

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

**Estudo sobre a formação em Atenção Primária e Medicina de
Família no Curso de Medicina da Universidad Autónoma de
Madrid, Espanha, 1999/2000.**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Livre-Docente, junto ao
Departamento de Medicina Social.

Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster

**Ribeirão Preto
2004**

FICHA CATALOGRÁFICA

Forster, Aldaísa Cassanho

Estudo sobre a formação em Atenção Primária e Medicina de Família no Curso de Medicina da Universidad Autónoma de Madrid, Espanha, 1999/2000. Ribeirão Preto, 2004.

134p.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Livre-Docente, junto ao Departamento de Medicina Social.

1. Educação Médica. 2. Atenção Primária. 3. Reforma Sanitária. 4. Avaliação de Processo e Resultados. 5. Medicina de Família. 6. Investigação Qualitativa.

DEDICATÓRIA

Gilco, sou muito grata por sua presença, estímulo e amor

Mércia e Gilquinho, queridos filhos que compreenderam
a minha ausência, para dedicar-me a este trabalho

AGRADECIMENTOS

Registro aqui o meu agradecimento sincero ao **Professor Ángel Otero** pela confiança, segurança e disposição inesgotável, que tornou viável este estudo de pós-doutorado.

A **secretária Marigel** por seu acolhimento e prestimosa colaboração durante a realização deste trabalho na FM-UAM e nos Centros de Saúde de Madri.

Aos **docentes e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública** de la Facultad de Medicina de la UAM, cuja hospitalidade e atenção amenizaram os momentos difíceis no exterior.

A **secretária Milagros**, por sua amizade e desprendimento, permitindo a realização de um conjunto de atividades acadêmicas na FM-UAM.

A **Juanjo** por sua amizade e inestimável colaboração na análise estatística dos dados desta pesquisa.

As **colegas de pós-graduação Esther e Lucía** pelos bons momentos de descontração em uma profícua convivência.

Aos **colegas e funcionários do Departamento de Medicina Social**, agradeço a colaboração e minha substituição durante o afastamento das atividades para a elaboração deste trabalho. Agradeço a amizade que me dedicaram durante esses anos de convivência.

A **Amábile**, que incentivou a minha ida à Madri e orientou a busca de recursos para tornar viável meu afastamento das atividades docentes, permitindo a realização do estudo e elaboração desta tese.

A **Solange**, agradeço a dedicação e compreensão nos momentos de dificuldades da elaboração da tese e do memorial. Agradeço, também, o esmero na organização dos materiais do memorial e na formatação da tese.

As **secretárias Carolina, Mônica e Regina**, um agradecimento especial pela colaboração em todos os momentos do trabalho, como este.

A **secretária Célia**, amiga dedicada, que foi um apoio à distância deste departamento, no período em que comecei o estudo de pós-doutorado junto à Faculdade de Medicina de Madri.

A **Professora Maria Célia Mendes**, que compartilhou seu tempo comigo, substituindo-me nas atividades de orientação e acompanhamento das atividades dos alunos de graduação, meu agradecimento pelas suas palavras de incentivo no período de elaboração deste trabalho.

A **Dra Quitéria e Enfermeira Sonia**, cuja colaboração na orientação dos alunos e residentes no Núcleo de Saúde da Família 1 vem permitindo conciliar as atividades de extensão e de pesquisa, como as deste trabalho.

Agradeço as agentes comunitárias de saúde **Maria Lúcia, Névia, Cláudia, Vani, Viviani e auxiliares de enfermagem Lucimar e Miriã** pela colaboração nas práticas de campo dos estudantes, que permitiram o equilíbrio das atividades docentes para a realização desta pesquisa.

Agradeço os **professores** associados da Unidade Docente de Atenção Primária da Universidade Autônoma de Madri, que me introduziram ao campo da pesquisa, contribuíram para a organização das entrevistas e coletas dos dados desta pesquisa. Sei que não foi fácil dividir seu escasso tempo com as demandas diárias dos Centros de Saúde e as que levei para a realização deste trabalho. Dedico este modesto trabalho aos médicos de família, enfermeiros, assistentes sociais e agentes administrativos dos Centros de Saúde da Área 5 de Atenção Primária de Madrid, que desinteressadamente participaram como sujeitos desta pesquisa.

Agradeço ao **Dr. Luiz Alberto Vázquez, Dr. M. Taboada Taboada, Enfermeira Milagros e Sra Encarna**, pela atenção e acolhimento nos primeiros contatos com as equipes de atenção primária e a realização da Prova Piloto da pesquisa de campo. Sem a sua ajuda inestimável, este trabalho seguramente não se realizaria.

Ao **Dr. Engel, Dr. Blanco, Dra. Isabel García e Dra. Isabel Parra** pelo companheirismo, confiança em expor os problemas e dificuldades enfrentadas no dia a dia das equipes dos Centros de Saúde, para conciliar o ensino, educação continuada e assistência. As expectativas futuras quanto ao potencial das atividades acadêmicas de Atenção Primária junto à Universidade de Madri dependem da motivação de vocês.

Especial agradecimento a **Dra. Lidia Sánchez Beiza**, professora de medicina de família, que tive o privilégio de conviver durante o ano de 2001. Proporcionou como coordenadora da Unidade Docente do Programa de Residência de Medicina Familiar da Área 5 de AP de Madri, os contatos iniciais com as equipes, as atividades de docência e educação continuada realizadas nos CS dessa área. Sua colaboração a este trabalho foi imensa, aumentando minha responsabilidade com sua publicação.

A **Dra Olga Olmos Carrasco**, professora de medicina de família, agradeço seu interesse e contribuição na organização das atividades de pesquisa de campo dos CS da Área 5 de Atenção Primária de Madri.

A **Professora Maria das Graças** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, meu sincero agradecimento, pela leitura e sugestões relativas ao uso da metodologia qualitativa. Suas palavras e apoio foram fundamentais para a redação deste trabalho.

As companheiras de trabalho de docência de Enfermagem em Saúde Pública, especialmente **Cecília Puntel, Tite, Silvana e Zezé**, que contribuíram na discussão de idéias e conceitos abordados no tema deste trabalho.

A **professora Suzana** pelas correções das falas dos entrevistados em língua espanhola.

Aos **Professores Laércio, Gutemberg, Sebastião, Milton e Amaury** que contribuíram para tornar realidade as atividades de ensino e pesquisa na área de Medicina de Família nesta faculdade.

Resumo

FORSTER, Aldaísa Cassanho. **Estudo sobre a formação em Atenção Primária e Medicina de Família no Curso de Medicina da Universidad Autónoma de Madrid, Espanha, 1999/2000.** Tese (Livre-Docente) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. 134p.

Este estudo teve por objetivo conhecer a formação médica em Atenção Primária na Espanha e o papel que a especialidade Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) exerceu sobre essa formação, tendo por cenário a Reforma Sanitária da Espanha no contexto da União Européia. Foi realizado no Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), em 2001.

Foi desenvolvido junto à Unidade Docente de Atenção Primária da UAM e em oito Centros de Saúde (CS) da Área 5 de AP-Madri, acreditados pela universidade, para a realização de práticas acadêmicas. A investigação adotou as abordagens quantitativa e qualitativa²⁴, utilizando-as como estratégias de aproximação da realidade mediante o estudo quantitativo, buscando compreender a complexidade dos aspectos discutidos/envolvidos por meio de uma abordagem qualitativa. As técnicas de investigação utilizadas foram: análise documental sobre o ensino de graduação da Faculdade de Medicina da UAM, estudo da estrutura docente assistencial de oito CS, observação, pesquisa de percepção e entrevistas individuais semi-estruturadas

Os principais resultados obtidos foram: a estrutura didático e assistencial dos CS da Área 5 AP de Madri era de qualidade boa a excelente, a capacidade docente oferecida esteve acima da utilização das três disciplinas em AP (optativas e obrigatória) do novo currículo médico da UAM, as equipes de AP mostraram-se motivadas para as atividades docentes de graduação médica e do programa de residência de MF y C, a realização das atividades assistenciais, de ensino e de educação continuada exigia esforços individuais das equipes e a maioria referiu expectativas de melhor integração com a unidade docente de AP e universidade.

Conclusões: a metodologia quanti-qualitativa mostrou-se adequada à pesquisa, os resultados do estudo apontaram para a necessidade de reformulações nas políticas de recursos humanos e de gestão para as mudanças pretendidas pelo sistema de saúde espanhol no contexto dos países da União Europeia.

Termos Chave: Educação médica. Atenção primária. Política de saúde. Reforma sanitária. Avaliação de processo e resultados. Medicina de família. Pesquisa qualitativa. Expectativas.

ABSTRACT

FORSTER, Aldáisa Cassanho. **Study of the training in Primary Care and Family Medicine in the Medical Course of Universidad Autónoma de Madrid, Spain, 1999/2000.** "Livre-Docência" Thesis - Faculdade de Medicina > de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. 134p

The objective of the present study was to obtain information about medical education in Primary Care in Spain and the role of Family and Community Medicine (FM) in this training. The background of the study was the Sanitary Reform of Spain within the context of the European Community and the study was conducted in the Department of Preventive Medicine and Public Health, Faculty of Medicine, Autonomous University of Madrid (UAM) in 2001.

The study was carried out at the Teaching Unit of Primary Care (PC) of UAM and at eight Health Centers (HC) in Area 5 of Primary Care-Madrid, credited by the university, for the execution of academic practices. The investigation adopted quantitative and qualitative approaches, using them as strategies for the approach to reality by means of a quantitative study, with the objective of understanding the complexity of the aspects discussed/involved by means of a qualitative approach. The techniques used for investigation were: documental analysis of the undergraduate education at the Faculty of Medicine of UAM, study of the assistance and teaching structure at the eight HC, observation, perception research, and individual semi-structured interviews.

The main results obtained were as follows: the teaching and assistance structure of the HC in area 5 of PHC in Madrid was of good to excellent quality, the teaching capacity offered went beyond the use of three disciplines in PC (optional and required) of the new medical curriculum of UAM, the PC teams were found to be motivated for the teaching activities of the medical course and of the residency program of FM, the execution of assistance, teaching and continued education required individual efforts from the team, and most of them reported expectations of a better integration between the teaching unit of PC and the university. Conclusions: the

quantitative-qualitative methodology proved to be adequate to the research and the results of the study indicated the need for reformulations of the policies of human resources and management for the changes intended by the Spanish health system within the context of the countries of the European Community.

Key Words: Medical education. Primary care. Health policy. Sanitary reform. Assessment of process and outcomes. Family medicine. Qualitative research. Expectations.

ÍNDICE

JUSTIFICATIVA

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. A Reforma Sanitária na Espanha – enfoque de Atenção Primária à Saúde (AP) e Medicina de Família.....	1
1.1.1. A formação dos especialistas em Medicina de Família e Comunitária.....	2
1.1.2. A organização do sistema de saúde espanhol – 1984 a 1990.....	7
1.1.3. A “Reforma da reforma”: 1991 a 2000.....	12
1.2. A formação médica em Atenção Primária e Medicina da Família na Espanha	19
2. OBJETIVOS	22
2.1. Objetivo Geral.....	22
2.2. Objetivos Específicos.....	22
2.3. Pressupostos.....	22
3. PERCURSO METODOLÓGICO	25
3.1. Técnicas de Investigação.....	25
3.2. Análise Documental.....	25
3.3. Estudo da Estrutura Docente Assistencial.....	26
3.4. A observação do trabalho didático e assistencial em AP e MF.....	30
3.5. A pesquisa sobre a percepção dos membros da EAP em relação ao ensino de graduação de medicina nos CS.....	32
3.6. A metodologia qualitativa.....	33
3.6.1. Campo de estudo.....	34
3.6.2. As entrevistas semi-estruturadas.....	35

4. RESULTADOS	39
4.1. O ensino de graduação de medicina junto à “Unidad Docente de Atención Primaria” da UAM.....	39
4.2. Estudo da Estrutura Docente Assistencial.....	42
4.3. A percepção dos membros de Equipe de Atenção Primária em relação ao ensino de graduação de medicina nos Centros de Saúde.....	51
4.4. A análise das entrevistas individuais dos membros da Equipe de Atenção Primária.....	61
5. DISCUSSÃO	82
5.1. A inserção das disciplinas de Atenção Primária e Medicina de Família ao currículo médico da Universidade Autônoma de Madri	83
5.2. Avaliação da estrutura docente assistencial na Área 5 AP de Madri, dos centros de saúde universitários/docentes vinculados à UAM.....	90
5.3. As atividades de docência de graduação médica nos CS segundo a percepção das equipes de atenção primária	96
5.4. Entrevistas individuais dos membros das equipes: obstáculos e fatores condicionantes ao desenvolvimento do programa docente.....	101
6. CONCLUSÃO	112
6.1. Primeiro objetivo.....	112
6.2. Segundo objetivo.....	112
6.3. O terceiro objetivo.....	112
6.4. O quarto objetivo.....	113
7. BIBLIOGRAFIA	116
ANEXOS	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Avaliação da Equipe de Atenção Primária (EAP) segundo critérios* referidos a seus profissionais, CS da Área 5-AP, Madri, 2001	44
Tabela 2-	Avaliação dos CS e suas EAP quanto à estrutura física e material, Área 5 AP, Madri, 2001.	44
Tabela 3 -	Centros de Saúde segundo as atividades de assistência sanitária prestada por médicos de família e enfermeiros, 2001.....	45
Tabela 4-	Avaliação dos CS segundo critérios referidos à organização dos serviços e educação continuada, Área 5 AP, Madri, 2001.	46
Tabela 5-	Centros de Saúde segundo os indicadores sanitários de AP referidos ao médico de família e população adscrita, Área 5 AP, Madri, 2001.....	49
Tabela 6-	Centros de Saúde segundo alguns indicadores de organização e avaliação da qualidade da estrutura física, das práticas de ensino médico e da EAP, Área 5 AP, Madri, 2001.	49
Tabela 7-	Distribuição dos Centros de Saúde segundo as disciplinas optativas em AP, FM-UAM, Área 5 AP, Madri, anos acadêmicos 1999/2000 e 2000/2001.	50
Tabela 8-	Centros de Saúde segundo a oferta (nº tutores) e utilização (nº Estudantes de Medicina - EM) relativo à disciplina de 6º ano “Rotación en los CS”, FM-UAM, Área 5 AP Madri, anos acadêmicos de 1999/2000 e 2000/2001	50

Tabela 9-	Membros das EAP que participaram da pesquisa de opinião sobre a formação médica em AP e MF segundo a profissão e sexo, CS Área 5 AP, Madri, 2001.....	52
Tabela 10-	A percepção dos membros das EAP entrevistados sobre a formação médica segundo a profissão e idade, CS Área 5 AP, Madri, 2001.....	52
Tabela 11-	Equipes de AP quanto à profissão e função atual nos CS, Área 5 AP, Madri, 2001.....	53
Tabela 12-	Entrevistados na pesquisa de opinião segundo o CS e a função atual na EAP.	53
Tabela 13-	Participantes no ensino de graduação e residência médica por centros de saúde, idade e sexo, Área 5 AP, Madri, 2001.....	54
Tabela 14-	Membros da EAP segundo tempo de trabalho.....	55
Tabela 15-	Distribuição da resposta à questão “¿En su opinión los Equipos de Atención Primaria están motivados para la función docente?”	55
Tabela 16-	Distribuição da resposta à pergunta “¿Considera que la organización del trabajo del día a día prevé una adecuada distribución entre las actividades incluyendo las de docencia?”.....	57
Tabela 17-	Distribuição de resposta à pergunta“¿Hay una política interna de estimular los profesionales para las actividades de docencia?”	57
Tabela 18-	Distribuição de resposta à pergunta “¿Los usuarios de los centros de salud aceptan bien la asistencia compartida con la docencia?”	58

Tabela 19-	Distribuição de resposta à pergunta “¿Se nota interés de la universidad en extender sus actividades de formación de pregrado a los Centros de Salud?”	58
Tabela 20-	Distribuição de resposta à pergunta “¿La selección para las plazas de profesor asociado a la universidad ha sido efectiva en cada Centro de Salud?”	59
Tabela 21-	Distribuição de resposta à pergunta “¿Los programas de formación continuada enfocan la preparación de los profesionales para la docencia?”	59
Tabela 22-	Taxa de participação dos profissionais nas reuniões de equipe.....	60

JUSTIFICATIVA

Este estudo teve por objeto conhecer a formação médica em Atenção Primária na Espanha e o papel que a especialidade Medicina Familiar y Comunitaria exerceu sobre essa formação. Foi realizado no Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, de novembro de 2000 a outubro de 2001.

Para entender os motivos que levaram à realização deste trabalho no exterior e a escolha da Espanha, são apresentados alguns aspectos e fatos relacionados à recente trajetória do ensino de graduação médico na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP nos anos 1990.

As atividades de docência, ensino, pesquisa e extensão em Atenção Primária (AP) e Saúde da Família (SF) evoluíram de forma satisfatória desde a reformulação do currículo médico da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto iniciada em 1993. A convivência em docência multidisciplinar permitiu a interação nas ações de saúde, cuidado da família e entidades da comunidade (creches, escolas e programas comunitários) e, também, a evolução do enfoque da AP e SF por disciplinas específicas como a Medicina Social, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, Clínica de Adultos e Cirúrgica para um movimento interdisciplinar. As relações que se estabeleceram em torno desse novo objeto, área de conhecimento Atenção Primária, precisavam de uma referência acadêmica na Faculdade, uma estrutura que viabilizasse a articulação docente-assistencial para dar continuidade ao projeto de trabalho. Com esse entendimento foi criado o Centro de Atenção Primária e Saúde da Família (CAPSF) em 1998 e aprovado seu Regulamento, que considerou a participação de cinco departamentos clínicos e daqueles especializados, coordenação, conselho diretor, vinculação à direção da Faculdade etc.

Em 1998 foi formado o Pólo Norte/Oeste Paulista de Formação Acadêmica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e da Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem de São José de Rio Preto, e as respectivas Direções Regionais de Saúde e as Secretarias de Saúde

dos municípios sedes. O Pólo foi responsável por um intenso programa de cursos de capacitação introdutórios e sequenciais e o I Curso de Especialização em Saúde da Família para Equipes de Saúde da Família até 2003.

Em 1999 foi implantado a primeira versão do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, denominado “Medicina Geral e Comunitária, com ênfase na Saúde da Família”, por não existir essa especialidade no conjunto dos programas oficiais de residência médica da Secretaria de Ensino Superior do Ministério de Educação e Cultura, órgão normatizador das especialidades médicas no país.

O programa de residência também tem abordagem multidisciplinar, sendo articulado ao CAPSF, portanto de responsabilidade dos Departamentos Clínicos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

A percepção mutidisciplinar desde o início das atividades de formação acadêmica e profissional em Atenção Primária e Saúde da Família na Faculdade, favoreceu a participação de outras Unidades de Ensino de Saúde do Campus Universitário de Ribeirão Preto a partir de 1998.

O programa de residência de Medicina de Família e Comunidade foi elaborado por um grupo docente da Faculdade com assessoria externa do Ministério de Saúde de Cuba (1998 e 1999).

O projeto acadêmico foi viabilizado no âmbito institucional por um conjunto de fatores favoráveis às mudanças do novo currículo médico e de outras estruturas acadêmicas, que colaboraram no processo de expansão das atividades de formação, assistência e de investigação.

O âmbito das políticas de educação médica e de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde contribuiu para dar um caráter de coerência externa do projeto às diretrizes dos órgãos oficiais e visibilidade pública ao trabalho da Faculdade, sendo de grande valia para o apoio interno acadêmico e expansão do projeto às Unidades de Ensino da Área da Saúde do Campus USP de Ribeirão Preto.

O contexto do Sistema Único de Saúde, a estratégia Saúde da Família, os Congressos da Associação Brasileira de Educação Médica, a formação da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico por

iniciativa de onze entidades ligadas ao ensino e à prática médica – Cinaem-, (Feuerwerkwer LCM, 1998, p. 90-1) e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED-, este último proposto pela Secretaria de Ensino Superior do Ministério de Educação e Cultura (Sesu/MEC) conformaram um cenário político, institucional e técnico (diretrizes curriculares site www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm, acesso 2002) receptivo a mudanças em níveis nacional e regional, que repercutiram em apoio das entidades universitárias à orientação da formação, extensão e produção de conhecimento adequados ao modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde (Leis Orgânicas da Saúde nº 8080 e nº 8142, Normas Operacionais Básicas à Saúde de 1991, 1993, 1996 e Normas de Orientação à Assistência à Saúde de 2001 e 2002).

Entretanto não foram encontradas outras experiências acadêmicas brasileiras similares que apresentassem características multidisciplinar, multiprofissional e interdisciplinar, conformando a AP e SF em área de conhecimento, que pudessem ser referências para o Campus da USP de Ribeirão Preto. Ademais, tentava-se apreender aspectos de formação de recursos humanos, gestão e gerência em AP e SF, recomendados e aplicados como medidas adequadas para fomentar cobertura e eficácia aos sistemas de saúde propostos pelas reformas sanitárias das décadas de 1970 e 1980.

Por meio do estudo da literatura científica estrangeira, congressos e reuniões foi possível tomar contato com outros sistemas de saúde que elegeram a moderna AP (Conferência de Alma Ata) como prática de assistência à saúde, estruturando a rede de serviços e organismos de Atenção Primária como centro do sistema sanitário, além de eleger o médico de AP e equipe multiprofissional, como meios para operar a estratégia APS na Reforma Sanitária nas décadas de 1980 e 1990.

Perseguindo esses propósitos, foi elaborado o projeto de pesquisa financiado pela FAPESP (processo 00/03138-3) e desenvolvido junto ao Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública da Faculdade de Medicina da Universidad Autónoma de Madrid (responsável pelo trabalho Profesor Titular Ángel Otero Puime), tendo por tema a Atenção Primária na Espanha, sua estrutura organizacional física e de pessoal, a criação e

desenvolvimento da especialidade MFyC e os significados sobre a organização do Sistema Sanitário Espanhol e da educação médica.

A partir de novembro de 2000, já na Espanha, o contexto da política de saúde o objeto da pesquisa tornaram-se mais claros com a realização da disciplina de doutorado “Tendencias en la evolución de los sistemas sanitarios. El caso español”, ministrada pelo Prof. Ángel Otero, do Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UAM (24 horas, dezembro/2000 e janeiro/2001). Também contribuiu para clarear o tema da pesquisa a frequência ao Master “Gestión de Instituciones Sanitarias – III Promoción” (500 horas, fevereiro a novembro de 2001) promovido pelo Centro Universitario de Salud Pública (Instituição mantida por convênio entre a UAM e INSALUD), que permitiu acompanhar a discussão crítica, que técnicos e profissionais vinculados à administração faziam sobre os avanços, dificuldades e mudanças nos serviços do sistema de saúde espanhol.

Integrou-se à Unidade Docente de AP da UAM, coordenada pelo Prof. Ángel Otero, freqüentando as reuniões e acompanhou as atividades de ensino e pesquisa da área de AP e MF. Essa unidade docente era multidisciplinar e constituída pelos Departamentos de Medicina Preventiva, Pediatria e Clínica Médica, e composta por médicos de família selecionados por concurso para exercerem a função de professores associados à UAM por dois anos. Além da operacionalização das atividades das disciplinas, os professores associados e o coordenador da Unidade formavam grupos de trabalho, que continuamente avaliavam e propunham melhorias para próximas turmas de estudantes. Essas atividades e o acompanhamento de alunos da FMRP-USP, que no período cursavam uma disciplina optativa junto à Unidade Docente, foram fundamentais para vivenciar o ensino acadêmico de medicina em AP e MF e perceber suas potencialidades e limites no campo da formação médica.

No período de reformulação do projeto de estudo, foram realizadas visitas para conhecer e acompanhar as práticas assistenciais e de formação médica de um dos centros de saúde. Esses contatos aportaram aspectos importantes sobre os serviços, as percepções e motivações dos membros das equipes relacionadas a suas funções assistenciais e de formação,

emergindo a necessidade de contemplar no estudo a estruturação das equipes e dos Centros de Atenção Primária como serviços assistenciais e de docência para as profissões de saúde.

Essas vivências contribuíram para reformulação do projeto de pesquisa apresentado à FAPESP e aproximação da realidade da assistência sanitária e ensino médico em AP e MF da UAM junto ao sistema de saúde de Madrid dos finais dos anos 1990 e início do século XXI.

O cenário da pesquisa esteve embasado no seguinte quadro teórico:

Quadro teórico: Políticas de Saúde

- Reforma sanitária e reformulações para continuá-la no contexto da União Européia
- A construção do modelo assistencial com a estruturação dos Centros de Saúde Docentes e das equipes de atenção primária (EAP)
- O ensino de graduação de medicina e as disciplinas de AP e Medicina de Família da Universidad Autónoma de Madrid (UAM)
- Atividades do médico de família e da equipe de atenção primária e a função docente
- Medicina de família como campo de conhecimento e de práticas

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Reforma Sanitária na Espanha – enfoque de Atenção Primária à Saúde (AP) e Medicina de Família

O estudo documental da legislação e publicações referentes ao período da Reforma Sanitária e conformação do sistema de saúde espanhol esteve orientado a observar tendências e influências da formação médica em Atenção Primária e especialmente estratégias, que possibilitaram concretizar o ideário da Conferência de Alma Ata (1978) nos serviços de saúde.

Assim, o histórico do setor saúde da Espanha foi organizado em três períodos de acordo com a conformação do sistema de Atenção Primária e a criação e desenvolvimento da especialidade Medicina Familiar y Comunitaria. (MFyC)

O primeiro período, 1978 a 1984, teve como marco a criação da especialidade MFyC em 1978¹ e seu desenvolvimento na Espanha.

O segundo, 1984 a 1991, considerou a criação dos Centros de Saúde e a estruturação da Atenção Primária à Saúde no Sistema Sanitário Espanhol. Pareceu ter sido emblemático para Espanha o sistema de saúde da Inglaterra e o conceito de Alma Ata (1978), além de uma influência afirmativa da Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS)². Essas impressões foram colhidas, principalmente, do documento² que relatou a reunião europeia realizada em Madrid para a apresentação da Ley General de Sanidad e o ideário da Reforma Sanitária que fundamentaram a organização do sistema sanitário espanhol nos anos de 1980.

O terceiro referiu-se ao período 1991 a 2000, que contemplou a evolução do sistema orientado por diretrizes e princípios da constituição do Sistema Nacional de Saúde Espanhol e outro conjunto de mudanças com vistas a incluí-lo entre aqueles da União Europeia que realizavam o processo de Reforma da reforma. A discussão enfocou as diretrizes da política da saúde na década de 1990 e os princípios: a) direito à proteção da saúde; b) descentralização; c) eleição livre do médico; d) eficiência do sistema, quando

se analisaram a política de financiamento, gastos e composição do orçamento nos níveis das Comunidades Autônomas (CCAA), da Atenção Primária e Especializada^{3,4}.

Em 1995 iniciou a obrigatoriedade da formação em Medicina Familiar y Comunitaria para o exercício da especialidade no setor público espanhol, de acordo com a aplicação da normativa da União Européia. Essa medida garantiu os postos de trabalho de médicos de família dos Centros de Saúde para aqueles formados pelos programas de residência em MF y C. Além do papel dos médicos e equipes de AP na evolução do sistema de saúde espanhol, esse período trouxe também o desafio de continuar organizando o sistema para alcançar o objetivo de participar de um amplo sistema de saúde constituído pelos países membros da União Européia, que persegue o desiderato de alcançar uma certa homogeneidade dos sistemas nacionais de saúde nesse contexto.

Oferece-se no quadro do Anexo 1, um resumo da análise da legislação sanitária – leis, decretos, normas etc -, de acordo com esses três períodos.

1.1.1. A formação dos especialistas em Medicina de Família e Comunitária

Até 1978, a formação de especialistas na Espanha evoluiu com os seguintes feitos:

- 1963 – início da formação de especialistas médicos mediante o sistema de residências
- 1965 – alocação do sistema de residência no Sistema de Seguridade Social
- 1966 – implantação do sistema de residência nos hospitais do Instituto Nacional de Previdência
- 1978 – criação das Comissões Nacionais de Especialidades e do Conselho Nacional de Especialidades Médicas, responsáveis por estabelecer as características teórico-práticas, os requisitos e a competência de cada Unidade Docente Acreditada.

O perfil de atribuições profissionais de cada especialidade devia ser elaborado por uma comissão local de docência formada por representantes dos chefes dos departamentos, pessoal de “staff” da instituição e os residentes.

A MFyC foi considerada “como una especialidad en el campo de atención primaria ya que cumple los cuatro criterios necesarios”: a) conjunto de conocimientos y habilidades, b) campo preciso de actividades, c) área propia de investigación, en atención primaria, y, d) necesidad de programas de formación específicos...”¹

A instituição da especialidade em Medicina Familiar y Comunitaria na Espanha¹ ocorreu com o Real Decreto 2015/1978, de 15 de julho, da Presidência do Governo “por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas (B.O.E. número 206, de 29 de agosto de 1978)”, incluída ao conjunto das 51 especialidades médico-cirúrgicas, sendo regulada como especialidade da profissão médica pelo Real Decreto 3303/1978, de 29 de dezembro.

Em outro documento (Disposições Gerais - RD 3116) era colocada a especificidade da atenção médica primária e o objeto de sua ação -individuo, familia e coletividade. As preocupações relacionavam-se com os conteúdos preventivos e comunitários da medicina geral e da atenção primária e com o médico de cabeceira nas estruturas básicas do sistema sanitario, não contemplados pelo modelo assistencial daquela época. O documento afirmava que as necessidades de saúde da sociedade, as tendências mundiais e as diretrizes dos Organismos Internacionais Sanitários demandavam uma estrutura sanitária distinta da existente.¹

Então era considerado que a especialidade Medicina Familiar y Comunitaria devia preparar pessoal médico adequado e especializado para as funções no primeiro nível de assistência. Discutiu-se a necessidade de estabelecer “el marco legal que regule el tipo de formación de los nuevos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, la forma de adquirirla y las condiciones de acceso a los puestos de trabajo de la estructura básica del futuro modelo sanitario”¹

Dessa documentação oficial (Decretos Reais) ressaltaram-se os seguintes pontos:

- a) o papel do médico de família, considerado “figura fundamental del sistema sanitario”, cuja função era “realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad”
- b) as características de suas tarefas e ações em atuação, individual junto à equipe, serviços, comunidade e Administração Sanitária; além de colaborar com as atividades docentes do pessoal de saúde
- c) a titulação como condição para acesso a postos de trabalho de assistência primária na Administração Pública
- d) a assistência primária definida como “la que se presta en los puestos de trabajo de Medicina General” pertencentes à Administração Pública
- e) o período de formação em três anos e os conhecimentos médicos, de outras áreas da saúde e de orientação sanitária para o paciente, família e comunidade
- f) “las áreas formativas comprenderán servicios hospitalarios, unidades especiales y prácticas supervisadas en zonas rurales y urbanas”¹.

Monforte et al¹ consideraram que o primeiro documento de trabalho elaborado pela Comisión Nacional de Medicina Familiar (1980) apresentava “los contenidos teóricos do programa poco desarrollados, establecidos solamente en líneas generales”. Analisaram também as causas que contribuíram para que o programa na fase inicial não obtivesse bons resultados, que classificaram em três grupos: a) institucionais – orientações normativas (Real Decreto – RD - 3303/1978), falta de testes pilotos, não funcionamento de comissões locais -; b) baixa receptividade à nova especialidade pelos segmentos profissionais e c) pouco impacto da especialidade no nível social.

A Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) partiu de uma nova concepção da assistência sanitária, que considerou: o objeto de ação (indivíduo, família e comunidade); as práticas do médico de família (curativas, de promoção e prevenção), integradas em uma equipe de atenção primária e em colaboração com a Administração Pública; a função

de médico de primeiro contato, que deve preservar a coordenação, continuidade e co-responsabilidade da atenção a seus pacientes etc.

Ademais de ser considerado o papel do médico de família no plano de assistência: eficácia (nível do cuidado individual de saúde), efetividade (nível comunitário), eficiência (diminuir os custos por alta resolução), ele pode colaborar com a educação sanitária e promoção da saúde na comunidade, associando seu trabalho ao da Administração Pública e Sanitária.

No campo da educação, ressaltou-se o papel do programa de educação continuada para atualização do conhecimento do médico de família, enfatizou-se que ele deve exercer tarefas docentes, expondo os estudantes de medicina às práticas em equipes de atenção primária. O estudante deve vivenciar problemas de saúde e assistência integral da saúde em nível primário, o trabalho em forma integrada e complementar dos profissionais em EAP, a prestação de assistência coordenada e contínua aos pacientes etc.

Como parte do sistema de assistência o especialista de MFyC deve: atuar como “el primero contacto de la población con los servicios sanitarios; ofrecer asistencia a todos sin distinción por grupos de edad o sexo (en zonas urbanas hay pediatra para asistencia a niños menores de 14 años)”; realizar “la asistencia al individuo sano y enfermo” com “continuidad; mantenerse disponible por veinticuatro horas del día; y, ser accesible para toda población”¹.

Foram definidos a estrutura sanitária e os Centros de Saúde “como los primeros escalones donde tendría su base la asistencia primaria”, descreveram-se também as funções da Equipe de Saúde em: “establecer el diagnóstico de salud, funciones de protección de la salud, de fomento, de recuperación de la salud y de rehabilitación, asomadas de funciones de docencia e investigación”¹.

A equipe básica de saúde constituiu-se de médico de família, enfermeira de saúde pública, assistente social e pessoal auxiliar, e, entre suas tarefas estava a coordenação do trabalho com médicos especialistas integrados ao centro de saúde e com profissionais de saúde no âmbito da comunidade. Uma série de critérios foram discutidos no sentido de que a

equipe buscasse, em relação a funções e objetivos assistenciais claros, alcançar alta eficácia e efetividade.

As funções dos componentes da equipe de saúde foram previstas e naquela época indicou-se: a função de diretor de equipe para o médico de família, a enfermeira deveria compartilhar suas funções entre a assistência aos pacientes e administração das medidas de vigilância da saúde. Assim, a enfermeira correspondia um trabalho específico de assistência de enfermagem (Processo de Atenção de Enfermagem – PAE), o assistente social integrava o diagnóstico social à atenção de saúde e, também, mantinha relações com outros níveis de assistência médica e órgãos sociais, enquanto o pessoal auxiliar era responsável pelas atividades indiretas da assistência de saúde.

Um aspecto interessante foi a menção do documento ao papel de gestão da saúde no “plano comarcal” ao especialista em Saúde Pública, que encarregava-se pela parte técnica e de execução dos programas de saúde, sendo prevista a colaboração dos membros da equipe de AP que trabalhassem naquela área do sistema de saúde.

Cabia à comunidade o nível de controle do trabalho assistencial dos centros de saúde e sugeria o documento que fosse criado o Conselho de Saúde, como órgão formado por representantes da comunidade, cuja função principal era acompanhar o processo de integração do sistema primário ao especializado e hospitalar, para que os objetivos de saúde dos centros de saúde fossem cumpridos.

Enfim a publicação em pauta estabeleceu em detalhe as bases da medicina de família, da equipe de atenção primária e do centro de saúde, dentro do processo de conformação do sistema de saúde espanhol, considerando que a Constituição Espanhola (CE), em 1978, mencionava o direito de “la protección de la salud”, porém não se referia à AP, MFyC e EAP.

A análise desse período apontou para o papel empreendedor dos autores¹ e dos médicos de família como atores do processo de criação da nova especialidade médica, que contribuiu para a orientação da organização do sistema de saúde, que teve a AP como centro. Esses atores assumiram a liderança política e técnica do Sistema Sanitário Espanhol para a

implementação da estratégia dos Centros de Saúde, como unidades de assistência e formação dos médicos especialistas em AP.

1.1.2. A organização do sistema de saúde espanhol – 1984 a 1990.

Considerou-se que para entender o movimento do setor saúde na Espanha nesse período era importante recuperar os documentos oficiais e resgatar a visão do período dos anos de 1960 sobre estrutura, organização, características dos recursos humanos e da assistência ofertada e prestada etc.

Começando com o Decreto 2766/1967, que manteve os serviços de saúde pública como parte do sistema de Previdência Social e não mencionava a Atenção Primária, a especialidade MFyC e equipe de AP. O médico de primeiro contato era o médico geral, responsável por um número de pessoas (titulares vinculados à previdência social) denominado cupos (conjunto de pessoas filiadas ao profissional de saúde). Definia a População de Referência – PR – composta pelos beneficiários, pensionistas e familiares do Sistema de Seguridade Social³.

As ações de assistência à saúde e a organização dos serviços orientavam-se pelo “Régimen General de la Seguridad Social”, que pressupunha assistência às doenças mais freqüentes.

Em 1978 foi promulgada a Constituição Espanhola que promoveu a todos cidadãos, na abrangência do território espanhol, o Direito à Proteção da Saúde.

As mudanças introduzidas consistiram em: excluir o seguro de doença (Seguro Obligatório a Enfermedad), unir os dois sistemas, sanitário e de seguridade social; orientação para a manutenção da saúde das pessoas e dos coletivos e inclusão de todas as pessoas na população de referência do sistema de saúde.

O marco do sistema traduziu-se em ações preventivas, prestações de assistência curativa e reabilitadora, serviços necessários e educação à saúde. Quanto aos profissionais do sistema houve menção apenas ao médico geral.

Em maio de 1980 o Congresso dos Deputados aprovou as “Propuestas de Resolución de la Reforma Sanitaria”.

Com o RD 137/1984⁵, implantou-se a Reforma Legislativa da Atenção Primária na Espanha. Esse documento trouxe à luz aspectos relevantes para a continuidade do processo da Reforma Sanitária: definição técnica e política da AP; a EAP e sua composição por profissionais de saúde e não sanitários, suas atribuições, jornada de trabalho e área populacional de ação; a organização do sistema de saúde segundo critérios demográficos, geográficos e sociais; a livre escolha do médico pelo usuário; a população de referência formada por indivíduos, grupos sociais e comunidade; e a participação da comunidade junto à saúde mediante a criação de Conselho de Saúde. O direito à proteção da saúde e a AP corresponderam a outro elenco de ações de saúde distinto dos anteriores. Essas ações fundamentavam-se nas funções integradas de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistenciais e de reabilitação³.

Esse RD⁵ foi importante referência para a organização dos Centros de Atenção Primária, das equipes e do sistema sanitário, pois apresentou as denominadas “Estructuras Básicas de Salud”⁵, que fundamentaram as bases, critérios, parâmetros de abrangência dos serviços essenciais de AP. De acordo com o critério de regionalização foram consideradas: Áreas de Saúde correspondentes ao espaço das Comunidades Autônomas, Zonas de Saúde coincidentes com a zona médica e adstrita ao Centro de Saúde. Até esse momento não houve menção ao médico de família e à MFyC como especialista e especialidade reconhecidos para o exercício da AP nos CS.

A publicação “La Reforma Sanitaria en España. A DEBATE ...desde una perspectiva nacional e internacional”², foi o documento da reunião feita pelo Ministério da Saúde, “para discusión y presentación del borrador de la Ley General de Sanidad”, em Madri (1984), e trouxe a visão política e técnica que subsidiou a articulação interna e externa, entre a Espanha e outros países europeus, para implantar a Reforma Sanitária no país.

Dois autores – Suárez e Wojtczak – aqui selecionados, expressaram na reunião, os rumos das mudanças da saúde na Espanha por meio do anteprojeto da Ley General de Sanidad, que regulou o direito à proteção da saúde em 1986 (Ley 14/1986).

Suárez, subsecretário do Ministerio de Sanidad y Consumo, fez uma retrospectiva das “Grandes características del desarrollo de salud en España”, em que avaliou, além dos aspectos organizacionais, funcionais e sociais do sistema de saúde, a resposta de organização aos problemas de saúde da Espanha e Europa. Criticou as múltiplas redes sanitárias públicas existentes no início do governo, os distintos subsistemas, a baixa capacidade de planejamento dos recursos de saúde, e os governos anteriores por usarem fórmulas de coordenação para enfrentar problemas de saúde de diversas naturezas.

Apresentou o Anteprojeto de criação de Serviço Nacional de Saúde para integrar as redes sanitárias públicas, a criação das Administrações Sanitárias das Comunidades Autônomas, com funções de planejamento na esfera delas e nacional. Considerou que a administração almejava substituir o modelo centrado na instituição hospitalar por outro, que propiciasse o planejamento, a organização e o funcionamento da AP e programas comunitários, valorização do conceito integral da saúde e das disciplinas sanitárias importantes para a saúde.

O Anteprojeto da Ley General de Sanidad retomou a extensão de cobertura sanitária a toda população, definiu as Áreas de Saúde como “Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas”: áreas organizadas conforme a concepção integral do sistema de saúde, responsáveis pelas prestações próprias do setor. As áreas seriam distribuídas de forma desconcentrada, em demarcações territoriais delimitadas por vários critérios, entre eles a de proximidade dos serviços aos usuários e de gestão descentralizada e participativa. Essa era a competência das Comunidades Autônomas, cabendo ao Estado a coordenação do sistema.

Esse autor diz ao final: “No quisiera concluir sin hacer una recapitulación de todo lo tratado. He intentado expresar el soporte político y filosófico de un proceso de reforma sanitaria que supone convertir un sistema cuyas grandes características son la multiplicidad de redes públicas, el hospitalocentrismo, el paternalismo engendrador de desigualdades, y el centralismo; por una concepción integral de la salud, donde los derechos sanitarios de la población y el derecho a la salud a la cabeza, sean algo

efectivo y estructurado en el contexto del Estado diseñado en nuestra Constitución de 1978.”

Em “La respuesta organizativa a los problemas de salud en España y Europa”, Wojtczak, diretor da Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Europa apresentou a situação dos sistemas sanitários da Europa e as expectativas de mudanças no sentido do consenso de prioridades de políticas de saúde para Europa e para todos os países membros da OMS.

A Oficina Regional para Europa exerceu importante influência sobre o “Anteproyecto de Ley General de Sanidad” e a reforma em seus primeiros passos.

A Assembléia Mundial de Saúde de 1977 definiu os principais objetivos sociais dos governos e da OMS para a próxima década – que todos cidadãos do mundo no ano 2000 tenham um nível de saúde adequado que lhes permita uma vida social e economicamente produtiva – Resolução AMS 30.43., expressão conhecida amplamente por “Saúde para todos...”

Wojtczak² considerou que “como complemento a esta resolución histórica de la Asamblea Mundial, fue organizada una Conferencia Internacional de la Asistencia Primaria de Sanidad, en conjunto con la OMS y la UNICEF en 1978 en Alma Ata, representaciones de 134 gobiernos adoptaron unánimemente la Declaración que afirmó ‘la asistencia primaria sanitaria es la llave para lograr la salud para todos en el año 2000’ ”.

Apresentou a estratégia regional, organizada em três áreas principais: a promoção de estilos de vida orientados para a saúde, a redução de aspectos preveníveis e a provisão de assistência adequada, acessível e aceitável por todos, utilizando a Assistência Primária como uma ferramenta importante.

Foram discutidos a diversidade dos sistemas de serviços sanitários, a “propensión hacia los niveles secundarios y terciarios a costa del nivel sanitario de Asistencia Primaria”², a necessidade de médicos gerais, a importância de um sistema integrado e de assistência primária com participação comunitária efetiva e ativa, além do papel insubstituível da AP em qualquer sistema integral de saúde

Então a OMS difundiu o conceito da assistência sanitária como um direito de todos os cidadãos e o financiamento público para enfrentar as iniquidades resultantes das variações do mercado privado de saúde.

Nas palavras de Wojtczak “está bastante claro que en muchos países de la región europea, la implementación de los principios subyacentes de la estrategia europea durante los próximos dieciséis años, implicará cambios mayores en la práctica profesional y en la organización de las finanzas de la asistencia sanitaria.”

Concluiu dizendo que a tendência apontava para “sistemas de servicios sanitarios más efectivos y equitativos para realizar una “mejor salud para todos” a los niveles nacionales y regionales”.

A Lei Geral da Saúde (Ley General de Sanidad 14/1986) regulamentou o direito à proteção da saúde, considerou o enfoque de AP como o principal do sistema sanitário, a especialidade MFyC como área de conhecimento específico, o médico geral, de família ou de AP como o profissional dos centros de saúde (CS), o assalariamento dos médicos, e a livre escolha dos profissionais do CS pelo usuário. Criou o Serviço Nacional de Saúde que se constitui pelos serviços de saúde da Administração do Estado e das Comunidades Autônomas.

As Áreas de Saúde, estruturas fundamentais e gestoras do sistema, corresponderam às Comunidades Autônomas. Era garantido o direito de livre eleição do médico.

A lei considerava também o princípio da universalidade à proteção da saúde para os espanhóis e estrangeiros residentes, a atenção integral à saúde e a composição dos recursos para o financiamento oriundos das Comunidades Autônomas e corporações locais, contribuições compulsórias sobre os salários (cotizações sociais), taxas e transferências do Estado.³

O orçamento para estender a cobertura assistencial de saúde foi regulamentado pela lei 37/1988 e RD 1088/1989³.

1.1.3. A “Reforma da reforma” (1991 – 2000): obrigatoriedade da formação em Medicina Geral e as orientações/acordos/decretos para dar continuidade às reformulações do sistema de saúde espanhol.

Em 1991 surgiu o “Informe Abril”, que acrescentou a forma de capitação ao salário pago ao médico e colocava como princípios para organização do sistema de saúde: orientação para o usuário, a livre escolha do médico, a separação entre as funções financiamento e prestação. Foi implantado o Instituto Nacional de Salud – INSALUD - e elaborado o plano de gestão do Ministério de Sanidad y Consumo³.

Em 1992, foi lançado o Contrato Programa pelo Ministério de Sanidad y Consumo que consistiu em uma proposta de oferta de serviços e ações de saúde de acordo com a lógica de planejamento, garantiu o seguro universal e o financiamento solidário. De forma que o INSALUD provinha serviços com assignação de recursos, relacionava custos e atividades e introduzia ferramentas de gestão interna³.

A Resolução de 1993 colocou a forma mista de remuneração do médico (salário e capitação). À retribuição financeira da enfermeira foi incorporada a forma de capitação de acordo com a Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) vinculada aos médicos (geral e pediatria), que significava assignar um número de pessoas aos profissionais de saúde, por meio do cartão de saúde. A Circular de 07/1993 trouxe a livre eleição do médico e as instruções que estabeleciam os limites de filiação de pessoas aos profissionais médicos a “cupos” (número de filiados) de 1250 a 1500/2000 pessoas e assignação individual, através da TSI, e não mais familiar ao médico³.

No campo da formação profissional para os Centros de Saúde foi importante nesse período o cumprimento da obrigatoriedade da formação em Medicina Familiar y Comunitaria para o exercício dessa especialidade no setor público espanhol, de acordo com a aplicação da Directiva 86/457/CEE, que passou a vigorar em todos os países membros da União Européia (UE) a partir de 1995⁶.

Apontam-se aqui dois aspectos importantes da evolução da reforma sanitária espanhola: a legislação que foi sendo produzida para dar continuidade aos avanços do processo de mudanças do sistema no contexto da UE e o aporte de recursos financeiros para arcar com os gastos advindos do cumprimento dessa legislação no sistema de saúde, ressaltando-se que era preciso completar a implantação da Atenção Primária e a descentralização da gestão do sistema para as Comunidades Autônomas (CCAA).

A publicação do Ministerio de Sanidad y Consumo, ."Presupuesto INSALUD 2000- Datos y Cifras, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España, 2001, 79 p"⁴ fundamentou essa discussão do período final dos anos 1990 e início dos anos 2000, trazendo a citação das leis, decretos e acordos para assignar os recursos financeiros, necessários, para a aplicação da legislação no sistema.

Em 1994 e anos seguintes, foram realizados acordos do governo com os diversos ministérios quanto à política fiscal e financeira, que entre outros previam orçamentos crescentes e não deficitários para o Sistema Nacional de Saúde, havendo os planos de 1994 a 1997 e 1998 a 2001. Foram lançados o Contrato Programa e Contrato de Gestão, respostas técnicas para organizar receitas e gastos do sistema. Também foi emitido o Decreto 63/1995 cujo objeto foi propor um catálogo de prestações, "Ordenación de prestaciones" para a oferta de serviços de saúde, que incluiria novos tratamentos e exames complementares solicitados após resultados satisfatórios obtidos por estudos de avaliação de tecnologias (custo-eficácia, custo-efetividade etc).

Em 1997 foi apresentado o "Plan Estratégico"⁷ com metas para a assistência em AP e especializada.

Quanto ao cenário macroeconômico do orçamento do INSALUD para o ano 2000, as Leis 54 e 55/1999 (29 de dezembro) introduziram algumas disposições específicas à pasta Saúde como: competência da Comissão Interministerial de Preços dos Medicamentos em realizar revisões dos preços das especialidades farmacêuticas por motivos sociosanitários, redução do déficit público até 0,8% do PIB e a orientação do orçamento para

melhorias do saneamento e proteção social, entre outros, informando que o Estado vinha financiando 97% do INSALUD⁴.

Entre as políticas de gastos do governo, a Função Saúde recebeu tratamento especial gastando valor superior à média dos outros setores e crescendo 8% em relação a 1999.

Tomando o orçamento da Saúde para o ano 2000, as CCAA gestoras da assistência à saúde eram responsáveis por 54,35% enquanto a gestão direta do INSALUD era de 35,65%, que se distribuiu em 14,04% para AP e 21,85% para assistência especializada.

O processo de gestão do Sistema de Saúde pelas CCAA ainda não havia sido completado e haviam conseguido o “processo de transferências” do Instituto Nacional de Saúde (INSALUD) as Comunidades Autônomas de Cataluña (1981), Andalucía, Valencia, País Vasco (1987), Galicia e Navarra (1990) e Canarias (1994), enquanto as demais contavam com a gestão da saúde em seus territórios centralizada no INSALUD⁴.

O Conselho de Política Fiscal e Financeira aprovou um Modelo de Financiamento Sanitário para garantir em 1998 a 2001 a suficiência de recursos frente às necessidades reais do Sistema Nacional de Saúde (SNS), aplicado na elaboração do orçamento de 2000. Se houvessem economias dentro do setor por medidas de melhor adequação dos gastos, elas seriam revertidas no próprio sistema para outros fins de saúde.

Os coeficientes de participação das CCAA no orçamento do SNS seguiram o critério da população coberta, correspondendo a 98,1% dos fundos totais (critério capitativo), enquanto o fundo de atenções especiais compreendeu dois outros itens, o fundo de modulação financeira (perda de população coberta) e o de assistência hospitalar, que compensou os gastos com centros de docência e assistência hospitalar a pacientes que se deslocaram a outros territórios.

O orçamento de 2001 aumentou em 7,5% em relação a 2000, o que significou um crescimento nominal de 5,8% do PIB (Modelo de Financiación de la Sanidad) e o Fundo de Assistência Hospitalar (pacientes deslocados a outros territórios e a docência desenvolvida).

O INSALUD é o órgão gestor da assistência à saúde da Seguridade Social e desde 1999 “el sistema sanitario se financia exclusivamente por

aportaciones del Estado y otros ingresos, eliminándose la financiación de la Seguridad Social via cotizaciones sociales...”^{3,4}

Embora o SNS tenha conseguido grandes avanços nos últimos anos observaram-se alguns problemas importantes para a consolidação das estratégias de descentralização e o papel da Atenção Primária como centro do sistema. Em 2000 a análise do financiamento apontava algumas dificuldades que a administração do sistema planejava atacar: o orçamento inicial da saúde do ano 2000 destinava 61,85% do total para as Comunidades Autônomas “Transferidas” e a parte restante para a administração central, responsável pela gestão da assistência à saúde nas CCAA de gestão não transferida, a Atenção Especializada responsável por 22,39%, enquanto à Atenção Primária correspondia 14,37%, dos quais 58,91% estiveram comprometidos com os gastos de Farmácia. À Formação de pessoal da saúde coube 0,77% e Administração e serviços gerais-0,61%.

O INSALUD era gestor da prestação de assistência sanitária em 10 C.C.A.A. e nas cidades de Ceuta e Melilla; com uma rede de 82 hospitais e 1000 Centros de Saúde, 150 000 profissionais e um orçamento de 1 bilhão e 659 milhões de pesetas no ano 2000.

O INSALUD é órgão autônomo adscrito ao Ministerio de Sanidad y Consumo através da Secretaria de Assistência Sanitária, cujo titular assume a Presidência Executiva do Instituto, com competências de Secretário Geral, planeamento, avaliação do SNS, entre outras.

Os Reais Decretos 839/96 y 1893/96 contiveram a Normativa Básica que regulou a estrutura orgânica do Ministerio de Sanidad y Consumo e do INSALUD. No final dos anos de 1990, esse Instituto esteve submetido a um intenso e profundo processo de transformação, realizando mudanças administrativas introduzidas pela legislação e recomendadas por grupos de assessores (Subcomissão Parlamentar de Saúde) como: elaboração do “Plan Estratégico”⁷, embasando-se em duas Normas aprovadas referentes à Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitação de novas formas de gestão no INSALUD e à Ley 50/1998, de “Acompañamiento a la Ley de Presupuestos Generales de Estado para 1998”, apresentou o RD 29/2000 (de 14 de

janeiro) e o Regulamento que desenvolveu a Ley 50/1998 no tema das Fundações Públicas Sanitárias.

O “Plan Estratégico”⁷ continha a passagem das competências no campo sanitário para todas as Comunidades Autônomas em 2002, dando prosseguimento ao processo de descentralização da esfera de governo nacional. Sinalizava como função da esfera nacional a formulação de políticas de saúde e do financiamento público, enquanto o planejamento e prestação da assistência sanitária, bem como parte do financiamento passavam para a competência das CCAA e dos municípios.

Ressaltavam-se no plano organizativo do “Plan Estratégico” o seguinte: orientar os serviços sanitários para os cidadãos; separar as funções de contratação e provisão; maior autonomia dos centros; fomentar maior participação dos profissionais na gestão; possibilitar livre escolha de centro sanitário pelos pacientes; alcançar os princípios diretores do Sistema Sanitário – cobertura universal, financiamento público, seguro público frente ao risco de doença e equidade na distribuição de recursos. Pressupunha a modernização da Organização e da Gestão Sanitária mediante a introdução de novas formas de gestão no Sistema Nacional de Saúde. Com essa documentação e legislação pretendeu-se “dotar a los centros del INSALUD de un mayor grado de autonomía y agilidad en la gestión” por meio da melhoria da atividade e qualidade assistencial em AP e hospitalar, melhoria dos recursos humanos, recursos materiais e da participação dos profissionais da saúde na gestão dos centros, estender o modelo de Centros Coordenadores de Urgências a 100% do INSALUD, promover as ações com fim de concretizar as transferências de competências para as C.C.A.A. em matéria de saúde.⁷

Em relação a Atenção Primária à Saúde, o plano previu, no tocante à atividade assistencial, a implantação de programas de melhoria da qualidade e pesquisas de satisfação, a busca da ampliação das prestações listadas na “Cartera de Servicios” e a provisão de serviços diagnósticos aos serviços de APS, incrementando sua capacidade resolutiva. No campo das prestações farmacêuticas desenvolver as medidas previstas em “el Programa de Uso Racional de Medicamento cuya finalidad es el logro de una prescripción óptima de calidad, al menor coste posible”. Pretende-se alcançar a cobertura

de uma Unidade Móvil de Emergência (UME) para cada 185 000 habitantes, ampliar o número de Equipes de Atenção Primária (extensão de cobertura à 99% das zonas - áreas adstritas ao CS-, e à 91% da população), melhoria dos cuidados infantis no meio rural, através da criação da figura de Pediatra de Área e aperfeiçoar os serviços de atenção ao paciente – Unidades de Admissão dos CS e Equipes de Apoio à Atenção Domiciliar.

Na Atenção Especializada foi previsto o plano de melhoria da qualidade e da eficiência da utilização dos recursos mediante o “Contrato de gestión de Atención Especializada” dos centros de atenção especializada do INSALUD. Foram previstos os seguintes objetivos concretos para o exercício de 2000 : redução dos tempos de espera de cirurgias e consultas ambulatoriais; substituição de cirurgias com hospitalização por cirurgias ambulatoriais; desenvolvimento de alternativas à hospitalização e redução do período de permanência (desnecessária), estudar o impacto nas urgências hospitalares das consultas sem referência da AP, melhoria da coordenação entre a AP e a especializada, bem como entre os hospitais.

No âmbito de todo o SNS procurar-se-á melhorar a qualidade assistencial, a adequação do gasto farmacêutico, os recursos para planos de formação contínua e investigação, a assistência sanitária com meios não próprios (inclusão de provedores externos em um sistema de competência regulada). “Se intenta cumplir los siguientes objetivos: aumentar el grado de coordinación entre los servicios de transporte sanitario y los de emergencia, existentes y de nueva creación; potenciar la modalidad de concierto con centros o instituciones sanitarias externas, basado en la contratación por proceso; aproximar el servicio concertado al usuario”⁴.

No tema de separação do financiamento da função de provisão foi elaborada a Ley 6/1997 sobre Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE), que aprovou dois tipos de organizações – “Organismos Autónomos y Entidades Públicas Empresariales”. Para a primeira era dado um carácter administrativo e para a segunda, a relação jurídica necessitava ser criada por Lei.

Nas Comunidades Autônomas com gestão descentralizada já haviam sido criadas formas de gestão tanto públicas como privadas para os centros de saúde.

Uma nova figura jurídica foi criada pela Lei 50/1998 de “Acompañamiento a la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1999, en su artículo 111, denominada “Fundación Pública Sanitaria”. A essa figura atribuiu-se personalidade jurídica pública diferenciada, com patrimônio e tesouraria próprios, e com autonomia de gestão, submetidos à legislação do direito privado⁴. “A los centros que adopten las nuevas formas de gestión se garantiza la condición de servicio público, con titularidad y gestión pública”⁴.

A partir de uma visão externa e retrospectiva desde a Constituição Espanhola (CE) e a “Ley General de Sanidad” (LGS) observou-se um conjunto de mudanças e propostas para a organização do Sistema Nacional de Saúde em um processo lento e profundo a princípio (anos 1980 e primeiros anos de 1990) e rápido ao final dos anos de 1990. Entre a promulgação da CE e a LGS decorreram oito anos e entre a CE e a Reforma Sanitária de 1991 passaram-se 13 anos e entre o que se considerou Reforma da reforma (1994) houve 16 anos. Se o ponto de referência for a LGS os tempos foram de cinco anos e oito anos, respectivamente.

Terão maior influência os fatores externos sobre essas mudanças?

Ter o sistema de saúde da Inglaterra (NHS) como sistema emblemático e acrescido pelo fato de que este vivenciou um intenso processo de reformulação nos anos 1990, foi um fator contributivo para acelerar o processo de mudanças do SNS espanhol nessa década?

No início do processo de implantação, o sistema de saúde espanhol precisou romper com a vinculação ao sistema previdenciário, que implicava no marco de uma nova ideologia, com consequências sobre o financiamento, descentralização, organização etc.

As mudanças no mundo, enfocando os sistemas de saúde e os processos de reforma sanitária, foram rápidos em alguns lugares enquanto em alguns países, como pareceu ser o caso da Espanha, houve um tempo maior. As explicações devem estar nos âmbitos político, econômico e social do processo dinâmico pelo qual a sociedade espanhola passou nesse período.

1.2. A formação médica em Atenção Primária e Medicina da Família na Espanha

Na Espanha as faculdades de medicina não participam do processo de ensino de pós-graduação em MFYC. O sistema sanitário começou a responsabilizar-se pela formação especializada em 1968, quando o antigo Instituto Nacional Previsión (INP) criou o programa de Médico Interno Residente (MIR) e incorporou as especialidades hospitalares nos grandes e modernos hospitais do sistema, com professores de seu quadro (constituídos em sua maioria de médicos formados no exterior, principalmente nos Estados Unidos da América). As faculdades continuaram com seus programas de residência usando os hospitais clínicos acreditados ao Ministério de Educação (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte), que foram integrados ao INSALUD na década de 1970.

Com essa medida, o programa de residência médica (MIR) passou para a responsabilidade exclusiva do INSALUD.

Na União Européia a duração do curso médico é de 6 anos com um máximo de 5 500 horas teórico-práticas⁸, enquanto na Espanha dois decretos^{8,9} consideraram igual duração e número de horas semelhante (5000 a 5400 horas).

Em 1992 foi aprovada a “Ley Universitaria de Libre Carrera”, possibilitando a formulação de novos currículos. Assim foram considerados no mínimo 540 créditos e 6 anos, sendo esses créditos distribuídos em disciplinas “troncales” (essenciais) (+/- 400 créditos), obrigatórias (+/- 100 créditos) e optativas ou de “libre configuración” (+/- 40 a 100 créditos), o 6º ano foi constituído somente por disciplinas com atividades práticas.

Em 1989 a UAM incorporou uma disciplina obrigatória de AP no Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Entre 1992 até final de 2000, apresentaram-se três experiências que incorporaram disciplinas de medicina de família obrigatórias no currículo: Albacete ao 2º e 3º anos, Sevilla ao 6º ano (início em 2001) e Universidade (Central) de Barcelona ao 6º ano.

Para 2001/2002, foi proposta diminuição do número de créditos de 540 até 600, para 500 créditos e ao mesmo tempo definiu-se que cada crédito correspondia a 7,5 horas (antes eram 10 horas) de atividades.

Na Europa, a resolução 30/1977 do Comitê de Ministros do Conselho de Europa recomendou que fosse valorizada a medicina primária como eixo do sistema de saúde. Na Espanha, em 1978, era criada a especialidade medicina familiar y comunitaria, e no ano seguinte foi oferecido o programa de formação e exigido o concurso Médico Interno Residente para cursar o programa de residência.

A “directiva” da Comunidade Econômica Européia (Directiva 86/457/CEE) estabeleceu a necessidade da formação de no mínimo de 2 anos em medicina geral em todos os países membros e a partir de janeiro de 1995, tornou-se obrigatória a formação na especialidade para exercê-la nos sistemas públicos no âmbito da União Européia⁶. Nesse período, o sistema de saúde espanhol ampliou o número de vagas de 600 para 1500 (incremento de 12% para 30% do total) em residência de MFyC, com 3 anos de duração.

Em uma abordagem crítica em relação à formação médica de graduação na Espanha, ressaltaram-se os seguintes aspectos: a) que os currículos das faculdades de medicina espanholas (1990 a 1999) não enfrentaram satisfatoriamente os problemas existentes; b) que a organização das estruturas universitárias em departamentos e os critérios de produção científica para priorizar os claros docentes não vêm permitindo a incorporação da Atenção Primária na Universidade e c) que os sistemas de avaliação discente e docente estão desatualizados.¹⁰

Sobre o tema da incorporação efetiva da AP e MF na universidade espanhola, autores ligados à especialidade MFyC discutiram que elas já constituem uma área de conhecimento, com suficiente aporte teórico-prático e científico para fazer parte da docência de graduação em ciências da saúde¹¹. Outros discutiram que uma estratégia viável seria incluir seus conteúdos para a formação médica em medicina geral^{10,12}.

Mesmo assim valorizou-se positivamente “el papel de la AP en la reforma de la formación médica de pregrado en España”, com avanços nos últimos quinze anos e tendência à estabilização.¹⁰

Em outubro de 1999 a World Federation for Medical Education (WFME) apresentou um documento com a finalidade de estabelecer padrões internacionais para a educação médica de graduação. Desse documento sobressaíram três objetivos fundamentais: "estimular as faculdades de medicina a elaborar currículos orientados para mudanças e melhora da qualidade educativa de acordo com as recomendações internacionais; estabelecer sistema de avaliação e acreditação das faculdades de medicina em âmbito nacional e internacional, para garantia dos padrões mínimos de qualidade para os currículos; e proteger a prática da medicina e a utilização do capital humano representado pelos médicos e sua crescente internacionalização, mediante padrões internacionais bem definidos".¹³

Em base a esse documento foi elaborada a "Declaração de Granada" sobre padrões na Educação Médica de Graduação em outubro de 2001, que foi assinada por instituições representantes das faculdades de medicina espanholas, européias, panamericana e chilena. Assinaram também sociedades de educação médica, organização médica (colégio médico) e os ministérios de educação, cultura y deporte, e de sanidad y consumo e a consejería de salud de la junta de Andalucía.¹³

Entre os distintos conteúdos presentes na Declaração de Granada destacaram-se alguns relativos à responsabilidade social das faculdades de medicina como a: necessidade de estabelecer metas científicas, integração com a comunidade e entre o ensino de graduação com o de pós-graduação e a educação continuada. O papel da medicina de família e sua incorporação na graduação tornaram-se inquestionáveis, pois a integração da prática médica com a comunidade é mediada pelos serviços de atenção primária. A integração do ensino de graduação com os outros níveis de formação (pós-graduação *sensu lato* e educação continuada) passa também pela influência da medicina de família que constitui metade dos profissionais em formação.¹⁴

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Estudar a estrutura docente assistencial em Atenção Primária e Medicina de Família existente na Universidade Autônoma de Madri (UAM)

2.2. Objetivos Específicos

1. Conhecer como incluiu-se a Atenção Primária e Medicina de Família ao currículo de medicina da UAM e como eram suas atividades práticas nos Centros de Saúde Docentes, em 2000 e 2001.
2. Avaliar a estrutura e organização docente assistencial dos Centros de Saúde da Área 5 de Atenção Primária de Madri, vinculados à UAM em relação às atividades de ensino de graduação em AP e MF.
3. Analisar o desenvolvimento da docência de graduação de medicina nos Centros de Saúde da Área 5 de Atenção Primária de Madrid, acreditados pela Faculdade de Medicina da UAM, segundo a percepção de suas Equipes de Atenção Primária (EAP).
4. Identificar os obstáculos e os fatores condicionantes do desenvolvimento do programa docente a partir da valoração dos professores associados envolvidos.

2.3. Pressupostos

1. Percebeu-se um clima de desmotivação entre os médicos de família e alguns dos membros da equipe de Atenção Primária, que no caso do médico de família poderia explicar-se por um conjunto de fatores

extrínsecos e intrínsecos relacionados à gestão de pessoal da saúde. O Sistema Sanitário Espanhol foi capaz de manter por muitos anos um ambiente de inquietação e adesão aos propósitos teóricos e conceituais da Reforma da AP em alto grau junto aos profissionais de saúde. Porém, é sabido que a gestão de recursos humanos, principalmente de AP, necessita ir elaborando e apresentando novas teses para manter em nível alto a identificação dos seus funcionários com o ideário da instituição. Assim, a instituição sanitária do porte de um sistema sanitário precisaria sistematicamente formular diretrizes ou metas de políticas de recursos humanos que estimulassem a identificação dos profissionais com os objetivos institucionais. Nesse enfoque são abordados os aspectos de vínculo profissional, a sobrecarga assistencial, a carreira, as relações com a universidade etc, e a baixa expectativa de avanços na AP (plano estratégico⁷). Houve uma postura crítica por parte do médico de família e da equipe com relação às atividades de ensino e de investigação.

2. As Faculdades de Medicina Espanholas mostraram-se pouco proativas com relação à incorporação da AP e MF como área de conhecimento nas universidades, mesmo assim haviam distintas experiências com disciplinas e unidades docentes de AP, em algumas delas, além de apoios de entidades ligadas à universidade e sociedade de especialistas em MFyC.

TERRITÓRIO DA ESPANHA



3. PERCURSO METODOLÓGICO

O trabalho foi realizado na Unidad Docente de Atención Primaria de la UAM, que está formada por três docentes representantes dos Departamentos de Pediatría, de Medicina Interna e de Medicina Preventiva y Salud Pública e por professores associados representantes das Equipes de Atención Primaria de 20 (vinte) Centros de AP de Madri, acreditados para função docente de graduação médica.

Foram adotadas nesta investigação, as abordagens quantitativa e qualitativa (Minayo e Sanches)¹⁹, utilizadas como estratégia de aproximação da realidade mediante o estudo quantitativo, buscando compreender a complexidade dos aspectos discutidos/envolvidos mediante uma abordagem qualitativa. Esses autores discutiram que a articulação de ambas abordagens sob “perspectivas de natureza diferentes são complementares”.

3.1. Técnicas de Investigação

As técnicas de investigação utilizadas foram: análise documental sobre o ensino de graduação e das disciplinas de AP e MF da FM-UAM, estudo da estrutura docente assistencial de oito Centros de Saúde da UAM na Área 5 AP-Madri, a observação, a pesquisa de percepção e as entrevistas individuais semi-estruturadas .

3.2. Análise Documental

Para cumprir o primeiro objetivo específico, fez-se a coleta dos documentos referentes: à reforma de ensino superior; aos requisitos para obtenção do título de médico; aos acordos interinstitucionais entre Universidade e SNS; aos currículos e programas das disciplinas em AP da FM-UAM etc.

Foi realizada a análise descritiva da documentação e dos programas de disciplinas em AP e MF, ademais, tentou-se encontrar nexos entre a orientação realizada na UAM para adequar o currículo de sua faculdade de medicina às mudanças implementadas no contexto da União Européia.

3.3. Estudo da Estrutura Docente Assistencial

Para alcançar o segundo objetivo, foram consideradas as três disciplinas em AP e MF da Faculdade de Medicina da UAM com sua carga docente (horas de aulas e práticas, duração e número de alunos), o corpo docente oficial e honorário (colaborador) vinculado às três disciplinas referidas.

O Sistema Nacional de Saúde Espanhol era composto pelos serviços: Centros de Atenção Primária, Centros de atenção às urgências extra-hospitalares, Centros especializados extra-hospitalares, Hospitais, Farmácias, Serviços de Saúde Pública, Laboratórios de Saúde Pública, Redes de saneamento e Centros de alta tecnologia.

Os Centros de Atenção Primária ou Centros de Saúde (CS) desenvolviam as seguintes funções: realizar consultas e serviços de assistência às pessoas, realizar explorações complementares de saúde, realizar reuniões com funcionários de saúde e da comunidade, desenvolver o trabalho em equipe dos profissionais da zona básica (área adstrita ao centro) e fomentar a melhora da administração da atenção à saúde em sua zona básica.

A área física dos CS apresentava consultórios para os diferentes profissionais da equipe, salas de espera, atenção de urgências, realização de técnicas de enfermagem, sala de uso múltiplo e ginástica, banheiros, almoxarifado, área de admissão (recepção), administração e arquivo, sala de reuniões, bibliotecas e salas de coordenação.

As equipes de atenção primária eram formadas por médicos de família, pediatras, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, pessoal administrativo, zelador. As unidades de apoio às equipes estavam instaladas nos CS e eram: de saúde materno-infantil e atenção à mulher, incluindo a

matrona; atenção odontológica, incluindo os dentistas e técnicos de higiene dental; de assistência social, incluindo a trabalhadora social; de fisioterapia, incluindo o fisioterapeuta e ginástica reabilitadora.

O Sistema de Saúde possuía em 1995, 1 707 CS, 3 128 consultórios locais, 206 ambulatórios e consultórios de medicina geral e de pediatria.

As funções da Saúde Pública eram realizadas nos serviços de saúde pública, em geral administrados pelos municípios. Funcionavam como serviços de apoio aos hospitais e CS, principalmente nas atividades de planejamento, administração e avaliação. Suas atividades consistiam de: programas de informação de saúde, educação em saúde, imunizações, investigação e vigilância epidemiológica, controle do meio ambiente etc.

Foram estudados oito Centros de Saúde da Área 5, uma das onze áreas de AP da Comunidade Autônoma de Madri, quanto a critérios, indicadores, parâmetros (estrutura assistencial) e requisitos de acreditação definidos pelos órgãos responsáveis do Ministerio de Sanidad y Consumo e do Ministerio da Educación, Cultura e Desporte da Espanha^{15,16}.

O sistema de saúde estava ampliando o processo de descentralização da gestão da administração central para as Comunidades Autônomas e implementando a separação das funções de financiamento do sistema, compra e prestação de serviços. Até 2001, havia uma estrutura centralizada de tomada de decisões no nível do Estado e depois das CCAA.

A Constituição Espanhola (1978) definiu uma democracia parlamentar e do Estado das autonomias, mas no setor saúde a competência das autonomias vigorava para um conjunto de sete CCAA. Em cada Área de Saúde foram criados dois órgãos de gerência: um para os serviços de nível primário (CS) e outro para os serviços especializados (hospitais e serviços ambulatoriais).^{4,5}

A Comunidade Autônoma de Madri era formada por onze áreas de Atenção Primária, que eram constituídas quanto à gerência administrativa e uma unidade docente, subordinada à primeira, composta por um corpo técnico (médico de família, farmacêutico, enfermeiro, dentista etc), cuja competência principal era a educação continuada e o programa de residência em MFyC (interfaces hospital e CS).

**ÁREAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
COMUNIDADE AUTÓNOMA DE MADRID**



A pesquisa foi realizada na área 5 de Atenção Primária de Madri e tomou o total de oito CS, que eram vinculados à Universidade Autônoma de Madri para o ensino de graduação médica.

As equipes de AP dos oito CS estudados foram:

- Barrio del Pilar II, equipe Altamira
- Bustarviejo, equipe I
- Chopera I (Alcobendas)
- Ciudad de los Periodistas
- Fuencarral
- Fuentelarreina
- V Centenario (San Sebastián de los Reyes)
- Tres Cantos

Os dados foram coletados mediante o Formulário I “Datos de la estructura y organización del Centro de Salud, Área 5 de AP, Madrid, 2001” (Anexo 2), organizado em seis itens: 1) estrutura física, 2) estrutura de pessoal e atividades assistenciais realizadas, 3) observações da equipe do CS, 4) relação de tutores e enfermeiros acreditados, 5) relação de professores colaboradores, 6) atividades de ensino relacionadas às disciplinas referidas.

A avaliação da estrutura didático assistencial utilizou os critérios e indicadores estabelecidos para os serviços de AP pelo documento “Estructuras Básicas de Salud” (Real Decreto 137/84)⁵ e estudo de Otero e Engel¹⁷.

A acreditação dos serviços era feita segundo os requisitos dos Centros de AP associados à Universidade¹⁸ e o Real Decreto 1558/1986¹⁵ sobre contratos entre universidade e serviços de saúde (adscrição à uma Área de saúde, funções de prestação de assistência, prevenção de doenças e promoção da saúde e investigação etc.).

Além disso, os CS e hospitais devem possuir regulamento e normas de funcionamento e dispor das seguintes estruturas: consultórios médicos e de enfermeiros com capacidade instalada, sala de sessões e reuniões,

biblioteca, área de recepção de pacientes e arquivos; história clínica, sistema de registro, recursos humanos (médicos gerais, pediatras, pessoal de enfermagem, assistentes sociais e dentistas); funcionamento com atenção integral (programas de saúde com participação de distintos membros da equipe); programa de sessões e reuniões para discutir aspectos assistenciais, docentes e de investigação. Esses aspectos citados foram objeto de avaliação deste trabalho.

Os recursos humanos, materiais e organização dos CS foram analisados, utilizando-se critérios (tamanho da equipe, composição profissional da equipe, qualificação etc.) e ordenados segundo uma escala de valores: 3 significava mais favorável, 2 aceitável, 1 ou zero representavam situações desfavoráveis, conforme o Quadro 1. Além disso esses critérios foram analisados segundo indicadores recomendados (número de médicos de família, número de enfermeiros, relação número de MF por habitantes e título de especialista) e aqueles administrativos de uso rotineiro para completar a análise.

3.4. A observação do trabalho didático e assistencial em AP e MF

A observação iniciou com um acompanhamento das aulas teóricas ministradas pelos professores associados (médicos de família) da Unidade Docente de AP da UAM na disciplina optativa “Atención Primaria: la importancia de la Medicina Familiar”, no período de novembro de 2000 a fevereiro de 2001.

Nesse período foi apresentado um relatório sobre avaliação discente da disciplina e uma proposta de operacionalização das práticas dos alunos com relação aos objetivos didáticos em AP nos CS Docentes, ambos constituíram item de pauta de reunião da Unidade Docente.

A participação nas reuniões da Unidade Docente se estendeu até novembro de 2001 e permitiu conhecer a organização, os temas de discussão, as relações interpessoais dos médicos de família no papel de professores associados e suas expectativas e as orientações discutidas para avanços da Unidade.

O contato com o grupo de professores associados foi fundamental para o conhecimento dos sujeitos e do campo da pesquisa.

Além da aplicação do formulário foi utilizada a técnica de observação do campo de pesquisa dos Centros de Saúde. Este período de observação permitiu aproximações e reflexão sobre o objeto da pesquisa, influenciando sobre a escolha do instrumento e da metodologia qualitativa para estudar a situação do ensino de graduação médica na perspectiva dos profissionais das equipes de AP dos oito CS docentes da Área 5 AP-Madrid.

Ademais a observação permitiu conhecer pessoalmente a equipe do CS, visitar as suas dependências e verificar a estrutura física no tocante ao funcionamento, conforto e fluxo, freqüentar as atividades de assistência (Consultas médicas e de enfermeiro, recepção e agendamento das consultas e visitas médicas e de enfermeiro), assistir à reunião bibliográfica e de discussão de casos clínicos.

Crítérios	Indicadores
Tamanho da EAP	escala 3: 4MF, 4 enf., e total igual ou maior a 10 profissionais
Médicos gerais	escala 3: menos de 2 250 habitantes/MG; escala 2 2250 a 2500 hab/MG (nº de hab = nº de TSI – cartão de saúde)
Pediatras	escala 3: 1000 crianças/ped; escala 2: 1000 a 1250 crianças/ped
Enfermeiro	escala 3: menos de 2250hab/enferm; escala 2: 2250-2500 hab/enf.
Qualificação do médico geral	escala 3 \geq 75% dos profissionais com MIR

Quadro 1. Critérios e indicadores de recursos humanos, materiais e organizacionais dos CS, Madri, Espanha.

3.5. A pesquisa sobre a percepção dos membros da EAP em relação ao ensino de graduação de medicina nos CS

Para alcançar o terceiro objetivo específico foi enviada uma carta-convite pelo Coordenador da Unidade Docente de AP da Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid aos médicos de família (professores associados) ligados a essa unidade, apresentando a pesquisa, seus instrumentos e responsáveis, e solicitando sua colaboração e das EAP. Houve o compromisso formal dos autores com o sigilo dos dados da pesquisa.

O trabalho foi realizado nos meses de maio a outubro de 2001.

Os critérios de inclusão na amostra dos membros da EAP foram: consentir em participar da pesquisa e estar envolvido com o ensino médico de graduação como professor associado ou professor honorário (colaborador).

O instrumento aplicado denominou-se Formulario II “La docencia de pregrado en AP/MF en los centros de salud acreditados por la Facultad de Medicina de la UAM, 1999/2000 y 2000/2001” (Anexo 3), que era composto em sua totalidade de questões fechadas (exceto a última), com as alternativas sim, não e não respondeu, nos seguintes temas:

- a) motivação da equipe
- b) organização das práticas assistenciais e do ensino de medicina
- c) existência de uma política interna favorável à docência
- d) aceitação do usuário em compartilhar sua assistência com o ensino
- e) tendência da universidade em estender as atividades de ensino de graduação aos CS
- f) conhecimento do processo de seleção das vagas de professor
- g) formação didática dos profissionais para a docência de medicina
- h) observações e sugestões sobre a temática (aberta).

Foram também coletados os dados pessoais dos profissionais entrevistados: iniciais do nome e sobrenome, idade, sexo, titulação profissional, situação atual quanto a cargo e função, tempo na função, relação com a docência de graduação e pós-graduação de residência, tipo e frequência às atividades de educação continuada e observações.

A análise dos dados foi realizada mediante o programa estatístico SPSS/PC versão 10,0 para Windows²⁰.

3.6. A metodologia qualitativa

Para cumprir o quarto objetivo específico foi eleita a metodologia qualitativa e utilizado o referencial metodológico da autora Minayo²¹.

A investigação, como um todo, teve por base o trabalho de Minayo e Sanches (1993)¹⁹, que consideraram o recurso da complementaridade que as abordagens quantitativa e qualitativa podem proporcionar ao conhecimento da realidade do objeto de estudo.

Por isso foram utilizados os recursos da pesquisa quantitativa para os três primeiros objetivos e abordagem qualitativa para este quarto objetivo. Ademais a abordagem qualitativa contribui para aprofundar e intensificar o estudo de processos vivenciados por determinados grupos da sociedade, segundo Roque (2001)²².

Essa abordagem pareceu ser adequada para conhecer a visão dos profissionais da Equipe de AP sobre a estruturação e desenvolvimento dos Centros de Saúde Docentes no âmbito da política sanitária da Espanha. Também para apreender a percepção dos professores associados e membros da Equipe de AP sobre sua participação nas atividades de ensino de graduação de medicina da Universidade Autônoma de Madri.

A fundamentação teórica para utilizar as duas abordagens foi discutida por Minayo e Sanches¹⁹, que consideraram que as ciências sociais devem “examinar a estrutura motivadora da ação humana” para preservar “a própria essência”, além de buscar “a compreensão do significado da ação humana, e não apenas a descrição de comportamentos”. E “que o elemento essencial na interpretação da ação é o dimensionamento do significado subjetivo daqueles que dela participam (Weber)”.

A abordagem qualitativa permite perceber a nítida distinção entre “a compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam” e a ordenação do social mediante a descoberta de leis ou do

trabalho em estabelecer categorias/conceitos a partir das observações e experimentações¹⁹.

Ainda, segundo os autores citados, “entende-se também que para apreender a percepção e atuação...” dos atores, “é necessário tal abordagem, compreendendo a pesquisa qualitativa como sendo capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, as últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construção humana significativa”¹⁹.

A pesquisa em questão pôde ser entendida como uma pesquisa estratégica, considerando a classificação tomada de Bulmer (1978) e citada por Minayo²¹ (1992): a pesquisa estratégica “baseia-se nas teorias das ciências sociais, mas orienta-se para problemas que surgem na sociedade, ainda que não preveja soluções práticas para esses problemas. Ela tem a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade. Seus instrumentos são a pesquisa básica tanto em termos teóricos como metodológicos; sua finalidade é a ação. Essa modalidade seria a mais apropriada para o conhecimento de políticas segundo o nosso ponto de vista, particularmente adequada às investigações em saúde”.

3.6.1. Campo de estudo

Considerou-se o campo de estudo como constituído pelos CS, o cotidiano dos membros das equipes de AP pesquisadas nas atividades de assistência e formação (ensino e educação continuada), o trabalho na Unidade Docente e as relações com a universidade mediada pelos docentes representantes dos departamentos envolvidos e a direção da FM, mas principalmente referidas ao docente coordenador por sua presença marcante na condução da unidade.

Considerou-se também a coordenação da formação do programa de residência e de educação continuada dos membros das EAP vinculada à gerência da Área 5 de AP de Madri, pertencente ao Ministério da Saúde como parte desse cenário, porém no ambiente dos CS, onde essas ações

estão sendo realizadas (ponta do sistema). Ou seja, por meio das entrevistas foram obtidas informações e observações sobre o processo de acreditação dos CS e das equipes de AP e observações sobre o programa da especialidade em MFyC, em um recorte particular do campo da pesquisa, permitindo que o cenário da universidade, dos professores associados e das equipes sobressaísse na pesquisa (Roque, 2001)²².

As relações das equipes do CS com a comunidade eram mediadas pelo trabalho da assistente social, especialista em desenvolver a integração mais ativa com os órgãos da esfera municipal e com as entidades educacionais e do bem estar social, públicas e privadas. Algumas assistentes sociais foram muito receptivas à participação na pesquisa e trouxeram informações sobre algumas mudanças na concepção e organização da assistência bio-psico-social da AP que não foram referidas pelos outros participantes.

3.6.2. As entrevistas semi-estruturadas

Na fase exploratória da pesquisa foram identificados os profissionais que iriam ser entrevistados: professor associado da Universidade Autónoma de Madrid (médico de família), que era o coordenador das atividades de docência de graduação médica no CS; a responsável pela enfermagem, em geral, participava das atividades acadêmicas do ensino de enfermagem e, às vezes, acumulava a função de coordenadora de docência de graduação de enfermagem; sendo os dois profissionais coordenadores de ensino de graduação médica e de enfermagem os que representavam as equipes de AP junto à universidade.

Devido o objeto da pesquisa envolver disciplinas médicas em AP e MF com enfoques multisetorial e interdisciplinar, considerou-se necessária a entrevista da trabalhadora social, mesmo nas situações em que esta referiu não participar cotidianamente das atividades de graduação de medicina.

Assim, também se considerou a participação do coordenador médico de equipe por ser responsável institucionalmente pela gerência da equipe, com implicação na organização das práticas de saúde do CS Docente,

constituindo-se em um agente importante no processo de trabalho institucional.

Ao professor associado da EAP foi entregue a carta convite do coordenador da unidade docente, que solicitava a colaboração na realização da pesquisa, o compromisso dos responsáveis em manter o sigilo dos entrevistados e de suas informações, além de apresentar o roteiro de questões denominado “Entrevista del EAP sobre las actividades de enseñanza de pregrado de medicina en APS y MF en Centro de Salud, INSALUD-Madrid” (Anexo 4).

A Prova Piloto foi realizada no CS Fuencarral e consistiu da aplicação da entrevista semi-estruturada a quatro profissionais: professor associado, coordenador médico da equipe de AP, responsável pela enfermagem, e assistente (trabalhadora) social.

Durante a Prova Piloto houve dificuldades de comunicação entre o pesquisador e os membros da equipe de AP. Decidiu-se rever a estratégia de abordagem dos profissionais, envolvendo o professor associado como agente facilitador na aplicação da pesquisa junto à equipe, com resultados satisfatórios (taxa de resposta alta, boa qualidade dos dados coletados, interesse em conhecer os resultados do trabalho, etc.).

As temáticas enfocadas em cada questão das entrevistas foram:

- a visão do profissional sobre a política sanitária, a organização dos serviços de saúde na Espanha e a história da constituição de cada equipe e Centro de Atenção Primária foi abordada em
“ Haga un breve informe sobre la implantación y desarrollo del Centro de Salud (considerando su titulación).”
- a tentativa de conhecer o interesse e a motivação da equipe de AP para as atividades de ensino de graduação, desde a data da acreditação do serviço pela universidade, a instituição que solicitou a acreditação (a universidade, o Instituto Nacional de Saúde ou a equipe de AP), e a avaliação das práticas de ensino em
“¿cuándo el Centro de Salud fue acreditado para las actividades de enseñanza de pregrado en medicina?”

- a integração dos profissionais no processo pedagógico das disciplinas de graduação de AP e MF mediante o acompanhamento informado das decisões da Unidade Docente quanto à melhora na operacionalização dos objetivos educacionais nas práticas dos CS em
 “¿quedan claros los objetivos de enseñanza de los programas de las asignaturas de pregrado de medicina en desarrollo en el Centro de Salud?”
- a avaliação do entrevistado sobre a participação de sua categoria profissional na docência de graduação. Isto porque se percebeu durante a fase exploratória que a docência era uma função não assumida por todos os membros da equipe, embora o sistema sanitário a recomende como parte das atribuições dos seus profissionais. Para garantir confiabilidade ao resultado solicitou-se que os pares fizessem a avaliação da participação de sua categoria na docência de graduação.
 “Valore la participación de su categoría profesional en la enseñanza de pregrado en medicina ? (escasa, razonable, buena, otra)”
- A quinta questão era aberta sobre a temática ensino de graduação, esperando-se que as questões motivacionais, tanto intrínsecas como extrínsecas da atuação no nível de AP, emergissem. Em muitos casos houve um diálogo com o entrevistador.
 “Sugerencias y comentarios sobre el tema (problemas, medidas para mejoras, expectativas profesionales, etc.).”

Em base a esse referencial, foi iniciado o tratamento analítico dos dados das entrevistas do total de 27 profissionais das equipes, de oito Centros de Saúde Docentes da Área 5 de Atenção Primária de Madrid.

Foram entrevistados sete professores associados, sete coordenadores médicos de equipe de AP, seis responsáveis pela enfermagem e sete trabalhadoras sociais.

Esses sujeitos vieram convivendo com o processo de Reforma de Atenção Primária na Espanha, participando da implementação das políticas sanitárias, do trabalho em equipe, da organização e administração do CS, da

aplicação dos aspectos psico-sociais da Atenção Primária, e da formação (conteúdos, habilidades e atitudes) em AP/MF dos alunos de medicina da UAM.

Houve um primeiro contato pessoal entre o pesquisador e o profissional mediante a colaboração do professor associado, quando se informava o objetivo, o tempo de duração e forma de realização da entrevista. Algumas vezes foi necessário justificar a importância da colaboração solicitada, quando o profissional informava não ter ligação direta com o ensino de graduação de medicina.

As entrevistas foram redigidas, devolvidas à maioria dos entrevistados para apreciação quanto aos conteúdos, à seqüência dos argumentos e ao entendimento/interpretação das falas, sendo incorporadas as modificações sugeridas pelo entrevistado. As entrevistas foram redigidas e apresentadas na língua espanhola (castelhano), considerando a preocupação de manter a fidelidade ao método da pesquisa qualitativa escolhido sem interferir nos sentidos e significados que os entrevistados colocaram nas suas expressões.

Algumas dificuldades surgiram durante a realização do trabalho de campo, devido ao período de férias e a disponibilidade de tempo dos profissionais para as entrevistas. Em geral houve agendamento prévio da entrevista e se buscou realizá-la durante a jornada de trabalho da equipe nos CS.

O tempo dedicado a cada entrevista variou entre 45 a 60 minutos.

4. RESULTADOS

4.1. O ensino de graduação de medicina junto à “Unidad Docente de Atención Primaria” da UAM

A Unidad Docente de Atención Primaria era um órgão interdepartamental constituído por três departamentos clínicos da Faculdade de Medicina (Pediatria, Medicina Interna y Medicina Preventiva y Salud Pública), cujo coordenador era um docente nomeado diretamente pelo Decano da Faculdade. Vinculavam-se à unidade docente os professores associados dos Centros de Saúde acreditados pela UAM¹⁵, que eram médicos de família e passavam por um processo de seleção pública de cargos de professor associado da UAM a cada dois anos.

Em 1986 (RD1558/1986) foram estabelecidas “las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y Instituciones Sanitarias” para o marco institucional em futuros acordos entre elas, a fim de incluir a docência de graduação, pós-graduação e educação continuada, e a reciclagem dos profissionais sanitários. Nesse decreto incluíram-se os requisitos para “garantizar una adecuada formación a los estudiantes de las ciencias de la salud”... “como disponer en la estructura universitaria de un hospital y tres centros de salud,...” “los objetivos de los conciertos (docentes, asistenciales y de investigación)...” “la cobertura exclusiva de las plazas de profesor asociado en las plantillas universitarias por personal de la institución sanitaria concertada”¹⁵.

A “ORDEN de 11 de abril de 1994 permitiu a aprovação do contrato entre a Universidade Autônoma de Madri e o Instituto Nacional de Saúde”. Com isto pretendeu-se garantir a iniciativa da UAM de continuar a dispor das instituições de saúde dos setores 2, 5 e 6, além daquelas situadas em distritos cuja referência era a Fundação Jiménez Díaz. O contrato estabeleceu os seguintes objetivos: docentes referentes ao ensino de graduação e pós-graduação de medicina e de enfermagem; assistenciais referentes a melhorias na assistência sanitária devido à aplicação do conhecimento gerado pelas investigações e daquele atualizado para o

ensino universitário das profissões da saúde; e de investigação referentes a potencialização das instituições implicadas como estruturas de pesquisa²⁴.

A ORDEN¹⁶ também trouxe a relação dos centros de saúde contratados: Fuencarral, Chopera I (Alcobendas), V Centenario (San Sebastian de los Reyes), Bustarviejo I y II, Ciudad de los Periodistas, Tres Cantos y Barrio del Pilar II (Altamira), e mais sete CS, que não fizeram parte deste trabalho de investigação, para as atividades de ensino de graduação de medicina.

Para o ensino de enfermagem, todos os CS estavam elencados, exceto o CS V Centenario. Outro aspecto a registrar foi disponibilização das Escolas Universitárias de Enfermagem do Hospital La Paz e do Hospital Puerta de Hierro, instituições pertencentes ao INSALUD e vinculadas ao ensino de enfermagem da UAM.

Todavia não estava acreditado o CS de Fuentelarreina para o ensino de medicina e de enfermagem, embora já estivesse recebendo esses estudantes.

As diretrizes gerais do currículo médico na Espanha foram estabelecidas pelo Real Decreto 1417/1990⁹, com as disposições legais da Ley de Reforma Universitaria (LRU) de 1983²³, e pelo RD 1497 de 1987⁸, que aplicou essas diretrizes gerais a todos currículos de estudos universitários. Ademais foi aplicado o RD 1691/1989, que adequou o ensino de graduação médico espanhol à “Directiva 75/363/CEE” da Comunidade Econômica Européia em 1989. Esta trouxe uma orientação completa para as universidades européias no tocante à organização dos currículos para obtenção do título licenciado em Medicina.

Em 1999 foi aprovado o atual currículo da FM da UAM, que em linhas gerais, apresentou as seguintes modificações em relação ao de 1993: a) o total de créditos ou carga de ensino global diminuiu de 540 a 500, principalmente graças à redução de 62% dos créditos práticos/clínicos; b) as matérias “troncales” mantiveram o número de créditos similar nos dois ciclos; c) as matérias obrigatórias foram excluídas do primeiro ciclo e do 4º ano, existindo apenas no 5º e 6º anos, mesmo assim reduzidas em 50% de sua anterior carga didática de créditos; restando apenas quatro das 14 oferecidas em 1993; d) a obtenção dos 26 créditos de matérias optativas e

50 créditos daquelas de “libre configuración” ao longo do curso; e) tendência a um maior número de créditos teóricos no primeiro ciclo e práticos no 2º ciclo; f) modificação do conjunto das 24 disciplinas optativas, surgindo 6 novas e retirando outras da oferta, muitas já oferecidas receberam adaptações outras vieram do grupo das obrigatórias (Resolución de 1/10/1999)^{24,25}.

A análise mostrou vantagens no atual currículo como: permitir que o estudante possa administrar os créditos das disciplinas optativas e de livre configuração ao longo do curso, redução do número de créditos no ciclo clínico, etc. Porém, a integração entre as diversas matérias apresentadas em algumas disciplinas no currículo reformulado de 1993, diminuiu de importância no atual.

As disciplinas envolvendo o ensino de AP e MF eram três:

a) Disciplina “**Rotación en Centros de Salud**”, 6º ano, obrigatória, 100 horas, duração de quatro semanas, 260 alunos.

O ensino em AP na UAM foi introduzido no curso acadêmico de 1988/1989 com a disciplina “Rotación en Centros de Salud”. Essa foi a primeira introdução de atividades em Centro de Saúde, “com caráter de disciplina obrigatória no currículo médico e aprovada pelo Conselho de Universidades em 1993” na Espanha¹².

b) Disciplina **Contacto precoz del estudiante con el paciente en Atención Primaria**, 3º ano, 50 alunos, optativa, 65 horas de práticas, 6 créditos.

Iniciou no ano escolar de 1996/1997, com a primeira turma do novo currículo de 1993 da faculdade de medicina. Essa disciplina desejava expor o aluno a uma visão da saúde, isto é, do paciente, da família e seu entorno e do ambiente de trabalho em CS.

Caracterizou-se como uma atividade docente personalizada e tutorial, equivalente a um trabalho acadêmico orientado (dirigido).

c) Disciplina **Atención Primaria: la importancia de la Medicina de Familia**, 4º, 5º e 6º anos, 50 alunos, optativa, 65 horas teórico-práticas, 6 créditos.

Oferecida como uma disciplina optativa do 6º ano e que foi estendida também a alunos do 4º e 5º anos. A primeira turma de alunos do novo currículo cursou esta disciplina em 1998/1999.

Classificou-se como disciplina de “livre configuração”, com práticas tutoriais no CS e aulas teóricas (2 créditos de aulas teóricas) e apresentação de um trabalho prático sobre um caso clínico, enfocando as características da AP e do médico de família.

Para a turma de 1999/2000 foi realizada uma avaliação discente e apresentado um relatório à Unidad Docente com algumas sugestões de melhoras que foram aprovadas para o próximo ano. Formou-se uma comissão de docentes para continuar trabalhando sobre o tema.

4.2. Estudo da Estrutura Docente Assistencial

A avaliação da estrutura docente assistencial apontou que as equipes de AP eram compostas de uma média de 11 médicos de família (entre 7 e 17), 3 pediatras (entre 2 e 6), 11 enfermeiros (entre 8 e 15), um auxiliar clínico ou de enfermagem e 5 profissionais administrativos. Havia uma assistente social e uma matrona para cada duas equipes.

Observaram-se equipes grandes, com uma variação de 23 a 51 profissionais, com uma média de 32 profissionais; a trabalhadora social e a matrona formavam a equipe de apoio.

A avaliação da equipe de AP, utilizando os critérios referidos aos recursos humanos, recursos materiais e a organização, de acordo com a metodologia desenvolvida por Otero e Engel¹⁷, foi apresentada na tabela 1.

As equipes cumpriram os critérios relacionados à composição, qualificação e presença de programa de residência médica em escalas mais favorável e aceitável. Enquanto ao número de pessoas adscritas ao médico e enfermeira, três equipes apresentaram o número de cartão de saúde (tarjeta sanitaria individual - TSI) de pacientes adultos acima do limite de filiação e outros três referiram situação similar em relação ao número de crianças. Outro achado foi o traslado dos profissionais trabalhadora social (TS) e "matrona" da EAP à Equipe de Apoio.

A aplicação dos critérios e indicadores mostrou a necessidade de sua revisão (baixa capacidade discriminatória), devido às transformações que ocorreram no sistema sanitário, resultado de quinze anos de evolução.

Em relação à estrutura física e material os critérios utilizados foram consultórios exclusivos para cada um (médico e enfermeira); estruturas para trabalho coletivo como salas de reuniões, biblioteca e sala para trabalho em grupos. Os recursos materiais foram móveis, balanças, antropômetros nos consultórios e um eletrocardiógrafo em cada CS (tabela 2).

Os centros de saúde dispunham de estrutura física e material adequada para realizar suas funções do nível primário: assistência sanitária, inclusive educação em saúde e docência. Os centros mais antigos receberam adaptações em sua estrutura física com rampas externas e elevadores para fluxo de pacientes idosos e portadores de incapacidades físicas para locomoção.

O sistema de informação de saúde estava informatizado em três CS, em geral houve queixas quanto à acessibilidade telefônica (marcação de consultas por telefone) e a maioria deles dispunha de instalação de assistência de adultos separada da destinada às crianças. Em geral, eram edifícios amplos, de três andares, com área física disponível e confortável para o usuário.

As práticas de cada EAP foi analisada segundo a assistência sanitária prestada pelo médico de família e enfermeiro, e as categorias de atividades: demanda espontânea, consulta agendada, visitas médicas e de enfermeiro com agendamento (Consultas Domiciliarias con cita previa) e sem agendamento (Avisos Domiciliarios e Urgentes) na tabela 3.

Tabela 1 - Avaliação da Equipe de Atenção Primária (EAP) segundo critérios* referidos a seus profissionais, CS da Área 5-AP, Madri, 2001

Critérios	Escala		
	3 Mais favorável	2 Aceitável	1 e 0 Desfavorável
Tamanho da EAP	8	--	--
Médicos gerais	5	3**	--
Pediatras	5	3	--
Enfermeiros	8	--	--
Trabalhadora social (1/2 EAP)	--	8	--
Pessoal de apoio	8	--	--
Qualificação dos médicos gerais	7	1	
Profissionais em formação	7	1***	

* critérios estabelecidos no Real Decreto 137/84⁵

** 1 EAP possui pacientes deslocados e outros sem tarjeta sanitaria individual.

*** não acreditado para ensino de residência médica em MFyC

Tabela 2- Avaliação dos CS e suas EAP quanto à estrutura física e material, Área 5 AP, Madri, 2001.

Critérios	Nº de EAP		
	Escala		
	3	2	1 e 0
Assistência individual	8	--	--
Trabalho coletivo	7	1*	--
Recursos materiais	8	--	--

*biblioteca e sala de reunião comum

Tabela 3 – Centros de Saúde segundo as atividades de assistência sanitária prestada por médicos de família e enfermeiros, 2001

CS	Demanda/dia*		Cita previa/dia**		Dom/semana***		Avisos/sem#	
	MF	Enf	MF	Enf	MF	Enf	MF	Enf
I	32	5	3	11	0,5	4	0,5	4
II	34	18	2	13	1,5	7	1,5	3
III	35	2,5	3	18	2	1	3	1
IV	36	5	4,5	13	1,2	5	1,2	5
V	33	5	7	14	1	6	3	3
VI	42	22	2	7	7	10	5	7
VII	31	5	2	10	7	7	5	5
VIII	25	16	3	--	7	--	7	--

* demanda espontânea

** Consulta agendada

*** consulta domiciliar

visita não programada em agendamento

Os médicos referiram entre 25 e 42 consultas médicas por dia à demanda espontânea e números bem menores de consultas agendadas (entre 2 e 7 por dia); observou-se o contrário com o enfermeiro, exceto para os enfermeiros do CS VI com alta assistência à demanda. Também observou-se comportamento distinto na assistência prestada em domicílio (agendada e não) pelos enfermeiros e médicos.

Para a tabela 4, o critério utilizado era o número de horas que a organização dos CS destinou a realização dos serviços assistenciais e da educação continuada. Como as equipes referiram não dispor de registros de horas para essa finalidade foi calculado o número de horas gasto, considerando o tempo de seis minutos para a consulta médica de demanda espontânea e 30 minutos para as consultas agendadas. Tomando a distribuição das frequências dessas atividades por categoria profissional, foi obtida uma média de três horas dedicadas à demanda espontânea em 7 CS (razoável cumprimento do critério) e enquanto em quatro CS as horas dedicadas a consultas agendadas estiveram abaixo do razoável.

O trabalho de enfermeiro foi realizado em escala mais favorável e aceitável. A formação continuada foi desenvolvida favoravelmente por todas as equipes.

Tabela 4- Avaliação dos CS segundo critérios referidos à organização dos serviços e educação continuada, Área 5 AP, Madri, 2001.

Critérios	Escala		
	3	2	1 e 0
consulta médica de demanda espontânea	1	7	-
consulta médica agendada (citação prévia)*	1	2	4
participação do pessoal de enfermagem em programas de saúde	8	-	-
educação continuada**	-	8	-
consulta de enfermagem	8	-	-

* informação não obtida em um centro de saúde

** reuniões de discussão de casos e bibliográficas.

A quantificação da produção assistencial do médico e enfermeiro obtida em cada EAP foi apresentada no Quadro 2, procurando mostrar o padrão das práticas assistenciais, com possíveis reflexos sobre a formação de pessoal dos CS vinculados ao ensino de graduação e residência médica em MFyC na Área 5 AP de Madri.

A assistência médica esteve focada em atenção à demanda e a de enfermeiro caracterizou-se mais por assistência programada (citas prévias), com uma relativa atuação no entorno dos CS (visitas agendadas e não aos usuários e suas famílias).

A tabela 5 mostrou:

- Em geral houve um bom a excelente cumprimento dos objetivos da AP (CM/paciente/ano, referência à assistência especializada e relação MF/nº pacientes filiados)
- Três CS enfrentaram um total de população adstrita acima do limite desejável em AP (25 000 habitantes)

- O CS IV referiu atividade médica diária saturada devido a peculiar demanda resultante da dinâmica demográfica e facilidade de comunicação em sua zona sanitária.

Contrastando variáveis quantitativas e qualitativas de estrutura e organização do CS para analisar o quadro institucional para as atividades de ensino, foi elaborada a tabela 6. As informações dessa avaliação foram obtidas com o coordenador de cada equipe (médico de família) e o tutor oficial do programa (professor associado à UAM).

Os CS foram criados por volta dos anos de 1980 e 1990 e logo começaram com o ensino de graduação médica (média de 13 anos de existência), sendo em pouco tempo acreditados pela FM da UAM por preencherem as condições para essa função, que na percepção dos tutores oficiais era bem desenvolvida.

A estrutura física de três CS foi avaliada inadequada, adaptada e insuficiente para os fins da AP (trabalho em equipe, sistema de registros dos dados assistenciais e informatização do sistema de informações e biblioteca).

Foi consenso em todos os serviços que a equipe possuía boa preparação assistencial e docente, de acordo com o conceito de uma boa equipe emitido por um dos coordenadores de equipe e tutor oficial: “funciona bem, com bons perfís de prescrições, 90% dos casos são resolvidos sem encaminhamento para a assistência especializada”.

As EAP demonstraram interesse em participar do ensino médico da UAM, havendo uma oferta comum de tutores (médicos de AP) para as duas disciplinas optativas da FM-UAM, com uma preferência maior pela primeira disciplina. A tabela 7 mostrou os números de estudantes de medicina do 3º, 5º e 6º anos que as realizaram nos anos 1999/2000 e sua diminuição em 2000/2001.

Tomando a carga horária de práticas acadêmicas em CS (20 horas), os números de tutores e de EM, foi possível estimar a capacidade docente máxima oferecida (980 horas) para as duas disciplinas e foi estimada a carga discente multiplicando o número de total de alunos matriculados e as horas-trabalho acadêmico preconizadas que foram 780 e 600 horas, respectivamente, para cada ano letivo estudado.

Portanto houve utilização de 79,6% e 61,2% da capacidade docente nos períodos estudados para as duas disciplinas optativas em AP e MF.

A análise da disciplina no internato de 6º ano, “Rotación en los CS”, obrigatória, mostrou a mesma capacidade docente oferecida nos períodos estudados e um aumento da escolha desses CS (Tabela 8). O cálculo da capacidade docente considerou o número de tutores e 900 horas-ano de práticas (100 horas-mês por aluno, em 9 meses letivos), com os seguintes resultados: 18 000 horas-docente, 7 600 horas-aluno e 9 800 horas-aluno, respectivamente no 1º e 2º anos letivos. Houve 42,2% e 54,4% de utilização do recurso docente oferecido.

Média de atividades realizadas	Médico	Enfermeiro
Demanda espontânea	33,5/dia	9,8/dia
Programada (agendada)	3,3/dia	12,3/dia
Visita agendada	3,4/semana	5,7/semana
Visita não agendada	3,2/semana	4,0/semana

Quadro 2. Média de consultas e visitas, médicas e de enfermeiros, nos CS de Madri estudados em 2001.

Tabela 5- Centros de Saúde segundo os indicadores sanitários de AP referidos ao médico de família e população adstrita, Área 5 AP, Madri, 2001.

CS	Concentração (frecuentación) CM/paciente/a no	Encaminhamº/mês (Derivación/mes)	Nº Médicos Família	Nº Pessoas filiadas por profissional (Nº medio TSI*)	População adstrita
I	---	12%	17	2 000	38 000
II	---	15%	8	1870	16615
III	---	15%	8	2300	25000
IV	6,5	---	7	1850	14950
V	4,0	7%+	6	2100 **	15800
VI	6,0	4,6%+	9	2000	19000
VII	6,0	4,3%+	12	1400	18800
VIII	5,5	5%+	12	2250	36000

* TSI- "tarjeta sanitaria individual" por MF,

** não computados pacientes deslocados,

+ assistência especializada

Tabela 6- Centros de Saúde segundo alguns indicadores de organização e avaliação da qualidade da estrutura física, das práticas de ensino médico e da EAP, Área 5 AP, Madri, 2001.

CS	Ano criação	Ano acreditação (ensino médico graduação)	Popul. Adstrita	Avaliação práticas de ensino	Avaliação da Estrutura Física	Avaliação da EAP
I	1980	1990 (1987)	38 000	Boa	Adequada	Boa
II	1990	1995 (1992)	16615	Boa	Adequada	Boa
III	1996 (1991)	1999	25000	Boa	Adequada*	Boa
IV	1987	1988	14950	Boa	Adequada	Boa
V	1990	1990	15800	Boa	Inadequada**	Boa
VI	1987	1989	19000	Excelente	Adequada ***	Boa
VII	1979	1988	18800	Boa	Adaptada	Boa
VIII	1990	1994	36000	NR	Insuficiente	Boa

* estrutura física dificulta o contato pessoal da equipe;

** infraestrutura de documentos e de informática inadequada; biblioteca compartilhada com outras atividades (reunião)

*** problemas com o sistema de informação informatizado

NR – Não respondeu

Tabela 7- Distribuição dos Centros de Saúde segundo as disciplinas optativas em AP, FM-UAM, Área 5 AP, Madri, anos acadêmicos 1999/2000 e 2000/2001.

Centros de Saúde	1999/2000				2000/2001			
	Contato Precoce		Medicina de Família e AP		Contato Precoce		Medicina de Família e AP	
	tutor	aluno	tutor	aluno	tutor	aluno	tutor	aluno
I	7	6	7	0	7	9	7	0
II	6	5	6	1	6	2	6	2
III	7	4	0	0	7	4	0	0
IV	8	1	8	2	8	0	8	2
V	4	4	4	0	4	4	4	0
VI	7	0	7	1	7	1	1	2
VII	7	2	7	7	6	2	6	2
VIII	3	3	3	3	3	0	3	0
Total	49	25	42	14	48	22	35	8

Tabela 8- Centros de Saúde segundo a oferta (nº tutores) e utilização (nº Estudantes de Medicina - EM) relativo à disciplina de 6º ano "Rotación en los CS", FM-UAM, Área 5 AP Madri, anos acadêmicos de 1999/2000 e 2000/2001.

Centros de Saúde	1999/2000		2000/2001	
	tutores	EM	tutores	EM
I	3	16	3	25
II	4	14	4	14
III	1	2	1	6
IV	2	7	2	11
V	2	13	2	10
VI	3	3	3	11
VII	2	14	2	14
VIII	3	7	3	7
Total	20	76	20	98

4.3. A percepção dos membros de Equipe de Atenção Primária em relação ao ensino de graduação de medicina nos Centros de Saúde

Em relação ao terceiro objetivo específico, responderam o formulário da pesquisa 69 (88,0%) profissionais, sendo mulheres 75,4% dos entrevistados (maioria em todos os segmentos), enquanto 60,9% eram médicos de família (tabela 9).

Os sujeitos da pesquisa de percepção sobre o ensino de graduação nos CS foram 8 (oito) coordenadores de ensino de graduação, 6 (seis) coordenadores da residência médica em MFyC, 7 (sete) coordenadores de equipe e os membros das equipes que estavam participando das atividades de ensino de graduação durante o estudo. O cargo de coordenador de equipe estava vago em um CS.

Do total dos profissionais entrevistados 56,5% referiram ter entre 40 e 49 anos de idade e 23,2% entre 30 e 39 anos de idade. Entre os enfermeiros e médicos de família, a maioria referiu ter idade entre 40 e 49 anos (tabela 10).

A maioria (66,7%) vinha desenvolvendo atividades de assistência e docência, e 13,0% participavam de atividades de gestão e docência (tabela 11).

Encontrou-se uma grande estrutura docente nos CS com os médicos de família exercendo os papéis de coordenadores do ensino de graduação e residência médica de MFyC, ademais das funções de gestão. Ao lado dos médicos houve outro grupo de 20 profissionais (enfermeiro, assistente social e médico pediatra), que estava colaborando com a docência médica de graduação e pós-graduação (senso lato) no papel de professor honorário. Ademais, os enfermeiros estiveram envolvidos com o ensino de graduação de enfermagem e alguns estavam participando da gestão (tabela 11).

Na realidade 100% do pessoal realizavam atividades de assistência, pois era a função principal do sistema sanitário. Havia três profissionais das equipes que referiram não participar de docência de graduação, pois vinculavam-se apenas às atividades do programa de médicos internos residentes (MIR) de MFyC. Houve um médico de família que assumiu

simultaneamente a coordenação do programa de formação (MIR) e da graduação de medicina em seu Centro.

Doze profissionais participaram da gestão e coordenação docente/residência, incluindo-se o ensino de graduação de enfermagem (tabela 12). No tocante à relação da EAP com a docência de residência, 91,3% afirmou estar envolvido, diretamente (59,4%) e indiretamente (31,9%).

Tabela 9- Membros das EAP que participaram da pesquisa de opinião sobre a formação médica em AP e MF segundo a profissão e sexo, CS Área 5 AP, Madri, 2001.

Profissão	Sexo		Total
	Mulher	Homem	
Médico de família	28 (66,7%)	14 (33,3%)	42 (60,9%)
Pediatra	4 (80,0%)	1 (20,0%)	5 (7,2%)
Enfermeiro	14 (87,5%)	2 (12,5%)	16 (23,2%)
Assistente Social	6 (100,0%)	--	6 (8,7%)
Total	52 (75,4%)	17 (24,6%)	69 (100,0%)

Tabela 10- Os membros das EAP entrevistados quanto à percepção sobre a formação médica segundo a profissão e idade, CS Área 5 AP, Madri, 2001.

Profissão	Idade				Total
	30-39	40-49	50-59	60 e +	
Médico de Família	11 (26,2%)	24 (57,1%)	3 (7,1%)	4 (9,5%)	42 (100,0%)
Pediatra	--	5 (100,0%)	--	--	5 (100,0%)
Enfermeiro	--	9 (56,3%)	6 (37,5%)	1 (6,3%)	16 (100,0%)
Assistente Social	5 (83,3%)	1 (16,7%)	--	--	6 (100,0%)
Total	16 (23,2%)	39 (56,5%)	9 (13,0%)	5 (7,2%)	69 (100,0%)

Tabela 11- Entrevistados das equipes de AP quanto à profissão e função atual nos CS, Área 5 AP, Madri, 2001.

Prof.*	Função atual						Total
	Assist.°	Coord. de ensino de graduação ^{oo}	Coord. resid.♣	Gestão coord. ensino	Assistênci a e ensino	Gestão e ensino	
MF**	2 (4,8%)	5 (11,9%)	2(4,8%)	3(7,1%)	26(61,9%)	4 (4,5%)	42(100,0%)
MP***	--	1 (20,0%)	--	--	4 (80,0%)	--	5 (100,0%)
Enf.+	--	--	--	--	11 (68,8%)	5(31,3%)	16(100,0%)
AS++	1(16,7%)	--	--	--	5 (83,3%)	--	6(100,0%)
Total	3(4,3%)	6 (8,7%)	2(2,9%)	3(4,3%)	46(66,7%)	9(13,0%)	69(100,0%)

* Prof: categoria profissional,

**MF: médico de família,

***MP: médico pediatra,

+ Enf: enfermeiro,

++AS: assistente social ,

°Assist.: assistencial,

^{oo} coord.: coordenador,

♣coord. resid.: Coordenador residência

Tabela 12- Entrevistados na pesquisa de opinião segundo CS e a função atual na EAP.

CS	Função atual						Total
	Assist. °	coord. grad ^{oo}	Coord. resid.♣	gestão coord. docência	Assist. docência	gestão docência	
I	1	--	1	1	7	1	11
II	1	1	1	--	7	2	12
III	--	1	--*	--	4	2	7
IV	--	1	-	--	9	--	10
V	--	--	-	1**	4	2	7
VI	--	1	--	--	4	1	6
VII	--	1	--	1	5	--	7
VIII	1	1	-	--	6	1	8
Total	3	6	2	3	46	9	69

Faltaram informações dos coordenadores de residência dos CS VI e VIII

* não havia ensino de residência

** 1 MF coordenador de ensino de graduação e de residência

° assist. assistencial

^{oo} coord. grad. coordenador de graduação

♣coord. de resid. coordenador de residência.

Em ambos os sexos houve maior frequência de profissionais com idade entre 40 e 49 anos, observou-se um grupo jovem de mulheres, composto pela faixa de 30-39 anos (Tabela 13).

Do total, 46% referiram entre 10 e 15 anos de trabalho nessa função (tabela 14).

A maioria estava motivada para o ensino em 85,5% dos participantes (tabela 15). A variável titulação profissional estava associada à motivação da equipe ($p = 0,001$) (Tabela 7.1. em Anexo 5).

Tabela 13- Participantes no ensino de graduação e residência médica por centros de saúde, idade e sexo, Área 5 AP, Madri, 2001.

CS	Mulher			Homem			Total
	30-39	40-49	50 e +	30-39	40-49	50 e +	
I	1	3	3	1	2	1	11
II	3	8	--	--	1	--	12
III	3	1	3	--	--	--	7
IV	3	4	2	--	1	--	10
V	1	4	--	--	1	1	7
VI	2	1	1	--	2	--	6
VII	1	2	2	--	1	1	7
VIII	1	3	--	--	5	--	9
Total	15 21,7%	26 37,7%	11 15,9%	1 1,4%	13 18,8%	3 4,3%	69 99,8%

Tabela 14- Membros da EAP segundo tempo de trabalho

CS	Tempo de trabalho (anos)						Total
	< 5	5-10	10-15	15-20	20-25	25 +	
I	1	2	4	2	1	1	11
II	3	2	5	1	1	--	12
III	--	3	3	--	--	1	7
IV	1	1	4	3	--	1	10
V	--	1	5	--	1	--	7
VI	1	1	3	1	--	--	6
VII	--	1	3	3	--	--	7
VIII	--	1	5	3	--	--	9
Total	6 8,7%	12 17,4%	32 46,4%	13 18,8%	3 4,3%	3 4,3%	69 99,9%

Tabela 15- Distribuição da resposta à questão “¿En su opinión los Equipos de Atención Primaria están motivados para la función docente?”

CS	Sim	Não	Não sabe/não respondeu	Total
I	9	2	--	11
II	10	1	1	12
III	6	1	--	7
IV	8	2	--	10
V	5	1	1	7
VI	6	--	--	6
VII	7	--	--	7
VIII	8	1	--	9
Total	59 85,5%	8 11,6%	2 2,9%	69 100,0%

Seis equipes responderam que a organização das atividades não facilitou o ensino (tabela 16) e sete referiram que não perceberam uma política interna favorável à docência (Tabela 17).

Uma das equipes considerou a organização do CS favorável à docência, porém disse não existir uma política administrativa favorável ao ensino. A variável titulação profissional esteve associada à avaliação da organização das atividades no CS, incluindo as de ensino ($p = 0,000$) (Tabela 8.1. em Anexo 5).

A grande maioria (87,0%) disse que os usuários aceitavam bem a atenção à sua saúde compartilhada com o ensino (Tabela 18).

Cinco equipes disseram notar um interesse da universidade em estender o ensino de graduação aos centros de saúde e as demais referiram que não ou que não sabiam. Um resultado distinto que esteve relacionado com a composição profissional da equipe de ensino, sendo que enfermeiros e trabalhadoras sociais responderam com maior frequência no conjunto dessas categorias desconhecer esse interesse (tabela 19).

A variável titulação profissional da equipe esteve associada à percepção do interesse da universidade em ampliar as atividades de ensino nos serviços primários ($p = 0,016$) (tabela 11.1 em anexo 5).

A maioria (50,7%) desconhece o processo de seleção para o cargo de professor associado, apenas um centro opinou que tem sido efetiva a seleção (tabela 20). Houve associação entre a variável titulação profissional e a opinião em relação ao processo de seleção de vagas de professor associado ($p = 0,023$) (Tabela 12.1 em Anexo 5)

Tabela 16- Distribuição da resposta à pergunta “¿Considera que la organización del trabajo del día a día prevé una adecuada distribución entre las actividades incluyendo las de docencia?”

CS	Sim	Não	Não sabe/não respondeu	Total
I	5	6	--	11
II	5	6	1	12
III	3	3	1	7
IV	2	8	--	10
V	1	5	1	7
VI	5	1	--	6
VII	4	3	--	7
VIII	3	6	--	9
Total	28 40,6%	38 55,1%	3 4,3%	69 100,0%

Tabela 17- Distribuição de resposta à pergunta “¿Hay una política interna de estimular los profesionales para las actividades de docencia?”

CS	Sim	Não	Não sabe / não respondeu	Total
I	1	9	1	11
II	4	7	1	12
III	2	4	1	7
IV	1	9	--	10
V	--	6	1	7
VI	4	2	--	6
VII	2	4	1	7
VIII	--	9	--	9
Total	14 20,3%	50 72,5%	5 7,2%	69 100,0%

Tabela 18- Distribuição de resposta à pergunta “¿Los usuarios de los centros de salud aceptan bien la asistencia compartida con la docencia?”

CS	Sim	Não	Não sabe/não respondeu	Total
I	10	--	1	11
II	10	2	--	12
III	5	1	1	7
IV	8	1	1	10
V	6	--	1	7
VI	6	--	--	6
VII	7	--	--	7
VIII	8	1	--	9
Total	60 87,0%	5 7,2%	4 5,8%	69 100,0%

Tabela 19- Distribuição de resposta à pergunta “¿Se nota interés de la universidad en extender sus actividades de formación de pregrado a los Centros de Salud?”

CS	Sim	Não	Não sabe/não responde	Total
I	6	3	2	11
II	9	1	2	12
III	5	--	2	7
IV	6	2	2	10
V	5	1	1	7
VI	1	4	1	6
VII	3	1	3	7
VIII	3	3	3	9
Total	38 55,1%	15 21,7%	15 21,7%	69 100,0%

Tabela 20- Distribuição de resposta à pergunta “¿La selección para las plazas de profesor asociado a la universidad ha sido efectiva en cada Centro de Salud?”

CS	Sim	Não	Não sabe/ não responde	Total
I	5	--	6	11
II	5	4	3	12
III	1	2	4	7
IV	--	2	8	10
V	4	1	2	7
VI	3	1	2	6
VII	1	--	6	7
VIII	3	2	4	9
Total	22 31,9%	12 17,4%	35 50,7%	69 100,0%

A maioria (62,3%) dos entrevistados disse que os programas de educação continuada não os preparou adequadamente para o trabalho de docência de graduação, apenas uma equipe disse que sim (Tabela 21). A variável titulação profissional esteve associada à opinião sobre a formação do profissional para a docência para adultos ($p = 0,000$) (Tabela 13.1 em Anexo 5).

Tabela 21- Distribuição de resposta à pergunta “¿Los programas de formación continuada enfocan la preparación de los profesionales para la docencia?”

CS	Sim	Não	Não sabe/ não responde	Total
I	3	8	--	11
II	3	7	2	12
III	--	5	2	7
IV	3	6	1	10
V	1	4	2	7
VI	1	4	1	6
VII	6	1	--	7
VIII	--	8	1	9
Total	17 24,6%	43 62,3%	9 13,0%	69 100,0%

Tabela 22- Taxa de participação dos profissionais nas reuniões de equipe.

Titulação profissional	Tipo de reunião			
	Sessões clínicas	Casos clínicos	Bibliográficas	“Outras”
MF*	40 (95,2%)	36 (85,7%)	33 (78,6%)	15 (35,7%)
MP**	4 (80,0%)	2 (40,0%)	4 (80,0%)	3 (60,0%)
Enf.+	12 (75,0%)	8 (50,0%)	9 (56,3%)	5 (31,3%)
A.S.++	--	--	--	3 (50,0%)
Total	56 (81,2%)	46 (66,7%)	46 (66,7%)	26 (37,7%)

* MF médico de família,

** MP médico pediatra,

+ Enf enfermeiro,

++ AS Assistente social

A análise quantitativa mostrou um ambiente de formação bom, porém houve conflitos para cumprir as atividades já que uns assistiam às sessões de educação continuada e outros não, pois estavam ocupados com as atividades assistenciais (visitas programadas e não agendadas e consultas aos casos de urgências). Este aspecto pareceu passível de melhoras (tabela 22).

A frequência mensal às reuniões foi em média de 3 sessões clínicas; 2 discussões de casos clínicos; 2,4 reuniões bibliográficas e 3 “outras”. As medianas das frequências foram 4 sessões clínicas e 1 reunião mensal para as demais.

Em um item separado “outras atividades” da EAP os entrevistados informaram que costumavam realizar reuniões de: tutorização de médicos residentes, integração e educação continuada com/em radiologia e com outra especialidade, discussão de textos, organização de cursos, organização de grupos, estudos sobre metodologias de investigação, organizativas do CS e equipes, informativas sobre entidades comunitárias.

Por último, 24 profissionais fizeram as seguintes observações e sugestões em relação com o tema de ensino de graduação nos CS:

1. Integrar a Atenção Primária na Universidade, sem prejuízos de sua identidade
2. Compartilhar atividades e opiniões no âmbito da universidade (acesso e integração mais ativa ao/com o corpo docente)

3. Reconhecimento universitário do trabalho docente dos tutores (título e retribuição financeira) de graduação de medicina e de enfermagem
4. Medidas administrativas para proteção e fomento da docência no CS, inclusive quanto ao programa de formação das EAP para a docência
5. Escassa formação do aluno em aspectos psico-sociais
6. Disciplina obrigatória de Medicina de Família no curso médico
7. Incorporar a Medicina de Família como área de conhecimento no currículo médico
8. Favorecer o contato entre a Unidade Docente de AP e os professores honorários
9. “Falta formação para educação de adultos”

4.4. A análise das entrevistas individuais dos membros da Equipe de Atenção Primária

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin²⁶, que procura identificar os núcleos de sentido que na comunicação afloram e guardem relação com objetivo do estudo (Minayo)²².

De acordo com Roque²², a análise dos dados em relação aos resultados, aplicada a discursos diversificados por meio do instrumento metodológico de análise de conteúdo (Bardin)²⁶, pode alternar entre duas situações extremas de objetividade rigorosa e de rica subjetividade.

As falas dos entrevistados foram organizadas de acordo com as temáticas estabelecidas a priori pelas questões, mas alguns entrevistados acrescentaram informações da história institucional, relações com outras esferas de poder de decisão fora do sistema de saúde, aspectos da dinâmica demográfica e fluxos migratórios ao interior da Comunidade Autônoma de Madri e externa ao país etc, demonstrando uma visão ampliada da AP, sobre a dinâmica da sociedade e suas implicações na gestão e organização desses serviços.

A análise das falas dos membros da EAP sobre a política sanitária e o modelo assistencial de Atenção Primária revelou que a maioria compartilhava de uma visão clara sobre a estrutura dos serviços públicos de

saúde antes da Reforma da Atenção Primária na Espanha e depois com a implantação dos CS e das equipes de AP. Os depoimentos avaliaram favoravelmente a implementação desse novo modelo, que consideravam estar cumprindo os objetivos da AP.

“... la sustitución de la filosofía de la medicina especializada, de cupos, por el actual sistema... la antigua estructura de la consulta externa de la Seguridad Social era ineficaz y los profesionales tenían poco preparo en AP”

Coordinador médico del EAP

“El CS desenvuelve atención integral a la salud y ha puesto en práctica de la Cartera de Servicios con los programas de asistencia a la mujer, los ancianos, los inmovilizados y los enfermos terminales, los niños sanos... además son desarrollados programas de educación sanitaria para la población sana y enferma...”

Coordinador médico y profesor asociado

“Al principio existía la filosofía de medicina de atención especializada, de cupos. Poco a poco, viene desarrollando la atención dedicada a la Medicina Preventiva, enfocada en la docencia e investigación”

médico pediatra y profesor asociado

A visão das características do trabalho de AP no cotidiano trouxe significados novos das práticas de saúde aos profissionais de saúde. Surgiram potencialidades para a formação e atuação do profissional.

“El trabajo diario, rutinario, también tiene su parte emocionante, aunque no siempre parece, pues el contacto con la gente siempre emociona..... En AP siempre es más gratificante y enriquecedor, tratar con las personas sanas y las actividades preventivas son las que más valen. La formación del profesional sanitario debería de contemplar los dos sitios de formación, pues el trabajo es distinto tanto para el médico como para enfermería en el CS y el hospital.”

Coordinador de enfermería

“La carpeta de cada paciente nuevo es iniciada por la enfermera integrada al médico. Intentan cumplir el PAPPS con todos los pacientes nuevos y seguir las actividades preventivas. ...Esta actividad consiste en una diferencia de visión del papel del médico general entre los de cupos y los de EAP, pues los primeros no hacen recomendaciones de las actividades de promoción y de prevención a sus pacientes.”

Profesora asociada

“Hubo siempre una expectativa favorable a este centro. ... Antes de implnatar, realizaron los programas de salud, que más tarde fueron establecidos por el Área 5 de AP de Madrid. ...Siempre hubo muchísima ilusión en enfermería con la AP y los CS. Siempre se renueva, es una experiencia única, maravillosa, trabajar con la comunidad y educar el usuario.”

Directora de enfermería y enfermera

Dois CS começaram a funcionar simultaneamente com a implantação da Reforma Sanitária no país e um no final dos anos de 1980 como unidades docentes para a formação do especialista em MFyC (terceiro ano do programa de residência médica). Os demais vieram nos primeiros anos de 1990, integrando-se à docência de MFyC e de graduação médica, ressaltando-se que a rotação de estudantes do 6º ano de medicina da UAM nos CS iniciou em caráter voluntário, transformando-se em obrigatória em 1989.

As falas dos entrevistados resgataram os significados da experiência de construir serviços pioneiros e modelos, os múltiplos aspectos técnicos da organização e as dimensões do desafio e trabalho envolvido nesse empreendimento, que consistiu em estabelecer as novas estruturas do setor saúde.

Ressaltaram as lideranças acadêmica e gerencial envolvidas no projeto na época. A partir de 1986 a rede oficial dos serviços do Instituto Nacional de Saúde, de acordo com a Lei Geral da Saúde, incorporou todos os CS existentes.

“Fue el primer CS de Madrid, coincidiendo con el periodo del inicio de la Reforma de la AP en España, creado en 1979.Este CS es un poco atípico, pues siendo el primero de Madrid, empezó con el programa de residencia,, con la historia clínica, implantando y testando las innovaciones del sistema sanitario. Siempre fue un centro modelo...”

Coordinador médico y profesor asociado

“En 1981 fue creado el CS... como Unidad Docente extensión del Hospital La Paz para las actividades del tercer año del programa de la especialidad MFyC. Fue una iniciativa del profesor..., que participaba del grupo docente del primer programa de residencia en MFyC realizado en el Hospital La Paz.

...En 1986, el servicio se cambió en CS del INSALUD, con actuación en asistencia y docencia.”

Directora de enfermería

“Este Centro empezó como un CS Piloto para las actividades de AP. Organizaban los nuevos servicios, la informatización del sistema de información en salud etc, pero esto fue cambiando y hoy pasó a ser como cualquier otro.”

Coordinador de enfermería

Nos anos de 1990, o processo de implantação e instalação das EAP em cada CS compreendeu reuniões de preparação para os objetivos de serviços em AP nas primeiras semanas de trabalho.

“Fue presentado un anteproyecto de APS en un primer seminario.... La población de la zona básica es una mezcla de clases sociales ...hay problemas con el cumplimiento de los objetivos de APS.”

Responsable de la enfermería

“...se hizo un curso corto sobre el trabajo en equipo, puesto en común entre todos. Fue realizado un diagnóstico de salud de la comunidad.”

Responsable de la enfermería

O trabalho em equipe, a definição das atribuições e papéis dos membros da equipe, o objeto da assistência (a família no início e depois o indivíduo), a composição dos médicos com formação MIR em MFyC e de outras especialidades da Medicina Interna, foram fatores que geravam conflitos em algumas equipes.

“Durante tres o cuatro años prestaron atención a la familia. Era poco operativo trabajar de esa forma. Así, la enfermería fue dividida entre medicina general y pediátrica”

Responsable de la enfermería y enfermera

“La implantación de la Atención Primaria enfoca la Medicina Preventiva, docencia e investigación” ... El Equipo de Atención Primaria es formado por el médico de familia especialista MIR (programa de residencia - médico interno residente), médico generalista especialista MIR o no, médico pediatra especialista MIR ... El trabajo en equipo es todavía un reto.”

Profesor asociado

“... Existía gran disparidad de opiniones entre los diferentes estamentos de personal sanitario (médicos y enfermeros) sobre cómo debía distribuirse el trabajo y cómo debía ponerse en marcha un EAP ... ha tardado años reconocer las responsabilidades y las posibilidades de la enfermera como agente de salud....se llegó a un consenso, cerrándose los conflictos. Yo aún tengo poca sensación de trabajo en equipo.”

Profesora asociada de pregrado y responsable de docencia postgrado

“Un equipo pequeño, la faceta de empatía y la comunicación favorecida, han permitido empezar ideas nuevas. Hay un ambiente que motiva al trabajo en equipo, pues permite la actuación interdisciplinaria.”

Trabajadora social

“Los datos estadísticos solicitados por el sistema sanitario no reflejan las actividades del trabajador social. Las funciones no estaban bien definidas, no están enmarcadas ... buscando el propio espacio de trabajo en equipo ... Los miembros no saben bien lo que haces y se acaba haciendo intrusismo en las competencias del trabajador social.”

Trabajadora social

Surgiram avaliações críticas sobre a concepção da AP e o modelo assistencial em prática e aquele inicial, que previu a assistência bio-psico-social, os profissionais e a organização do trabalho em equipe.

“Cuando empecé a trabajar (hace 10 años), el trabajador social formaba parte del EAP. Actualmente es profesional de apoyo.al principio se le daba más importancia al trabajo comunitario y grupal, y menos al trabajo individual (de consulta); actualmente esto se ha invertido; lo más importante es el trabajo de consulta.Es muy difícil trabajar en el ámbito comunitario por dos razones fundamentales: primero el trabajo grupal y comunitario requiere tiempo (programación, evaluación y reuniones) y los profesionales están muy ocupados con la consulta, tienen poco tiempo para otro tipo de trabajo, segundo el trabajador social como unidad de apoyo tiene que estar en varios CS, disminuyendo el tiempo para ese tipo de actividades.la atención primaria esta pasando por un proceso..., todo gira en torno de la atención individual.”

Trabajadora social

“Otro problema que afecta el trabajo en equipo es la desmotivación proporcionada a través de directrices de política de recursos humanos en el sistema sanitario, por ejemplo de reducción de puestos de trabajo de enfermeras y trabajadores sociales.”

Trabajadora social

“Desde hace cinco añosel cambio del concepto de que la trabajadora social hacia parte del EAP, pasando a constituir la Unidad de Apoyo de AP. Lo mismo se pasó con la matrona, que hoy hace parte de la Unidad de Apoyo, con ello, se cambió la filosofía del EAP.”

Trabajadora social

Os coordenadores médicos e membros das equipes referiram fatores socioeconômicos e um conjunto de mudanças no perfil epidemiológico da população, os quais vinham afetando a prestação da assistência, e cuja as soluções, segundo eles, não eram da competência do nível local do sistema (coordenadores médicos e equipes).

“Este CS empezó en julio de 1990. ...la población de referencia era de 12 000 habitantes. Hoy hay 36 000 habitantes y sigue creciendo debido a conjuntos habitacionales nuevos. Fueron hechas adaptaciones para abrir tres nuevas consultas médicas. La organización del Centro cambió poco, al principio cada MF tenía el máximo de 1 500 TSI, hoy incrementó a 2 500 TSI.”

Coordinador médico

“Cada vez tenemos más enfermos. El crecimiento de la demanda a este centro se explica por el envejecimiento de la población. Los mayores de 65 años aquí, en este centros, son 30% de la población atendida. En mi consulta tengo, más o menos 500 ancianos en 1450 TSI.”

Coordinador médico

Foram abordados aspectos estratégicos de acessibilidade geográfica, cultural, de segurança e comunicação que reproduzem as desigualdades sociais, os quais (aspectos) foram elencados entre os princípios embasados pela filosofia da moderna AP.

“Me importo mucho la atención. Actualmente, estoy metida en actividades de un grupo de Alzheimer.A mi me parece que el programa de ancianos en desarrollo es reciente y de futuro.El centro presta mejores servicios a la comunidad desde su implantación, se va al domicilio, antes no se iba a otros sitios.”

Trabajadora social

“El centro queda periférico a la población que más lo necesita, que está a una distancia de ocho kilómetros del servicio sanitario. Tiene una población de clase alta, media y baja. Entonces, la gente de nivel alto usa poco el INSALUD, mientras que la gente de otros niveles mantiene una frecuencia mayor. También hay grupos de gitanos y gitanos portugueses, poblaciones nómadas , que en general son no cumplen con el calendario de vacunaciones y de tratamientos.Para mejoras en la asistencia hacemos visitas a esas familias, pero los núcleos ofrecen poca seguridad. Las propias familias nos ayudan para llevarnos y sacarnos del sitio. ...”

Profesora asociada

“Tenemos un problema serio con las citas por teléfono, porque la población básica creció, pero su solución está fuera del alcance del CS.”

Coordinadora médico

“Otro problema referente a la demanda, se percibe con la existencia de demanda innecesaria. La inmigración está demandado demasiado al sistema sanitario, casi abusando del sistema...”

Trabajadora social

As equipes, logo que se instalavam, interessavam-se em desenvolver as atividades de ensino de graduação de medicina em AP e MF. A coordenação da Unidade Docente em AP e MF procurava informar os profissionais das EAP sobre os programas das disciplinas e a forma de proceder junto à UAM e ao INSALUD para viabilizar a acreditação do CS.

Os primeiros CS criados com a finalidade de ser local de formação em AP/MF para os residentes de terceiro ano do programa nos anos de 1980, receberam as primeiras turmas de estudantes de 6ºano em caráter de estágio voluntário, pois a disciplina “Rotación en CS” ainda não havia sido incluída no currículo oficial da FM da UAM (1989). As outras disciplinas optativas foram criadas com a reforma curricular dessa faculdade em 1993, que passaram a ser oferecidas nos CS nos anos acadêmicos correspondentes à evolução da primeira turma do novo currículo.

De forma que observou-se uma sintonia entre o interesse da equipe, unidade docente e instâncias do INSALUD em acreditar o CS para a função de docência de graduação da UAM, além da acreditação para o ensino de graduação de enfermagem em AP (UAM) e residência médica em MF (coordenação de formação da Área 5 de AP de Madri).

“La acreditación oficial del Centro ocurrió en 1990, siendo el Dr..... el primer profesor asociado del centro. Sigue el centro formando residentes hace 20 años, estudiantes hace 11 años de forma oficial y más tres años no oficial. Al principio la rotación por el centro era una actividad voluntaria, a los estudiantes les empezó a gustar la rotación, que pasó más tarde a ser obligatoria.”

Profesor de postgrado

“... fue acreditado en 1987 para las actividades de enseñanza de pregrado en medicina. En los aspectos docentes el centro está dotado de un profesor asociado y monitores, que colaboran en la formación de los EM del 3º y 6º cursos”

profesor asociado de pregrado y coordinador médico

“Pienso que el EAP fue acreditado para la enseñanza de pregrado en los años de 1990. La proximidad de la facultad y las características de la población atendida son algunas de las facilidades para la docencia en el EAP...”

Docente de postgrado

“... El EAP participó de las reuniones informales sobre las plazas de profesores asociados, que hizo el profesor... en la UAM. Los tres médicos de familias se entusiasmaron desde el principio...con las actividades del 6º curso.”

Coordinador médico

“Empezó en 1988, vinieron los primeros EM (estudiantes de Medicina), desde un convenio entre el INSALUD y la Universidad, siendo los médicos de familia considerados profesores honorarios. La acreditación se oficializó en 1990.”

Coordinador médico y profesor asociado (entrevistados juntos)

“Se acreditó en 1999 como unidad docente de pregrado, pero aún no ha recibido una plaza de profesor asociado de la UAM. Según las informaciones recibidas del profesor ..., en enero próximo, tendrá esa plaza. No sé por qué el centro fue acreditado, pues nadie hizo la solicitud”

Profesora asociada

“Con los EM no hay problemas. Parece que están contentos porque siguen pidiendo. La acreditación es importante y al titular le servirá en un futuro. La buena relación entre los profesionales permite un ambiente armónico para los EM. La comunicación entre la facultad y el CS es facilitada por una línea de autobús.”

Coordinadora médico

Os enfermeiros e assistentes sociais acompanharam a distância as atividades dos EM nos CS, desconheciam os objetivos das disciplinas e informavam que era pontual algum contato com eles. Afirmavam sobre os períodos de acreditação das equipes para realizar as atividades de ensino de graduação usando como referência aqueles da acreditação do programa de residência.

“No sé decir porque colaboro con el programa de formación de estudiantes pregrado de enfermería y de la especialidad MIR de MFyC. Con los EM hablo poco.”

Trabajadora social

“Desde el primer momento se acreditó para médicos de familia, alumnos del 6º curso, alumnos de enfermería y asistentes sociales.”

Directora de enfermería

“No sé, pues las enfermeras han participado poco de las actividades de enseñanza de pregrado de medicina

Directora de enfermería

“No sé ... Con el pregrado de medicina no he trabajado de forma rutinaria. Participé de enseñanza de tres EM brasileños que hicieron una estancia en el centro en 1999, y he dado una sesión sobre la labor de la trabajadora social en AP a ellos.”

Trabajadora social

Os objetivos de ensino das disciplinas de graduação de medicina em desenvolvimento no CS foram considerados claros por muitos dos entrevistados. Porém, outros consideraram que os objetivos de ensino estavam na dependência do perfil profissional do médico tutor. Foi colocada a expectativa de os professores colaboradores (honorários) participarem mais da universidade e a criação de um departamento de MFyC junto à instituição universitária para orientar o ensino em pauta.

“No quedan claros. Solamente están claros en la asignatura del 3º curso. En relación a aquella del 6º curso no están nada claros, los contenidos y objetivos en la operatividad. ... Debe ser creado un departamento de MFyC que fije de una forma clara los objetivos de los profesores a los alumnos de pregrado.”

Coordinador médico y profesor asociado

“Depende del interés del médico, o sea de su perfil profesional. Tanto los médicos residentes como los estudiantes de medicina cambian, pues marca mucho la estancia del alumno quien lo recibe en el CS. Los estudiantes quedan aislados de los demás, junto al profesor asociado o a otro médico que desarrolla actividades de docencia. ...asisten a consultas y reciben una orientación dependiente del perfil profesional del médico tutor. Participan poco de las otras actividades del centro....La presentación de casos por alumnos está vinculada al interés del profesor asociado, algunos seleccionan casos raros, pero esto está cambiando.”

docente de postgrado

“Los objetivos de docencia de enseñanza de pregrado en medicina están claros. Los estudiantes de medicina, en la asignatura “Rotación en Centros de Salud” del 6º curso realizan una estancia de una semana en Pediatría y de tres semanas con el médico de familia.”

Profesora asociada

“Sí, los objetivos..... están claros . Todos los médicos de mí EAP participan y cuatro de los otros equipos vienen participando, también. Son escasas las facultades españolas con programas de formación médica en ese área, como es el caso de la UAM. Por supuesto, los resultados serían mejores.Es positivo para el EAP que vengan los estudiantes, pero los profesores podrían participar más activamente en la facultad”

Docente de postgrado

“Globalmente los objetivos de las asignaturas de pregrado en medicina están claros. Lo que es importante que ellos (EM) aprenden con nosotros, incluso aquellos que no quieren dedicarse a AP, reconocen que les ha sido útil por ser muy diferente de lo que aprenden en el hospital.”

Coordinador médico

Em algumas equipes, outros profissionais, além dos médicos, começaram a receber os alunos, entretanto o contato continuou mais intenso com os médicos de família nas atividades de consultório durante o estágio do 6º ano. Enquanto nas atividades das outras duas optativas (Contato Precoce e a AP: la importancia de la MF), as equipes procuraram expor os alunos a apresentações dos outros profissionais do CS para que possam conhecer o trabalho em equipe.

Também foi colocado que o desempenho dos médicos na docência poderia ser melhorado se o tempo de permanência no cargo de professor

associado fosse ampliado além de dois anos como regulamenta a universidade.

“Sí, los objetivos me parecen muy claros. El alumno del tercer curso hace visitas a familias y tienen actividades con los profesionales del equipo. Es una asignatura con visión integral, entonces hay un contacto más frecuente con la enfermera y el EM. El alumno del 6º curso queda más con el médico en la consulta, y si hubiera interés en otras actividades él solicitará.”

Profesora asociada

“El EAP de este centro viene participando de dos asignaturas de la facultad de medicina: la de tercer curso (Contacto Precoz) y de 6º curso (Rotación por los CS). Las enfermeras participan más del tercer curso, y cuándo alguien del 6º pide alguna actividad con ellas, pero no es frecuente.”

Coordinadora de enfermería

Se están organizando, todavía necesitan (los objetivos de las asignaturas) ser más clarificados. La transitoriedad del profesor asociado implica mucho. Una ventaja porque permite que todos compañeros participen..... es desventaja, porque rompe con la continuidad del profesional médico con los EM. Dos años de tutoría es poco, hasta que el médico se aclara con la docencia, reflexiona sobre las actividades y empieza a actuar como tal.”

Profesora asociada

“Ahora sí. Inicialmente faltaba de uniformidad en los contenidos, en la implantación y en el desarrollo de los programas de las asignaturas impartidas por nosotros. Actuábamos como cada uno, de acuerdo a nuestra formación y criterio.Escasa sensación de ‘grupo’ entre los profesores, tanto asociados como los colaboradores. En gran medida por haber compartido pocas horas de trabajo y discusión y ... por la rotación permanente de la plaza.....”

Profesora asociada y responsable de docencia de postgrado

A participação nas disciplinas de graduação nos CS mostrou uma situação quantitativa e qualitativamente muito satisfatória, em termos de adesão das equipes assistenciais (médicos de família, pediatras e membros das equipes) ao programa de ensino das disciplinas em AP da UAM. A avaliação da participação variou de boa a excelente entre os médicos, enquanto os enfermeiros e assistentes sociais disseram ter pouca ou nenhuma participação.

Algumas equipes organizaram a distribuição da docência entre os médicos tentando alcançar o equilíbrio da participação, usando instrumentos de registros para organizá-la, além de conciliar o interesse dos médicos quanto à eleição preferencial das disciplinas, que envolveram abordagens mais clínicas e individualizadas, mais amplas e de saúde coletiva etc.

As entrevistas dos enfermeiros trouxeram informações interessantes da alocação do ensino de AP da graduação de enfermagem aos CS que foram incluídas nos resultados por serem de valia ao estudo.

“... la participación de los médicos en la enseñanza de pregrado en medicina es buena, tanto a nivel personal como grupal. Considero muy superior al feedback de la universidad.”

Profesor asociado y coordinador médico

“Los dos médicos (pediatras y de familia) y las enfermeras vienen participando de las actividades de enseñanza de pregrado. Los contenidos del niño sano, las vacunaciones, la educación para la salud son enfocados en las actividades con los alumnos.”

Profesora asociada

“Escasa. Tienen estudiantes de enfermería del 3º curso en la asignatura enfocada en la comunidad, con duración de un mes, durante todo año lectivo. Hay dos enfermeras que participan en actividades de enseñanza de pregrado en enfermería, una en programa de adulto y otra en programa de niños. Los alumnos pertenecen a la UAM, siendo ubicados en el Hospital La Paz. Las actividades de formación consisten en conocer los programas del adulto y niño, realizar extracciones, cambiar sondas etc.”

Coordinadora de enfermería y enfermera

“Buena. Como trabajadora social vengo participando de las actividades de enseñanza de pregrado de medicina, pues el tutor siempre me pide para hablar con los estudiantes que empiezan su estancia en el centro.”

Trabajadora social

“La participación de las enfermeras es buena en la enseñanza de pregrado de enfermería. Los problemas son que hay poco preparo práctico del estudiante y cuesta mucho que se independicen, además el alumno de enfermería debe integrarse mejor en el equipo.”

Coordinadora de enfermería

“La participación de los médicos en la docencia de pregrado es muy buena, es de nivel alto. Los EM salen muy contentos cuando rotan por aquí”.

Profesora asociada

“La relación con los EM de pregrado es escasa. Depende de la solicitud del estudiante, es una participación a título personal. No han establecido los objetivos de esa colaboración docente.”

Coordinadora de enfermería y enfermera

“Buena. Estoy satisfecha. Las personas están participando, con esfuerzo. Es realmente un trabajo que añadimos a las muchas actividades que ya realizamos en consulta.”

Profesora asociada y responsable de docencia de postgrado

“No puedo opinar sobre la enseñanza de pregrado en medicina. ...En el caso de la enseñanza de enfermería debería empezar luego en el primer año con actividades prácticas y los estudiantes tendrían más tiempo para actuar en AP.... Hay que reconocer en la formación en enfermería la tendencia del campo de primaria.

Todos los enfermeros participan como tutores, en sistema de rotación, en la asignatura del tercer curso de la Escuela de Enfermería de La Paz.”

Coordinador de enfermería

Em relação a sugestões e comentários abordando problemas, possibilidades de melhoras e expectativas sobre o ensino de graduação médico de AP nos CS, os profissionais expuseram suas percepções e referiram iniciativas que algumas equipes vieram tomando para implementar a formação de profissionais da saúde no âmbito dos CS.

“Escasa sensación de ‘grupo’ entre los profesores, tanto los asociados como los colaboradores. En gran medida por:, la rotación permanente de la plaza (generalmente una por centro, ocupada por un médico diferente a cada dos años...) entre todos los médicos colaboradores. Dificulta el conocimiento y la relación interpersonal entre profesores de diferentes centros, así como el trabajo en grupo, facilita la influencia de la gran disparidad de intereses y métodos de cada profesor en la formación de los alumnos.”

Profesora asociada y responsable de docencia de postgrado

“ Se organizaron las actividades de las asignatura, habiendo un tutor fijo por un año para los EM del tercer curso, un tutor en sistema de rotación para la asignatura del 6º curso. Hay una hoja de distribución para que todos médicos tengan EM, permitiendo que todos participen y se puedan plantear como tutores oficiales.”

Profesora asociada

“Hay tres profesores por la mañana y tres por la tarde. Así, quien tiene un alumno de sexto no le coincide uno de tercero. Hay una rotación del alumno de 6º de una semana en pediatría y las otras tres, en medicina general. Los profesionales hacen rotación a cada tres meses, recibiendo cada uno, un alumno por mes, librando los otros dos meses. ... Los de 6º hacen una presentación de un trabajo en el centro y en la facultad, los de tercero hacen una presentación pública en la facultad.”

Profesora asociada

“El organigrama del centro: hay un coordinador médico....., además de comisiones, que tienen representantes de los dos turnos y de los estamentos. La comisión de docencia, compuesta por representantes de adulto, pediatría, enfermería y postgrado; comisión de reglamento interno.... Todos los responsables de cada comisión y el coordinador médico componen una comisión de planificación que hace reuniones, trimestralmente.”

Coordinador médico

Ao menos três dos CS estudados foram criados para suprir a formação em AP e MF que o hospital não era capaz de propiciar de forma adequada. A maioria dos entrevistados valorizou as atividades do programa de residência e da docência de graduação médica e de enfermagem nos CS como essenciais nesses serviços no nível de importância da assistência à saúde. O número de vagas de médicos residentes em MFyC ofertado em cada CS é maior do que aquelas preenchidas, parecendo que em alguns CS a situação dimensionada continua sendo aquela dos primeiros anos de organização dos serviços para esse fim.

“El centro dispone de 6 plazas (en turno de mañana y una más por la tarde) de R3 de MIR de MFyC, y actualmente hay 3 ó 4 residentes frecuentando. Reciben R1 que rotan por un mes. Los ginecólogos y pediatras reciben residentes de MFyC en rotación del programa en estas especialidades. Además, otros residentes de pediatría (MIR del 1º año de la especialidad Pediatría) escogen el Centro para hacer la estancia optativa por dos meses en primaria”

Coordinador médico

“La formación de postgrado empezó desde que se abrió el CS (1988), incluso se hizo el diagnóstico de salud, en 1989. Hay un ‘top’ de 4 plazas de residentes, en este año están cubiertas 2 plazas. Son 6 tutores de residentes, 7 tutores especialistas de MFyC y 2 tutores médicos pediatras en la enseñanza de pregrado”

Profesora asociada

“En los años 1980 fue creada la especialidad de MFyC, cuyo programa en sus primeras versiones no ha cumplido con los objetivos de formación en los CS. Se fueron formando los profesionales del nivel primario y la red de CS se extendió. ... Este CS.... empezó con el programa de residencia (eran 12 médicos residentes para 12 médicos de familia – tutores). Hoy cuenta con 3 ó 4 médicos residentes, de primer y tercer año.”

Coordinador médico

Comentaram sobre os problemas ligados às expectativas dos estudantes em tomar contato com um tipo de assistência médica, ambulatorial, que em regime de adequada regionalização do sistema não é mais provida pelo hospital universitário. Porém os estudantes não se encontravam preparados para perceber a amplitude da moderna AP, a atuação em equipe, a visão de saúde e do entorno do Centro, a relação com o indivíduo são e os conteúdos da comunicação nas relações com os pacientes e a comunidade.

“No hay un ambiente de formación, los estudiantes no perciben la parte integral de la APS. Vienen para ver la medicina fuera del hospital. No se interesan por ver la AP, sólo la aplicación de medicamentos y las patologías más frecuentes. Pocos perciben otros aspectos de la AP, como la comunicación con el paciente.”

Docente de postgrado

“.... Debería incorporarse la docencia desde el punto de vista del EAP. El espacio del trabajador en conjunto, llamar por sesiones prácticas o discusiones clínicas o que sean, pero siempre valorando la labor en equipo de AP. El alumno que viene a formarse, más que conocimientos teóricos, necesita que existan espacios, por ejemplo para evaluación de casos en trabajo en equipo.”

Trabajadora social

“ No sé si hay alguna asignatura sobre la atención integral. Creo que los estudiantes de medicina deberían venir con una formación y visión no tan ‘biologicista’. La facultad debería dar la formación teórica, y el paso por el centro de salud sería una buena oportunidad para contrastar con la realidad.”

Trabajadora social

Os professores honorários, médicos de família e de pediatria, enfermeiros e trabalhadores sociais, mencionaram o seu alheamento da unidade docente e da universidade. Queixaram-se da dificuldade de comunicação entre a universidade e a unidade docente e eles, sugerindo formas de melhorá-la. Falaram sobre suas expectativas em integrar-se ao ambiente universitário para a vida profissional e questionaram a viabilidade da atuação docente nos CS e unidade docente de AP proporcionar essa integração à universidade.

“Durante el año deberían haber reuniones (4 ó 5) entre grupos pequeños de los profesores asociados y voluntarios con el coordinador del área (Profesor A.).”

Docente de postgrado

“considerando que la mayoría de los médicos trabajarán en AP, desde luego deberían de existir asignaturas de MF y profesores asociados dando clases en la facultad. Las enfermedades más frecuentes son objeto de atención en los Centros. Son los médicos de primaria que atienden y manejan los pacientes con esas enfermedades, por lo tanto deberían ser los que enseñan ese tema en la facultad.”

Docente de postgrado

“Es escasa la comunicación entre la universidad y el equipo de AP. En las reuniones (no se trata del número, ni del tiempo) no se transmite información adecuada de la universidad. Hay sólo un docente para todo, el Profesor A. Para mí, el trabajo de docencia no tiene proyección en el futuro. No hay posibilidad de acceder a la universidad – empieza y termina aquí. ... No hay posibilidad de prosperar en la facultad, poder involucrarse en la universidad de forma más concreta.”

Profesora asociada

“A mí me parece escaso el contacto entre los profesores y voluntarios y la universidad. Nunca son hechas reuniones para discutir programas y prácticas de enseñanza con los médicos participantes.”

Coordinador médico

Entretanto alguns professores e membros de equipes apresentaram propostas práticas para melhorar o trabalho docente em seus Centros, realizando um trabalho de articulação ao interior do serviço e entre este e a unidade docente. Em algumas equipes o interesse pela docência era

pequeno e o processo de adesão demorou. Alguns criticaram a pequena participação dos colegas em grupos de trabalho e outras atividades da unidade docente ligadas às disciplinas junto aos alunos etc.

“Pocos médicos participan, siempre son los mismos. La participación del estudiante con su tutor es corta, no hay interacción con otros médicos del centro”

Docente de postgrado en MFyC

“Es necesario una mayor implicación de los profesores asociados a las tareas de la Unidad Docente de la UAM.”

Profesor asociado

“Le encanta trabajar en este CS por ser una Unidad Docente muy motivada. Los estudiantes de medicina vienen muy ilusionados, los médicos residentes también. Hay un ambiente de inquietud de ideas que conlleva a reflexión y motivación de los profesionales del EAP. Se siente participando de las actividades de enseñanza de pregrado de medicina, pues el tutor pide a ella para hablar con los estudiantes ”

Trabajadora social

“La buena relación entre los profesionales permite un ambiente armónico para los estudiantes de medicina. La participación de los médicos ha sido buena. De los 7 médicos que existían en 2000, 6 participaban, y los pediatras también. Las personas colaboran mucho, la enfermera y los administrativos. Están contentos con los estudiantes”

Coordinadora médico

“En nuestro equipo la docencia, pre y postgrado, fue un objetivo inicialmente tan sólo para 2 de los 6 médicos de Medicina General (ambos médicos de familia) y uno de las dos pediatras (ambas formadas vía MIR). Había profesionales a los que el tema les era indiferente. Otros mostraban su rotunda oposición. Esto fue mejorando con los años y ahora hay una mayoría de médicos implicados en la docencia de pregrado. También las enfermeras colaboran en programas de formación pregrado en enfermería.”

Profesora asociada y docente de postgrado en MFyC

“Faltan objetivos comunes para trabajar en equipo en la enseñanza de pregrado de medicina y de enfermería.”

Directora de enfermería

A sobrecarga assistencial e a inexistência de uma carreira profissional que ampare as atividades de docência e de educação continuada no sistema

sanitário preocupava os profissionais, sendo que a primeira foi motivo de dificuldade para equacionar as atividades de docência no cotidiano dos centros de saúde. Outras queixas referiram-se à assistência especializada e as filas de espera para atendimento dos pacientes encaminhados. No entanto afirmavam a satisfação que sentiam em exercer a docência e receber os estudantes no centro. Em relação à docência, alguns disseram não estarem preparados adequadamente para desenvolvê-la e outros reclamaram uma retribuição financeira atingindo os colaboradores, questionando a oferta de apenas uma vaga de professor associado para cada centro pela universidade. Os enfermeiros reivindicaram, comparativamente ao que era proporcionado ao professor associado médico pelas instituições (UAM e INSALUD), ou seja, retribuição financeira, reconhecimento oficial da atividade e seguro aos profissionais para a prática dos alunos, para aqueles dedicados ao ensino de enfermagem nos centros de saúde. Foi também sugerida a participação dos profissionais sanitários na elaboração dos programas das disciplinas realizadas nos centros e avaliação discente, como forma de valorizar e reconhecer os docentes de CS.

“Excesivas cargas asistenciales, que restan tiempo a las tareas de docencia e investigación, necesarias para el completo desarrollo de la atención primaria. Personalmente considero la docencia como un motor capaz de dinamizar y mejorar mi trabajo cotidiano (y el de mi CS) aunque sea a costa de un esfuerzo personal por el que prácticamente no se recibe más recompensa que la satisfacción personal. La docencia es como un respiro: no siempre el trabajo asistencial nos permite disfrutar demasiado de él. También es, en mi caso, como una obligación moral: me formé gracias al esfuerzo y la dedicación altruista de un magnífico grupo de profesionales, dentro y fuera del hospital. Gracias al MIR, el nivel sanitario de este país mejoró muchísimo. Le debo al sistema mi formación y, de alguna manera, me siento en la obligación de ‘devolverla’ contribuyendo en la formación de otras generaciones, dentro de mis posibilidades y seguras limitaciones.”

Profesora asociada y docente de postgrado

“Mis expectativas personales: ‘cada vez más trabajo clínico’. Todos los médicos del CS tienen sus plazas, sus posibilidades en mejorar en la carrera, después de conseguirlas, se agotan. Pocos suben para otros puestos. Desde el punto de vista práctico la carrera no existe. El salario del médico con varios años de trabajo es poco diferente de uno que está

empezando. Todavía se cuestiona que las actividades de docencia e investigación no están contempladas en la carrera profesional.”

Coordinador médico

“Para mejorar la asistencia en el centro hay que delimitar las funciones del CS y del médico de familia, mejorar de una forma clara la coordinación con la atención especializada, y de una vez por todas, evitar que la lista de espera sea un ‘cuello de botella’, que dificulte la labor de alcanzar los objetivos de salud de una manera armoniosa, rápida, eficaz y eficiente. Mis expectativas profesionales: que sea creada una carrera de profesionales en AP, que genere elementos de competitividad personal, que favorezca el mantenimiento y coste al día de los conocimientos médicos.”

Profesor asociado y Coordinador médico

“En tener tanta sobrecarga laboral, indudablemente requiere (la enseñanza) un tiempo extra, a veces, no disponible. Ese es el gran problema.”

Coordinador médico

“En mi opinión se deberían de valorar las actividades de docencia de pregrado y postgrado. Otra cuestión es que la retribución monetaria para esta actividad no existe. La implicación de la coordinación es importante y otra vertiente es tornarla factible. Nunca dan condiciones para hacer las actividades y nadie las valora. El matiz de valorar las normativas y atribuciones del personal sanitario puestas en práctica, medida que la administración no ha ido cumpliendo, por ejemplo el número máximo de Tarjeta Sanitaria Individual por médico general, el tiempo de dos horas para las actividades de docencia y de educación continuada etc.”

coordinador médico

“Los objetivos y los programas de asignaturas de pregrado en enfermería son marcados por las escuelas de enfermería. Actúan con los estudiantes de enfermería del tercer curso. El alumno participa de la asistencia directa del paciente, visita el domicilio y al final da una presentación.”

Directora de enfermería

“Los médicos que quieren actividades de enseñanza van rodando entre ellos para recibir las plazas de la universidad, que proporciona una retribución financiera. Las dos Escuelas de Enfermería de Madrid son adscritas a las Ciudades Sanitarias Puerta de Hierro y La Paz. Las enfermeras de los CS que reciben a alumnos de enfermería son reconocidas como profesores (punto), pero no hay la figura del profesor asociado, ni reciben retribución financiera. Es un problema legal del INSALUD, sin solución. En otros sitios es diferente”

Coordinadora de enfermería

“Las enfermeras deberían recibir un ‘plus’ de docencia, el reconocimiento oficial para esa actividad. La docencia pasaría a ser incorporada en las

actividades de la enfermera en el centro de salud y por lo tanto habría exigencias por parte de la universidad en el cumplimiento de los requisitos del personal para la docencia. Sí esto no ocurre se pierde la motivación. Otro problema es amparar la ley a la enfermera con la práctica de su alumno (seguro). Cuando hay alumno se incrementa el nivel de ilusión de cada profesional. La presión asistencial es grande en este centro, todos trabajan mucho y se percibe satisfacción del usuario. Así, con falta de objetivos y de las actividades de enseñanza bien definidas, claras, el tiempo de los profesionales es absorbido por el paciente”

Directora de enfermería y enfermera

“Un problema es que la universidad no prevé, en su mayoría, plazas de profesor asociado de enfermería en AP. Esto ha llevado que los profesionales de enfermería de los CS no se interesen. Pues, entiendo que la figura del profesor asociado de enfermería valora los enfermeros de los CS para participar de las reuniones y de la formulación de programas docentes de forma formal y efectiva. Es verdad que en rendimientos monetarios es poco importante, pero al nivel profesional tener la figura de un tutor de enfermería en AP, entre los demás de atención hospitalaria, trae un protagonismo para AP.”

Director de enfermería

Nas entrevistas os médicos de familia se posicionaram quanto ao interesse de incorporaçã do ensino de AP e MF em um departamento específico junto à faculdade de medicina espanhola. Consideraram a experiência de ensino de graduaçã da UAM pioneira e importante para o preparo do médico de qualquer especialidade.

“Crear un departamento de Medicina Familiar en la facultad, con un personal más constante, para impulsarlo (el área de conocimiento). El responsable tendría que dedicarse al tiempo completo, con exclusividad.”

Docente de postgrado

“Son escasas las facultades españolas con programas de formación en MFyC, y si hubiera más programas de formación médica como éste de la UAM, los resultados, por supuesto, serían mejores.”

Docente de postgrado

Foram mencionadas as investigações e linhas de pesquisa desenvolvidas pelos profissionais e médicos residentes de MFyC ligados aos

CS. Alguns médicos de família tinham vínculo com revistas científicas na área de formação e pesquisa em geral em AP e MF.

“Hace falta crear una línea de investigación en el Centro, pues las personas hacen trabajos individuales. Cree que hay un potencial para investigación, pero sin un hilo común.”

Coordinador médico del EAP

“Un aspecto interesante desarrollado por el equipo son las líneas de investigación: clínica en patologías prevalentes (factores de riesgo cardiovascular, enfermedades de transmisión sexual y trastornos del climaterio). Otra línea de investigación es el estudio de enfermedades tiroideanas, efectos secundarios de los tratamientos crónicos y adherencia al tratamiento etc.”

Profesor asociado de pregrado y coordinador médico del EAP

5. DISCUSSÃO

Dissonâncias entre objeto e objetivos de investigação em realidades e experiências distintas

As inquietações que levaram a realizar este trabalho foram colocadas na justificativa desta tese e estiveram subsidiadas por experiências acadêmicas e de gerência de serviços de atenção primária concretas de um município com recursos assistenciais e universitários da região sudeste do Brasil.

Era previsto que os resultados da pesquisa não poderiam ser apreendidos de forma generalizada para explicar e buscar soluções para os serviços do Sistema Único de Saúde, dada a realidade heterogênea das regiões e dos municípios do país.

Mesmo assim, desde esse ponto de referência, o dimensionamento da pesquisa e seu objeto refletiam uma situação idealizada e, ao entrar em contato com a realidade complexa do ensino médico espanhol e do sistema de saúde, foi preciso retomá-los.

Entretanto, tentando adequar o objeto da pesquisa ao contexto da Universidade Autônoma de Madri e de sua Unidade Docente de Atenção Primária, durante a realização do trabalho de campo, a aproximação do campo de pesquisa foi proporcionando elementos novos para a compreensão do diferencial entre o ensino médico e de enfermagem dessa universidade e seus significados, comparativamente ao de outras universidades da Espanha.

Em um processo simultâneo, o contato com as equipes e professores associados e os colegas do Curso de Master em Gestão de Instituições de Saúde foi consubstanciando o corpo de idéias, conteúdos e formas de organização e gestão da Atenção Primária, para tentar contemplar o cenário dos Centros de Saúde para o ensino de graduação das profissões da saúde e a integração da universidade em dois sentidos - neles e nela.

Mais instigante foi ter contato com um sistema que avançou muito em financiamento, cobertura de serviços etc, e seus problemas para pôr em

prática o processo de evolução, que o contexto de reformulação dos sistemas sanitários da União Européia vêm implementando nos últimos anos de 1990.

Concluo que, ao terminar de escrever este trabalho, sinto-me um pouco mais preparada para iniciá-lo.

5.1. A inserção das disciplinas de Atenção Primária e Medicina de Família ao currículo médico da Universidade Autônoma de Madri

A análise da legislação de saúde da Espanha mostrou que a Constituição Espanhola e a implantação dos CS não visaram, a princípio, à figura do médico de AP como profissional do sistema, referindo-se ao médico generalista até 1985. A Lei Geral de Saúde de 1986 considerou três profissionais médicos para exercer a AP nos CS: médico generalista, médico de família e pediatra e desde 1985 foram separadas as ações de saúde para crianças e adultos nos CS. De forma que a criação da especialidade médica em Medicina Familiar y Comunitária (MFyC) desde 1978, não garantiu exclusividade ao especialista de MFyC para o exercício da prática médica em equipes de AP.

Isso significava que os CS e o trabalho de AP, implementados em novas bases, não requeriam a formação de especialista em MFyC aos profissionais médicos, ficando implícito que a formação propiciada pelo ensino formal da faculdade era suficiente e adequada para atuar em AP.

Entretanto “a concepção, organização e técnicas inerentes aos processos de reforma dos sistemas de saúde, e de concreto da AP, haviam evidenciado a necessidade da existência de programas de formação orientados para instrumentalizar e proporcionar competência metodológica nesse nível de atuação”, portanto tornavam-se imprescindíveis programas de formação de graduação, especialização e educação continuada⁶.

Martín Zurro e Cano Pérez⁶ discutiram a importância de contemplar na formação em saúde, especialmente no campo da Atenção Primária, as características essenciais da educação para atender às necessidades sociais e o papel do profissional. Essas características foram elaboradas por

Mejía^{27,28}, que as apresentou esquematicamente como “baseadas nas necessidades da comunidade, nas competências esperadas e na solução de problemas; multidisciplinar; ativa e centrada nos estudantes; além de pertinente”.

Na visão dos autores^{6,12} as inconsistências entre as orientações dos currículos das faculdades de medicina, e aquelas mais recentes da organização dos sistemas sanitários, devem ser resolvidas por meio de reformulações profundas do currículo médico, em que o fio condutor seja a AP, com seus objetivos e conteúdos, não mais com disciplinas pontuais ou novos departamentos especializados em AP e/ou MF, reproduzindo o esquema de áreas de conhecimento.

O movimento de transformações na educação médica mundial vem sendo constituído por experiências localizadas em instituições acadêmicas e outras mais abrangentes, atingindo o conjunto de faculdades de um país ou países, além de reuniões regionais sobre esse tema, cujas recomendações tiveram repercussão mundial.

Em geral percebeu-se uma preocupação em organizar os currículos, as práticas, a metodologia docente, os conteúdos de formação articulados, direta ou indiretamente, a aspectos da AP, da comunidade e dos sistemas de saúde.

Assim em três exemplos mais próximos à realidade deste estudo, como o documento “Médicos para o século XXI” do Comitê da Associação Americana de Escolas Médicas, a Conferência de Edimburgo e a Reunião dos Ministros da Saúde e da Educação de Lisboa (1988), enfatizavam: as deficiências dos currículos médicos em áreas relacionadas à AP (ética, economia, conduta humana e hábitos de vida, prevenção, promoção da saúde etc); maior participação da AP nos currículos e presença de departamentos de AP/MF em faculdades de vários países europeus; e recomendavam a necessidade de “reformas profundas dos currículos das faculdades de Medicina”.

Essas recomendações explicitavam algumas diretrizes: refletir nos conteúdos dos currículos as prioridades dos sistemas nacionais de saúde e a disponibilidade de recursos existentes para tal, utilizar como campo de formação todos os serviços de saúde, “incrementar as oportunidades de

formação conjunta dos diferentes profissionais” da saúde para a preparação do trabalho em equipe, preparo dos docentes em técnicas educativas, estimular a auto-formação dos estudantes, integrar aspectos científicos e práticos do processo educativo, colocar em prática a auto-avaliação e avaliação discente abrangendo áreas dos conhecimentos, habilidades e atitudes e fomentar políticas de ingresso nas faculdades de acordo com as necessidades de profissionais em cada país⁶.

A realização de convênios entre o sistema de saúde e a universidade^{15,16}, a criação de vagas de professores associados nos CS e adscrição da disciplina à área de conhecimento de medicina preventiva y salud pública e a delegação de autonomia para organizar as atividades docentes junto ao departamento e à faculdade foram similares em todas as faculdades que criaram disciplinas em AP.²⁹

Até 1999 não era conhecida a real situação do ensino de graduação em AP e MF, existindo pelo menos 18 faculdades de medicina com a participação de médicos de AP em disciplinas de graduação na Espanha.

Em 1996, uma pesquisa realizada sobre a qualidade dessas atividades analisou cerca de 70% dos médicos de AP/MF ligados a 9(nove) universidades espanholas, concluindo que : os profissionais desconheciam aspectos organizativos da universidade, ligavam-se às áreas de conhecimento de medicina (75%), medicina preventiva (10%) e pediatria (4%), 94% participavam de atividades de ensino a alunos do 6º ano, 68% participavam de estágios rotatórios obrigatórios, em 72% das disciplinas constavam objetivos escritos, 90% dos casos houve avaliação e os objetivos docentes mais atingidos foram exame físico e a relação médico-paciente.¹¹

No caso da UAM, a primeira disciplina em AP, “Rotación en CS”, de 6º curso, vinha evoluindo desde 1988³⁰, com aportes em seus objetivos, operacionalização e formas de avaliação docente e discente. Em 2001/2002, uma comissão interna foi formada por tutores, que estava responsável pela tarefa de elaborar uma proposta de trabalho e uma avaliação do programa docente da disciplina.

Em geral essa disciplina recebeu boa avaliação pelos professores associados e colaboradores dos Centros de Saúde e estudantes, devido a vários motivos entre eles: ser eminentemente prática, estruturada na relação

médico-paciente e na relação tutor e estudante em uma prática individualizada, como ocorreu em outras universidades²⁹.

Eram oferecidas duas vagas de estudantes ou mais por equipe de atenção primária (EAP) e centro de saúde acreditado. Era prevista a vinculação de um estudante ao médico de família e a sua participação em outras atividades de atenção primária com os membros de equipe (médico pediatra, pessoal de enfermagem e trabalhadora social). Diferente dos hospitais as práticas nos CS não permitem a presença de muitos alunos (mais de um) nas práticas.⁶

Os professores costumavam iniciar as atividades indagando as expectativas do estudante na tentativa de proporcionar uma orientação pessoal do estágio a ele. Em alguns centros era seguida uma programação de uma semana com pediatra e enfermeira pediátrica para que os estudantes conhecessem o programa da criança sadia. Ademais, os alunos costumavam assistir às atividades formativas (sessões clínicas, bibliográficas e outras) da equipe, programadas semanalmente, e ficavam responsáveis por uma apresentação de caso clínico em AP.

A metodologia de aprendizagem em regime de tutoria e o ensino no CS e seu entorno, aplicada aos programas de docência de AP y MF, estava mais adequada com as estratégias educativas em ciências de saúde centradas no estudante, baseada na resolução de problemas, integrada, não organizada em departamentos e em disciplinas, orientada para serviços da comunidade, baseada em cursos optativos, sistemática e multiprofissional.

As reformas dos currículos realizadas na Espanha, na última década (1990), não permitiram uma adequada incorporação da Medicina Familiar e AP na universidade.³⁰

Bonal Pitz comentou que “os esforços feitos para integrar a MFyC como matéria do ensino de graduação médico” foram insuficientes para vencer a resistência “às mudanças substanciais das estruturas acadêmicas para funcionamento e adaptação às novas necessidades de formação dos profissionais”²⁹.

Entre as influências externas para a introdução da medicina de família na universidade espanhola, Otero identificou a criação da especialidade médica de Medicina Familiar y Comunitaria e a inserção do programa de

residência médica no sistema de saúde (sistema MIR, médicos internos e residentes) em 1978 e a Lei Geral de Saúde. A primeira veio a constituir a “origem do movimento, nascido extra muros das Faculdades de Medicina, que destacou o papel do âmbito fora do hospital para o ensino e aprendizagem da medicina”.³⁰

Ainda segundo a visão de Otero³¹, o problema de inserir de forma consequente o ensino de atenção primária e medicina de família nas universidades era que: “as possibilidades de mudanças virão impostas de fora do próprio âmbito universitário ... e da própria sociedade”, e em segundo “o reconhecimento da Medicina de Família nos currículos não se deve ao que ensinar”, mas sim à “forma de como ensinar e aprender”.

Assim, em alguns currículos os conteúdos de atenção primária, organização do sistema de saúde, perfis de morbidade e prevalência de doenças e problemas de saúde etc, já estavam inseridos em outras disciplinas clínicas e em diversos níveis do currículo médico, o que poderia gerar conflitos com o oferecimento de disciplinas específicas em atenção primária e medicina de família.

Cuidados precisaram ser tomados na definição dos títulos das disciplinas para evitar sobreposições com aquelas de departamentos, que já vinham utilizando o termo AP, sendo motivo de conflitos, como observou Bonal Pitz no relato de experiência da criação de disciplina em MFyC na Faculdade de Medicina da Universidade de Sevilha³⁰.

A disciplina “Contacto Precoz con el paciente” foi oferecida como contribuição à formação integral em práticas na comunidade, na fase do 1º ciclo do novo currículo médico da UAM (1993), aos alunos que integraram a primeira turma no ano acadêmico de 1995/1996.³⁰⁻³²

A boa aceitação da disciplina se deveu ao interesse nas atividades, mas também a pouca oferta de disciplinas optativas do novo currículo. Foi realizada uma pesquisa de avaliação da disciplina (1ª turma) quanto aos critérios de qualificação do desempenho do aluno e das atividades docentes. A maioria considerou que 40% da nota fosse dada pelo relatório final e que as melhores atividades para focar um problema de saúde (um dos

objetivos da disciplina) foram os contatos com o paciente e a elaboração do relatório, além da discussão com o tutor.³²

A disciplina “Atención Primaria: la importancia de la Medicina de Familia” no início foi alocada no 6º ano, estendeu sua oferta a alunos do 4º e 5º anos, devido a demanda de alunos de outros anos do currículo médico. O programa de aulas teóricas trouxe conteúdos de AP e MF aplicados às práticas de AP e MF e era ministrado pelos médicos de família (professores associados e colaboradores). As atividades práticas dos alunos nos CS eram organizadas e acompanhadas pelos professores associados.

Pode-se considerar que ocupava uma terceira colocação em prestígio entre as disciplinas da área de AP, pois seu formato era mais conservador, articulando conhecimentos teóricos em salas de aulas e práticas em serviços. Entretanto, oferecia uma boa formação em conteúdos de AP e MF, não abordados em outras disciplinas da graduação, além de que em cada tema os professores valorizaram aspectos práticos do exercício da especialidade nos CS em equipe multiprofissional. Outra contribuição era a organização dos temas de AP de forma didática para os estudantes de 6º ano, às voltas com o exame do concurso nacional de residência médica, embora esse não fosse objetivo da disciplina.

Os resultados de uma avaliação dessa disciplina realizada por 40 alunos que a frequentaram no ano acadêmico 2000/2001 foram de boa valoração das atividades teóricas (nota média 7,3) e práticas (nota média 6,9). Do total, 65% deles consideraram que a disciplina trouxe uma visão prática, 85% opinaram que os temas das aulas eram distintos de outras disciplinas. Em geral, o programa teórico foi considerado positivo e a avaliação apontou para algumas melhoras como: aprofundar a abordagem prática dos temas discutidos, rever temas que pareceram muito teóricos, valorizar enfoques da comunicação, psicológicos etc presentes na Atenção Primária à Saúde e Medicina de Família, e vincular mais a disciplina à vivência dos alunos no CS. Foi formado um grupo de trabalho da unidade docente da UAM para elaborar proposta de melhorias para a próxima turma.

Em 1999, os Centros de Saúde Universitários eram cerca de 110 enquanto existiam 1800 CS no país, um recurso importante para as novas

abordagens do ensino médico em conteúdos, habilidades e atitudes, que nos últimos vinte anos vêm pouco a pouco, sendo adotadas nos currículos das faculdades de medicina espanholas.³³

Otero avaliou como escassa a atuação da medicina de família na estrutura universitária da UAM, mesmo contando com uma razoável estrutura de AP na sua organização, a situação continuou marginal no programa de ensino da faculdade. Uma das explicações correntes para isso nas faculdades de medicina espanholas era a falta de tempo para aulas em face à redução das cargas horárias específicas no total de 540 créditos do curso permitido pela legislação. De forma que os docentes das disciplinas 'troncales' (440 créditos) e obrigatórias (30 a 40 créditos) ressentiam-se da falta de horas para cobrir seu programa completo. As matérias optativas tinham aproximadamente 50 créditos, 54 de livre configuração fixados pela norma, para atividades discentes fora da faculdade. Essas dificuldades na organização do curso e disputa entre os departamentos por carga horária junto ao currículo afetavam o aprendizado dos alunos.³¹

Os esforços por mudanças nos currículos das escolas médicas não conseguiram resolver completamente os problemas de organização dos conteúdos docentes que seguiram separados em dois ciclos.³³

No modelo de curso médico percebeu-se um predomínio de disciplinas, que utilizaram a transmissão de conhecimento em grandes classes teóricas ao modelo de tutoria, baseado na relação de um aluno ou pequenos grupos de estudantes e um tutor, que era aplicado nas disciplinas de AP e MF.

As iniciativas de disciplinas optativas e o internato em estágio rotatório em AP e MF da UAM teriam potência para superar ou reverter esses problemas?

Uma observação bastante crítica à incorporação da medicina de família no âmbito universitário foi expressada por Buitrago: "Después de 15 años de promulgación de la LGS es preciso abandonar triunfalismos y reconocer, sin sonrojo, que la tímida introducción de la medicina de familia en la universidad ha sido consecuencia del imperativo de las diferentes

disposiciones legales y no de la sensibilidad del mundo universitario ante las nuevas necesidades socio-sanitarias”.³²

5.2. Avaliação da estrutura docente assistencial na Área 5 AP de Madri, dos centros de saúde universitários/docentes vinculados à UAM

Desde o início da década de 1980 vêm sendo estruturados serviços para realizar as ações de Atenção Primária na Espanha. Até esse período os serviços de assistência médica geral apresentavam diferentes denominações, mostrando também uma diversidade de objetivos e formas de colocá-los em prática. Hoje denominam-se uniformemente de Centros de Saúde ou Centros de Atenção Primária, e anteriormente eram conhecidos como consultórios, ambulatórios, clínicas ou centros de promoção da saúde.³⁴

O início das novas estruturas (CS) esteve articulada diretamente à necessidade de possibilitar o contato dos médicos-residentes com a Atenção Primária como parte do sistema sanitário. Porém, ainda observaram-se distintas estruturas físicas no nível de atenção primária em diferentes locais do mesmo município.

Não há números fidedignos da situação dos CS, pois o sistema de saúde ressentia-se da falta de uma estrutura de coleta e sistematização dessas informações em saúde frente à competência administrativa direta e indireta, pelo INSALUD e pelas CCAA, respectivamente. Em 1995, o Ministério da Saúde informou dados dos serviços de saúde de todo país:

1 707 centros de saúde, 3 128 consultórios locais e 205 ambulatórios de medicina geral e pediatria.³⁴ O Instituto Nacional de Saúde (INSALUD) em uma publicação de 2001, referiu no ano 2 000, cerca de 1 000 Centros de Saúde nas 10 CCAA sob sua administração.⁴

“A maior parte das mudanças foram sendo incorporadas como parte do núcleo do processo de reforma da AP. A ampliação do horário de trabalho (2 horas e meia), a formação de equipes interdisciplinares, a introdução dos primeiros modelos de história clínica e sistemas de registro, a programação e protocolos da assistência, a organização de atividades não

assistenciais (sessões, reuniões de equipe, investigação...), o estabelecimento de critérios para a dotação material e instrumental dos consultórios, a definição de espaços físicos para biblioteca, salas de reuniões, foram elementos nascidos nos primeiros centros docentes do programa de residência em MFyC, alguns anos antes da promulgação das disposições legais iniciais da Reforma da Atenção Primária em 1984".³⁵

Esse processo privilegiou a reforma das estruturas da assistência ambulatorial, a priorização atual precisará mudar o foco para a organização e competências dos centros e suas equipes. Os autores recomendaram que devem ser observadas as tendências de evolução da atenção no país, antes de interferir com aplicação de soluções rápidas.³⁵

Os critérios e indicadores do Ministerio de Sanidad y Consumo referentes à estrutura básica em AP utilizados precisam de revisão, pois permitiram baixa capacidade de discriminação, ou seja, estavam desatualizados, frente às intensas e profundas modificações promovidas na estrutura do sistema sanitário e das equipes de AP desde 1984, quando foram elaborados.

A análise mostrou o cumprimento das normativas preconizadas em relação aos recursos humanos nos CS estudados (Tabela 1).

A avaliação da composição da equipe revelou o não cumprimento do critério de um assistente social e uma matrona para cada equipe, que passaram a atuar em duas equipes e às vezes em dois CS diferentes. Esses dois profissionais possuíam clara articulação em suas funções com os componentes bio-psico-sociais, a educação sanitária, o trabalho grupal e a as relações com a comunidade, da visão moderna da Atenção Primária à Saúde.

O pessoal administrativo teve suas atribuições estendidas com a evolução dos CS e do sistema sanitário. A informatização do registro, do prontuário do paciente e do agendamento das consultas trouxe vantagens e contribuiu para a acessibilidade e atenção dos pacientes. Entretanto, essas atribuições em regime intensivo obrigavam esses profissionais a permanecerem mais tempo no agendamento informatizado, com prejuízos para execução de outras atividades administrativas de suporte aos profissionais das atividades fins (médicos e enfermeiros) dos serviços de

saúde. Foi mantido o mesmo indicador de quadro de pessoal (plantilla) de um administrativo para 5 000 pacientes adscritos ao CS, do início do sistema sanitário.

A avaliação da adequação do número de médicos generalistas à população adscrita foi feita por meio do número médio de cartões de saúde (pacientes/usuários) filiados (assignados) aos profissionais na maioria dos CS, e três equipes cumpriram os critérios de forma aceitável, porque seguiam pacientes de outros CS que os frequentavam pela proximidade do local de trabalho ou da residência dos avós cuidadores, ou pacientes sem cartões de saúde (tabela 1).

Embora o número de usuários em regime de capitação não seja um determinante sobre a pressão de demanda, ele interfere na atenção ao paciente quanto ao tempo da consulta, devendo ser recomendado manter “cupos” inferiores a 2000 pessoas.³⁶ O critério favorável utilizado pela pesquisa foi o limite superior igual a 2 250 e aceitável entre 2.500 e 2 250 pessoas.⁵

Os centros vêm funcionando com grandes equipes, com dificuldades de comunicação e integração, interna e externa³⁵.

A organização inicial das estruturas básicas dos CS baseou-se no critério de constituir equipes com o mínimo de 4 médicos e 4 enfermeiros nos CS, seguindo a lógica desse critério na avaliação todas as equipes cumpriram o critério de forma mais favorável.¹⁷ O estreitamento da relação com o usuário e aumento da sua atuação no setor saúde, foram princípios eleitos no processo de modernização dos sistemas sanitários europeus³⁷, cabendo aos serviços e equipes de Atenção Primária importante papel na sua concretização. Pressupõem, contrariamente à tendência observada, a estruturação de pequenos centros de saúde e equipes de AP menores para prestar assistência a menores cupos que os atuais^{35, 36}.

Todos os centros realizaram sessões clínicas, reuniões bibliográficas ou monográficas, com participação da equipe, de estudantes de medicina e enfermagem e médicos-residentes, com periodicidade semanal ou mensal, dependendo do objetivo delas, cumprindo o critério de profissionais em formação (tabela 1).

Todavía, neste tema, parte dos coordenadores de equipe e tutores afirmaram que a participação da equipe completa nas sessões de educação continuada não foi possível, devido a cobertura de assistência de urgência e visita à paciente. Para resolver essa questão, Martín Zurro et al sugeriram que deve ser repensada a “distribuição das atividades durante a jornada de trabalho com a realização simultânea de diferentes tarefas”, pois “afetam negativamente a acessibilidade e sobrecarregam os serviços de atenção em determinados horários”.³⁵

A avaliação da estrutura física e material dos CS, utilizando os critérios de 1984, subestimou a realidade da atual situação dos CS, que contemplava outras dependências para a incorporação de atividades assistenciais antes realizadas em serviços especializados e agora transferidas para o elenco da AP (cirurgias ambulatoriais, tratamentos e pequenos procedimentos em consultório médico e de enfermeiro, etc) (tabela 2).⁴

No tocante às atividades assistenciais, verificou-se uma grande demanda assistencial na maioria dos centros. O modelo assistencial de demanda espontânea persistiu em conflito com aquele de assistência programada (Tabela 3).^{35,36}

Os serviços de atenção primária estudados conseguiram atingir um bom nível de organização, todavia foram percebidas debilidades, provavelmente relacionadas ao modelo médico.

A participação dos enfermeiros em programas de saúde e na consulta de enfermagem, sendo esta última em consultório próprio, sugeriu o cumprimento do critério proposto pela organização do CS.

A prestação de assistência à saúde foi diferente entre os médicos e enfermeiros: com predomínio da produção quantitativa e a consulta à demanda espontânea entre os primeiros; e o qualitativo e a consulta agendada entre os segundos (Tabela 3). De forma que os critérios relativos à organização e educação continuada foram cumpridos de forma razoável e insatisfatória pelas equipes (tabela 4)³⁵.

Segui Díaz³⁶ colocou sobre o hábito dos profissionais, que considerou “mentalidad funcional”, de ter um horário fixo dedicado às consultas, que interfere no tempo dedicado ao paciente. Das 7 horas de trabalho, 4 a 5

horas são dedicadas ao consultório, e se considerarmos um tempo de 10 minutos para elas, haveria um total de 24 consultas diárias, que estava abaixo da produção assistencial nos centros estudados.

A dinâmica assistencial (dimensionada por alguns indicadores de saúde da tabela 4 e tipos de atividades do quadro 2), os parâmetros populacionais e o tamanho da equipe médica mostraram uma situação preocupante no plano assistencial e potencial de demanda, que tem sido motivo de ampla discussão no setor de saúde espanhol, apontando-se soluções desde de introduzir prestadores privados à maior contratação de profissionais, principalmente médicos.

Houve boa resolatividade assistencial em AP, que variou no intervalo de 85% a 96,7%, dependendo do critério utilizado de encaminhamento aos serviços especializados, considerando desde exames complementares ou apenas para consulta especializada (tabela 5). A alta resolatividade da AP indicada pelas equipes significou empenho dos profissionais em utilizar os recursos clínicos aos exames laboratoriais e complementares, além daquele das especialidades. A situação de incerteza dos diagnósticos em AP^{38,39} pode ser um dos motivos de aumento na concentração de consultas (número de consultas por paciente por ano) nos CS, como discutiu Seguí Díaz³⁶. Os valores observados na pesquisa foram altos comparativamente aos recomendados pela Organização Mundial de Saúde: entre 2 e 3 consultas/paciente/ano, podendo significar pressão assistencial e pacientes hiperfrequentadores.

A tendência mundial é de atenção à saúde de alta qualidade, com um máximo de serviços e um mínimo de encaminhamentos do paciente a serviços especializados.^{35,36,38,39,40}

No final do levantamento dos dados da estrutura e organização dos CS foram referidos problemas de comunicação e colaboração entre as equipes de AP e do hospital para utilização dos recursos especializados e programas sociosanitários. Esses problemas de funcionamento podem estar interferindo nas taxas de encaminhamentos (diminuição) e no número de consultas (aumento) nos CS. Para resolver essa questão foi proposto “incentivar nos contratos internos a presença de planos concretos de

colaboração no âmbito (territorial) da Comunidade Autônoma, populacional e institucional”.³⁵

A relação do número de usuários adscritos ao MF esteve acima do atual limite máximo recomendado (1 750 pessoas na Espanha, 1000 a 2000 pessoas na Europa)³⁶ e o tamanho da população adstrita apontou a capacidade potencial de demanda, informações que interpretadas em conjunto compuseram o diagnóstico atual e futuro do quadro assistencial e da necessidade de ampliação do quadro médico, e quizás da equipe do CS (tabela 5).

A tabela 6 trouxe informações quantitativas e qualitativas dos membros das equipes (médicos, enfermeiros e profissionais administrativos) sobre as bases materiais e a capacitação da equipe para realização das práticas assistenciais e de ensino de graduação médico e de enfermagem, que foram consideradas boas pelos profissionais.

Algumas observações estenderam-se criticamente ao estado atual que vivenciavam nos CS como: sentiam falta da atualização dos objetivos administrativos, o perfil e quantidade das atividades administrativas em AP haviam mudado muito no transcorrer do tempo, faltava apoio administrativo aos coordenadores de equipe e aos responsáveis pela docência de graduação e pós-graduação (residência médica), a maioria dos profissionais é “interina” (contratos precários) e a demanda havia aumentado muito, com repercussões preocupantes sobre o pessoal administrativo.

A convivência entre médicos formados pelo programa de residência MIR e aqueles formados anteriormente ao programa era difícil, pois apresentavam diferenças importantes no conceito e na realização das práticas de AP, mesmo considerando a pequena participação desses profissionais mais antigos na composição atual das equipes mais novas, decorridos quinze anos da reforma da atenção primária na Espanha.³⁵

Incrementos na população adscrita em zonas de AP com recentes conjuntos habitacionais, e a heterogeneidade na composição da população segundo condições socioeconómicas, idade e fatores culturais distintos foram considerados desafios para atenção e afetavam indiretamente à docência.³⁵

Sistemas efetivos de avaliação da atenção primária de acordo com as normativas e atribuições do pessoal sanitário, colocados em prática, foram sugeridos como um fator de motivação para enfrentar a burocratização do sistema sanitário.

A capacidade docente ofertada para as três disciplinas foram bem acima da utilização e no que diz respeito a disciplina do 6º ano, que utilizou metade da capacidade das equipes, provavelmente foi devida a escolha dos alunos por outros 12 CSD conveniados com a UAM e mais próximos aos hospitais, onde os alunos faziam os plantões clínicos.

É preciso frisar que a capacidade docente ofertada da disciplina Rotación en Centros de Salud foi calculada apenas para as atividades práticas diretas com os professores do CS.

A análise das tabelas da estrutura docente assistencial dos CS da área 5 AP de Madri mostrou uma capacidade docente de boa a excelente em qualidade e quantidade para o ensino de graduação médico e de enfermagem.

Bonal Pitz, Gil Guillén, Martín Zurro e Pinto Hespagnol¹¹ consideraram a capacidade da medicina de família nos seus aportes de “capacidade docente dos médicos de família, seu entorno profissional e científico, além do número elevado de atividades clínicas que se realizam nesses locais, uma grande oferta docente, tanto em qualidade como em quantidade, para o ensino de graduação médico”. Capacidade esta que vem sendo bem aproveitada para a formação do programa de residência médica em MFyC, mas “não em igual medida para a graduação médica”, a que se acrescentou também a de enfermagem.

5.3. As atividades de docência de graduação médica nos CS segundo a percepção das equipes de atenção primária

A pesquisa da percepção das equipes de AP sobre o ensino de graduação nos CS. atingiu 78% de resposta no total. O médico de família representou a maioria dos entrevistados porque a unidade docente de AP da UAM era formada por 19 MF e uma pediatra, e o mesmo ocorreu nas

equipes, registrando-se uma pequena participação dos pediatras no papel de professor colaborador. Nos CS os MF e enfermeiros formavam microequipes paritárias e o médico pediatra representava cerca de 1/3 do número de MF, resultado da adequação das equipes à queda de natalidade e envelhecimento da população espanhola nos últimos vinte anos (tabela 9).

As mulheres representaram 75,4% do total, 87,5% dos enfermeiros, 80,0% dos pediatras e 66,7% dos MF, mostrando a tendência à feminização das equipes de AP e das profissões da saúde. Na Espanha, as mulheres têm entrado em profissões da saúde de tradição masculina (odontologia e veterinária), representaram 36% e 33%, dos médicos e dos dentistas, respectivamente em 1997, aumentaram sua atuação em postos de responsabilidade assistencial e acadêmica, porém estão longe de equiparação com os homens.⁴¹ (tabelas 9 e 10)

No período de 1986 a 1990, com a reforma da atenção primária, a criação de Centros de Saúde e equipes de AP, o emprego na saúde cresceu de 57 mil postos de trabalho, enquanto já havia aumentado de 80 mil em todo o setor nos anos de 1976 a 1985, momentos de grande expansão do setor saúde e da necessidade de contratação de médicos. Além disso, a oferta crescente de vagas dos programas de residência médica (MIR) nos anos de 1980 e 1990, e mais tarde a exigência da especialidade para exercer a medicina geral nos CS do INSALUD, vão explicar a composição etária observada no estudo do coletivo de médicos de família (40 a 49 anos e 30 a 39 anos de idade).

Enquanto os enfermeiros eram proporcionalmente mais velhos que os médicos de família e informavam terem recebido formação e realizado provas para equiparação ao título de diplomado universitário em enfermagem, pois o curso técnico havia sido transformado em licenciatura (3 anos e 4 600 horas) em 1977, na Espanha. Esse padrão etário dos enfermeiros é preocupante, porque o planejamento de substituição desses profissionais vem apresentando resultados muito lentos no país.

Desde a década de 1980, vêm sendo ofertadas mais vagas e foram criadas novas escolas de enfermagem para melhorar a razão de enfermeiro por médico da Espanha, em comparação ao padrão de outros países da

Europa (1,08 para 2,7), entretanto esse objetivo só será alcançado em 60 anos.

A renovação e ampliação desse segmento de profissionais nos CS nos próximos anos devem orientar soluções práticas frente as dificuldades de “organização da assistência, que demandavam inovações (nas formas e tecnologias do cuidado) e mudanças na definição de tarefas entre médicos e enfermeiros, que são custo-efetivos em outros lugares”⁴¹, ademais da formação de microequipes enfermeiro e médico nos CS.

A assistente social integrou-se recentemente ao setor saúde e provém de curso universitário mais curto.³⁴

A grande maioria dos entrevistados (95,7%) respondeu a função que exercia, relacionando-a ao ensino de graduação ou de residência médica. Apenas 3 profissionais disseram não estar envolvidos com atividades de ensino de alguma espécie. Com isso é possível concluir que essas equipes assumiram entre suas atribuições a docência e estavam implicados em desenvolvê-la (tabela 11).

Entre os enfermeiros haviam 5 responsáveis pela equipe de enfermagem e, além disso, envolviam-se com as atividades de ensino de enfermagem. Os enfermeiros também coordenavam as atividades do ensino de enfermagem nos CS, participavam da residência médica e realizavam, de acordo com a programação acordada com o professor associado, algumas atividades programadas com alunos de medicina.

Doze entrevistados conseguiram conciliar a gestão com a docência, desses cinco eram enfermeiros e sete médicos de família, ressaltando-se que o MF administrava o CS e era responsável pela equipe toda (tabela 12).

Por motivo de férias deixaram de ser entrevistados 4 coordenadores do programa de residência, um CS ainda não havia sido acreditado para esse trabalho.

A maioria das mulheres e dos homens referiu 40 a 49 anos de idade e um segmento (21,7% do total) de mulheres referiu entre 30 a 39 anos de idade (tabela 13). A idade e os anos de atuação (tabela 14) da maioria (10 a 20 anos) dos entrevistados, podem constituir em um fator favorável na gestão de recursos humanos devido a maior experiência, porém o profissional poderia ter perdido o entusiasmo. Em uma gestão orientada

para a melhoria dos recursos humanos a empresa (sistema de saúde) deveria contemplar a revisão dos objetivos institucionais, elaborar planos de carreira profissional entre outros, com possíveis reflexos na motivação profissional.

Ressalta-se a preocupação com o envelhecimento dos enfermeiros e a reposição do quadro junto às equipes de atenção primária pelos cursos de graduação em enfermagem.⁴¹

Os membros das equipes referiram que elas encontravam-se motivadas para a função docente (85,5%) e a categoria profissional do entrevistado estava associada à essa percepção. Observou-se um ambiente favorável e receptivo às atividades de ensino de graduação nos CS vinculados à UAM.

A maioria considerou que as atividades de ensino não foram previstas de forma organizada nas atividades cotidianas dos CS, enquanto 40,6% referiu que sim. A vinculação do aluno de medicina a um professor associado ou colaborador, com pouca interação com os outros membros da equipe, favoreceu a imagem de um trabalho individual, cuja adequação às práticas do CSE dependia do tutor.

As observações acrescentadas à essa resposta apontaram as dificuldades que alguns tutores sentiram para equacionar o tempo de consulta com a presença de estudante. Os médicos de família espanhóis apresentaram os menores tempos de consultas em AP (entre 5 e 6 minutos) da União Européia e a maior porcentagem (78%) de queixas dos usuários com o pequeno tempo de consulta (52% na UE)⁴².

Uma pesquisa citada por Freeman⁴², realizada na Inglaterra em 1998, observou que 87% dos pacientes estavam satisfeitos com o tempo das consultas feitas recentemente. Contudo, a satisfação com qualquer serviço será alta se as expectativas foram atendidas, e modifica-se em base a experiências anteriores. O modelo assistencial em AP preconiza nas consultas a orientação do paciente sobre os recursos e usos do sistema, de medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, além do diagnóstico e prescrição de medicamentos.

A maioria (72,5%) referiu que não existia estímulos de uma política interna para as atividades de ensino, enquanto uma equipe, que considerou

favorável a organização do CS para o ensino, não justificou essa percepção embasada no reconhecimento de uma política do CS afirmativa para essas atividades (tabela 17) .

A aceitação pelo usuário em dividir a atenção do médico e do enfermeiro com as atividades de ensino apontou para o potencial do campo dos CS para a função de ensino (tabela 18). Essa informação é importante tendo em vista as orientações que os sistemas sanitários elegeram para a evolução futura: foco no papel do cidadão no sistema (satisfação e escolha do médico e equipe de saúde) e priorização da Atenção Primária para alcançar os objetivos do sistema de saúde (eficácia e eficiência).^{35,37,42}

A percepção de 55,1% dos entrevistados sobre o interesse da universidade em estender o ensino de graduação aos CS foi associada à categoria profissional. Houve uma resposta afirmativa por parte dos médicos de família e pediatras, e negativa ou “não sabe/não respondeu” pelos enfermeiros e assistentes sociais (tabela 19). A possível explicação era que os médicos participavam da unidade docente de atenção primária da UAM e os meios de comunicação médicos vêm ressaltando a função docente dos profissionais do sistema sanitário. A grande maioria dos profissionais médicos entrevistados foi formada pelos programas de residência (MIR) já incorporados aos serviços do INSALUD a partir da década de 1980, vendo a função docente como parte natural dessas estruturas^{1,5,6,11,15,16}

As dificuldades de comunicação interna dos profissionais das equipes e de realização de atividades coletivas com finalidade de elaborar propostas de trabalho do CS, onde a questão de ampliação das atividades da universidade poderia ser abordada, provavelmente contribuíram para o desconhecimento desse tema entre os membros da equipe.³⁵

A maioria não soube responder se o processo de seleção ao cargo de professor associado foi efetivo junto ao CS (50,7%), provavelmente devido a a falta de comunicação entre os profissionais em relação ao trabalho de docência no CS e sua integração interna e externa com a docência universitária (tabela 20). A associação dessa percepção à categoria profissional mostrou outra vez que os médicos, por experiência anterior e vivência na unidade docente da UAM, estavam mais informados sobre esse assunto.

Durante o período de observação do campo da pesquisa verificou-se que alguns professores associados haviam organizado as atividades das disciplinas nos CS, visando uma melhor distribuição e integração dos profissionais das equipes à docência. No mesmo sentido alguns médicos de família, que deixaram de ser professores associados, continuaram colaborando diretamente com o trabalho da unidade docente da UAM.

Alguns professores colaboradores, enfermeiros e assistentes sociais, principalmente, relataram que não receberam informações do trabalho da unidade docente e gostariam de participar das reuniões, além desfrutar de maior convivência com o ambiente universitário.

Os programas de educação continuada não enfocaram aspectos de formação para as necessidades do exercício da docência segundo a percepção da maioria dos profissionais, aspecto pouco explorado nos atuais programas de capacitação de equipes de saúde (tabela 21). A incorporação da função docente nos CS precisa ser melhor discutida nos serviços e órgãos do INSALUD, para ser efetivamente desenvolvida pelas equipes assistenciais. Nesse tema a universidade poderia colaborar, levantando as necessidades e buscando formas de atendê-las profissionalmente.

As atividades internas de formação e discussão administrativa foram realizadas em média uma por semana de cada tipo (sessões clínicas, bibliográficas e administrativas), equacionadas dentro das possibilidades de participação das equipes com a realização simultânea de outras atividades assistenciais. Essa questão deveria ser dimensionada no conjunto de outros problemas de gestão, pois as medidas viáveis para cada equipe já foram implementadas.^{35,36}

5.4. Entrevistas individuais dos membros das equipes: obstáculos e fatores condicionantes ao desenvolvimento do programa docente.

As falas dos membros das equipes, considerando o histórico da criação e evolução dos CS onde trabalhavam, trouxeram a visão concreta dos profissionais sobre a reforma da atenção primária nesses quinze anos (1986 a 2001).

Em 1987 foi introduzido o assalariamento do médico de atenção primária e retirado o pagamento por capitação (cupos), que retornou em 1993, combinado ao salário (forma mista), todavia com um peso maior no montante do pagamento.³ A medicina era exercida por especialistas, a filosofia da AP foi implantada com atenção integral à saúde, a estruturação dos CS em substituição aos ambulatórios da Seguridade Social. O Real Decreto de 1984 estabeleceu os conceitos de zona básica do CS, equipe de AP, o centro de saúde como Centro de Atenção Primária (CAP), as funções integradas de promoção, prevenção, assistência à saúde e reabilitação.^{5,34,35}

Os entrevistados observaram também, que o novo modelo cumpria os objetivos de saúde (eficácia e eficiência) e que os profissionais formados no antigo modelo assistencial (Seguridade Social) não estavam preparados para atuar na AP.^{5,17,35}

A adscrição de paciente ao médico por meio do cartão de saúde (tarjeta sanitaria individual) e a livre escolha do médico pelo paciente foram formas de organização da população introduzidas somente em 1992 e 1993.³

O produto da AP foi definida como “Cartera de Servicios”, com ações organizadas por ciclos de vida e sexo, cuja base são os programas de saúde e o rastreamento das doenças e agravos à saúde (valor preditivo do teste e taxa de prevalência).^{3,4,37} A “cartera de servicios” era freqüentemente atualizada e estava em uso desde 1993.

Para operar os CAP de acordo com os princípios e componentes da AP (acessibilidade, continuidade, coordenação, longitudinalidade, resolutividade)³⁸⁻⁴⁰ era preciso criar estruturas e serviços como recepção ao paciente, prontuário médico, sistema de informações informatizado incluindo o prontuário do paciente etc.^{5,17,35}

Algumas equipes aplicavam sistematicamente às consultas, as ações de promoção de saúde e prevenção do programa denominado PAPPS (Programa de Actividades de Promoción y Prevención de la Salud), elaborado em colaboração pela Sociedade Espanhola de Medicina Familiar y Comunitaria e grupos de trabalho do INSALUD.³⁷

Essas ações estavam incorporadas nas práticas de enfermeiros e médicos de atenção primária (médicos de família e pediatras), integradas ao

seguimento dos pacientes nas consultas. De acordo com os entrevistados essas ações não eram aplicadas aos pacientes pelos médicos generalistas de “cupos”, ainda atuando nas equipes. Médicos de “cupos” era a denominação dada aos médicos (mais velhos) não formados pelo programa de especialistas MIR (médico interno residente) de MFyC.^{34,35,37}

Os enfermeiros expressaram sua satisfação com o trabalho de AP, nas ações de educação em saúde e no contato com as pessoas sadias nas práticas de orientação à saúde. Eles consideravam a atuação em AP muito motivadora e sentiam-se recompensados ao deparar com as iniciativas novas (programas de saúde), em que participaram, aplicadas a outros CS. Também foi considerado o CS como oportunidade para treinamento dos alunos dos cursos de enfermagem e seu potencial como mercado de trabalho para enfermagem.^{34,36,41,43-45}

Os CS foram criados para expor os médicos-residentes de 3º ano do programa de MFyC à formação em AP na comunidade, que nos primeiros anos da implantação do programa (início década de 1980), era desenvolvido só nos hospitais de ensino.^{6,11,12,30,35}

Esses CS foram incorporados à rede de serviços do INSALUD a partir de 1986, mas mantiveram as equipes originais. Nesse período foi organizada a estrutura material, física e de pessoal, além de novas tecnologias, que foram implantadas nos outros CAP já criados como serviços do novo sistema de saúde. As equipes relataram com entusiasmo as experiências de participar dos testes pilotos para o prontuário médico, a informatização do sistema de informações, o trabalho em equipe etc.

Já na década de 1990, os novos CAP iniciavam o funcionamento com um programa de treinamento da equipe e realizavam um diagnóstico de saúde da comunidade.

O trabalho em equipe ainda continuava sendo um desafio^{44,45} para os profissionais do CS e nos primeiros CS houve muita dificuldade. Pouco a pouco eram definidos os papéis do enfermeiro como agente de saúde e do assistente social junto aos recursos da comunidade. As falas dos enfermeiros foram muito ricas em detalhes sobre a evolução do objeto de seu trabalho, que começou vinculado à consulta médica e foi tornando-se independente, com atribuições específicas como a consulta ao paciente

crônico, integrando as ações de promoção e de prevenção na consulta e na comunidade, a assistência à criança sadia, e o despontar da assistência domiciliar, na qual, certamente, desenvolverá um papel especial.^{5,17,35-37,39,40}

As modificações na AP consubstanciaram um papel especial para o enfermeiro, pois os problemas com a assistência à demanda vêm dificultando a evolução da AP em direção aos novos objetivos: orientação para o cidadão e gestão do sistema pela AP.^{35,36,39,44}

A mudança do objeto de trabalho de AP, da família para o indivíduo em 1993, por meio da Circular 07/93, propiciou conflitos na atuação dos membros das equipes. Essa circular orientou a livre escolha do paciente por meio de uma série de instruções, entre as quais o número de pessoas adscritas ao profissional (1 250 a 1 500, no máximo 2 000 pessoas) e mudou a base de adscrição da família ao indivíduo.

Algumas equipes demoraram a atingir um consenso e a ambiguidade na aplicação do conceito, família ou indivíduo, como base da organização do trabalho do CS acabou por confundir a relação entre as equipes e os usuários.^{36, 40-43}

A participação, embora pouco representativa em termos numéricos dos antigos médicos de “cupos” na composição das equipes de atenção primária, ainda preocupava aos entrevistados. Em 1984, início da reforma da atenção primária esses profissionais, também denominados de médicos de Zona da Seguridade Social, eram 8 839 para 1 737 especialistas MFyC formados pelo programa MIR e 8 022 médicos de Assistência Pública Domiciliária na área rural. Estes últimos, comprovando cinco anos de exercício antes de 1981, foram equiparados aos especialistas em MFyC.⁴⁶

A composição da equipe definida pelo Real Decreto (RD) 137/84 (estruturas básicas de salud)⁵ era: médicos de Medicina General e Pediatría, Puericultura de zona, enfermeira, matrona, práticos e auxiliares de clínica vinculados a zona básica, os assistentes sociais e administrativos. Também, o decreto fazia menção à possível incorporação de outros profissionais e colaboração que os farmacêuticos e administrativos poderiam prestar à equipe.

Os assistentes sociais referiram que suas atribuições ainda estavam pouco definidas e que o sistema de registros de suas atividades junto ao INSALUD não contemplava a especificidade de seu trabalho cotidiano. Comentaram que a filosofia da AP não estava sendo aplicada em sua essência com a mudança da composição da equipe⁵, transferindo-os para a equipe de apoio. “A delimitação clara e estruturada das funções de cada grupo profissional” foi discutida⁴⁴ como um dos aspectos fundamentais que os participantes de EAP referiram para o bom funcionamento das equipes.

Houve dificuldade na gerência do CAP em face às mudanças que vinham ocorrendo na distribuição demográfica da população adstrita, devido a escassa competência e autonomia que os serviços de AP dispunham para tomada de decisões.

Os coordenadores de equipes entendiam que o crescimento populacional, por exemplo de 12 000 pessoas para 36 000 pessoas em dez anos de existência do serviço, já havia extrapolado a capacidade de adaptação da estrutura física e de pessoal do CAP: 2 500 pacientes adscritos a cada médico, abertura de novos consultórios tomando áreas coletivas do serviço etc.

O envelhecimento de populações de bairros mais centrais trazia problemas para a microequipe de médico de família e enfermeira, com sobrecargas no trabalho diário, interno e externo ao centro de saúde.

Segui Díaz³⁶ sintetizou em três níveis de gestão as possibilidades de equacionar propostas para melhoria da organização das consultas dos CAP, analisando os critérios que a condicionavam (organização). A microgestão, correspondente à atuação das equipes e de seus profissionais no enfrentamento dos problemas, como: o relacionamento com os colegas de trabalho, os pacientes filiados, a falta de reconhecimento da qualidade e desempenho do profissional pela empresa (INSALUD), o manejo das demandas crescentes populacionais etc.

O equacionamento da composição da população adscrita pelo segmento de pessoas idosas (maiores de 65 anos) a 15 ou 20% dos pacientes adscritos e aumento das proporções de pacientes jovens foram propostas para o controle da demanda à capacidade assistencial dos médicos e das equipes. O trabalho de AP com a variedade de 30% de

diagnósticos para 50% das consultas é outra dificuldade, comparado à especialidade, que concentra poucos diagnósticos. A resolatividade maior pode ser um fator de aumento da demanda aos CAP (mais consultas para mais processos de saúde atendidos). Comentou também que a incerteza do diagnóstico em AP pode produzir insegurança ao médico e contribuir ao aumento da frequência às consultas, uma vez que autores observaram que 50 a 60% da frequência em AP podem ser induzidas (consultas agendadas, segundas consultas, receitas etc). Considerou que 12 fatores podem influenciar o comportamento do médico na consulta e seu controle pode estar ou não no âmbito de sua administração.

O trabalho em equipe em outros países colaborou para reforçar o trabalho do médico, uma forma seria adotar o modelo de colaboração entre os membros da equipe que prevê um trabalho compartilhado e com funções definidas pelos membros. Devem existir objetivos comuns definidos para o trabalho em equipe, a microequipe médico e enfermeiro da AP, por exemplo, compartilha do mesmo objetivo, “entretanto o trabalho em equipe” no conceito de AP “extrapola os limites do CS”.³⁶

A acessibilidade dos CS foi motivo de análise dos membros das equipes, apontando que a AP na Espanha ainda vem apresentado problemas de acessibilidade. À medida que os sistemas de saúde e populações evoluem, os critérios de organização de saúde aumentam sua complexidade para permitir o atendimento das necessidades de saúde. O envelhecimento da população trouxe a necessidade de mais atuação na comunidade (cuidador, sociedades de ajudas a pacientes crônicos, recursos da comunidade) da equipe, de melhoria na comunicação com pacientes idosos, da diversificação das ações e intervenção em saúde para enfrentar problemas epidemiológicos distintos gerados pela heterogeneidade da população adstrita, etc. Os fluxos de imigrantes trouxeram novos padrões epidemiológicos de necessidades e de uso dos serviços de saúde.

As equipes mantiveram desde sua criação uma articulação pessoal com a unidade docente da UAM. Nas falas sobressaiu um movimento consensual em direção ao intercâmbio entre os gestores de saúde do município e das Áreas de Formação de AP (INSALUD), a coordenação da

unidade docente (universidade) e as equipes para acreditação e vinculação dos CS às atividades de ensino médico de graduação.

Nos últimos anos de 1990 a acreditação das equipes foi mais lenta, pois havia a necessidade de criar um cargo de professor associado junto à universidade para essa função em cada equipe. Esse era um dos critérios estabelecido nas orientações de contrato entre as instituições de saúde e as universidades¹⁵ e aquele firmado entre a UAM e o Instituto Nacional de Salud (INSALUD)¹⁶. O acordo garantia alguns benefícios da universidade aos médicos selecionados por concurso para a função, entre eles uma retribuição financeira modesta e o título de professor associado.¹⁶

Esse processo era considerado como uma avaliação de estrutura física e de pessoal, além de aspectos de organização e funcionamento dos CS e de suas equipes, denominado como “acreditação” pelos envolvidos, mas não praticados nos seus detalhes.

Este trabalho buscou realizar uma avaliação da estrutura docente assistencial, relacionando critérios quantitativos e qualitativos, demonstrando existir uma excelente disposição para essas atividades pelas equipes, uma formação técnica especializada em AP/MF e uma estrutura física, todos cumprindo critérios em graus de mais favorável a satisfatório.

Permitiu também uma aproximação aos resultados e conclusões do conhecimento da situação de qualidade da estrutura de AP Catalã⁴⁸ e comparativamente ao trabalho de Otero e Engel¹⁷ apontou para a evolução favorável dos CS da Área 5 de AP de Madri.

Os entrevistados colocaram que os objetivos das disciplinas de AP e MF da UAM estavam claros, discordando dessa opinião alguns enfermeiros e assistentes sociais, que por não participarem das atividades de ensino médico preferiram responder sobre o ensino de graduação de enfermagem ou do programa de residência médica de MFyC.

Os alunos do 6º ano em atividades da disciplina “Rotación en los CS” informavam que estavam muito satisfeitos em conhecer as atividades dos médicos de AP, embora não fossem escolher essa especialidade. Martín Zurro e Cano Pérez⁶ consideraram que “os estudantes de ciências da saúde devem tomar contato com a AP na graduação para” valorizá-la no mesmo patamar de importância científica de outros campos profissionais, além de

serem introduzidos na teoria e prática necessária, permitindo a eles na formação de pós-graduação escolhida obter o máximo de aproveitamento na formação especializada.

Porém os estudantes não se encontravam preparados para perceber a amplitude da moderna AP, a atuação em equipe, a visão de saúde e do entorno do Centro, a relação com o indivíduo são e os conteúdos da comunicação nas relações com os pacientes e a comunidade.

Em todos os serviços de saúde devem ser abordados os princípios essenciais da AP, independente do lugar de trabalho e o ensino ao estudante deve seguir a mesma lógica, pois “em todas as disciplinas existem aspectos próprios da atividade de AP que requerem aprendizagem específica nas áreas clínicas e de medicina comunitária nos temas relacionados com a abordagem individual e coletiva dos processos de doenças e dos problemas não relacionados diretamente a uma doença etc.”⁶

“A participação dos profissionais de AP nas atividades docentes da universidade há de proporcionar à esta uma nova e enriquecedora fonte de trabalho docente e investigador, ao mesmo tempo que ampliará e abrirá seus horizontes de relação com a comunidade e suas necessidades de saúde.”⁶

No atual nível de desenvolvimento das sociedades, é impossível entender a existência da medicina humanizada, de qualidade, eficaz e eficiente... sem a participação da medicina de família e a atenção primária na Espanha. ¹¹

Um fator condicionante ao programa docente em AP junto às suas equipes de CS docentes é seu elevado potencial de formação concreta, em ambiente de excelente produção assistencial, para a exposição do aluno de graduação das ciências da saúde à realidade sanitária. O estudo permitiu observar esse aspecto favorável do campo de ensino da AP, embora a universidade ainda não disponha de uma estrutura docente suficiente para reorientar a formação nessa direção.

A análise das falas dos componentes das equipes mostrou que a reforma da AP na Espanha, na realidade dos CS estudados, cumpriu algumas etapas importantes na implantação do modelo assistencial como:

extensão de cobertura, financiamento público para a manutenção das estruturas, processo de trabalho em equipes, formação profissional de médicos especialistas em AP/MF, formação universitária do enfermeiro, elevada resolutividade, satisfação do usuário etc.

Os novos rumos, no contexto da UE, vão exigindo o surgimento e constituição de novas lideranças para implementação de um modelo mais arrojado, competitivo, sem perder a qualidade e competência alcançadas.

Que sistemas poderiam ser espelhos para essas mudanças? A empresa (SNS) como grande estrutura tendeu à burocratização e apresenta dificuldades para mudanças? Que querem os profissionais dos CS? Como é feita a leitura de suas reivindicações junto à mídia? Como a comunidade lida com essas questões?

O estágio de desenvolvimento e complexidade do sistema de saúde pode ser comparado ao de uma grande empresa, que atingiu seus objetivos e continua em processo de mudanças. Não significa uma outra Reforma Sanitária, pois não muda a Norma Geral nem as instituições, como discutiram os professores Otero, Martín Moreno e Castellón³⁷.

Os profissionais sentem no cotidiano as dificuldades geradas por uma crise de falta de projetos inovadores e sentem-se desmotivados para enfrentar os problemas nos locais de trabalho.

A docência é um fator motivador para o profissional frente aos problemas do dia a dia na gestão do consultório e da demanda. Todavia, precisa de medidas de gestão interna do CS para facilitá-la junto ao professor associado e ao colaborador. Alguns coordenadores de equipes tentaram encontrar formas de discutir e planejar as atividades dos CS em comissões e reuniões, mas vinham encontrando dificuldades de participação e interesse, que em geral foram justificadas por falta de tempo em vista da sobrecarga assistencial.

A gerência do CS representava um desafio e poucos estavam dispostos a enfrentá-lo. Segundo os coordenadores não havia apoio institucional para desempenhar essa atribuição, que dividiam com a assistência a pacientes, a docência de residência e de graduação e a investigação.

Esse era um obstáculo ao programa docente, ou seja as equipes opinaram que não havia uma política interna para equacionar as atividades de ensino nos CS às demais, o que poderia representar mais uma sobrecarga no dia a dia dos profissionais.

A educação continuada foi desenvolvida satisfatoriamente pela realização de reuniões e sessões bibliográficas no CS. Observamos concretamente que a realização dessas atividades junto com outras realizadas pelas equipes dificultava a participação.

Também a realização de cursos e treinamentos de educação continuada não era facilitada para alguns, pois não havia garantia de sua substituição na assistência, quando o horário dos programas coincidia com aquele de sua jornada de trabalho. Durante as entrevistas foi mostrada programação e nome do profissional, que não poderia frequentá-la, o que gerava desmotivação para ele.

Na questão de formação para exercer a docência foi unânime a resposta de que não se sentiam preparados para exercê-la e o interesse em formação nesse campo pela universidade ou pelo INSALUD.

Esse pode ser um obstáculo a ser ultrapassado com a colaboração da universidade, que poderá contribuir para a formação dos profissionais do CS e indiretamente para a formação de seus alunos.

As expectativas em relação ao tema de ensino de graduação foram analisadas de diversos ângulos pelos participantes.

Em geral houve manifestação de interesse em integração e convivência com o ambiente da universidade. Porém, houve um sentimento de que essa integração, como estava sendo feita nesse momento com as equipes de AP, por meio da unidade docente, era de pouco alcance às expectativas dos professores em significados universitários.

Outro fator condicionante ao programa era contemplar a participação dos componentes das equipes desde a etapa da programação até a avaliação da disciplina. Essa possibilidade já era oferecida aos professores associados à unidade docente da FM-UAM e alguns, que deixaram o cargo por motivo de rodízio, continuavam a colaborar com a unidade docente. Nesse tema, os professores associados mais colaborativos cobravam uma

atuação mais consequente da maioria com a unidade e as tarefas coletivas de execução e programação das disciplinas.

Os enfermeiros de alguns CS conseguiram uma participação mais ativa nos programas da disciplina de Enfermagem Comunitária do 3º ano do curso, enquanto outros solicitavam que o papel docente deles fosse mais ativo e ampliado a outras etapas, além da execução do programa elaborado pela Escola Universitária de Enfermagem.

6. Conclusões

6.1. Primeiro objetivo

No tocante ao primeiro objetivo conclui-se que: os problemas e conflitos surgiram no nível da superestrutura, registrando-se alguns fatores favoráveis à incorporação da AP na graduação – legislação sanitária, exigências legais do currículo médico e das carreiras das profissões da saúde, exigência legal da especialização de MFyC; e outros desfavoráveis – faltava inovação ao programa de estudos (currículo) médico, o poder de decisão manteve-se vinculado às áreas de conhecimento e departamentos tradicionais, faltava integração entre os órgãos responsáveis pelo ensino de graduação e de especialização, priorização dos objetivos de formação e investigação aos de extensão, pelas faculdades das ciências da saúde.

6.2. Segundo objetivo

O estudo de avaliação da estrutura docente e assistencial revelou que:

- A estrutura didático e assistencial das equipes dos CS da Área 5 AP, Madri, era de qualidade boa a excelente
- A capacidade docente ofertada estava acima das necessidades, sendo caracterizada por um interesse genuíno dos tutores
- Os volumes de atividades médicas diárias registrados vinham exigindo um esforço pessoal para enfrentar a pressão da demanda assistencial e encontrar tempo para o ensino e a educação continuada
- Todas as equipes mostraram por meio dos dados e informações um modelo assistencial que precisava de revisão

As equipes tinham clareza que as soluções dependiam de uma política de saúde orientada para recursos humanos.

6.3. O terceiro objetivo

O estudo da percepção dos componentes das Equipes de Atenção Primária sobre as atividades de ensino de graduação médico nos CS Docentes de Madri apontou que:

- Havia um ambiente favorável à docência de graduação de medicina junto às equipes de AP estudadas
- Mostrou-se também um campo de ensino profícuo para a graduação de enfermagem
- Os componentes das equipes apresentaram expectativas favoráveis à integração da área de Atenção Primária na Universidade, sem prejuízo de sua identidade, além de almejar compartilhar atividades e experiências em um ambiente universitário
- Reivindicavam a incorporação da Medicina de Família como disciplina universitária e outros colocavam a criação de um Departamento de Medicina de família na Faculdade de Medicina

6.4. O quarto objetivo

A pesquisa qualitativa aplicada para o cumprimento do quarto objetivo permitiu aprofundar e complementar a análise e interpretação dos dados quantitativos dos outros três objetivos.

Para conferir fidelidade ao método foi mantida a redação das falas dos entrevistados na sua língua materna, buscando valorizar os sentidos e significados que colocavam.

A vivência, embora limitada ao tempo da pesquisa, mas estendida ao convívio com outros profissionais de serviços de atenção primária, hospitais, serviços de urgência e emergência, instituições de investigação de saúde pública etc, em curso de master, favoreceu a aproximação dos temas de política de saúde, reforma da atenção primária, gestão e teorias sobre administração em saúde, que contribuíram para a reflexão sobre os desafios de mudanças que os sistemas sanitários de países desenvolvidos vêm enfrentando.

A relação estreita entre a formação de profissionais nos serviços de saúde e sua contribuição ao desenvolvimento da qualidade do sistema sanitário foi observada no desempenho das atividades assistenciais, docentes e de pesquisa das equipes de AP.

A contribuição do programa de residência médica em Medicina Familiar e Comunitária para a estruturação dos serviços de AP e o seu

contínuo aprimoramento nesses 15 anos da reforma da atenção primária foi outro aspecto interessante a observar.

O contexto da Comunidade Européia, atual União Européia, foi um aspecto que mostrou a importância da solidariedade entres países para avanços no sistema de saúde, considerado um bem de primeira necessidade para o desenvolvimento das populações humanas (Vuori⁴⁹).

Em suma as conclusões deste objetivo foram que a docência nos CS Universitários de Madri apresentou como obstáculos:

- Grande demanda assistencial junto às equipes de AP
- Falta de integração nas atividades com a universidade
- Pequena capacidade de interferir na organização dos CS, embora iniciativas estivessem sendo implementadas junto aos tutores para equacionar as atividades de ensino e as demais
- Falta de recursos e apoio administrativo aos profissionais de atividades fins dos CS
- Falhas de comunicação e de integração das atividades da unidade docente entre os tutores e as equipes
- Falta de políticas de recursos humanos, como por exemplo carreira profissional, para valorizar o desempenho e dedicação dos profissionais ao aprimoramento e bom cumprimento de suas atribuições

Os fatores condicionantes ao programa docente analisados foram:

- Situação marginal da unidade docente e das disciplinas em AP e MF na Faculdade de Medicina da UAM, que impediu seu crescimento e dimensionamento da capacidade e competência do seu corpo docente
- Dificuldades de participação dos tutores às reuniões e de trabalho de grupo da unidade docente
- Falta de estrutura dos CS para apoio às atividades docentes e de pesquisa dos tutores

- Ausência de programas de incentivos por parte da universidade e da administração do INSALUD para fomentar a produção de conhecimentos em AP nos CS Universitários

Esse quadro de problemas apresentado na pesquisa não diminui o valor do trabalho que esses tutores e a unidade docente vem realizando, desde as primeiras turmas de alunos (voluntários) no final da década de 1970. Antes disso, foi uma fotografia de um dado momento da situação estudada.

O objeto da pesquisa é dinâmico e produto do desenvolvimento humano, portanto tem suas potencialidades e movimentos difíceis de apreender.

A incorporação de um docente médico de família ao quadro da UAM e da primeira disciplina de AP no currículo médico espanhol apontou para o importante exemplo que essa universidade ofereceu a outras instituições de ensino superior.

O processo da educação médica e de suas relações na sociedade envolvem um quadro complexo que outros trabalhos virão estudar,

7. BIBLIOGRAFIA

1. Monforte RS et al. La medicina familiar y comunitaria. Hacia un nuevo concepto de la asistencia sanitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Instituto Nacional de la Salud; 1980.
2. La Reforma Sanitaria en España. A DEBATEdesde una perspectiva nacional e internacional. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Instituto Nacional de la Salud; 1984.
3. Montesinos AA. Tarjeta sanitaria individual – Análisis de su implantación e implicación en la política sanitaria española. [Tesis Doctoral]. Madrid: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid;1996.
4. Presupuesto INSALUD 2000- Datos y Cifras. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estructuras Básicas de Salud. BOE nº 27, Madrid, 1984.
6. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Docencia en Atención Primaria y medicina de familia. In: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. (org.) Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt; 1999.
7. Plan Estratégico. Para mejorar lo que es de todos. Madrid: Instituto Nacional de Salud; 1998.
8. Real Decreto 1497/87, de 27 de noviembre por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio. BOE, 14 diciembre 1987.

9. Real Decreto 1417/90 por el que se establece el título universitario oficial de Licenciado en Medicina. BOE, 20 noviembre 1990; 34.343-34.345.
10. Lorenzo-Cáceres A, Calvo Corbella E. ¿Hay alguna razón para cambiar la formación médica en Universidad Española? Aportaciones de la Atención Primaria. MEDIFAM 2001; 11: 275-288.
11. Bonal Pitz P, Gil Guillén V, Martín Zurro A, Pinto Hespagnol A. La medicina de familia como área de conocimiento. Aten Primaria 1999; 23 (3): 151-174.
12. Otero Puime A. ¿Por qué no existen departamentos de medicina de familia en nuestra universidades? FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1997; 4(4): 256-261.
13. Declaración de Granada sobre estándares en la Educación Médica de Pregrado. Granada, 24 de octubre de 2001. Educación Médica 2002;5 (1): 3-5.
14. Bonal Pitz P. Respuesta de la medicina de familia a la Declaración de Granada, Aten Primaria 2002; 29 (5): 265-267.
15. Real Decreto 1558/1986. Bases Generales del régimen de concierto entre las Universidades y Instituciones sanitarias. Boletín Oficial del Estado (BOE) 102 , 31 de julio 1986: 27235 – 27237.
16. ORDEN de 11 de abril de 1994. Concierto entre la Universidad Autónoma de Madrid y el Instituto Nacional de Salud. BOE 88; 13 de abril 1994:11229-11236.

17. Otero Puime A, Engel Gómez JL. La evaluación de la estructura en los centros de salud. Aproximación a la situación en España. Aten Primaria, 1997; 4(9): 50-62.
18. ORDEN, de 11 de julio de 1987. Requisitos de los Centros de Atención Primaria asociados a la Universidad. BOE 1888; 7 de agosto 1987: 24 287 - 24 289.
19. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade. Cad Saúde Publ, Rio de Janeiro, 1993; 9: 239-262.
20. SPSS, Advanced Statistics 10.0, Chicago, Ill: SPSS Inc, 2000.
21. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 1992.
22. Roque EMST. A violência na família contra crianças e adolescentes e a percepção dos operadores, na comarca de Jardinópolis – SP. [mestrado – dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2001.
23. Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria (LRU). BOE 209, 1 septiembre de 1983.
24. Resolución de 8 de septiembre de 1993. Plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UAM. BOE 227; 27 de septiembre de 1993: 27581-27591.
25. Otero Puime A. El programa de pregrado en atención primaria de la Universidad Autónoma de Madrid. Tarbiya, 1996; 69-76.
26. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa. Edições 70, 1979.

27. Mejía A. Educación médica continuada. Marco conceptual, política y programas de la OMS (I). *Aten Primaria* 1985; 2 (4): 191-198.
28. Mejía A. Educación médica continuada. Marco conceptual, política y programas de la OMS (II). *Aten Primaria* 1985; 2 (5): 253-259.
29. Bonal Pitz P. Medicina familiar y comunitaria: una asignatura universitaria. *Aten Primaria*, 1994; 13: 391-396.
30. Otero A, La incorporación de la Medicina de Familia en la enseñanza de la Medicina en España. *Medicina* 2001; 34: 199-201.
31. Otero A. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. In: Bonal Pitz P. *Medicina de Familia y Universidad*. Pablo Bonal Pitz et cols. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2000.
32. Buitrago F. La incorporación de la medicina de familia en el ámbito universitario. ¿Ilusión o realidad? *Aten Primaria* 2000; 25: 71-72.
33. Casado Vicente V. Aportaciones de la medicina de familia a la calidad de la docencia pregrado en medicina. In: Bonal Pitz P. *Medicina de Familia y Universidad*. Pablo Bonal Pitz et cols. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2000
34. Ruiz-Giménez Aguillar JL. El sistema sanitario español. In: Sánchez Moreno A, Aparicio Ramón V, Gérman Bes et cols. *Enfermería comunitaria. Actuación en enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud*. Madrid: McGraw – Hill Interamericana; 1999.
35. Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25 (1): 48-58.

36. Seguí Díaz M. Propuestas para mejorar la organización de la consulta. Cuadernos de Gestión 2002; 8 (3): 115-132.
37. Otero A, Martín Moreno JM, Castellon E. El Sistema Sanitario Español y las reformas en Europa. In: Reforma Sanitaria en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.
38. Gervás J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Aten Primaria 1995; 16 (8): 501-505.
39. Starfield B. Primary care. Balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
40. MacWhinney IR, Medicina de Familia. Barcelona: Doyma Libros; 1995.
41. González López – Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. Gac Sanitaria 2000; 14 (3):237-246.
42. Freeman GK, Horder JP, Hungin AP, Hill AP. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. BMJ 2002; 324: 880-882.
43. Lapuente FP, Palomar RM, Oliver Esteve A, Castro Guardiola P, Bel Reverter M, Piñol Moreso JL. Las expectativas de los profesionales: ¿ qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo. Aten Primaria 2003; 32(3): 135-143.
44. Viñas Maestre M, Castel Simón S. Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo. Aten Primaria 2000; 26(5): 309-313.

45. López Zani D, Verdes Montenegro JC. La observación del trabajo en equipo en un centro de salud. MEDIFAM 2000; 10 (7): 427-432.
46. Carro Ramos JM. Reforma de la Atención Primaria de Salud en España. Aten Primaria 1985; 2 (1): 11-14.
47. Vaz Leal FJ, Jarabo Crespo Y. Más allá de la demanda individual: atención familiar desde la Atención Primaria de Salud. MEDIFAM 1995; 5 (2): 87-93.
48. Botinas M, Sant A, Casajuana J, Zapater F, Bueno JM, Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Proyecto Quali: un estudio de la calidad de la estructura en los equipos de atención primaria (EAP) de Cataluña. Aten Primaria 2000; 25 (3): 160-165.
49. Vuori H. Atención Primaria de Salud en Europa: Problemas y soluciones. Aten Primaria 1987; 4 (1): 11-21

Anexo 1

Período	Leyes, decretos, etc.	Aspectos/características relativos a la especialidad
Años 60	Decreto 2766/1967 (1)	AP: no mencionada MFyC: inexistente Médico: médico general, con cupos (grupos de titulares) Equipo de AP: no mencionado Sistema Sanitario: prestación de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social. Características de la asistencia sanitaria: conservar y restablecer la salud de los beneficiarios del Régimen General, y su aptitud para el trabajo Población de referencia: beneficiarios, pensionistas y familiares del Sistema de Seguridad Social Acciones: asistencia por enfermedad común
1974	Decreto 2065/1974 (30/5/74) (1)	AP: no citada (sólo en medio rural, según la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944) MFyC: inexistente Médico: médico general, con cupos Equipo de AP: no mencionado Sistema Sanitario: mantiene las características anteriores Población de referencia: ampliada a otros regímenes especiales bajo el Seguro Obligatorio de Enfermedad Acciones: las mismas ya citadas
1978	Constitución Española (1)	AP: nominalmente no referida., protección de la salud MFyC: inexistente Médico: semejante al período anterior Equipo de AP: no mencionado Sistema Sanitario: Excluido el seguro de enfermedad, unión de los dos sistemas sanitario y de seguridad social, manutención de la salud de las personas y de los colectivos Población de referencia: todo ciudadano tiene derecho a la salud Acciones: medidas preventivas, prestaciones, servicios necesarios y educación sanitaria
1978	RD 2015/1978	Regula la obtención de títulos de especialidades médicas, incluso en MFyC
1978	RD 3116/1978	Regulación de la Medicina de familia y comunitaria como especialidad médica
1984	Real Decreto 137/1984, Reforma Legislativa de la AP en España (Estructuras Básicas de Salud) (1)	AP: definición técnica y política MFyC: no hizo referencia Médico: médico general Equipo de AP: composición profesional (sanitario y no sanitario), atribuciones, jornada de trabajo, área poblacional de acción (zona de salud). En 1980, en una publicación fue definido el equipo. (2) Sistema Sanitario: organización según criterios demográficos, geográficos y sociales en Áreas (Comunidades Autónomas) y zonas de salud; Centros de Salud; zona de salud coincide con la zona médica; libre elección de médico... Población de referencia: individuos, grupos sociales y comunidad (garantizar el derecho a la salud de acuerdo a la constitución). Papel de la comunidad junto al sector – centro de salud-, creada la figura del Consejo de Salud (2) Acciones: funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

(cont.)

Período	Leyes, decretos, etc.	Aspectos/características relativos a la especialidad
1985	Orden 1985	AP: incluye la acción entre niños y adultos – pediatra y médico de familia MFyC: sin comentarios Médico: médico general “salarización” EAP: retribuciones básicas y complementarias Sistema Sanitario: sin cambio Acciones: sin cambio
1986	Ley 14/1986, regula el derecho a la protección de la salud (1)	AP: Enfoque principal del sistema sanitario, manutención del concepto MFyC: área de conocimiento específico Médico: médico general, médico de familia y médico de atención primaria, asalariado Equipo de AP: libre elección de profesional sanitario; actuando en centro de salud Sistema sanitario: creado el Servicio Nacional de Salud, formado por servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, que constituyeron Áreas de Salud, estructuras fundamentales y gestoras del sistema. Libre elección de médico Población de referencia: españoles, extranjeros residentes con derecho a la protección de la salud/atención sanitaria (universalización de la asistencia sanitaria). Financiación: recursos de las administraciones públicas – Comunidades Autónomas y corporaciones locales-, cotizaciones sociales, tasas, transferencias del Estado. Acciones: atención integral a la salud y manutención de las acciones ya señaladas
1988/1989	Ley 37/88 y RD 1088/89	Presupuestos para extender la cobertura asistencial sanitaria
1991	“Informe Abril”	AP: sin cambios MFyC: sin cambios Médico: asalariado más capitación EAP: sin cambios Sistema Sanitario: servicios orientados hacia el usuario, libre elección de médico, separación de las funciones financiación y provisión, INSALUD empezó a ser implantado, plan de gestión de Ministerio de Sanidad y Consumo
1992	Contrato Programa	Ministerio de Sanidad y Consumo – garantizar el aseguramiento universal y su financiación solidaria INSALUD: provisión de servicios – asignación de recursos, relacionar costes/actividades e introducir herramientas de gestión internas
1993	Resolución 1993	AP: sin cambios MFyC: sin cambios Médico: forma mixta de remuneración-salario y capitación (valor combina grupos de edad y dispersión geográfica) EAP: enfermera retribución tiene la capitación según la población asignada a los médicos general o pediatra Sistema Sanitario: sin cambios Población de referencia: sin cambios

(cont.)

Período	Leyes, decretos, etc.	Aspectos/características relativos a la especialidad
1993	Real Decreto	Libre elección de médico
1993	Circular 07/93	Limita la libre elección a través de una serie de instrucciones – cupos de 1250 a 1500/2000 personas, asignación individual y no familiar al médico

Quadro 1- Leis, Decretos segundo os aspectos importantes para a implementação da especialidade MFyC/AP na Espanha, 1967 a 2000.

ANEXO 2

Estudio de la formación pregraduada en medicina de familia en la UAM, en los Centros de Salud del Área 5 de APS de Madrid

Formulario I

Datos de la estructura y organización del Centro de Salud, Área 5 de AP, Madrid, 2001.

1. Centro de Salud: _____
2. Estructura física:
 - Área total _____ m²
 - n^o ___ de consultas de medicina general de _____ m²
 - n^o ___ de consultas de pediatría de _____ m²
 - n^o ___ de consultas de enfermería de _____ m²
 - n^o ___ de consultas de enfermería de pediátrica _____ m²
 - n^o ___ de consultas de matrona de _____ m²
 - n^o ___ de sala de extracción periférica de _____ m²
 - n^o ___ de sala de reunión de _____ m²
 - Bibliotecam²
 - Despacho para coordinador médico S () n^o ___ N ()
 - Despacho para coordinadora de enfermería S() n^o ___ N()
 - n^o ___ Sala de admisión
 - n^o ___ Sala de archivo
 - n^o ___ Salas de espera de ___ m²
3. Horario de funcionamiento: ___ de la mañana a ___ de la tarde; n^o de turno _____
4. Estructura personal:
 - 4.1. N^o médicos de familia de adultos _____
 - 4.2. N^o de médicos pediatras: _____
 - 4.3. N^o de enfermeiras _____
 - 4.4. N^o de profesionales administrativos: _____
 - 4.5. Otros profesionales ubicados: título/n^o _____
 - 4.6. Equipo de AP n^o y periodo _____
 - 4.7. Coordinador médico: nombre y apellido _____
 - 4.8. Coordinadora de enfermería: nombre y apellido _____
 - 4.9. N^o medio de pacientes por médico (número de cartillas): _____
 - 4.10. N^o medio de consultas médicas/día : demanda (espontánea) ___
programada _____, domicilio: _____, aviso: _____
 - 4.11. N^o medio de consultas de enfermería/día: demanda
(espontánea) _____ programada: _____
domicilio _____ aviso _____
 - 4.12. Frecuentación media por año/mes: _____
 - 4.13. Derivación media por año/mes: _____

4.14. Observaciones sobre la estructura y organización: _____

.....

5. Relación de tutores adscritos (oficial y voluntario) para las asignaturas de pregrado en AP/MF en Centros del INSALUD en 1999/2000 y 2000/2001

1. CS _____	Tutor/mañana	Tutor/tarde
1999/2000	Oficial:..... Voluntario:.....	Oficial: :..... Voluntario:.....
2000/2001	Oficial:..... Voluntario:.....	Oficial:..... Voluntario:.....

6- Relación de los profesionales del EAP que han colaborado con actividades de enseñanza de pregrado en AP/MF, Área 5 AP del INSALUD, 1999/2000 y 2000/2001

1. CS _____	Tipo profesional/mañana	Tipo de profesional/tarde
1999/2000	Médico pediatra: Enfermera: Otro:	Médico pediatra: Enfermera: Otro:.....
2000/2001	Médico pediatra: Enfermera: Otro:	Médico pediatra: Enfermera: Otro:

7- Actividades académicas de la Facultad de Medicina de la UAM realizada en los Centros de Salud, Área 5 APS, INSALUD, 1999/2000 y 2000/2001.

1. CS _____	Periodo Mañana	PeríodoTarde
1999/2000	Asignatura: Curso: Nº alumnos: Nº horas por alumno:	Asignatura: Curso: Nº alumnos: Nº horas por alumno:
1999/2000	Asignatura: Curso: Nº alumnos: Nº horas por alumno:	Asignatura: Curso: Nº alumnos: Nº horas por alumno:

1999/2000	Asignatura:	Asignatura:
	Curso:	Curso:
	Nº alumnos:	Nº alumnos:
	Nº horas por alumno:	Nº horas por alumno:
2000/2001	Asignatura:	Asignatura:
	Curso:	Curso:
	Nº alumnos:	Nº alumnos:
	Nº horas por alumno:	Nº horas por alumno:
2000/2001	Asignatura:	Asignatura:
	Curso:	Curso:
	Nº alumnos:	Nº alumnos:
	Nº horas por alumno:	Nº horas por alumno:
2000/2001	Asignatura:	Asignatura:
	Curso:	Curso:
	Nº alumnos:	Nº alumnos:
	Nº horas por alumno:	Nº horas por alumno:

8. Datos de los programas de las asignaturas de pregrado en medicina puestas en práctica en 1999/2000 y 2000/2001 en los centros de salud

8.1. Denominación de la asignatura:

- Curso 1999/2000:
- Año académico:
- Carga horaria total _____
 - carga horaria de prácticas con supervisión _____
 - carga horaria teórica con tutores _____
- Objetivos:
- Organización:
- Evaluación:
- Profesorado:
- Otras informaciones:

8.2. Denominación de la asignatura:

- Curso 1999/2000:
- Año académico:
- Carga horaria total _____
 - carga horaria de prácticas con supervisión _____
 - carga horaria teórica con tutores _____
- Objetivos:
- Organización:
- Evaluación:
- Profesorado:
- Otras informaciones:

8.3. Denominación de la asignatura:

- Curso 1999/2000:
- Año académico:
- Carga horaria total _____
 - carga horaria de prácticas con supervisión _____
 - carga horaria teórica con tutores _____
- Objetivos:
- Organización:
- Evaluación:
- Profesorado:
- Otras informaciones:

8.4. Denominación de la asignatura:

- Curso 2000/2001:
- Año académico:
- Carga horaria total _____
 - carga horaria de prácticas con supervisión _____
 - carga horaria teórica con tutores _____
- Objetivos:
- Organización:
- Evaluación:
- Profesorado:
- Otras informaciones:

8.5. Denominación de la asignatura

- Curso 2000/2001:
- Año académico:
- Carga horaria total _____
 - carga horaria de prácticas con supervisión _____
 - carga horaria teórica con tutores _____
- Objetivos:
- Organización:
- Evaluación:
- Profesorado:
- Otras informaciones:

8.6. Denominación de la asignatura

- Curso 2000/2001:
- Año académico:
- Carga horaria total _____
 - carga horaria de prácticas con supervisión _____
 - carga horaria teórica con tutores _____
- Objetivos:
- Organización:
- Evaluación:
- Profesorado:

• Otras informaciones:

Los datos se complementarán con una encuesta de opinión que será aplicada a todos profesionales participantes de las actividades de enseñanza y al personal coordinador del centro . Se pretende con la misma analizar algunos aspectos de la formación de pregrado en Atención Primaria y Medicina de Familia puesta en práctica en los centros de salud del área 5 de AP, INSALUD, Madrid.

9. Datos personales de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud acreditados a la UAM para la docencia de pregrado en Atención Primaria y Medicina Familiar.

1. Centro de Salud

2. Fecha:.....

6. Entrevistado (nombre y apellido):.....

.....

7. Edad:.....

8. Sexo: Mujer () Varón ()

8. Titulación:..médico () enfermero () médico residente de MFyC
() auxiliar de enfermería () administrativo () celador () otro
().....

9. Situación actual (Cargo y función)

10. Tiempo en la función:.....años

11. Relación con la docencia de pregrado en medicina: directa ()
indirecta ()

12. Relación con la docencia de postgrado en Medicina Familiar:
directa () indirecta ()

13. Participación en actividades de educación continuada en el Centro de Salud:

Tipo	Frecuentación
Sesiones clínicas (S), (N)/semana, mes, año
Presentación de casos clínicos (S), (N)/semana, mes, año
Reunión de Bibliografía (S), (N)/semana, mes, año
Otra (S), (N) ¿Cuál?...../semana, mes, año

14. Observaciones: .+.....
.....
.....

ANEXO 3

Formulario II

La docencia de pregrado en AP/MF en los centros de salud acreditados a la Facultad de Medicina de la UAM, 1999/2000 y 2000/2001.

- a) ¿En su opinión se perciben los EAP motivados para la función docente?
 Si () No () No sabe/no contesta ()

- b) ¿Considera que la organización del trabajo cotidiano prevé una adecuada distribución entre las actividades, incluyendo las de docencia?
 Si () No () No sabe/no contesta ()

- c) ¿Hay una política interna de estimular los profesionales para las actividades de docencia?
 Si () No () No sabe/no contesta ()

- d) ¿Los usuarios de los centros de salud aceptan bien la asistencia compartida con la docencia?
 Si () No () No sabe/no contesta ()
- e) ¿Se nota interés de la universidad en extender sus actividades de formación de pregrado a los Centros de Salud?
 Si () No () No sabe/ no contesta ()
- f) ¿La selección para las plazas de profesor asociado a la universidad ha sido efectiva en cada Centro de Salud?
 Si () No () No sabe/ no contesta ()
- g) ¿Los programas de formación continuada enfocan la preparación de los profesionales para la docencia?
 Si () No () No sabe/ no contesta ()

Observaciones y sugerencias:

Se garantizará a todos los participantes la confidencialidad de identificación y de opinión.

ANEXO 4

Entrevista del EAP sobre las actividades de enseñanza de pregrado de medicina en APS y MF en Centro de Salud, INSALUD-Madrid, mayo/2001.

Titulación:.....

1. Haga un breve informe sobre la implantación y desarrollo del Centro de Salud(considerando su titulación).
2. ¿cuándo el Centro de Salud fue acreditado para las actividades de enseñanza de pregrado en medicina?
3. ¿quedan claros los objetivos de enseñanza de los programas de las asignaturas de pregrado de medicina en desarrollo en el Centro de Salud?
4. Valore la participación de su categoría profesional en la enseñanza de pregrado en medicina? (escasa, razonable, buena, otra.....)
5. Sugerencias y comentarios sobre el tema (problemas, medidas para mejoras, expectativas profesionales, etc.).

ANEXO 5

Tabla 7.1- La motivación a docencia según la titulación del profesional del equipo, CS Área 5 AP, Madrid, 2001

Titulação	Motivação			Total
	Sim	Não	ns/nc	
MF	37 (88,1%)	5 (11,9%)	--	42
MP	5 (100,0%)	--	--	5
Enferm.	14 (87,5%)	2 (12,5%)	--	16
T.S	3 (50,0%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	6
Total	59 (85,5%)	8 (11,6%)	2 (2,9%)	69

Provas de Qui-Quadrado

	Valor	gl	Sig.asintótica (bilateral)
Qui-Quadrado de Pearson	22,775 ^a	6	0,001
Razón de verosimilitud	12,258	6	0,056
Asociación lineal por lineal	5,496	1	0,019
N de casos válidos	69		

^a 9 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima es 14.

Tabla 8.1- La distribución de las actividades es adecuada, incluyendo la docencia según la titulación del profesional de equipo, CS Área 5 AP, Madrid, 2001.

Titulação	Distribuição Adequada			Total
	Sim	Não	ns/nc	
MF	14 (33,3%)	28 (66,7%)	--	42
MP	3 (60,0%)	2 (40,0%)	--	5
Enferm.	9 (56,3%)	7 (43,8%)	--	16
TS	2 (33,3%)	1 (16,7%)	3 (50,0%)	6
Total	28 (40,6%)	38 (55,1%)	3 (4,3%)	69

La variable titulación está asociada a valoración de la organización de las actividades en el CS (Chi-cuadrado de Pearson (36 765, gl 6, p = 0,000)

Provas de Qui-quadrado

	Valor	gl	Sig.asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36,765 ^a	6	0,000
Razón de verosimilitud	20,391	6	0,002
Asociación lineal por lineal	0,145	1	0,703
N de casos válidos	69		

^a 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,22.

Tabla 11.1- Interés de la universidad extender sus actividades de enseñanza al CS según la titulación del profesional del CS Área 5 AP, Madrid, 2001.

Titulação	Interés de la universidad			Total
	sí	No	Ns/nc	
Médico de familia	22 (52,4%)	12 (28,6%)	8 (19,0%)	42 (100,0%)
Pediatra	3 (60,0%)	2 (40,0%)	--	5 (100,0%)
Enfermeiro	12 (75,0%)	1 (6,3%)	3 (18,8%)	16 (100,0%)
Trabaj. social	1 (16,7%)	--	5 (83,3%)	6 (100,0%)
Total	38 (55,1%)	15 (21,7%)	16 (23,1%)	69 (100,0%)

Provas de Qui-quadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	20,341 ^a	9	0,016
Razão de verossimelhança	19,659	9	0,020
Associação lineal por lineal	1,017	1	0,313
N de casos válidos	69		

^a 12 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,07.

Tabla 12.1- Selección para las plazas de profesor asociado a la universidad ha sido efectiva en cada Centro de Salud según la titulación del profesional, CS del Área 5 AP, Madrid, 2001

Titulação	Seleção de Postos			Total
	Sim	Não	Ns/nc	
Médico familia	17 (40,5%)	9 (21,4%)	16 (38,1%)	42 (100,0%)
Médico pediatra	3 (60,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)	5 (100,0%)
Enfermero	2 (12,5%)	2 (12,5%)	12 (75,0%)	16 (100,0%)
Trabaj. Social	--	--	6 (100,0%)	6 (100,0%)
Total	22 (31,9%)	12 (17,4%)	35 (50,7%)	69 (100,0%)

Provas de Qui-quadrado

	Valor	gl	Sig.asintótica (bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	14,670 ^a	6	0,023
Razón de verosimilitud	17,384	6	0,008
Asociación lineal por lineal	10,351	1	0,001
N de casos válidos	69		

^a 7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,87.

Tabla 13.1- ¿La preparación profesional a docencia de pregrado es enfocada en los programas de formación continuada? según la titulación del profesional del equipo, CS Área 5 AP, Madrid, 2001.

Titulación	Aperfeiçoamento profissional para ensino de graduação			Total
	Sí	No	Ns/nc	
MF	8 (19,0%)	31 (73,8%)	3 (7,1%)	42
MP.	1 (20,0%)	3 (60,0%)	1 (20,0%)	5
Enferm.	7 (43,8%)	9 (56,3%)	--	16
TS	1 (16,7%)	--	5 (83,3%)	6
Total	17 (24,6%)	43 (62,3%)	9 (13,0%)	69

Provas de Qui-quadrado

	Valor	gl	Sig.asintótica (bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	33,952 ^a	6	0,000
Razón de verosimilitud	26,930	6	0,000
Asociación lineal por lineal	0,656	1	0,418
N de casos válidos	69		

^a 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,65.