	Fortalecimento do controle social
Ensino	8	Ampliação do Conceito de saúde
	9	Ampliação do conhecimento do SUS
	10	Adequações curriculares

Quadro 1: Dimensões e indicadores, para avaliação da efetividade ensino-serviço (ALBIERO & FREITAS, 2017).

ANEXO H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Resolução 466/2012 do CNS)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: **A Atenção Primária como cenário de prática, de uma escola médica do Brasil: Avaliação da Integração Ensino-Serviço.**

Esta pesquisa consiste numa avaliação da estrutura e funcionamento das Unidades Básicas de saúde, de Imperatriz, para o desenvolvimento do projeto de pesquisa do programa de mestrado profissional em saúde da família - PROFSAÚDE - FIOCRUZ/ UFMA. O referido projeto será desenvolvido por ALDICLEYA LIMA LUZ, médica, professora da Universidade Federal do Maranhão e aluna do curso, sob a orientação da Prof^a Dra. Maria do Carmo Barbosa Lacerda.

Os objetivos do estudo são avaliar a integração ensino-serviço, na Atenção Primária em Saúde, nos cenários de prática, do curso de medicina, da Universidade Federal do Maranhão, do Campus Imperatriz; identificar os tipos de unidades docente-assistenciais (UDA) que mais prevalecem nesta cidade e averiguar a estrutura e adequação das UBS, para o desenvolvimento das atividades docentes assistenciais.

A finalidade deste trabalho é contribuir para melhoria na formação dos profissionais, da área de saúde, na Atenção Primária à Saúde, durante a graduação.

O (a) senhor (a) foi selecionado (a) para participar dessa pesquisa, por fazer parte do quadro de profissionais e/ou usuários dessas unidades básicas de saúde, vinculadas ou conveniadas com instituições que possuem os cursos de medicina. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com a instituição que forneceu os dados.

Sua participação se fará respondendo a 01 (uma) entrevista e/ou 01 (um) questionário autopreenchido. O tempo utilizado foi calculado, em aproximadamente, 10 a quinze minutos. O preenchimento deste questionário e a entrevista não oferecem riscos imediatos ao (a) senhor (a). Porém, caso o senhor(a) sinta-se desconfortável em respondê-los, mesmo após ter aceitado, poderá optar pela suspensão imediata.

Considerando que o risco relaciona-se à quebra da confidencialidade, as pesquisadoras se comprometem a manter sigilo das informações e guardar a mesmas em local seguro, às quais, somente elas terão acesso.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase da pesquisa.

Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar deste estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte, alimentação e as demais que sejam decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta de dados.

O senhor (a) será assistido por qualquer tipo de dano resultante que seja relacionado à sua participação na pesquisa, direito de assistência integral gratuita por danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios, pelo tempo que for necessário.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por vossa senhoria e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. O senhor poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento.

Assim, declara que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação na pesquisa e concorda em participar.

Os Comitês de Ética em Pesquisa são órgãos colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade. Este trabalho foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário. Telefone (98) 2109-1250, endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP- 65.020-070.

Considerando, que foi informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será sua participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declara o seu consentimento em participar da pesquisa, como também concorda que os dados obtidos na investigação, sejam utilizados para fins científicos.

Estando ciente, que receberá uma via desse documento, assina abaixo, concordando com a participação.

Imperatriz - Ma, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante

Aldicléya Lima Luz
Pesquisadora

Contato:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora ALDICLEYA LIMA LUZ; Telefone: (99) 98803-9701; ou email:aldicleya@hotmail.com; End: Rua Benedito Leite, S/N - Centro, Imperatriz - Ma, 65.900-000.