

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações sobre o ensino médico

No Brasil da metade do século passado, a assistência à saúde se organizava através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que posteriormente se unificaram no Instituto Nacional de Previdência Social, órgão responsável pelas ações de saúde em rede própria ou contratada (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Desde a formação da estrutura responsável por essa assistência, a estratégia adotada foi a expansão da rede hospitalar, com incorporação de alta tecnologia, gerando uma atividade lucrativa para a iniciativa privada. O governo atuava como financiador dessa expansão e a iniciativa privada como prestadora de serviços em saúde (FEUERWERKER, 2002)

Para conduzir as atividades hospitalares e dominar a tecnologia nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, era necessário um corpo de médicos especialistas. A especialização passava a ser uma necessidade para a inserção do médico nesse “modo de produção de saúde” (FEUERWERKER, 2002).

O processo de especialização teve forte impacto sobre a organização da prática médica. Aos poucos, o espaço para a prática do generalista foi reduzido e os hospitais ou centros de especialidades passaram a dominar o espaço de atuação médica, e proliferaram-se desorganizadamente, sem definição do papel de cada setor no sistema de saúde. Multiplicaram-se as consultas, divididas entre os especialistas responsáveis pelo cuidado de um

ou outro aparelho, e diminuiu a resolubilidade em relação aos problemas de saúde de cada pessoa (FEUERWERKER, 2002).

Desse modo, perde-se a totalidade individual como objeto da preocupação médica, ao mesmo tempo em que a consulta é desmembrada em uma série de atos parciais, diagnósticos e terapêuticos, realizados por diferentes especialistas (MENDES, SILVA, MOISÉS, 1996).

Esse modelo de atenção à saúde teve reflexos na educação médica. Principalmente a partir da década de 50 houve uma acelerada expansão das escolas médicas. O currículo adotado baseou-se na fragmentação das diversas áreas do ensino de graduação, divisão entre o ciclo básico e o prático e um aprendizado com ênfase no ensino das especialidades médicas principalmente em ambiente hospitalar. O modelo assistencial era predominantemente curativo e priorizava o aspecto biológico do processo saúde-doença (CRUZ, 2004).

Nos Estados Unidos, esse modelo começou a entrar em crise na década de 40 e 50. De um lado, o Estado, que, preocupado com os altos custos da assistência médica, propunha como solução a ampliação dos serviços de saúde pública e do outro lado, os grupos médicos liberais, argumentando a favor da não interferência do governo na assistência à saúde. Como estratégia de conciliação, previa-se um projeto de implantação de estratégias voltadas para o ensino médico, como o objetivo de incorporar novos conceitos e atitudes na atuação do profissional médico – uma atitude integral, preventiva e social, como abordagem do paciente e da família. A partir da década de 70, iniciou-se um movimento de aproximação entre as instituições de ensino e as prestadoras de serviços de saúde, como inserção

do ensino médico na estrutura dos serviços de saúde, para que os estudantes tivessem contato com o meio em que vive o paciente (CRUZ, 2004).

No Brasil, as mudanças na assistência à saúde iniciaram-se após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição em 1988 e a criação das Leis Orgânicas de Saúde em 1990, o sistema de saúde passou a ser organizado para cumprir os princípios do SUS: universalidade, equidade, descentralização, integralidade, hierarquização, regionalização e resolutibilidade. O foco da atenção à saúde, que era anteriormente o setor terciário, passou a ser a atenção primária (SILVA, 2002).

O modelo de ensino médico também precisava ser reformulado. Os debates e críticas ao modelo anterior vigente e a necessidade de se avaliar o ensino médico no Brasil levaram, no início da década de noventa, à criação de uma comissão com o objetivo de organizar e realizar essa avaliação e propor medidas para corrigir as deficiências encontradas (MIRANDA, 2003).

Esta comissão reuniu-se pela primeira vez em Brasília, na sede do Conselho Federal de Medicina, conforme Ata de quatro de março de 1991, com representantes do CFM (Conselho Federal de Medicina), ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro), Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior - Sindicato Nacional e DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina), e passou a se denominar

CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) (MIRANDA, 2003).

O projeto CINAEM desenvolveu-se em várias etapas a partir de 1991. Como um dos princípios de desenvolvimento da docência nas escolas médicas do projeto, recomendava-se uma atuação prática em serviços e comunidade, desde o início do curso em todas as atividades docentes. A CINAEM propunha políticas de integração com os serviços de saúde e de parceria com o SUS (BULCÃO, 2004).

A par dessa discussão em torno das necessidades de transformações no ensino médico, o presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, divulgava uma “Minuta do Anteprojeto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina”, em 1999 (BULCÃO, 2004). Tais diretrizes definem princípios, fundamentos, objetivos, competências e conteúdos da formação médica (BULCÃO, 2004).

Assim, no ano de 2001, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares para os cursos de medicina, que traçam o perfil do médico como um profissional generalista, humanista, capacitado a atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001). Outro ponto essencial é o que define que os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença. As Diretrizes também recomendam a inserção precoce em atividades práticas

relevantes para sua vida profissional e a utilização de diferentes cenários de ensino. (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

Outro incentivo governamental à educação médica foi o PROMED (Programa Nacional de Incentivo a mudanças curriculares nos cursos de Medicina), instituído pelo Ministério da Saúde e da Educação, através da Portaria Interministerial nº 610 de 26 de março de 2002, com o objetivo de incentivar as escolas médicas a reformularem os currículos do curso de Medicina, adequando a formação dos médicos à realidade do atual sistema de saúde brasileiro. A proposta visava a apoiar as escolas médicas que queriam, voluntariamente, adequar seus processos de ensino, produção de conhecimento e de serviços às necessidades do sistema de saúde brasileiro. Para adequar o médico a essa nova realidade, o programa recomendava as seguintes mudanças pedagógicas: ênfase na medicina preventiva, valorização da humanização do atendimento e formação ética, incentivo ao ingresso dos futuros médicos em ações de atenção básica e promoção da abertura dos serviços universitários à demanda do SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Lançado em 03 de novembro de 2005, por meio da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) se inspira na avaliação do PROMED, que foi dirigido às escolas médicas e manteve processos de transformação em 19 escolas médicas brasileiras (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). O Pró-Saúde tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada

apontada pela Instituições de Ensino Superior (IES), que antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS.

Esta iniciativa visa à aproximação entre a formação de graduação no País e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família. Seus objetivos específicos são:

- 1 reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
- 2 estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando tanto à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;
- 3 incorporar, no processo de formação da medicina, enfermagem e odontologia a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção da saúde;

-
- 4 ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Nota-se, portanto, que esse parece ser um processo irreversível de mudança na educação médica, e a tendência é que produza transformações cada vez mais visíveis, já que vai ao encontro das necessidades de saúde do País, e conta com o progressivo apoio das instituições de ensino médico.

Países como a Espanha também promoveram mudanças no currículo médico, no sentido de intensificar a prática extra-hospitalar dos alunos, através da atuação desses em centros de atenção primária e com supervisão de médicos generalistas. Nesse país, os médicos de família participam da docência universitária das faculdades de medicina espanholas desde o final da década de oitenta, após um processo de reincorporação da medicina “não hospitalar” na universidade. (PITZ e VICENTE, 2004).

Nos EUA existem departamentos de medicina de família em mais de 80% das escolas médicas e os estudantes realizam práticas em Centros de Atenção Primária durante períodos de 4 a 12 semanas, nos últimos anos da graduação. Na Europa, há vários países como Bélgica, Dinamarca, Holanda, Reino Unido e Noruega, que tem departamentos de Atenção Primária/Medicina de Família em todas as suas faculdades, e na maioria é cada vez mais importante a presença curricular dessa especialidade (ZURRO e PÉREZ, 1999).

Essa reorganização do ensino médico segue uma orientação da Federação Mundial de Educação Médica, que em 1988 sinalizou como

primeira prioridade que no desenvolvimento do programa docente se usassem todos os recursos sanitários da comunidade, não só os hospitalares (ZURRO e PÉREZ, 1999).

Segundo o informe elaborado pela Comissão de Educação do Conselho Geral Médico do Reino Unido, em 1993, dentre os fatores externos responsáveis pelas mudanças necessárias no ensino de medicina, estão: maior interesse na saúde das populações, nos riscos ambientais e nas medidas de controle dos mesmos; redistribuição da assistência aos pacientes entre a equipe multiprofissional; o envelhecimento da população, que faz com que o médico tenha que orientar-se a atividades que não são típicas do ensino hospitalar, como o cuidado com o idoso, cuidado das enfermidades crônicas, assistência ao paciente terminal e às desordens psico-sociais (OTERO, 1997).

Nesse sentido, em Ontário, Canadá, em 1994 a Conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou uma recomendação de que a disciplina de medicina de família fosse ensinada em todas as faculdades de medicina e proporcionasse um equilíbrio entre a formação do médico geral e do médico especialista, e que houvesse, em todas as faculdades de medicina, um departamento de medicina de família (ARIAS, 2001).

Na Finlândia, foi realizada uma pesquisa com 1822 médicos graduados com seis anos de trabalho em média, em duas faculdades tradicionais e duas faculdades com o currículo orientado para a atenção à comunidade, que enfatizam o contato precoce com o paciente e o treinamento prático em Centros de Saúde (HYPPOLA et al., 2000).

Ao serem questionados sobre como a formação médica adquirida na graduação correspondia a seu trabalho, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre as respostas dos ex-alunos dos dois modelos de escolas. Mais de um terço dos respondentes de escolas não-tradicionais consideraram que sua formação correspondia bem ou muito bem ao seu trabalho, enquanto mais da metade dos graduados nas faculdades tradicionais consideraram que sua educação correspondia moderadamente bem ao seu trabalho. (HYPPOLA et al., 2000)

Porém, no Brasil, o processo de ensino na maioria das faculdades de medicina ainda privilegia o aprendizado em centros terciários, voltados para a atenção de problemas de maior complexidade. Realizou-se um levantamento em 14 faculdades de medicina selecionadas entre as 80 existentes em 1995 e encontrou-se que 86% do treinamento prático se passava em Hospitais Universitários e apenas 14% em Centros de Saúde, Hospital-dia ou programas de saúde pública (CAMPOS, 1999).

Nesse contexto, constata-se que o curso médico ainda prioriza a formação especializada e o aprendizado dessas especialidades é organizado de forma fragmentada, não permitindo ao aluno ter uma visão geral do paciente. E, vendo e escutando seus professores, o aluno entende que ser especialista dá mais prestígio, e os especialistas gozam entre a população e entre os médicos de maior reconhecimento.

Assim, tendo como cenário principal do aprendizado médico o hospital universitário, o aluno acompanha, na maioria das vezes, pacientes com patologias já instaladas, de maior gravidade ou já apresentando seqüelas, e realiza uma atuação pontual no doente, o qual, posteriormente será

acompanhado por outros médicos e alunos, resultando em uma visão fragmentada do doente. Nesse processo, a visão que o aluno adquire será a de que a atuação que ele pode fazer no processo saúde-doença é apenas o tratamento de patologias ou das suas complicações (GROSSEMAN e PATRICIO, 2004). Porém, sabe-se que, na vida profissional, uma vez graduado, o seu campo de trabalho não está restrito ao setor terciário, pelo contrário, a maioria dos postos de trabalho estão no setor primário e secundário.

Diante dessa realidade, as universidades têm procurado adequar-se às diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina, através da expansão do ensino para o nível primário de atenção, ou seja, nos Centros de Saúde ou Unidades de Saúde da Família, nas quais o aluno inicia um contato precoce com a comunidade em que irá atuar. Além disso, os currículos estão sendo reorganizados para que os estudantes tenham um contato longitudinal com a atenção básica, no qual estagiam em uma determinada Unidade de Saúde durante todo o curso, inicialmente tendo noções de territorialização, verificação das condições de saúde na comunidade, conhecimentos da rotina de um Centro de Saúde, e ao longo do curso desenvolvem as habilidades clínicas, ficando incumbidos de atender determinadas famílias, desenvolverem ações de prevenção e participarem das atividades das equipes.

A consideração da atenção primária como nível adequado de formação profissional para os alunos de medicina vem determinada pelo fato de que, na comunidade, o aluno está em uma posição privilegiada para aprender as atividades preventivas, compreender a realidade do processo

saúde-doença e sua abordagem holística, assim como a complexidade e a importância da relação médico-paciente e da longitudinalidade da atenção, além de compreender a abordagem das doenças mais prevalentes, tanto agudas como crônicas (PITZ e VICENTE, 2004).

A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados (STARFIELD, 2002).

Segundo Campos (2005), no artigo intitulado “Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica”, uma função importante da atenção básica em saúde é a clínica ampliada. A clínica realizada na rede básica tem especificidades que a tornam diferente da realizada em grandes centros hospitalares ou ambulatorios de especialidades. Ao contrário do que se costuma pensar, há grande complexidade nas intervenções na rede básica, devido ao número de variáveis envolvidas em um dado processo. É necessário intervir sobre a dimensão biológica, mas também é necessário encarar os riscos subjetivos e sociais. O artigo esclarece que essas dimensões estão presentes em qualquer trabalho em saúde, no entanto, na rede básica atingem uma expressão maior, sendo necessário não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas também lograr ações que incidam sobre essas diferentes dimensões.

Esse tipo de atenção requer um novo tipo de médico, com competências definidas para atuar em atenção primária, prevenção,

epidemiologia, ética e ciência do comportamento (McWHINNEY, 1998). Essas habilidades e atitudes devem ser trabalhadas com os alunos ao longo de todo o curso médico, para que ele não as associe somente a uma disciplina isolada. Além disso, o estudante precisa entender que ele pode exercer essas competências na sua vida profissional, independente de ser médico de família ou não, já que a sociedade carece de profissionais com essas habilidades.

Porém, para que o ensino na comunidade seja vantajoso, devem ser considerados alguns requisitos básicos. São elas relacionadas à estruturação e ao funcionamento da rede de serviços, às características do pessoal disponível, bem como a articulação entre os serviços de saúde e a escola médica (Quadro 1) (TRONCON, 1999).

As Universidades devem contar com Centros de Saúde Escola, onde os alunos possam receber ensinamentos não somente práticos, mas também teóricos, sobre os elementos característicos da Atenção Primária à Saúde (APS). Esses Centros de Saúde devem ser objeto de um processo de acreditação para a docência e vincular-se formalmente com as universidades (ZURRO e PÉREZ, 1999).

REDE DE SERVIÇOS
Ampla
Organizada
Eficiente
Ações diversificadas
PESSOAL
Numero adequado
Capacitação técnica
Capacitação educacional
Modelos de atitude adequados
Motivação
VÍNCULO ESTÁVEL COM A UNIVERSIDADE
Orçamentário
Administrativo
Educacional

Troncon, 1999

Quadro 1. Requisitos básicos para o desenvolvimento do ensino clínico na comunidade.

Portanto, o sucesso na implantação dessas mudanças no currículo médico está condicionado a vários fatores estruturais, operacionais e pessoais. Por parte da universidade, esses fatores têm sido cada vez mais trabalhados (TRONCON, 1999).

No entanto, há outra questão que diz respeito aos alunos: como motivá-los para a atenção básica, se o mercado ainda valoriza mais o especialista? É exercendo a especialidade ou sub-especialidade que o

estudante vislumbra o *status* e a valorização que ele tanto almeja. Além disso, ele busca certa autonomia do seu exercício profissional, pois não deseja depender do trabalho na rede pública (LAMPERT, 2002).

Porém, observa-se que existe atualmente na nossa sociedade um progressivo desgaste da imagem do médico, amplificado principalmente pela mídia, e também um aumento nos processos por erro médico. O médico não é visto mais como o cuidador, o detentor da sabedoria sobre o processo saúde-doença e os fatores que interferem nesse processo. Houve uma deterioração da relação médico-paciente e um conseqüente enfraquecimento do elo de confiança entre médico, paciente e família.

A visão de que a atenção básica se consolidará com a formação generalista dos médicos e demais profissionais de saúde, a mudança curricular em curso nas escolas médicas, a necessidade do mercado e os estímulos governamentais, têm impulsionado o crescimento de pós-graduação *senso lato* nessa área, como a residência médica, com duração de dois anos, e a especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC). A organização desses cursos é promovida principalmente pelos Departamentos de Medicina Social das Universidades, conjuntamente com os poderes públicos. E observa-se um anseio entre os profissionais vinculados à área de MFC para que sejam criados Departamentos de MFC nas Universidades. A concretização desse objetivo iniciou-se recentemente, em abril de 2006, com a criação do primeiro Departamento de MFC da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (ANDERSON, 2006).

Porém, a maioria dos médicos que atualmente trabalham nas Unidades de Saúde da Família não são especialistas na área e encaram o

PSF como uma oportunidade de emprego provisória, o que compromete a qualidade, continuidade e resolutibilidade do trabalho das equipes. As formas de contratação variam nos diversos municípios e a remuneração para que esses profissionais trabalhem em tempo integral não é adequada. Diante desse fato, a Sociedade Brasileira de MFC, juntamente com as recentemente criadas Sociedades Estaduais, luta para conscientizar os médicos, demais profissionais dos PSF e os gestores, sobre a importância da especialização dos profissionais através dos cursos de especialização e da residência médica, com o objetivo de promover a consequente organização e valorização da especialidade.

1.2 Contextualizando o Programa de Saúde da Família

Na segunda metade da década de 90, a política de saúde no Brasil apresentou uma importante e significativa mudança. Após vários anos privilegiando a atenção hospitalar, a atenção básica passou a ser área de concentração de programas e investimentos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As iniciativas de caráter nacional fundamentaram-se em experiências estaduais e regionais bem sucedidas. Dentre essas está o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desenvolvido no estado do Ceará desde 1987 e que, a partir de 1991, através do Ministério da Saúde, expandiu-se para os demais Estados (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, por meio de um convênio entre Ministério da Saúde, Estados e Municípios, com o objetivo de ser uma estratégia de reorganização da assistência à saúde e da atenção básica. Tem o compromisso de prestar atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutibilidade, através de uma prática humanizada e desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em 1998 foi estruturado o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), para acompanhar a implantação e monitorar os resultados do PSF. Entre as informações do SIAB são selecionados indicadores que permitam avaliar a realidade da saúde na comunidade e o desempenho das equipes.

O PSF representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção dos fatores que a colocam em risco (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A unidade de saúde da família deve ser a porta de entrada do sistema de saúde e deve estar articulada com os serviços nos níveis secundário e terciário, através do sistema de referência e contra-referência (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O trabalho é desenvolvido de forma interdisciplinar, com uma equipe composta, no mínimo, por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além da equipe de saúde bucal. O Núcleo de Saúde da Família trabalha com uma área de abrangência delimitada, de 600 a 1000 famílias (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A equipe de saúde da família deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano de atividades, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo a WONCA (WORD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS, 1991), o médico de família e comunidade tem uma gama de atribuições, dentre as mais importantes:

- conhecer a epidemiologia da comunidade a qual ele atende;
- identificar problemas na comunidade que vão além dos problemas individuais;
- oferecer prevenção, promoção à saúde, manejo da doença e reabilitação;
- identificar todos os problemas do paciente, incluindo os inespecíficos, estados iniciais de doenças, afecções agudas, doenças crônicas, problemas psicológicos e necessidade de reabilitação;
- diagnosticar doenças prevalentes, descartar possíveis doenças graves e encaminhar para outros serviços quando necessário;
- reconhecer quando o impacto dos fatores familiares na saúde do paciente deve ser levada em conta;
- reconhecer o impacto da doença na família;
- considerar o relacionamento médico-paciente e médico-família, como um importante aspecto do cuidado em saúde.

Em 1994, o PSF contava com 328 equipes, passando no ano 2000 para 8604 equipes e, em 2005, o número de equipes chegou a 24 mil,

distribuídas em 4,9 mil municípios e abrangendo 43,4% da população brasileira. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, jan/2006), o que mostra a consolidação dessa estratégia no Brasil.

Mais além, o PSF, como estratégia de consolidação do SUS, vem ampliando o mercado de trabalho para os médicos, e, o mais importante, direcionando a demanda desse mercado por médicos generalistas e humanistas, aptos a desenvolver seu trabalho em âmbito interdisciplinar.

1.3 O Programa de Saúde da Família em Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto possui 551.312 habitantes (IBGE, 2005).

O sistema municipal de saúde de Ribeirão Preto está organizado em cinco áreas distritais, contando com cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde – UBDS, com funcionamento 24 horas e 32 Unidades da rede básica. A cidade conta ainda com 18 equipes de saúde da família instaladas em 5 núcleos (parceria com FMRP-USP-FAEPA). Existem, portanto, as equipes de saúde da família dos NSF, que são vinculadas a FMRP-USP e as equipes vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde, que foram criadas em janeiro de 2002, com funcionários da própria rede municipal, e que foram inseridas em Unidades Básicas já em funcionamento. A cidade conta também com 20 equipes instituídas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Ribeirão Preto, 2002).

No nível secundário de atenção conta com sete ambulatórios de especialidades entre próprios, conveniados e contratados e também com a oferta de determinadas especialidades em unidades distritais. A assistência hospitalar da rede pública no município é prestada em 8 estabelecimentos conveniados/contratados e também no HCFMRP-USP (Ribeirão Preto, 2002).

Os cinco NSF foram criados a partir de abril de 2001, cada um com uma equipe mínima. Eles estão situados no Distrito Oeste, que tem uma população de 137 mil habitantes. No distrito existem 5 Unidades Básicas de Saúde, 1 Unidade Distrital, 5 Unidades de Saúde da Família e 2 Unidades Materno Infantis e 1 Unidade de Clínica Médica (Ribeirão Preto, 2002).

Em dezembro de 2003, o município aderiu ao Projeto para Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF, proposto pelo Ministério da Saúde mediante uma segunda convocatória para municípios de grande porte. Este projeto foi destinado à implantação de novas equipes, em cidades com mais de 100.000 habitantes, por meio de uma carta compromisso assinada pelo Prefeito Municipal em dezembro de 2003. O município elaborou um plano que foi apresentado e aprovado pelo Ministério da Saúde, onde assinalava o compromisso de ampliação da cobertura com equipes de saúde da família para 50% da população. Ao todo, deverão ser no mínimo, 76 equipes até o ano de 2008. Este projeto ministerial oferece recursos do Banco Mundial para a efetivação da implantação dessas equipes ao longo de 5 anos. (Ribeirão Preto, 2002).

1.4 Considerações sobre o Curso de Medicina da FMRP-USP

Desde a sua fundação, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) envida esforços no sentido de discutir a reavaliar a estrutura do seu curso de Medicina (PRADO, 1996).

Em 1992 a Congregação da FMRP aprovou a nova estrutura curricular, cuja implantação foi iniciada em 1993. A motivação principal para a reestruturação curricular foi a insatisfação de professores e alunos com o curso de Medicina, que estava muito focado na especialidade e nas particularidades do conhecimento em cada departamento (TRONCON, 2000).

Foi proposta a criação de um conjunto de grandes disciplinas organizadas segundo um critério de complexidade crescente; foi prevista maior integração entre as disciplinas afins; a ampliação da disciplina de Semiologia; o ensino integrado das especialidades médicas que lidam com órgãos ou aparelhos comuns; aumento do Internato de 1 para 2 anos; previsão de período para o Internato optativo; criação de disciplinas optativas ; integração de disciplinas com fundamentos humanísticos; previsão de atividades de iniciação à saúde nos primeiros anos do curso e criação de mecanismos para avaliação sistemática do ensino. No internato procura-se dar ênfase especial às atividades gerais nas áreas médicas básicas: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia e ortopedia e medicina comunitária, nas quais os estudantes passam oito semanas em cada ano (TRONCON, 2000).

Dentre os objetivos do Curso de Medicina da FMRP-USP estão: a percepção do paciente como uma unidade física, mental e social; reconhecimento da saúde como estado de bem-estar físico, psíquico e social dependente de condições ambientais favoráveis; contribuição para a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, reconhecimento da posição que o médico ocupará no sistema de saúde do país e a avaliação de como esse sistema atua na solução dos problemas de saúde dos brasileiros (FMRP-USP, 1993/1996).

Na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), o ensino da atenção primária com enfoque em medicina de família iniciou-se em 1997, com as disciplinas Medicina Comunitária I e Estágio integrado em Centros de Saúde. Esse módulo foi introduzido no quinto ano de graduação em Ciências Médicas, com duração de oito semanas (FORSTER et al, 2001) e suas atividades são realizadas no Centro de Saúde Escola (CSE) da FMRP-USP, nas Unidades Distritais do Centro de Saúde Escola localizados nos bairros Ipiranga, Dom Pedro, Sumarezinho e, desde o ano de 2001, nos Núcleos de Saúde da Família (NSF) I, III, IV e V.

1.5 Justificativas para realização do estudo

Atualmente, nota-se a importância do contato freqüente e contínuo do aluno de medicina com o sistema de atenção primária, particularmente com a saúde da família. No entanto, existe uma carência de dados sobre a avaliação desse contato e a influência deste na formação médica. Esse tema

é de suma importância para o ensino médico, pois aborda a necessidade da formação geral e humanística desse. A intenção da realização desse estudo é trazer dados e constatações que contribuam para a avaliação da inserção dos estágios em Saúde da Família no curso médico e a sua importância na formação do aluno.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estudar a contribuição do estágio no Programa de Saúde da Família na formação dos alunos do 5º ano do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

2.2 Objetivos específicos

1. Conhecer a avaliação do aluno sobre a importância de cada aspecto do estágio em saúde da família e a contribuição para sua formação médica;
2. Avaliar a percepção do graduando sobre a sua integração às atividades da Equipe de Saúde da família;
3. Caracterizar a percepção do aluno sobre a contribuição do estágio na relação dele com o paciente/usuário do serviço de saúde;
4. Conhecer a avaliação dos alunos sobre aspectos do estágio em saúde da família (tempo e qualidade) e da inserção desse estágio no curso;
5. Caracterizar o conhecimento do aluno sobre características do médico generalista;
6. Identificar os princípios da atenção primária vivenciados pelo aluno durante o estágio.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Características do estudo

Essa pesquisa é um estudo tipo coorte transversal, quantitativa.

3.2 Contexto do estudo

O presente trabalho foi realizado durante o ano de 2005, no Centro de Saúde Escola do bairro Sumarezinho da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

3.3 Aspectos éticos

O projeto dessa pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola, em setembro de 2004, e obteve aprovação para desenvolvimento do mesmo. Anteriormente à aplicação do questionário, os alunos assinaram um Termo de Consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

3.4 Instrumento de estudo

Os dados foram obtidos através de um questionário estruturado aplicado no primeiro dia do estágio, em que há a apresentação da disciplina, contendo nove perguntas (Apêndice B) e outro questionário, contendo 17 perguntas (Apêndice C), que foi aplicado no último dia do estágio.

3.5 Estratégia de aplicação

Os questionários foram aplicados a alunos do quinto ano do curso de Medicina, durante o período de estágio na disciplina Medicina Comunitária I. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a outubro de 2005. No primeiro dia do estágio realizou-se a apresentação da disciplina pelos docentes na sala do Centro de Saúde Escola (CSE) para todos os alunos e posteriormente eles foram encaminhados para conhecerem o Núcleo em que estagiaram. No último dia do estágio os alunos se reuniram no CSE para avaliação da disciplina e apresentação pelos grupos de cada Núcleo de um trabalho sobre a prevalência de doenças na comunidade em que eles estagiaram.

3.6 Sujeitos do estudo

Do total de 105 alunos, 103 responderam ao questionário. Houve dois alunos que não estavam presentes no 1º dia do estágio e não foi possível encontrá-los para aplicação da pesquisa. Observou-se que, nas perguntas fechadas, um pequeno número de alunos deixou em branco, e o número mínimo de respondentes foi 101. Quanto às respostas às questões abertas, o número de respondentes variou, dependendo da pergunta. A receptividade dos alunos à pesquisa foi boa e o tempo médio de resposta ao primeiro questionário foi de 10 minutos e ao segundo foi de 20 minutos.

Quanto ao sexo, 58,3% dos 103 alunos eram do sexo masculino e 41,7% do sexo feminino.

Segundo a faixa etária, a maioria dos alunos tinha 21 a 24 anos, sendo a média de 23,4 anos e 93,1% eram procedentes de cidades do estado de São Paulo.

Tabela 1 - Distribuição dos alunos do Curso de Ciências Médicas da FMRP-USP quanto à faixa etária, 2005

Faixa etária (anos)	N	%
21-24	83	80,6
25-28	18	17,5
> 28	2	1,9
Total	103	100

Neste trabalho enfocamos a disciplina Medicina Comunitária I, onde está inserido o estágio no PSF, cujos objetivos são:

Inserir o aluno do 5º ano de medicina às práticas em serviços de Atenção Primária e Saúde da Família, em regime de internato, de forma que possa:

1. Vivenciar o papel de médico de Atenção Primária (APS) e de Família em equipe multiprofissional e em serviços integrados com os níveis especializados do SUS;
2. Conhecer os problemas de saúde de alta prevalência na comunidade;

3. Participar das ações de vigilância epidemiológica em uma área distrital;
4. Apreender a concepção moderna da Atenção Primária (co-responsabilização do paciente e da família, integralidade das práticas de saúde, intersetorialidade)

No CSE, que é uma unidade de atendimento secundário regional e de funcionamento ininterrupto, a principal atividade desenvolvida pelos alunos é a atuação no Ambulatório Integrado. Nele, os alunos realizam atendimento clínico e pequenas cirurgias em pacientes da área de abrangência da UBDS (Unidade Básica Distrital de Saúde). A supervisão clínica fica sob a responsabilidade dos professores de especialidades básicas, a saber: clínica médica, psiquiatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia e medicina de família e comunidade, buscando-se a integralidade do cuidado (promoção, prevenção, cura e reabilitação) e da assistência à saúde (fluxo de referência e contra-referência no sistema municipal de saúde).

No CSE, o aluno também participa de serviços de tratamento e diagnóstico para complementar a formação nos serviços ambulatoriais, que atuam na interface primária e secundária (setores de coleta de sangue, curativos e radiologia). Na unidade do CSE do bairro Ipiranga, o aluno realiza atendimentos no Pronto Atendimento de Pediatria uma vez por semana, supervisionado por uma preceptora de pediatria.

No estágio nos Núcleos de Saúde da Família (NSF), a cada 8 semanas, cada grupo de 21 alunos em média é dividido em subgrupos de 4 ou 5. Cada subgrupo estagia num cada Núcleo, durante um período por dia, de segunda a quinta-feira, sendo a sexta-feira destinada a seminários e

aulas teóricas sobre temas mais relevantes em atenção primária. Os alunos são supervisionados pelos médicos das equipes, que são especialistas em Medicina de Família e Comunidade, e pelos docentes da disciplina, e suas atividades são:

- participar das visitas domiciliares com os membros da equipe;
- participar das atividades de educação em saúde, como grupos de diabéticos, hipertensos, gestantes,
- participar das reuniões de educação continuada da equipe, nas quais a cada semana, dois alunos e um residente são responsáveis por desenvolver um tema, que trate de patologias prevalentes em atenção primária;
- participar semanalmente das discussões de casos de família;
- atuar na vigilância a saúde, que consiste do estudo da prevalência de determinadas doenças na área de abrangência, sob orientação do docente, e elaboração de um plano das ações de prevenção e tratamento a ser desenvolvido pelo NSF,
- consultas de pacientes e famílias seguidas no NSF.

Nesse estágio, é promovida a integração do aluno com a equipe do PSF e a sua participação na rotina da equipe, através dos grupos, reuniões de equipe, visitas domiciliares, discussões de casos individuais e de família, com a finalidade de contribuir para a sua formação multiprofissional. No atendimento ambulatorial, são enfatizadas a prevenção e promoção da saúde e a avaliação do paciente, buscando a assistência integral. No atendimento dos outros membros de uma mesma família, é designado o

mesmo aluno, para que ele compreenda a importância da visão do paciente no contexto familiar, entendendo como é o relacionamento deste com os demais membros da família e como esse fator pode interferir no processo saúde-doença.

3.7 Estudo preliminar de validação do questionário

Para avaliar o questionário, foi realizado no dia 15/10/04 um pré-teste com dez alunos do quinto ano de medicina no estágio de Medicina Comunitária I. Os alunos foram abordados no Centro de Saúde Escola e não houve recusa em preencher o instrumento. O questionário continha 18 perguntas abertas e fechadas e o tempo de preenchimento foi de cerca de quinze minutos.

Após a análise das respostas foram realizadas alterações em algumas perguntas que possibilitaram uma melhor captação da resposta dos alunos e maior facilidade na análise dos dados.

3.8 Aplicação do questionário

O primeiro questionário continha nove perguntas e foi aplicado no primeiro dia do estágio e o segundo continha 17 perguntas, incluindo entre elas as nove do questionário anterior, e foi aplicado no último dia do estágio a todos os alunos simultaneamente. As perguntas foram fechadas e abertas.

As perguntas do questionário referiam-se a:

1) dados pessoais (idade, sexo, naturalidade, procedência) e avaliação do estágio:

- 2) vivência no Núcleo de Saúde da Família - integração com a equipe, e novas práticas no trabalho em equipe multiprofissional
- 3) avaliação do grau de satisfação, a importância dada pelo aluno ao estágio e a influência desse estágio na sua formação (relação médico-paciente e atuação na família).

Os alunos receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre sua participação na pesquisa, foram orientados pela pesquisadora sobre os objetivos da mesma e receberam o questionário, que foi auto-administrado.

A análise consistiu da distribuição das frequências das respostas às questões fechadas, realizada no programa estatístico Epiinfo 2002. As respostas às questões abertas foram analisadas quanto à frequência e pontos importantes abordados como justificativa pelos alunos às respostas fechadas.

4 RESULTADOS

Primeiramente os alunos avaliaram a importância do estágio em saúde da família na sua formação, classificando-o em nada, pouco, moderadamente, bastante ou muito importante (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação da importância do estágio em saúde da família pelos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Importância	1º questionário		2º questionário	
	N	%	N	%
Nada importante	-	-	-	-
Pouco importante	6	5,9	4	3,9
Moderadamente importante	21	20,8	21	20,6
Bastante importante	43	42,6	49	48,0
Muito importante	31	30,7	28	27,5
Total	101	100,0	102	100,0

Os alunos foram indagados se consideravam que o estágio em saúde da família poderia contribuir para a sua formação médica (Tabela 3).

Tabela 3 - Avaliação da contribuição do estágio em saúde da família pelos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Contribuição	1º questionário		2º questionário	
	N	%	N	%
Sim	96	93,2	96	93,2
Não	-	-	4	3,9
Não sabe	7	6,8	3	2,9
TOTAL	103	100,0	103	100,0

No questionário inicial, dos 73 alunos que justificaram a resposta, 39,7% indicaram como principal contribuição o conhecimento e atuação em atenção primária, 20,6% citaram o contato com questões sócio-econômicas e familiares e 15,1% indicaram a prática de medicina integral (Tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação dos aspectos contributórios do estágio em saúde da família na formação médica pelos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Aspectos contributórios do estágio na formação	1º questionário		2º questionário	
	N	%	N	%
Conhecimento e atuação em Atenção Primária	29	39,7	18	30,5
Lidar com questões familiares, sociais, econômicas	15	20,5	9	15,3
Prática de uma medicina integral	11	15,1	13	22,0
Contato com problemas de saúde mais prevalentes	7	9,6	6	10,2
Maior integração com o paciente/comunidade	5	6,8	-	-
Conhecer o trabalho na área de Saúde da Família	3	4,1	5	8,5
Melhorar a relação médico-paciente	-	-	3	5,1
Atuação na prevenção	2	2,7	2	3,4
Outras	1	1,4	3	5,1
TOTAL	73	99,9	59	100,1

Ao final do estágio 59 alunos justificaram sua resposta, considerando que a contribuição deveu-se ao conhecimento e atuação em atenção primária (30,5%) e a prática da medicina integral (22%). Para 5,1% desses alunos o estágio contribuiu para que eles melhorassem a relação médico-paciente. (Tabela 4).

Sobre a inserção do estágio no 5º ano, a maioria dos 103 alunos – 86,4% e 87,4% - respondeu ao 1º e 2º questionário respectivamente, que julgou adequada, pois a sua formação no ciclo básico e clínico está completa. Em contraste, 15% e 16% respectivamente, sugeriram que esse deveria anteceder o internato.

Em relação à questão nº 8: “Você considera que a vivência nos NSF irá possibilitar uma compreensão real do PSF?” - respondida por 103 alunos- os dados aparecem na tabela abaixo:

Tabela 5 - Avaliação da compreensão do PSF através da vivência no estágio em saúde da família pelos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Compreensão	1º questionário		2º questionário	
	N	%	N	%
Sim	42	40,8	67	65,0
Não	16	15,5	25	24,3
Não Sabe	45	43,7	11	10,7
TOTAL	103	100,0	103	100,0

Apesar da maioria dos graduandos consideraram que o estágio possibilita uma compreensão real do PSF, uma porcentagem considerável deles, principalmente no questionário final, considerou que a vivência no estágio não possibilitou que eles compreendessem a realidade do PSF.

No primeiro questionário, 64,7% dos 17 alunos e no segundo 36,4% dos 22 alunos que responderam “não” comentaram que o vínculo com a Universidade diminui o grau de comparabilidade dos mesmos com as unidades típicas do PSF. No primeiro questionário, 23,5% desses alunos consideraram que há muita diversidade entre as equipes de PSF e no

segundo questionário 36,4% afirmaram que “não” porque os núcleos não estão completamente organizados.

As perguntas seguintes corresponderam exclusivamente ao segundo questionário, realizado no final do estágio.

Na seguinte pergunta, os alunos classificaram as atividades desenvolvidas no estágio de acordo com a importância para sua formação, em nada, pouco, moderadamente, bastante ou muito importante. As atividades listadas foram: atuação médica em equipe, assistência médica ampliada para a família, visita domiciliar, consultas médicas dos membros das famílias, atividades educativas: grupos, palestras, ações junto à comunidade, discussão de casos de família, seminários e discussão de casos e atuação em saúde mental (Tabelas 6 a 13).

Tabela 6 - Importância da atuação em equipe na formação dos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Atuação em equipe	N	%
Nada Importante	1	1,0
Pouco importante	4	3,9
Moderadamente importante	11	10,8
Bastante importante	39	38,2
Muito importante	47	46,1
TOTAL	102	100,0

Tabela 7 - Importância da assistência médica ampliada para a família na formação dos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Assistência ampliada para a família	N	%
Nada Importante	-	-
Pouco importante	2	2,0
Moderadamente importante	18	17,6
Bastante importante	41	40,2
Muito importante	41	40,2
TOTAL	102	100,0

Tabela 8 - Importância da visita domiciliar na formação dos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Visita domiciliar	N	%
Nada Importante	8	7,8
Pouco importante	12	11,8
Moderadamente importante	31	30,4
Bastante importante	32	31,4
Muito importante	19	18,6
TOTAL	102	100,0

Tabela 9 - Importância das consultas médicas das famílias na formação dos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Consultas médicas	N	%
Nada Importante	1	1,0
Pouco importante	4	4,0
Moderadamente importante	18	17,8
Bastante importante	45	44,6
Muito importante	33	32,7
TOTAL	101	100,0

Tabela 10 - Importância das atividades educativas na formação dos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Atividades educativas	N	%
Nada Importante	4	4,0
Pouco importante	6	5,9
Moderadamente importante	26	25,7
Bastante importante	34	33,7
Muito importante	31	30,7
TOTAL	101	100,0

Tabela 11 - Importância da discussão de casos de família na formação dos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Discussão de casos de família	N	%
Nada Importante	5	4,9
Pouco importante	10	9,8
Moderadamente importante	35	34,3
Bastante importante	34	33,3
Muito importante	18	17,6
TOTAL	102	100,0

Tabela 12 - Importância dos seminários na formação dos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Seminários	N	%
Nada Importante	4	4,2
Pouco importante	12	12,6
Moderadamente importante	23	24,2
Bastante importante	38	40,0
Muito importante	18	18,9
TOTAL	95	100,0

Tabela 13 - Importância da discussão de casos e atuação em saúde mental na formação dos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Atuação em saúde mental	N	%
Nada Importante	-	-
Pouco importante	1	1,0
Moderadamente importante	13	12,7
Bastante importante	44	43,1
Muito importante	44	43,1
TOTAL	102	100,0

As atividades em que mais de 80% dos alunos classificaram como bastante ou muito importantes foram: discussão e atuação em saúde mental, atuação em equipe e assistência à família. As que menos de 60% dos alunos classificaram como bastante ou muito importantes foram: visita domiciliar, seminários e discussão de casos de família.

As atividades com mais respostas “nada” e “pouco importante” foram: visita domiciliar (19,6%), seminários (16,8%) e discussão de casos de família (14,7%).

A maioria dos alunos cuja justificativa apresentada foi “a discussão e atuação em saúde mental” (61,5%), explicou que o motivo de sua importância é a alta taxa de prevalência de transtornos psiquiátricos, observada na demanda do serviço de saúde. Uma percentagem menor citou que ela possibilita o seguimento dos pacientes no próprio NSF, “desafogando” os serviços especializados em saúde mental (15,4%) e permite práticas não vivenciadas antes no curso (11,5%).

Os alunos também reconhecem como importante a atuação em equipe, porque promove a integração com outros profissionais (36,7%), além de aumentar a adesão do paciente ao tratamento e a assistência ampliada à família, porque proporciona maior resolutividade (42%).

Para as outras respostas, poucos alunos justificaram, destacando-se o item discussão de casos de família, em que 10% de 30 alunos consideraram “invasão da vida alheia” e outros 10% afirmaram que não contribui para a formação médica. Dos que atribuíram mais importância a essa atividade, 24 alunos justificaram (Tabela 14).

Tabela 14 – Justificativa da importância da discussão de casos de família na formação dos alunos do Curso de Medicina da FMRP-USP, 2005.

Importância da discussão de casos de família na formação médica	N	%
Visão global sobre a realidade das famílias	8	33,3
Integra a visão de cada membro da equipe	7	29,2
Aborda as famílias de risco	6	25,0
Importante para traçar um plano de ação	3	12,5
TOTAL	24	100

Para 49,5% e 82,5% dos alunos o tempo de estágio foi adequado para a sua inserção nas atividades da equipe de Saúde da Família, respostas dadas ao início e término da disciplina, respectivamente.

A questão nº 10 enfocou se as condições do estágio possibilitaram uma boa integração entre os alunos e a equipe do NSF. A grande maioria,

totalizando 91,3%, afirmou que sim. Embora o total de alunos que justificaram foi pequeno (25 alunos), a principal explicação na visão desses foi que a receptividade proporcionada pela equipe proporcionou uma boa integração (36%).

A pergunta nº 11: “Você considera que o trabalho em equipe contribui para a continuidade do seguimento do paciente? De que forma?” foi respondida por 63 estudantes, sendo que todos afirmaram “sim” na primeira parte da questão. As razões mais citadas foram que o trabalho em equipe possibilita um melhor vínculo com o paciente (27%) e promove a abordagem multiprofissional (27%). Isso mostra como essa vivência do aluno no dia-a-dia do trabalho em equipe possibilita que ele avalie os benefícios da construção desse vínculo para as famílias que ele acompanha (Tabela 15).

Tabela 15 - Avaliação do aluno sobre a contribuição do trabalho em equipe para o seguimento do paciente, 2005.

Vantagens do trabalho em equipe	N	%
Melhor vínculo paciente-equipe	17	27,0
Abordagem multiprofissional	17	27,0
Abordagem integral	9	14,3
Melhor adesão do paciente	8	12,7
Promove a continuidade do seguimento	8	12,7
Outras	4	6,3
TOTAL	63	100,0

A maioria dos alunos responderam que observaram mudanças na sua forma de atender (68% de 103), e 32% não relataram mudanças. Dos 60 alunos que justificaram, a principal mudança relatada (55%) foi a visão que passaram a ter do paciente como um ser bio-psico-social. Outra mudança muito positiva percebida pelo aluno, e citada por 18,3%, foi maior habilidade, segurança e paciência (Tabela 16). Poucos alunos que responderam “não” justificaram (12 de 33 alunos), informando que já tinham uma boa relação médico-paciente.

Tabela 16 - Percepção do aluno sobre as modificações na sua forma de atender o paciente durante o estágio em saúde da família, 2005.

Mudanças no atendimento percebidas pelo aluno	N	%
Mais atenção ao aspecto biológico, psíquico e social	33	55,0
Maior habilidade, segurança, paciência	11	18,3
Melhor relação médico-paciente	7	11,7
Seguimento periódico	3	5,0
Outras	6	10,0
TOTAL	60	100,0

Na questão seguinte perguntou-se aos alunos se eles fariam mudanças no estágio, em que 103 alunos responderam e, na segunda parte da pergunta, perguntou-se quais mudanças fariam (tabela 17). Aproximadamente metade deles sugeriu modificações (50,5% de 103), 31,1% não fariam mudanças e o restante optou pela alternativa “não sabe”.

As modificações mais aventadas foram: orientação mais intensiva dos docentes, diminuição do número de visitas e incremento na parte teórica e treinamento em Saúde da Família.

Tabela 17 - Mudanças sugeridas pelos alunos quanto ao estágio em saúde da família, 2005.

Mudanças sugeridas	N	%
Orientação mais intensiva dos docentes	8	19,5
Mudar o estágio do PA Dom Pedro *	7	17,1
Menos visitas	5	12,2
Mais aulas e treinamento sobre PSF	5	12,2
Reduzir carga horária	4	9,7
Menos atendimento de eventuais	3	7,3
Outras	9	22,0
TOTAL	41	100,0

* Foi perguntado aos alunos sobre mudanças no estágio em saúde da família, porém alguns alunos sugeriram mudanças na disciplina Medicina Comunitária I como um todo.

Na pergunta de número 15 pedimos a opinião do estudante sobre qual seria a principal atribuição do médico de família, e 85 alunos responderam. As respostas estão na tabela abaixo.

Tabela 18 - Principais atribuições do médico de família na opinião do estudante, 2005.

Principais atribuições	N	%
Ação na prevenção e promoção em saúde	17	20,0
Boa relação médico-paciente	16	18,9
Ser generalista	14	16,5
Avaliar o indivíduo globalmente	10	11,8
Trabalhar em equipe	10	11,8
Fornecer assistência integral	9	10,6
Resolver problemas de baixa complexidade	4	4,7
Integrar com as especialidades	3	3,5
Outros	2	2,3
TOTAL	85	100,1

Na seguinte questão: “A atenção básica à saúde apresenta alguns princípios para ser desenvolvida. Você considera que o estágio em Saúde da Família possibilitou atividades de assistência que atendiam quais princípios?”, os alunos assinalaram os princípios mais vivenciados por eles durante o estágio: acessibilidade, longitudinalidade, resolubilidade, trabalho em equipe, adesão do paciente, atuação na prevenção e visão do paciente como ser bio-psico-social (Tabela 19).

Tabela 19 - Avaliação dos princípios da atenção básica a saúde vivenciados pelo aluno no estágio em saúde da família, 2005.

Princípios	Sim		Não		Não sabe		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acessibilidade	100	97,1%	3	2,9%	0		103	100%
Longitudinalidade	96	94,1%	5	4,9%	1	1%	102	100%
Trabalho em equipe	92	89,3%	10	9,7%	1	1%	103	100%
Atuação na prevenção	89	86,4%	10	9,7%	4	3,9%	103	100%
Visão bio-psico-social do paciente	80	79,2%	13	12,9%	8	7,9%	101	100%
Resolubilidade	64	66,0%	24	24,7%	9	9,3%	97	100%
Adesão do paciente	57	55,9%	30	29,4%	15	14,7%	102	100%

A maioria dos alunos fez uma boa avaliação dos princípios vivenciados no estágio, principalmente a acessibilidade, a longitudinalidade, o trabalho em equipe e a atuação na prevenção, com mais de 80% de respostas positivas.

Em relação às atividades teóricas do estágio, foi questionado aos alunos se essas abordaram temas importantes em Saúde da Família, sendo que 81,4% responderam afirmativamente.

5 DISCUSSÃO

Observa-se que o aluno reconhece, mesmo previamente a realização das atividades do estágio, que esse tem um papel importante na sua formação. Dessa forma, o aluno desenvolve atitudes positivas em relação ao estágio, o que faz com que ele integre-se às atividades desse.

Um estudo espanhol, realizado nas Universidades de Oviedo e Cantabria, que avaliou 66 alunos do sexto ano de medicina após realizarem práticas de saúde da família em centros de saúde, revelou que 68% estavam bastante ou muito satisfeitos e 89% consideravam que a formação em medicina de família e comunidade deveria fazer parte do programa de graduação em medicina (SUÁREZ et al., 2001)

5.1 Contribuição do estágio

A grande maioria dos alunos avaliou positivamente a contribuição do estágio em saúde da família para sua formação médica.

Durante o estágio, na vivência da estratégia de trabalho da saúde da família, inserida na atenção primária, o aluno amplia a sua visão do paciente, da sua relação com ele, do conhecimento em atenção primária e do contato com as patologias mais comuns nesse nível de atenção. Isso ficou constatado nas respostas dos alunos sobre quais fatores mais contribuíram para a sua formação médica, que em ordem das respostas mais freqüentes foram: conhecimento e atuação em atenção primária, lidar com questões

familiares, sociais, econômicas, prática de uma medicina integral e contato com problemas de saúde mais prevalentes.

Pode-se afirmar que a disciplina está cumprindo seus objetivos, de inserir o aluno nas práticas do médico de família de forma que possa conhecer os problemas de saúde de alta prevalência na comunidade, e apreender a concepção moderna da atenção primária (corresponsabilização, integralidade, intersetorialidade).

No questionário final, três alunos (5,1% dos 59 respondentes) relacionaram como contribuição a melhor relação médico-paciente. Essa resposta não constou no primeiro questionário, o que indica que, no início do curso, a humanização na relação médico-paciente talvez fosse um aspecto que os alunos não esperavam que fosse trabalhado durante o estágio.

Em estudo realizado na Universidade Federal do Pará, os alunos referiram que o trabalho junto ao PSF contribuiu para a sua formação médica por favorecer melhor relação médico-paciente, proporcionar o relacionamento com as famílias e enfatizar as ações de medicina preventiva (ARIAS, 2001).

Segundo Campos, 1999, a contribuição desses estágios deve ser formar médicos com alta capacidade de resolver problemas de saúde, se integrarem em equipes multiprofissionais, construir vínculos com seus pacientes e, finalmente, reconhecer a determinação social, subjetiva e biológica do processo saúde-doença e serem capazes de criar projetos terapêuticos que levem em conta esses fatores.

5.2 Inserção do estágio

Em torno de 87% dos estudantes, tanto no primeiro quanto no segundo questionários, julgaram adequada a inserção do estágio no quinto ano e uma parcela menor (em média 15,5%), que esse deveria anteceder o internato.

Conforme as Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina, o curso deve “inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional”; por isso, considera-se essencial a atuação do aluno nas atividades nos Núcleos de Saúde da Família desde os primeiros anos de curso, para que se construa um vínculo duradouro com a equipe e a comunidade, e amplie suas práticas em atenção primária.

Segundo Zurro e Pérez, 1999, os estudantes de medicina devem tomar contato com a Atenção Primária e Medicina de Família inicialmente no curso, para que, ao mesmo tempo que comecem a considerá-la no mesmo nível de respeitabilidade científica, técnica e social que a outros campos de atuação, tenham a introdução teórica e prática necessárias que lhes permitam, após a graduação, realizar sua formação especializada com o máximo grau de aproveitamento.

5.3 Compreensão do PSF através da vivência no estágio

Grande parte dos alunos faz referência à distinção entre os Núcleos de Saúde da Família vinculados à USP e as demais equipes, apesar do pouco conhecimento da realidade dessas demais equipes, já que até esse momento, o contato que eles têm são com os Núcleos.

Os Núcleos de Saúde da Família realmente são ambientes distintos, voltados não só para assistência, mas especialmente para o ensino, que não reproduzem exatamente uma Unidade de Saúde da Família, pois possuem supervisão contínua de uma Universidade. É bom que o aluno tenha percebido essa diversidade, e que possa optar no futuro por um local de trabalho que contemple as ações vivenciadas no seu campo de estágio.

Os Centros de Saúde Escola e os Distritos Sanitários Docente-Assistenciais, embora se configurem em alternativas razoáveis para a experimentação de alternativas organizacionais, no campo da gestão, planejamento, hierarquização, desenvolvimento de ações de vigilância, alternativas programáticas, padronização de condutas, não conseguem superar exatamente o estigma de serem idealizados, ficando sempre entre a alternativa do confronto com os modelos vigentes (confronto positivo, mas ainda assim confronto) e a dificuldade de priorizar o ensino (MENDES; SILVA; MOYSÉS, 1996).

Outra questão abordada por 10 alunos foi que alguns NSF não estão completamente organizados no cumprimento dos princípios do PSF e inserção dos alunos em todas as atividades da equipe. Sabe-se que os NSF foram criados há poucos anos, a partir de 2001, e percebe-se que existem dificuldades a serem enfrentadas pelas equipes, como a alta demanda por assistência à saúde nas comunidades, a necessidade de maior articulação com o setor secundário e terciário através da referência e contra-referência e de promover a educação da população quanto à estratégia do PSF, dentre outras.

5.4 Atividades desenvolvidas no estágio de acordo com a importância para a formação médica

Através da avaliação da importância das atividades desenvolvidas no estágio, percebe-se que o aluno valoriza atividades que ele comumente não realiza nos outros ambientes durante o internato. O que é esperado é que o aluno valorize mais as consultas, que são atividades tradicionalmente médicas. Porém, as atividades mais importantes para os alunos não foram as consultas, e sim, a discussão e atuação em saúde mental, a atuação em equipe e a assistência à família.

Uma pesquisa qualitativa, desenvolvida na PUC – Campinas, avaliou o aproveitamento dos alunos no estágio em Centros de Saúde e identificou que o estágio superou as expectativas dos alunos, devido à vivência do trabalho em equipe, ações coletivas através da educação em saúde e introdução de conhecimentos relativos à abordagem psicossomática, que foram aspectos semelhantes aos encontrados em nosso estudo (GARCIA, PACHIONI, DOMINGUES, 1998).

5.5 Atuação em Saúde Mental

A atuação e discussão de casos em saúde mental foi a atividade em que os alunos mais referiram como bastante ou muito importante, e a justificativa deles foi de que os transtornos mentais têm alta prevalência nos serviços de saúde.

Segundo Cordioli e Manfro, 2004, os transtornos de ansiedade ocorrem em 3 a 17% da população, e, estudos em comunidades, mostram

que a ansiedade como um sintoma possui alta prevalência (50 a 60%), sendo geralmente classificada como de intensidade leve a moderada. Já a depressão, segundo Fleck, 2004, tem prevalência na população entre 3 a 11%.

O estágio é um importante momento para abordagem de transtornos psiquiátricos de alta prevalência, que em geral são crônicos e recorrentes (Fleck, 2004), como transtornos depressivos e de ansiedade, que podem ser acompanhados na atenção primária, na maioria dos casos. O médico, principalmente quando está na “porta de entrada” do sistema de saúde, deve saber detectá-los precocemente e conduzi-los juntamente com a equipe.

Assim, neste estágio o aluno também aprende a distinguir os casos que podem ser seguidos na atenção primária dos que devem ser encaminhados ao atendimento no setor secundário ou terciário.

5.6 Visita domiciliar

Em relação à visita domiciliar, a resposta foi de que não é atribuição do médico, ou que é pouco efetiva. A visita domiciliar é realizada com o médico, a enfermeira, o auxiliar de enfermagem e, na maioria das vezes, com o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Como o objetivo da visita do ACS com o aluno não é realizar intervenções médicas, isso pode desmotivar o aluno, que não encara a visita domiciliar como uma atividade médica. Para que o aluno tenha uma outra visão e compreenda a importância do trabalho contínuo realizado pela equipe de saúde da família ao longo das visitas domiciliares, faz-se necessária a inserção mais precoce do aluno no PSF.

Uma das principais características da visita domiciliar, que a torna um aprendizado tão importante para o aluno de medicina, é o fato de que muitos médicos de hoje estão preparados para assistir o paciente ideal, que só existe nos livros e salas de aula. E, o paciente no hospital-escola, onde o aluno passa o maior período do internato, é também um paciente ideal. Já na visita domiciliar, o aluno aprende a ver e tratar o paciente real, no seu lar, na sua comunidade, com a interação dos familiares que vivem com ele, e a tomar suas decisões na visita, empregando os recursos disponíveis.

Ainda, segundo Franco e Mehry, 2000, a visita do médico deve ser bem direcionada para situações em que realmente é necessária, senão a sua presença provoca um reforço de dependência da população em relação a esse profissional de saúde.

Por isso, os objetivos, a programação e a conduta a ser adotada nas visitas domiciliares devem ser mais debatidas com os alunos, para que haja otimização do aproveitamento desses quanto à essa atividade, tão enriquecedora para o ensino de medicina.

5.7 Discussão de casos de família

Esse tema, na avaliação de 50,9% dos alunos, foi considerado bastante ou muito importante. Por 34,3% foi considerado moderadamente importante e por 14,7%, pouco ou nada importante.

A discussão de casos de família aborda principalmente aspectos sociais, familiares e de acesso aos serviços de saúde, devido a esses fatores interferirem na saúde das famílias acompanhadas. Talvez esse fato possa estar sendo encarado pelo aluno como invasão da privacidade dos

pacientes e das famílias. O fato de a equipe realizar esse tipo de discussão, que não aborde somente aspectos biológicos, permitindo que a equipe trace um plano de ação e defina conjuntamente como será conduzido cada caso, é bastante distinto da tradicional discussão de casos clínicos conhecida pelo aluno.

5.8 Integração entre os alunos e a equipe do NSF

Nesse trabalho, observamos que, durante o estágio, o aluno conseguiu uma boa integração com a equipe. A receptividade da equipe percebida pelo estudante pode estar refletindo o fato de existir um ambiente de formação nos Núcleos de Saúde da Família (graduação, pós-graduação *senso lato* e educação permanente) devido à orientação acadêmica implementada pela USP junto aos seus serviços de extensão. Essa interação se torna uma rotina dentro das unidades, e o aluno sente-se parte da equipe, participando ativamente das atividades de educação à saúde, dentro e fora da unidade e dando seguimento ao atendimento dos pacientes e famílias pelos quais ele é responsável durante o estágio.

Em uma pesquisa realizada na Universidade Federal do Pará, com 21 alunos do sexto ano de medicina em estágio no PSF, encontrou-se que 76,1% dos alunos sentiram-se integrados com a equipe, sendo que mais de 70% classificaram a relação com a equipe boa ou excelente (ARIAS, 2001). Durante a formação profissional, o desenvolvimento das práticas na maioria das vezes em área hospitalar e ambulatorial, tem como figura central o médico, não havendo trabalho em equipe de forma integrada para a assistência ao paciente (ARIAS, 2001). Assim, essa forma de trabalhar no

PSF é nova para o aluno, e contribui para mostrar a ele um outro modo de trabalho em saúde, onde prevalece a importância da integração e do respeito mútuo entre os profissionais.

5.9 Tempo de estágio

Percebe-se que no início, a maioria dos graduandos está incerta quanto às oito semanas de estágio, mas ao final do estágio a maioria fez uma avaliação positiva da sua duração.

Um estudo realizado no *Baylor College of Medicine*, Houston, com estudantes no internato de medicina de família, avaliou as habilidades dos estudantes que fizeram o estágio com duração de 6 semanas, comparando-os com estudantes que tiveram o estágio reduzido para 4 semanas, após a reforma curricular que houve nessa universidade, em 1997. Quanto à satisfação e o desenvolvimento de habilidades para conduzir doenças prevalentes, não houve diferença estatisticamente significativa em relação às duas turmas de alunos (HUANG et al, 2001).

5.10 Mudanças no atendimento percebidas pelo aluno

Em um estudo realizado na FMRP – USP, com estudantes do último ano de quatro turmas de medicina, foi aplicada uma escala que mediu atitudes positivas, conflitantes ou negativas em relação a aspectos da prática médica. Foi possível constatar que mais de 80% dos graduandos apresentaram escores indicativos de atitudes favoráveis frente a três aspectos: os de natureza emocional ou psicológica ligados à doença física ou mental, os que envolvem a atenção primária a saúde e os aspectos

gerais envolvendo a prática médica na comunidade (TRONCON et al., 2003).

No presente estudo, constatamos que a maioria dos alunos referiram mudanças na sua forma de atender (68%), principalmente mais atenção ao aspecto biológico, psíquico e social do paciente.

Em estudo semelhante no qual foram realizados questionamentos sobre os benefícios do estágio na formação, um total de 73,2% afirmou que a relação com o paciente modificou-se. As mudanças referidas pelos alunos foram: mais humanismo na relação, maior proximidade com a linguagem da comunidade e mais paciência para ouvir o paciente (ARIAS, 2001).

O aluno, durante esse convívio mais próximo com as famílias, percebe a complexidade e a variedade dos fatores envolvidos que determinam a qualidade de vida daquela população. Porém, ao longo das visitas, reuniões, atendimentos, e da integração com a equipe do PSF, ele passa a compreender e aprender como agir para promover a saúde do paciente e das famílias que ele acompanha e, pelo menos a curto e médio prazo, visualiza o resultado alcançado. Como consequência, o graduando tem mais segurança das ações médicas que realiza e percebe que o paciente não deve ser avaliado somente pelos distúrbios orgânicos que apresenta, pois existem outros fatores determinantes da qualidade de vida dele. O estudante vivencia também, em determinadas famílias, ações dele, de outros alunos e da equipe de saúde que não resultam em melhorias, devido à interferência de fatores sociais, culturais ou econômicos que eles

não tem como modificar. Apesar da frustração que isso resulta, essa é mais uma oportunidade para que ele compreenda as limitações das ações em saúde, e especialmente das ações médicas.

Segundo Campos, 2005, na assistência ao paciente na atenção primária, é necessário intervir sobre a dimensão biológica, mas também nos fatores subjetivos e sociais. Especialmente no Programa de Saúde da Família, a possibilidade de se construir vínculos duradouros com os pacientes é condição para o aumento de eficácia das intervenções clínicas. A construção do caso clínico pode ser efetivada em vários encontros ao longo do tempo, e com isso, aumentar-se-á a confiança entre profissionais e usuários. Todos esses aspectos são vivenciados pelos alunos durante o estágio, o que se reflete nas mudanças por eles no modo de atender o paciente.

5.11 Mudanças sugeridas

A maioria dos alunos deseja que o estágio sofra mudanças, principalmente quanto à orientação mais intensiva dos docentes.

Segundo CAMPOS, 2005, o vínculo com o docente é um grande facilitador, assim, o contato permanente e horizontal com o mesmo professor deve ser estimulado, já que os alunos, muitas vezes, sentem-se desorientados nessa etapa da sua formação e sofrem o impacto da realidade que lhes é apresentada.

Percebe-se, que, apesar da orientação contínua do médico de família da Unidade, o aluno vê no docente o elo com a instituição e com a

organização do estágio. Sabe-se também, que o médico de família da Unidade não tem como principal atribuição o ensino, já que tem a responsabilidade pela demanda dessa Unidade e a co-responsabilidade pela coordenação desta, e muitas vezes o tempo dedicado ao aluno está aquém do desejado.

5.12 Atribuições do médico de família

A questão sobre quais as principais atribuições do médico de família na visão do aluno foi aberta, por isso, os alunos enumeraram várias atribuições, e as mais citadas foram: desenvolver ações na prevenção e promoção em saúde, ter boa relação médico-paciente, ser generalista, avaliar o indivíduo globalmente e trabalhar em equipe.

Diante das respostas, percebe-se que o aluno desenvolveu uma visão real do médico de família e comunidade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A estratégia do PSF propõe uma nova relação com a comunidade, e um trabalho que estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes da equipe, na identificação dos fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, promoção da saúde e prevenção de doenças. Para que essa nova prática se concretize, faz-se necessária à presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em um estudo espanhol, em que alunos do sexto ano de medicina foram questionados sobre o quais as características que deve ter o Médico de Família 53% responderam que deve ser um bom clínico e 43%, um profissional orientado para a prevenção (SUÁREZ, 2001).

5.13 Princípios vivenciados no estágio

Durante o estágio, os alunos puderam observar que a atenção primária à saúde apresenta princípios estruturais que definem o desempenho dessa na assistência à saúde (STARFIELD, 2002). Durante o estágio, eles tem a vivência de um modo de trabalho em Saúde da Família que é peculiar, e que difere dos modelos de atenção tradicionais ensinados durante as práticas em outros estágios e segue esses princípios. Um deles é a acessibilidade, que é a localização da unidade em local próximo da população a qual atende, e que foi o princípio da atenção primária mais vivenciado pelos alunos (97,1%).

A longitudinalidade; característica importante a ser observada pelo aluno como própria da atenção primária; pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo (STARFIELD, 2002). Apesar do período de oito semanas não possibilitar um seguimento em

longo prazo dos pacientes e famílias, 94,1% dos alunos indicaram que o estágio possibilitou a percepção desse.

O serviço prestado pelos Núcleos de Saúde da Família, seguindo os princípios do trabalho em equipe e atuação na prevenção também foi citado pela maioria dos alunos como vivenciado durante o estágio. A atuação da equipe na prevenção, foi citada por 86,4% deles. O trabalho do PSF atrelado ao sistema de referência e contra-referência possibilita às equipes de saúde desenvolverem ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conscientizando a comunidade sobre cidadania, educação, trabalho, etc (PERES, 1988).

Apesar da maior parte dos alunos referirem em pergunta anterior que a principal mudança na sua forma de atender foi a visão bio-psico-social do paciente, em relação aos princípios anteriores, um número considerável, porém menor de alunos (79,2%), referiram a vivência desse durante o estágio. No meu conceito, o estágio trabalha bem esse aspecto no ensino, porém, algumas vezes o aluno também é direcionado para os atendimentos eventuais, e, quando isso fica freqüente, os alunos não conseguem avaliar o paciente como um todo.

Mesmo que nas perguntas anteriores o aluno tenha enfatizado o vínculo paciente-equipe que ele vivenciou no estágio, ele caracteriza a adesão do paciente como o princípio menos vivenciado por ele. Muitos alunos não vivenciaram a resolutibilidade, o que pode ser devido à duração do estágio, já que parte das demandas da população são atendidas num primeiro momento, mas seu seguimento necessita ser por médio a longo prazo.

Segundo o Ministério da Saúde, 2000, o PSF deverá funcionar como porta de entrada do sistema, dentro de uma rede hierarquizada do SUS, com capacidade resolutiva das demandas, diminuindo a demanda hospitalar e buscando trabalhar com integralidade, equidade, controle social e universalidade.

Segundo um estudo que avaliou as experiências de internos após passarem pelo estágio em Saúde Coletiva, em relação ao nível primário, algumas características foram evidenciadas: a facilidade de acesso, o vínculo da comunidade ao serviço, o trabalho multiprofissional e a atenção à família (GARCIA, PACHIONI, DOMINGUES, 1998).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A. C. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, p. 161-165, Fev., 2001.

ANDERSON, M. I. P. **A SBMFC está em festa: novo Departamento na UERJ**. Disponível em www.sbmfc.org.br, acesso em 15 maio de 2006.

ARIAS, E. H. L. **Desafios na formação médica: o programa de saúde da família como prática de ensino**. 2001. 123 f. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Estimativas Populacionais para os municípios brasileiros em 01/07/2005**. Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em 27 de março de 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina.**, Resolução CNE- CES 4-2001. Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, p. 38, 9 de novembro de 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da implementação do PSF em dez grandes centros urbanos – síntese dos principais resultados.** Brasília, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Atenção básica e saúde da família.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 31 Janeiro 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Informes Técnico Institucionais – Programa de Saúde da Família.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Pró-Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848, acesso em 27 de março de 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Disponível em www.saude.gov.br, acesso em 20 de outubro de 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Uma nova escola para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 375-378, 2002.

BULCÃO, L. G. O ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 61-72, Jan./Abr., 2004.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.187-193, Jan./Mar., 1999.

CAMPOS, G. W. S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes. Documento preliminar. Abril, 2005.

CORDIOLI, A. V., MANFRO, G. G. Transtornos de ansiedade. In: DUCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GUIGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 863-873.

CRUZ, K. T. **A formação médica no discurso da CINAEM**. 2004. 352 p. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Processo 94.1.1288.17.8, v. 3. **Estrutura Curricular**. FMRP, 1993/1996.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica**, p. 13, São Paulo: Hucitec, 2002.

FLECK, M. P. A. Depressão. In: DUCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GUIGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 874-884.

FORSTER, A. C.; LAPREGA, M. R.; DAL FABBRO, A.L.; ROCHA, G. M.; SANTOS, J. S.; YAZLLE, M. E. D.; SOUZA, C. S. DANELUZZI, J. C., Metodología de aprendizaje en atención primaria y medicina de familia. **Aten Primaria**, v. 30, n.2, p. 125-129, jun. 2002.

FORSTER, A. C.; PASSOS, A. D. C.; DAL-FABBRO, A. L.; LAPREGA, M. R. Transformation and trends in preventive and social medicine education at the undergraduate level in a Brazilian medical school. **Gac Sanit**, V. 15, N. 6, p. 519-522, 2001.

GARCIA, M. A. A. , PACHIONI, A. M., DOMINGUES, P. O aluno de medicina em serviços docente-assistenciais da rede básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2/3, Set./Dez., 1998.

GROSSEMAN, S., PATRICIO, Z. M., A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, maio/ago 2004.

HYPPOLA, H.; KUMPUSALO, E.; VIRJO, I.; MATTILA, K.; NEITTAANMAKI, L.; HALILA, H.; KUJALA, S.; LUHTALA, R.; ISOKOSKI, M. Evaluation of undergraduate medical education in Finnish community-oriented and traditional medical faculties: a 10-year follow-up. **Medical Education**, v. 34, p. 1016-1018, 2000.

HUANG, W. Y., DAINS, J. E., CHANG, T., ROGERS, J. C. Does a reduction in a Family Medicine Clerkship time affect educational outcomes? **Family Medicine**, v. 33, n.6, p. 435 – 440, 2001.

LAMPERT, J. B. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. 2002. 227 p. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

MCWHINNEY, I. R., *Primary care: core values* Core values in a changing world. **British Medical Journal**, v. 316, p. 1807-1809, Jun., 1998.

MENDES, R. T.; SILVA, P. E. M. R.; MOYSÉS, M. A. A. Aprendizado de medicina nos serviços de atenção primária e no contato com a comunidade. **Medicina, Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 420-428, Out./Dez., 1996.

MIRANDA, J. F. A. M. **Educação Médica: estudo do impacto da adoção da estratégia de saúde da família no internato médico.** 2003. 252 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Católica de Petrópolis, Faculdade de Educação, Rio de Janeiro, 2003, 252p.

OTERO, A. ¿Por qué no existen departamentos de medicina de familia en nuestras universidades? **Formación Médica Continuada en Atención Primaria**, v. 4, n. 4, p. 256 – 260, 1997.

PERES, E. Saúde da Família: uma solução? **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, ano XII, N. 94, p. 17 – 19, 1998.

PITZ, P. B.; VICENTE, V. C. La medicina de familia como disciplina académica y la atención primaria como entorno de aprendizaje. **Aten Primaria**, v. 34, n. 8, p. 433-436, 2004.

PRADO, W. Desenvolvimento e implantação da nova estrutura curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: dificuldades e avanços. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 29, p. 373-382, out./dez. 1996.

RIBEIRÃO PRETO, SECRETARIA DE SAÚDE. Projeto Municipal de expansão da Saúde da Família, 2002.

SILVA, G. E. G. A educação médica e o Sistema de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 125-127, Maio/Ago., 2002.

STARFIELD, B.; Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, p.28, UNESCO Brasil, 2002.

SUÁREZ, J. S.; ÁLVAREZ, M. S.; HERNÁNDEZ, P. M. A., LLAMAS, M. A. A. ARTIACH, E. M., FERNÁNDEZ, E. C., Medicina de família: ¿ la cenicienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria. **Aten Primaria**, v. 27, n. 5, p. 324-330, 2001.

TRONCON, L. E. A.; COLARES, M. F. A.; FIGUEIREDO, J. F. C.; CIANFLONE, A. R. L.; RODRIGUES M. L. V.; PICCINATO, C. E.; PERES, L. C. Atitudes de graduandos em medicina em relação a aspectos relevantes d prática médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 20/28, Jan./Abr., 2003.

TRONCON, L. E. A. Ensino clínico na comunidade. **Medicina, Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 32, p. 335-344, Jul./Set., 1999.

TRONCON, L. E. A. Reestruturação curricular do curso médico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto. **Revista FCM – Edição especial**, v. VIII, n. 1, p. 33-37, 2000.

ZURRO, A. M.; PÉREZ, J. F. C. Docencia em Atención Primaria y medicina de familia. **IN: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt, 1999.** Cap. 10, p. 144-160.

Word Organization of Family Doctors, **The role of the general practitioner/family physician in health care systems: a statement from WONCA, 2001.** Disponível em: <http://www.globalfamilydoctor.com/publications/publication.asp>. Acesso em 12 de março 2006.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Maria Angélica de Figueiredo Campos, sou médica e faço mestrado no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Aldaísa Cassanho Forster.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado:

PERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO DE CIÊNCIAS MÉDICAS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA SUA FORMAÇÃO.

O objetivo do trabalho é estudar a contribuição do estágio de PSF na formação dos alunos de medicina do 5º ano do Curso de Ciências Médicas da FMRP-USP.

Para atingir os objetivos, os alunos de medicina que farão a disciplina Medicina Comunitária I responderão a um questionário auto administrado, contendo 9 perguntas no início do estágio nos Núcleos de Saúde da Família e a outro questionário na última semana do estágio, contendo 17 perguntas que abordarão:

-dados pessoais (idade, sexo, naturalidade, procedência)

-sobre o estágio e a experiência no Núcleo de Saúde da Família (integração com a equipe, vivência e prática de novas formas de trabalho), que avaliarão o grau de satisfação, a importância dada pelo aluno(a) ao estágio, e a influência desse estágio na formação do aluno(a) (relação médico-paciente, atuação na família).

Esses questionários poderão ser preenchidos no próprio Núcleo, no período que você estiver disponível.

Ao fim desta etapa serão analisadas as respostas emitidas.

Sua participação é voluntária e você é livre para recusar ou sair do trabalho de pesquisa quando desejar. Sua identidade não será revelada.

Vale ressaltar também que a não participação no estudo não interferirá na sua nota no estágio e o questionário não será usado como forma de avaliação, principalmente porque você não irá se identificar.

Se em algum momento da entrevista ou do trabalho houver dúvidas ou sugestões, coloco-me à disposição para ouvi-lo e fazer o registro da mesma, se assim desejar. Meu telefone é 36325204.

Por favor, leia o parágrafo a seguir e se concordar em participar, assine abaixo:

Declaro assim, que minha assinatura neste documento e minha participação são de livre e espontânea vontade, estando ciente que os resultados da pesquisa poderão ser divulgados e utilizados em estudos e publicações futuras.

Ficam-me assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase da pesquisa e no momento em que julgar necessário, o sigilo da minha identidade e o reconhecimento dos resultados obtidos, quando por mim solicitado. Declaro ainda, ter recebido todos esses esclarecimentos por escrito, junto com este termo de consentimento.

Assinatura do aluno (a)

Assinatura da Pesquisadora

_____/_____/_____
Data

APÊNDICE B

PRIMEIRO QUESTIONÁRIO

Código do aluno na pesquisa: _____

1) Idade:

2) Sexo:

3) Naturalidade:

4) Procedência:

5) Assinale, entre os conceitos de 1 a 5, como você avalia a importância do estágio em SAÚDE DA FAMÍLIA no curso de medicina:

1 - nada importante

2- pouco importante

3- moderadamente importante

4- bastante importante

5- muito importante

6) Você considera que esta disciplina sobre Saúde da Família poderá contribuir na sua formação como médico?

() sim

() não

() não sabe

Justifique:

7) Você considera adequada a inserção desse estágio no quinto ano?

sim

não

não sabe

Por quê?

8) Você considera que a vivência nos Núcleos de Saúde da Família (NSF) irá possibilitar uma compreensão real do Programa de Saúde da Família?

sim

não

não sabe

Por quê? _____

9) Você acha que o tempo de estágio em SAÚDE DA FAMÍLIA será adequado para que você se insira nas atividades da Equipe de Saúde da Família?

sim

não

não sabe

APÊNDICE C

SEGUNDO QUESTIONÁRIO

Código do aluno na pesquisa: _____

1) Idade:

2) Sexo:

3) Naturalidade:

4) Procedência:

5) Assinale, entre os conceitos de 1 a 5, como você avalia a importância do estágio em SAÚDE DA FAMÍLIA no curso de medicina:

1 - nada importante

2- pouco importante

3- moderadamente importante

4- bastante importante

5- muito importante

6) Você considera que esta disciplina sobre Saúde da Família poderá contribuir na sua formação como médico?

() sim

() não

() não sabe

Justifique:

7) Você considera adequada a inserção desse estágio no quinto ano?

() sim

() não

() não sabe

Por quê?

8) Você considera que a vivência nos Núcleos de Saúde da Família (NSF) irá possibilitar uma compreensão real do Programa de Saúde da Família?

() sim

() não

() não sabe

Por quê? _____

9) Classifique as atividades do estágio de SAÚDE DA FAMÍLIA, dando notas de 1 a 5 de acordo com a importância para sua formação, de acordo com a escala abaixo. Após, faça uma breve justificativa:

1 - nada importante

2- pouco importante

3- moderadamente importante

4- bastante importante

5- muito importante

atuação médica em equipe () _____

assistência médica ampliada para a família () _____

visita domiciliar () _____

consultas médicas dos membros das famílias () _____

atividades educativas: grupos, palestras, ações junto à comunidade () _____

discussão de casos de família () _____

seminários () _____

discussão de casos e atuação em saúde mental () _____

10) Você acha que as condições do estágio em SAÚDE DA FAMÍLIA possibilitaram uma boa integração entre os alunos de medicina e a equipe do NSF?

sim

não

não sabe

Dê sugestões ou faça observações:

11) Você considera que o trabalho em equipe contribui para a continuidade do seguimento do paciente?

12) Você percebeu mudanças na sua forma de atender o paciente em consulta durante o estágio em SAÚDE DA FAMÍLIA?

sim não

Quais?

13) Você acha que o tempo de estágio em SAÚDE DA FAMÍLIA foi adequado para que você se inserisse nas atividades da Equipe de Saúde da Família?

sim não não sabe

14) Você faria alguma mudança no estágio em SAÚDE DA FAMÍLIA?

sim

não

não sabe

Qual(is)?

15) Na sua opinião, qual a principal atribuição do médico de SAÚDE DA FAMÍLIA?

16) A atenção básica à saúde apresenta alguns princípios para ser desenvolvida (veja lista abaixo). Você considera que o estágio em Saúde da Família possibilitou atividades de assistência que atendiam quais princípios:

acessibilidade: sim () não () não sabe ()

longitudinalidade: sim () não () não sabe ()

resolutibilidade: sim () não () não sabe ()

trabalho em equipe: sim () não () não sabe ()

adesão do paciente: sim () não () não sabe ()

atuação na prevenção: sim () não () não sabe ()

visão do paciente como ser bio-psico-social: sim () não () não sabe ()

17) Você acha que as atividades teóricas (discussões de caso, seminários, aulas) possibilitaram a abordagem de temas importantes em SAÚDE DA FAMÍLIA?

() sim

() não

() não sabe