

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Fabírcia Vieira de Matos

**Formação médica na Atenção Primária à Saúde:
da experiência acadêmica ao mercado de trabalho**

Montes Claros
2015

Fabrcia Vieira de Matos

**Formação mdica na Atenção Primria à Saude:
da experiêncica acadêmica ao mercado de trabalho**

Exame de Defesa (Mestrado) apresentado ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Kimberly Marie Jones

Montes Claros

2015

M433f Matos, Fabrícia Vieira de.
Formação médica na Atenção Primária à Saúde [manuscrito] : da experiência acadêmica ao mercado de trabalho / Fabrícia Vieira de Matos. – 2015.
140 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -

Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2015.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

Coorientadora: Profa. Dra. Kimberly Marie Jones.

1. Atenção Primária à Saúde - Programa. 2. Estudantes de medicina. 3. Formação de Recursos Humanos. I. Caldeira, Antônio Prates. II. Jones, Kimberly Marie. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Título: Da experiência acadêmica ao mercado de trabalho.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Prof. João dos Reis Canela

Vice-reitor: Prof. Dr. Antônio Alvimar Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Prof. Dr. Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Prof^a Karen Torres Lafeté

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof. Dr. Afrânio Faria de Melo

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof. Dr. Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. Dr. Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Prof^a Dr^a Maria de Fátima Rocha Maia

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Dr. Ildenilson Meireles

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. André Luiz Sena Guimarães

Coordenadora Adjunta: Prof^a. Dr^a Luciana Farias



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



MESTRANDA: FABRÍCIA VIEIRA DE MATOS

TÍTULO DO TRABALHO: "Formação médica na Atenção Primária à Saúde: da experiência acadêmica ao mercado de trabalho".

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde, Avaliação de Programas e Serviços

BANCA (TITULARES)

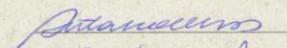
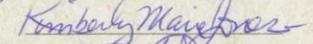
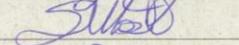
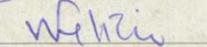
PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA ORIENTADOR/PRESIDENTE

PROFA. DRA. KIMBERLY MARIE JONES

PROFA. DRA SIMONE DE MELO COSTA

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTES)

PROFA. DRA. APARECIDA ROSÂNGELA SILVEIRA

PROF. DR. CRISTINA ANDRADE SAMPAIO

ASSINATURAS

APROVADA [] REPROVADA

Hospital Universitário Clemente Farias – HUCF

<http://www.unimontes.br> / ppgcs@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-001

Dedico este trabalho aos meus pais, Joaquim de Matos Miranda Neto e Maria do Carmo Vieira de Matos, por terem me ensinado que honestidade e perseverança são companheiros na caminhada e pelo exemplo de alegria de viver que sempre transmitiram.

AGRADECIMENTOS

Fui um caminho longo até aqui. Viver esse momento foi um desejo que agora é realidade. São muitos os que me acompanharam, fica aqui meu agradecimento a todos, mesmo àqueles que não tenho como nomeá-los. Agradeço:

- A Deus que tudo providenciou.
- Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Montes Claros que me proporcionou a oportunidade de qualificação profissional.
- Ao Prof. Antônio que guiou os meus passos para conseguir realizar este trabalho com valorosos ensinamentos, paciência e compreensão.
- A prof^a Kimberly por ter me orientado com sabedoria e pela amizade demonstrada ao longo deste trabalho.
- Aos professores João Felício, Simone, Rosângela e Cristina que gentilmente aceitaram participar da banca de defesa desse mestrado.
- A todos os residentes, egressos, tutores e preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Estadual de Montes Claros por fazerem parte da minha história.
- À Secretaria de Saúde da Prefeitura de Montes Claros pelo apoio.
- Aos colegas da Estratégia Saúde da Família, estudantes e usuários do serviço de saúde que são a razão deste estudo e colaboraram direta ou indiretamente para que ele acontecesse.
- Aos meus pais que me ensinaram o prazer do conhecimento e dos estudos.
- Aos meus irmãos Renato, Luciano, Fernando e Flávio que mesmo de longe estão sempre comigo.
- À toda minha família e amigos pelo apoio e orações.

RESUMO

A formação médica com inserção do estudante em cenário de prática da Atenção Primária à Saúde (APS) no início da graduação tem sido incentivada por entidades governamentais e não governamentais. O objetivo deste estudo foi analisar a influência da APS na formação médica desde as experiências da graduação até a inserção no mercado de trabalho. Fizeram parte desse estudo quatro subprojetos, com distintas metodologias. O primeiro apresenta e descreve a experiência de realização do Planejamento Participativo para capacitação comunitária, conduzida por estudantes do curso médico da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), junto à comunidade atendida por uma equipe da Estratégia Saúde da Família. O segundo buscou identificar, por meio de uma investigação quali-quantitativa, as percepções e as expectativas dos estudantes de medicina em relação à formação médica com inserção na atenção primária à saúde. O terceiro, utilizando abordagem quantitativa, caracterizou alguns aspectos do perfil do egresso do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), da UNIMONTES, e sua inserção no mercado de trabalho. O quarto, com abordagem quali-quantitativa, apresentou a percepção de estudantes de medicina quanto à escolha de uma especialidade prioritária para o Sistema Único de Saúde. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros aprovou as pesquisas. A partir dos estudos conduzidos, conclui-se que a APS é local privilegiado para a formação médica tanto na graduação como a pós-graduação, favorecendo atividades específicas para serem realizadas nesse cenário. Há uma complexidade de fatores que interagem para aproximar ou distanciar os estudantes de medicina da APS. Esses fatores estão relacionados a aspectos pessoais, profissionais, acadêmicos e ideológicos. Aspectos relacionados ao perfil do egresso do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do HUCF/UNIMONTES e sua inserção no mercado de trabalho podem contribuir na formulação de propostas para aumentar a efetividade da APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estudantes de Medicina. Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT

Medical education with an early integration of students practical of Primary Health Care (PHC) settings has been encouraged by governmental and non-governmental entities. The aim of this study was to analyze the influence of primary health care on medical education under graduate experiences to insertion into the labor market. The study included four studies with different methodologies. The first introduces and describes the experience of implementation of the project Participatory Planning for Community Empowerment, together with medical students at the State University of Montes Claros (UNIMONTES), next the community served by a staff from of the Family Health Strategy. The second project identified, through qualitative and quantitative research, the perceptions and expectations of medical students in relation to medical training with insertion int primary health care settings. The third study, using a quantitative approach, characterized some aspects of the graduate Residency Program in Family and Community Medicine at the University Hospital Clemente de Faria (HUCF), the UNIMONTES, and their insertion in the labor market. The fourth project, with a qualitative and quantitative approach, presented the perception of medical students regarding the choice of a specialty in PHC. IRB (Institutional Review Board) the UNIMONTES approved these project. From the studies conducted, it is concluded that the PHC is a privileged place for medical training for both undergraduates and graduates, as it presents specific activities to be performed in this scenario. There is a complexity of factors that interact to attract or repel medical students to PHC. These factors are related to personal, professional, academic and ideological factors. Factors related to the profile of graduats of the Residency Program in Family and Community Medicine at HUCF/UNIMONTES and their insertion in the labor market should be considered in the formulation of proposals to increase the effectiveness of PHC.

Key-words: Primary Health Care. Medical Students. Human Resource Training.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ERP	Estimativa Rápida Participativa
HUCF	Hospital Universitário Clemente de Faria
IAPSC	Interação, Aprendizagem, Serviço, Pesquisa e Comunidade
MAPP	Método Altadir de Planificação Popular
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PMC	Projeto Montes Claros
Programa UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RMFC	Residência em Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
VERSUS Brasil	Projeto Vivência e Estágio na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Atenção Primária à Saúde.....	13
1.2 Formação Médica	16
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 PRODUTOS	22
3.1 ARTIGO 1 – INTERAÇÃO COMUNITÁRIA E PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NO ENSINO MÉDICO.....	23
3.2 ARTIGO 2 – O MÉDICO DE FAMÍLIA E A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA	37
3.3 ARTIGO 3 – EGRESSOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MINAS GERAIS.....	58
3.4 ARTIGO 4 – A ESCOLHA DE UMA ESPECIALIDADE PRIORITÁRIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA.....	72
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	92
APÊNDICE A - Termo de Concordância da Instituição referente ao artigo “O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA”.....	92
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa referente ao artigo “O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA”.....	96
APÊNDICE C – Termo de Concordância da Instituição referente ao artigo	

“EGRESSOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MINAS GERAIS”	99
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa referente ao artigo “EGRESSOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MINAS GERAIS”	102
APÊNDICE E – Roteiro do Grupo Focal para coleta de dados quantitativos referentes aos artigos: “O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA” e “A ESCOLHA DE UMA ESPECIALIDADE PRIORITÁRIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA”	105
APÊNDICE E – Formulário para coleta de dados quantitativos referentes aos artigos: “O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA” e “A ESCOLHA DE UMA ESPECIALIDADE PRIORITÁRIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA”	107
ANEXOS	117
ANEXO A – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa – Artigo: “O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA”	117
ANEXO B – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa – Artigo: “EGRESSOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MINAS GERAIS”	118
ANEXO C – Carta de aprovação do artigo “INTERAÇÃO COMUNITÁRIA E PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NO ENSINO MÉDICO” pela Revista Brasileira de Educação Médica	119
ANEXO D – Carta de aprovação do artigo “EGRESSOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MINAS GERAIS” pela Revista Brasileira de Educação Médica	120
ANEXO E – Normas para publicação de trabalhos na Revista Brasileira de Educação Médica	121
ANEXO F – Normas para publicação de trabalhos na BMC Medical Education	126
ANEXO G – Folha de Defesa	140

1 INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Primária à Saúde

Historicamente, o conceito ampliado de saúde ganhou maior destaque em todo o mundo a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978, em Alma Ata. Esse conceito de saúde de forma mais ampla, para além da perspectiva curativista e individual, contextualizado com os aspectos sociais e psíquicos foi marcante para a reestruturação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) pelo mundo (1).

Em Alma Ata, a APS foi definida como a “atenção essencial à saúde, baseada em métodos e tecnologia prática, científica e socialmente aceitável”. Em princípio, esse modelo deve ser de acesso universal para indivíduos e famílias na comunidade e, portanto, deve ser o mais próximo possível do local onde vivem e trabalham as famílias, o que facilitaria o estabelecimento da APS como o primeiro elemento de continuidade do processo de atenção à saúde (2,3).

Para Conill (4), o conceito de APS, proposto em Alma Ata, “expressava respostas a necessidades de ordem econômica, política e social, mas também demandas oriundas dos movimentos sociais e setoriais”. Para essa autora o conceito proposto em Alma Ata possui duas linhas de base. Uma tecnocrata, de medidas inovadoras e de racionalização das práticas de cuidado com a saúde (comunidade como fundamento das necessidades de saúde, hierarquização, coordenação e integração do cuidado); e outra participativa, associada a uma maior democratização dos serviços (mudanças na divisão do saber com ampliação da equipe, incorporação de agentes da comunidade, acesso e controle social).

A APS, como um nível de assistência à saúde, foi conceituada e caracterizada posteriormente por Starfield (3) como sendo o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde, responsável por prestar cuidados integrais, ao longo do tempo, centralizados na família e orientados para a comunidade. Na concepção expressa da autora, a APS é assumida como um

nível assistencial que deve exercer a coordenação dos demais serviços da rede de saúde. Com essas características, os princípios essenciais para definir a APS são a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção. Essas características, ou atributos, devem ser comuns em serviços de APS, apesar de singularidades e nomenclaturas locais (1).

No Brasil, a compreensão da atual concepção de APS passa pelo entendimento dos modelos sanitários que existiram anteriormente no país, bem como, a influência desse conceito ao nível internacional. O sistema de saúde do país sofreu constantes mudanças, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. Essas mudanças podem ser divididas em quatro etapas. A primeira foi denominada de sanitarismo campanhista, pois tinha nas campanhas sanitárias sua principal estratégia de atuação e vigorou do início do século XX até meados da década de 40. O período de 1945 a 1960 pode ser considerado como de transição para a etapa seguinte, quando vigorou, até meados de 1980, o modelo médico conhecido como assistencial privatista. Posteriormente, segue-se o modelo plural, hoje vigente, que inclui como sistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS) (5).

Ao longo do processo de mudanças dos modelos sanitários vivenciados no Brasil, ganhou destaque nacional a cidade de Montes Claros, que nos anos 1970 participou da história das políticas de saúde e principalmente na construção do modelo atual de assistência à saúde no país, através do Projeto Montes Claros (PMC) denominado de Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde no Norte de Minas. O PMC foi uma das primeiras possibilidades regionais de aplicação de diretrizes de organização e distribuição de serviços de saúde para as populações mais carentes pelo fortalecimento do setor público e da participação da comunidade. Este projeto tornou-se bandeira de luta, contra os interesses privatizantes do setor saúde e passou a ser uma experiência do movimento sanitário (6). A experiência adquirida foi modelo seguido em outros locais nos anos seguintes e culminou com a criação do SUS, mais recentemente, com o fortalecimento da APS como ferramenta de consolidação de um novo modelo, mais voltado à promoção da saúde (7).

Seguramente, o principal instrumento de reformulação do modelo assistencial e fortalecimento da APS, no Brasil, foi a criação do Programa de Saúde da Família, posteriormente alçado à condição de Estratégia de Saúde da Família. Em linhas gerais, a proposta implica a criação de equipes multiprofissionais, estrategicamente instaladas em áreas

periféricas ou descentralizadas, que devem assumir a responsabilidade pelo acompanhamento das famílias do território onde se encontram. Essas equipes, para serem efetivas, devem atuar segundo os atributos da APS (4,8,9).

No cenário da reforma sanitária brasileira os conceitos de APS, Atenção Básica e Saúde da Família, estão presentes no que se refere ao modelo de atenção à saúde e organização dos serviços de saúde. No entanto, com o decorrer do tempo e com o desenvolvimento do SUS, o conceito de APS, pelo menos nas esferas governamentais, parece perder gradativamente sua força sendo, cada vez mais, substituído pela concepção da Atenção Básica à Saúde (9).

Em 2006, o Ministério da Saúde editou a Política de Atenção Básica, revisando as diretrizes e normas para a organização da ESF, pela portaria que ampliou o escopo das ações das equipes de Saúde da Família, colocando a estratégia como porta de entrada preferencial para o SUS, e ferramenta de reorganização dos sistemas locais de saúde. As diretrizes apresentadas tinham o objetivo de uniformizar o processo de trabalho das equipes e reconheceu, de forma bastante clara, a Estratégia de Saúde da Família, como modelo substitutivo e prioritário em relação à rede de cuidados primários existente até então (10).

A partir de 2010, com a publicação da Portaria nº 4.279 em 30 de dezembro, o Ministério da Saúde, reafirma a APS como parte integrante do arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, ou seja, a Rede de Atenção à Saúde (11). Nessa Rede Assistencial a APS, representada pela Equipe de Saúde da Família, é o ponto de atenção que estabelece a comunicação entre os demais pontos de atenção. Ela deve ser resolutiva com relação aos cuidados primários dos problemas mais comuns de saúde e coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção (12).

Atenção Básica é a expressão escolhida pelo Ministério da Saúde para abranger todas as iniciativas no primeiro nível de atenção à saúde, voltadas para a sua promoção, tratamento de agravos, prevenção e reabilitação, sendo considerado sinônimo de APS. Todavia, ressalta-se a especificidade do termo, uma vez que ele usualmente não se encontra vinculado à ideia de APS fora do Brasil (8).

Todo o processo de mudança de modelo assistencial que o país vivencia nos últimos anos tem repercussão direta na formação de recursos humanos que atuam na área da saúde. Novos modelos exigem novos profissionais, nova formação, aspecto relativamente pouco discutido na literatura nacional. A formação médica, em particular, é tema que merece ser detalhadamente abordado, considerando o papel desse profissional no processo de mudança de modelo assistencial (13,14).

1.2 Formação Médica

No Brasil, as primeiras escolas médicas foram instaladas, por D. João VI quando veio para o Brasil com sua corte, em 1808, em Salvador e no Rio de Janeiro. Com a proclamação da Independência em 1822, no cenário político brasileiro foi possível a melhoria do ensino médico e a criação de mais escolas médicas, surgindo assim os doutores das escolas nacionais com especial influência da escola francesa (14).

Ao longo dos séculos IXX e XX, a escola médica brasileira sofreu influências européias e norte-americanas, sobretudo, após as reformas propostas pelo Relatório Flexner, em 1910. Esse relatório propiciou grandes avanços para a formação médica, para o desenvolvimento científico e técnico. Para alguns autores, entretanto, sua visão marcadamente positivista/mecanicista distanciou o médico do paciente, dificultando a compreensão da pessoa como um todo. Para os críticos do Relatório Flexner, as mudanças introduzidas consolidaram um modelo de formação de médicos que nunca conseguiu atender às necessidades de saúde das sociedades onde foi implantado (16,17,18).

Esse distanciamento das escolas médicas das necessidades da população tem sido apontado como um dos problemas na formação médica e se expressa mais fortemente na especialização médica e na tecnificação do cuidado (19, 20).

Há necessidade de formação de médicos habilitados para trabalhar em equipes multiprofissionais, atuar nos determinantes sociais, subjetivos e biológicos do processo saúde/doença, construir vínculos e assumir responsabilidade em lidar com a cura e a reabilitação dos seus pacientes (14). Campos e colaboradores (21) identificaram eixos de um

processo de mudança na formação de médicos que propõe uma escola médica integrada às necessidades do SUS. Os eixos identificados servem para definir tipologias que possam estimular e orientar o processo de transformação do ensino médico em direção a um padrão desejado e ideal. São os que se seguem: (a) orientação teórica, que diz respeito à produção de conhecimentos, à oferta de pós-graduação e de educação permanente; (b) abordagem pedagógica, que está relacionada com a estrutura curricular, a mudança didático-pedagógica e a orientação programática; e, (c) cenário de práticas que se refere aos locais de prática, ao âmbito escolar e abertura dos serviços próprios das instituições acadêmicas.

Em sintonia com as discussões nacionais e internacionais sobre a formação do médico contemporâneo com um perfil profissional para atuar no SUS o Ministério da Educação (MEC) elaborou as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Medicina, em 2001 (22). As DCN orientam que o ensino médico e o sistema de saúde brasileiro sejam integrados. De forma mais específica, as Diretrizes postulam a integração ensino-serviço como um dos itens da estrutura dos cursos médicos, com atenção à formação médico-acadêmica orientada às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. Outros autores têm destacado a necessidade de integração dos estudantes nas equipes de Saúde da Família, com proposição de diretrizes específicas para o ensino da APS na graduação médica (23). Em 2014, o próprio MEC aprovou novas DCN para os cursos de medicina, enfatizando a formação médica contextualizada e valorizando a inserção precoce e prolongada do estudante no contexto das equipes de Saúde da Família (24).

Nas experiências de integração ensino-serviço, a presença de alunos e docentes nos serviços de saúde é fator que pode contribuir para melhoria na qualidade da assistência, equidade da atenção à saúde e ampliação do acesso aos serviços (25,26) e promovem no serviço de saúde a educação permanente e aproximação com a pesquisa (27).

Dentro desse contexto de transformação do ensino nas escolas médicas, a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) está inserida. Ela que está localizada no Norte de Minas Gerais, é uma universidade pública de importante integração regional. Seu curso médico iniciou-se em 1969 com um currículo tradicional, mecanicista e biologicista (28, 29) e participou, na década de 70, do Projeto Montes Claros, que foi uma proposta com características inovadoras, assumida como projeto piloto para implantação do sistema nacional de saúde à época (30).

Para atender às exigências de formação médica contemporânea, em 2002, a Faculdade de Medicina da UNIMONTES, mudou a política pedagógica e implementou a metodologia ativa de Aprendizagem Baseada em Problemas no currículo (28). Outra inovação desse novo currículo foi a integração teoria-prática, com a implantação do Módulo Interação, Aprendizagem, Serviço, Pesquisa e Comunidade (IAPSC), pelo qual os estudantes são acompanhados por um tutor e inseridos nas Equipes de Saúde da Família, do primeiro ao sexto períodos, com encontros regulares, uma vez por semana (29)

As atividades realizadas pelos estudantes no módulo IAPSC, no curso médico da UNIMONTES, tem sinergia com a orientação de inserção dos alunos dos cursos da área de saúde no cenário da APS, por esse constituir campo potencial de práticas indispensáveis à formação e especialmente à formação de profissionais mais voltados ao SUS (31).

A UNIMONTES, além da graduação médica, tem acumulado experiências também para a especialização de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas em saúde da família, por meio de programas de Residência Multiprofissional e Médica (32). Esse aspecto pode ser considerado um diferencial da Instituição, que propicia a continuidade da formação em APS além da graduação. Dessa forma, o profissional que está inserido nos serviços de saúde, e particularmente, nas equipes de Saúde da Família, se habilita melhor para a atuação junto ao paciente e sua família e também se habilitam para uma melhor recepção ao estudante da graduação. Esse fato otimiza a integração ensino-serviço e deve atuar como motivador para os estudantes no desenvolvimento de suas atividades no cenário de práticas das equipes de Saúde da Família.

Com relação à integração ensino-serviço parece haver consenso de que a atuação conjunta e integrada de profissionais de saúde e estudantes em uma equipe da APS tem o potencial de melhorar vários aspectos tanto desse serviço quanto da formação dos futuros profissionais de saúde (3, 31, 32). Todavia, para a integração dos estudantes aos serviços de saúde é fundamental considerar que o serviço esteja voltado para as necessidades do usuário e também da formação profissional (30, 33).

Os profissionais juntamente com os estudantes da área da saúde podem contribuir na identificação das necessidades de saúde da população e na tomada de decisão em conjunto com a própria comunidade. A integração de estudantes pode facilitar o planejamento

participativo local, que objetiva facilitar a planificação a partir de uma base popular e o comprometimento da comunidade e de suas lideranças com a análise e enfrentamento de seus problemas (34). Experiências exitosas têm sido descritas nesse sentido (35).

O atributo orientação comunitária, na APS, qualifica a participação popular para adequação dos serviços de saúde às necessidades e reivindicações da comunidade atendida. Ela também oferece questões para nortear as discussões educacionais para a formação na área da saúde com relação a aspectos relacionados ao serviço e à formação de profissionais (33).

Na integração ensino-serviço, os profissionais e os estudantes da área da saúde são convocados a participarem do processo de fortalecimento das ações comunitárias, porém essa ação não é uma tarefa comumente realizada por eles. Com vistas a alterar essa situação, as DCN para os cursos de medicina orientam que conteúdos essenciais na formação do profissional médico devem estar relacionados ao “processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade, epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina”; bem como “a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença”; e “a abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção” (21).

Com o objetivo de inovar as práticas de saúde e a formação profissional nessa área, na década de 1990, na América Latina, houve um programa intitulado “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade” (Programa UNI) da Fundação Kellogg que fomentou a parceria entre a universidade, os serviços locais de saúde e a comunidade. Esse Programa aconteceu em seis instituições brasileiras (33,35).

Em consonância com as orientações das DCN, o MS e o MEC têm incentivado mudanças curriculares nas escolas médicas visando à interação entre a academia e os serviços de APS por meio dos seguintes instrumentos: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), Projeto Vivência e Estágio na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (VERSUS Brasil), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) (37, 38).

Algumas escolas médicas brasileiras seguiram as orientações do MS e MEC e realizaram mudanças nos projetos político-pedagógicos incluindo metodologias ativas centradas no estudante e baseadas nas necessidades de saúde da população e inserção do estudante em equipes de APS. A UNIMONTES seguiu esse caminho, inserindo os estudantes de medicina na ESF do primeiro ao sétimo período e no 12º período, durante o internato (39).

A UNIMONTES também tem um histórico na integração ensino-serviço na pós-graduação, atuando na qualificação de profissionais de saúde na APS em parceria com a Secretaria de Saúde de Montes Claros – MG. Essa Universidade oferece a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência em Medicina de Família e Comunidade desde a década de 1990 (30). Isso pode ter contribuído para uma situação singular do município, em que a maioria dos profissionais da APS, possui especialização na área saúde da família (40).

Estudo realizado em Montes Claros, norte de MG, sobre a percepção dos profissionais de saúde com relação a inserção de estudantes de medicina nos serviços de APS aponta que “a presença do estudante começa a criar um ambiente de intercâmbio de saberes e práticas entre os profissionais da equipe”. Os profissionais entrevistados identificam necessidade da diversificação de cenários, com ênfase na APS para a formação médica integral e para a mudança do modelo assistencial, há uma melhoria do serviço pois a presença do estudante faz com que os profissionais reflitam sobre suas práticas com vistas a melhoria do cuidado, ampliação da acessibilidade, com maior diversidade de atividades e ampliação dos horários de atendimento (39).

No presente estudo, o tema integração ensino-serviço é abordado dentro da análise da formação médica necessária após a nova proposta de um novo modelo de atenção em saúde para o país.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Verificar a influência da Atenção Primária à Saúde (APS) na formação médica desde as experiências da graduação até a inserção no mercado de trabalho.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar e descrever a experiência de realização do Planejamento Participativo para capacitação comunitária, conduzida por estudantes do curso médico da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), junto a comunidade atendida por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Identificar as percepções e as expectativas dos estudantes de medicina em relação à formação médica com inserção na APS;
- Caracterizar aspectos do perfil do egresso do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Universitário Clemente Faria (HUCF) e sua inserção no mercado de trabalho;
- Identificar as percepções dos estudantes de medicina em relação à escolha de uma especialidade prioritária para o Sistema Único de Saúde (SUS).

3 PRODUTOS

Conforme orientação do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da UNIMONTES, os resultados do presente estudo serão apresentados em forma de artigos científicos. A formatação de cada um dos artigos segue as recomendações dos periódicos.

3.1 Produto 1: O primeiro artigo é intitulado “*Interação comunitária e planejamento participativo no ensino médico*” e retrata uma experiência exitosa de realização do Planejamento Participativo para capacitação comunitária, conduzida por estudantes do curso médico da UNIMONTES, junto a comunidade atendida por uma Equipe da ESF. O artigo já está aprovado e publicado pela Revista Brasileira de Educação Médica.

3.2 Produto 2: O segundo artigo com o título “*O médico de família e a medicina de família e comunidade: percepções de estudantes de medicina*” retrata o resultado de uma investigação qualitativa e quantitativa realizada com estudantes de medicina e está formatado segundo as normas da Revista Brasileira de Educação Médica e enviado para a mesma.

3.3 Produto 3: O terceiro artigo, “*Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais*” é oriundo de uma investigação com profissionais da Atenção Primária, retratando o perfil dos mesmos e as particularidades da inserção no mercado de trabalho. Este artigo já foi publicado na Revista Brasileira de Educação Médica.

3.4 Produto 4: O quarto artigo, “*A escolha de uma especialidade prioritária para o Sistema Único de Saúde no Brasil: percepções de estudantes de medicina*” retrata o resultado de uma investigação quali-quantitativa realizada com estudantes de medicina e está formatado segundo as normas da BMC Medical Education e será enviado para a mesma. Está apresentado em português, mas será encaminhado em inglês, após as considerações finais da banca avaliadora.

3.1 ARTIGO 1

INTERAÇÃO COMUNITÁRIA E PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NO ENSINO MÉDICO

PARTICIPATORY PLANNING AND COMMUNITY INTERACTION IN MEDICAL EDUCATION

Fabília Vieira de Matos. Especialista em Saúde da Família. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Antônio Prates Caldeira. Doutor em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Endereço para correspondência:

- Fabília Vieira de Matos

Rua João Pinheiro, 128/101 – Centro

Montes Claros – MG.

CEP: 38.400-093

- Antônio Prates Caldeira

Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança.

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

Av. Rui Braga, s/n - Vila Mauricéia

Montes Claros – MG

CEP: 39401-089

TÍTULO RESUMIDO: INTERAÇÃO COMUNITÁRIA E PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO

RESUMO

A Promoção de Saúde demanda uma ação coordenada entre população, poder público e setor saúde visando a melhoria das condições de saúde. A formação médica deve propiciar ao estudante o contato comunitário e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde

no contexto em que vive a comunidade. O presente relato descreve a experiência de realização do planejamento participativo e interação comunitária conduzidos por estudantes do curso médico em uma área atendida por Equipe de Saúde da Família em Montes Claros – MG, ocorrida entre agosto de 2009 e março de 2010. A Estimativa Rápida Participativa e o Método Altadir de Planificação Popular foram os métodos norteadores das atividades, possibilitando o enfrentamento de um problema vivenciado pela população e a intervenção direta e positiva da comunidade nos determinantes do seu processo saúde-doença com apoio dos estudantes de medicina, que consolidaram os conceitos de Promoção da Saúde e de prática educativa transformadora.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde, Participação Comunitária, Atividades Educacionais.

ABSTRACT

Health promotion demands coordinated action among people, government and health area in order to improve health conditions. Medical education must provide to the student community contact and the development of actions of health promotion in the context in which the community is settled. This report describes the experience of participatory planning accomplishment and community interaction conducted by students of medical course in an area served by the Family Health Team in Montes Claros - MG, which occurred between August 2009 and March 2010. Participatory Flash Estimative and “Altadir” Method of Popular Planning were guiding method of activities allowing the confrontation of a problem experienced by the population and direct and positive intervention of the community in determiners of its health-disease process with support of medical students, which consolidated the concepts of Health Promotion and transformative educational practice.

Key words: Health Planning, Community Participation, Educational Activities

INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986 definiu que a saúde constitui o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal e que através das ações de promoção as condições e recursos fundamentais para a saúde se tornam acessíveis. Assim, “Promoção da saúde é o nome

dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”¹.

A Promoção de Saúde está associada à qualidade de vida, à saúde, à solidariedade, à equidade, à democracia, à cidadania, ao desenvolvimento, à participação e à parceria intersetorial. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais². As ações de promoção de saúde implicam em uma ação coordenada entre população, poder público e setor saúde. Os atores sociais trabalham com ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais e instituições que prestam serviços de saúde e governos¹.

O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado¹. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) reforça que o nível de saúde de uma população pode ser expresso pela organização social e econômica desta e tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais³.

Entende-se que o setor saúde articulado com outros setores pode estimular a capacitação comunitária, reforçando-a para enfrentar aos seus problemas, com o enfoque da promoção de saúde. O planejamento envolve, necessariamente, um exercício de ação consciente e orientada (da pessoa ou do grupo) sobre a realidade, com o objetivo de transformação de uma dada situação. Assim, planejar implica em adotar processos sistemáticos e criativos que visem a modificação da realidade. O fundamental não é o consumo de decisões simplesmente, mas o empoderamento a partir da aprendizagem e da conscientização que o planejamento possibilita⁴. Apesar das várias correntes de planejamento em saúde, no Brasil, todas preconizam o processo dialógico e valorizam a aprendizagem propiciada⁵, destacando-se o Pensamento Estratégico em Saúde, de Mário Testa, e o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus. O Pensamento Estratégico em Saúde na proposta de Mário Testa discute e formula a “tipologia de poder

em saúde”, evidenciando-se o poder político, o técnico e o administrativo. O poder político representa a defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos, o poder administrativo são as atividades e os processos que implicam o manejo de recursos, e o poder técnico se define pelo uso de conhecimentos e tecnologias em qualquer dos níveis de funcionamento no setor saúde⁶.

O Planejamento Estratégico Situacional formulado por Carlos Matus compreende um espaço de relações de produção social onde os atores estão em uma mesma realidade, combinando ações estratégicas e comunicativas entre si com vista a construir acordos sobre os problemas a serem enfrentados, sobre a meta a ser obtida e ação a ser desenvolvida⁶.

A participação social é um modo de vida baseado na conquista de direitos geradores de um compromisso comunitário, no qual a população e o governo constroem uma situação de negociação mútua para constituir uma trama bem urdida e sólida de organizações, construindo a democracia como algo cotidiano e normal. Ela se constitui sob os ideais democráticos baseados na igualdade, na pluralidade e na deliberação política, impregnados pelo sentido solidário da comunidade em processar um interesse comum⁷.

Embora o envolvimento dos profissionais e estudantes da área da saúde seja desejável nesse processo de fortalecimento das ações comunitárias na promoção da saúde, não se trata de uma tarefa facilmente assimilada pelos mesmos. Particularmente em relação aos cursos médicos, as Diretrizes Curriculares Nacionais destacam que um dos objetivos na formação do médico é dotar o profissional dos conhecimentos para o exercício da atenção à saúde, onde esses profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Essas mesmas Diretrizes orientam que nos conteúdos essenciais de um Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados o “processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade, epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina”. Bem como, “a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença”; e, “a abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção”⁸.

Foi nesse contexto que algumas Universidades construíram algumas propostas para a integração comunitária inserindo os estudantes em situações reais que favorecem a articulação da teoria com a prática em cenários de aprendizagem que estão fora da sala de aula. Pois, a diversificação dos cenários de aprendizagem pode ser uma estratégia para aproximar os estudantes da vida cotidiana das pessoas e desenvolver nos acadêmicos um olhar críticos voltados para os problemas reais da população⁹. É nesse cenário que a

aprendizagem baseada na comunidade acontece. Nela o estudante é inserido em um processo dinâmico de práticas integradas à comunidade, construindo seu conhecimento e prestando serviço de saúde para a população¹⁰.

Com esse desafio colocado a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) reformulou o currículo do curso médico em 2002 e implantou o currículo integrado com uso da metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas e inserção do módulo IAPSC (Interação, Aprendizagem, Pesquisa, Serviço e Comunidade). Este módulo é ministrado durante os primeiros seis períodos do curso médico junto às Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Montes Claros – MG e à população atendida por esta, sempre sob a supervisão de um professor da instituição. O módulo IAPSC tem como objetivo introduzir o estudante de Medicina na realidade social e na prática sanitária desde o início do curso médico, de forma a oportunizar-lhe a aprendizagem imprescindível para a sua formação. Permite ao acadêmico inserir-se, conhecer e apropriar-se do território por meio da interação com a comunidade e a equipe de saúde.

Dentre os objetivos propostos para o segundo e terceiro períodos do curso médico para as atividades de IAPSC, estão o desenvolvimento da capacitação pedagógica, o planejamento participativo e a prática baseada em evidências. O planejamento constitui-se de um instrumento para o trabalho comunitário, através do qual são utilizados discussões e exercícios que auxiliam a ampla compreensão dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da comunidade assistida. Esses fatores, aqui denominados “problemas”, são analisados, discutidos, sendo eleito um “problema” central para enfrentamento. Experiências de realização do planejamento participativo já foram relatadas em trabalhos realizados com estudantes do curso médico em área de atuação de Equipes da ESF tendo com métodos a Estimativa Rápida Participativa (ERP) e passos do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP)^{11,12}.

De modo geral, o ERP apóia o planejamento participativo local contribuindo na identificação das necessidades de saúde, facilitando a tomada de decisão em conjunto com a própria comunidade que recebe e avalia o serviço. E o MAPP é um método para planejamento no nível local, principalmente nos que não compõem uma rede complexa. Sendo coerente com os princípios do SUS, ele tem como objetivo de facilitar a planificação a partir de uma base popular, que favorece o comprometimento da comunidade e de suas lideranças com a análise e enfrentamento de seus problemas¹³.

O presente trabalho tem como objetivo apresentar e descrever a experiência de realização do Planejamento Participativo para capacitação comunitária, conduzida por estudantes do curso médico da UNIMONTES, junto a comunidade atendida por uma Equipe da ESF.

MATERIAL E MÉTODOS

A experiência aqui descrita transcorreu no período entre agosto de 2009 a março de 2010, onde foram realizadas oficinas de trabalho utilizando a metodologia da ERP e do MAPP. Participaram das oficinas os funcionários de uma Equipe de Saúde Família Santa Lúcia I, de Montes Claros - MG, membros e lideranças da comunidade atendida por essa Equipe, monitores da Secretaria de Saúde, estudantes e tutor da UNIMONTES.

A primeira etapa foi a realização da ERP que utilizou três fontes de dados: registros escritos (Relatório do Diagnóstico Local da área de abrangência da ESF Santa Lúcia I), entrevistas com informantes-chave (Agentes Comunitários de Saúde, moradores da área de abrangência da Equipe de Saúde Santa Lúcia I) e observação direta do campo (visualização do território de abrangência da Equipe de Saúde da Família).

A ERP possibilitou conhecer os fatores determinantes e condicionantes que influenciavam o nível de saúde da população atendida pela equipe de Saúde Santa Lúcia I, permitindo a construção prévia de um diagnóstico situacional da área de abrangência dessa Equipe e, permitindo ainda, a definição da região a ser trabalhada. Então, definiu-se que o MAPP iria ser realizado com os moradores de dois bairros locais (Veneza Park e Vila Fênix), devido a essa região ser mais periférica em relação às demais e também por ser área de habitação recente com desorganização social.

Para tanto, foi necessário realizar a identificação dos informantes-chave, moradores dos bairros Veneza Parque e Vila Fênix capazes de representar o ponto de vista da coletividade dos moradores desses bairros. Assim, os informantes-chave foram identificados e contactados a fim de explicar-lhes os objetivos do trabalho, pedir-lhes apoio para a mobilização da população e identificação de um local na comunidade para a realização das oficinas.

O MAPP foi efetivado realizando os passos a seguir: seleção do problema, descrição do problema, explicação do problema, desenho da situação objetivo, seleção dos nós críticos, desenho das operações e demandas de operações, definição das responsabilidades pelas operações, definição de responsáveis pelas demandas de operação, avaliação e cálculo dos recursos necessários para desenvolver as operações, identificação dos atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano, além dos recursos críticos para desenvolver as operações, identificação dos atores que controlam os recursos, seleção de trajetórias, análise de vulnerabilidade do plano e desenho de sistema de prestação de contas, em consonância com a metodologia proposta¹³.

Para a realização da primeira oficina, os estudantes de medicina visitaram as residências dos informantes-chave e os convidaram para pessoalmente. Nessas visitas foi

identificada uma residência de uma informante-chave para a realização dessa primeira oficina. Para as demais oficinas cada participante ficou responsável por convidar mais pessoas. Em cada oficina era estabelecida a data, o local e o horário da próxima.

Cada oficina foi coordenada por um moderador (acadêmico) e um facilitador (tutor). Todas as oficinas foram registradas em ata que depois era lida e se aprovada era assinada pelos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As oficinas de trabalho em grupo foram realizadas em residências de moradores do bairro Veneza Park, com a participação de estudantes do Curso Médico e uma tutora do módulo IAPSC. A realização das oficinas em locais mais próximos dos moradores foi um aspecto positivo para assegurar a participação e o prosseguimento das atividades. Embora esse local não tivesse sido definido a priori como estratégia de adesão às atividades, os relatos dos participantes definiram a necessidade de manutenção dos pontos de encontro em áreas mais próximas de suas residências, recusando a possibilidade de encontros na Unidade de Saúde.

Seleção do problema

A primeira oficina teve como objetivo apresentar para aos participantes o resultado da ERP, apresentando aos moradores os problemas relacionados às condições e aos recursos fundamentais para a saúde, levantados pelos estudantes do IAPSC e eleger juntamente com aos participantes os problemas que eles percebiam como mais prevalentes nos bairros Veneza Park e Vila Fênix.

Para elencar os problemas foi utilizada a técnica de *Brainstorming* ou “tempestade cerebral” que é uma técnica para “gerar/criar diversas idéias no menor espaço de tempo possível¹⁴. Para tanto foi solicitado que todos os participantes descrevessem individualmente, em uma folha de papel, problemas que cada um percebia que havia no bairro onde morava. Após essa etapa, todas as idéias foram registradas em um cartaz, onde pode ser visto por todos, e nenhuma idéia foi criticada ou rejeitada.

Com essa técnica foi possível elencar os problemas classificando-os de acordo com o número de vezes que os participantes os elegia. Os problemas elencados foram: falta de uma linha de transporte público dentro dos bairros, com nove votos; falta de telefone público nos bairros, com sete votos; falta de área de lazer (praças) nos bairros, com sete votos; falta de limpeza nos lotes vagos, com cinco votos; falta de pontos comerciais nos bairros, com cinco votos; falta de limpeza pública nas ruas dos bairros, com quatro votos; falta de asfalto

no bairro Vila Fênix, com três votos; falta de proteção na Lagoa dos Portugueses, com dois votos.

Na segunda reunião os participantes elegeram um problema prioritário utilizando a matriz de prioridade, seguindo a recomendação de seleção de um “problema ou causa prioritária diante de condições próprias, customizadas e da especificidade do processo”¹⁴. Para a construção da matriz de prioridade os participantes analisaram os três problemas mais votados segundo os critérios de abrangência, urgência e capacidade de enfrentamento. Sendo que cada um desses quesitos foi também avaliado quanto a intensidade, para isso foi definido uma escala de pesos (1, 2 e 3) na avaliação dos critérios.

Para a explicação dos quesitos foram dados os exemplos. Para urgência “é o quê você precisa fazer mais rápido”, “quando uma casa está pegando fogo e há uma criança lá dentro o quê é preciso fazer mais rápido, apagar o fogo ou salvar a criança?”. Para capacidade de enfrentamento buscou-se colocar uma situação real. Logo após foi feita a pergunta: “se o muro da casa de dois homens, um pedreiro e um que não é pedreiro, cair. Qual deles irá erguer o muro com mais facilidade, sem a ajuda de uma outra pessoa?”; então, capacidade de enfrentamento “é quando você ou a comunidade é capaz de fazer alguma coisa sem ajuda de outra pessoa ou sem a ajuda de alguém que não está na comunidade”. Abrangência foi definida dessa forma: “quando fazemos algo que consegue beneficiar um número grande de pessoas podemos dizer que nossa ação é abrangente, e se não consegue podemos dizer que tem pouca abrangência, “se há dinheiro para realizar uma benfeitoria e eu faço o asfaltamento de rua ao invés de construir uma casa, estou atendendo mais pessoas então o asfaltamento na rua é de alta abrangência”.

Após a análise dos critérios citados acima, cada participante individualmente pontuou os três critérios para cada problema selecionado anteriormente, construindo-se assim uma Matriz de Prioridades. A tabela 1 apresenta os resultados da seleção que destacou a falta de transporte coletivo nos bairros como o principal problema a ser enfrentado.

TABELA 1

Matriz de Prioridades definida pelos moradores dos bairros Veneza Park e Vila Fênix, no desenvolvimento do Planejamento Participativo; Montes Claros, 2009.

Problemas	Critérios			TOTAL
	Urgência	Abrangência	Capacidade de Enfrentamento	
Falta de uma linha de transporte público no bairro	30	26	18	74
Falta de telefone público no bairro	19	22	17	58
Falta de área de lazer no bairro	20	21	16	57

O transporte é um determinante social de qualidade de vida coletiva, pois esta resulta das condições ambientais e estruturais que se desenvolvem na sociedade. Esse *problema* foi entendido com um *problema social*, e assim sendo, definido como uma situação que implica nível insatisfatório de qualidade de vida da coletividade, e cuja solução foge do âmbito da ação individual e de seu ambiente imediato, mas pode ser alcançada mediante atuação da sociedade como um todo¹⁵.

Descrição do Problema

A descrição do problema foi expressa através do *sintoma* apresentado, apresentada através de um descritor objetivo e mensurável, permitindo a criação de um indicador capaz de medir os resultados alcançados¹³. Para essa etapa foi necessário realizar um levantamento de quais as linhas de transporte público passavam o mais próximo dos bairros Veneza Park e Vila Fênix. Bem como, saber quais os horários e itinerários dessas linhas de transporte público. O descritor escolhido foi “ausência de linha de transporte público nos bairros Veneza Park e Vila Fênix”.

Explicação do Problema

Para a explicação do problema foi realizado o levantamento de causas e conseqüências através da elaboração do diagrama de causa e efeito, também chamado de diagrama tipo “Espinha de Peixe”, “que é um diagrama que visa estabelecer a relação entre o efeito e todas as causas de um processo. Cada efeito possui várias categorias de causas, que, por sua vez, podem ser compostas por outras causas”¹⁴.

Assim, o problema, “Falta de linha de transporte público nos bairros Veneza Park e Vila Fênix”, foi escrito no centro da “Espinha de Peixe” e as causas e conseqüências foram anotadas diagonalmente, respectivamente, na parte superior e inferior (Fig. 1). O moderador do foi anotando as opiniões à medida que os participantes expressavam suas percepções quanto às causas e conseqüências do problema. Todos os participantes puderam visualizar e compreender o que estava sendo feito.

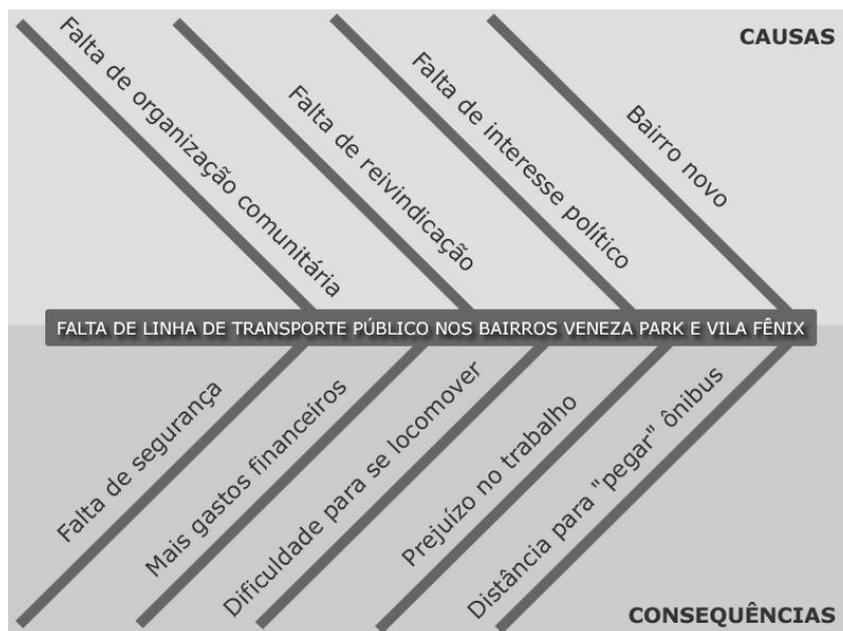


Figura 1: Diagrama “Espinha de Peixe” construído nas oficinas com os informantes-chave dos bairros Veneza Park e Vila Fênix

A “espinha de peixe” com causas e consequências apontou dois nós críticos: “Falta de reivindicação” e “Falta de organização comunitária”. Os critérios para a seleção dos nós críticos foram “alto impacto sobre o descritor do problema”, “ser um centro prático de ação”, ou seja, alguns dos participantes deveriam ter governabilidade sobre essa causa e “ser um centro oportuno de ação política”, ou seja, ter viabilidade política durante o período do plano.

Desenho da situação objetivo

O desenho da situação objetivo foi realizado construindo-se um mapa da região dos bairros Veneza Park, Vila Fênix e adjacências, constando o itinerário atual e o que se desejavam alcançar, e, ainda uma planilha de horários dessas linhas de ônibus.

Plano de Ação e demais etapas do processo

Posteriormente à esquematização do Diagrama “Espinha de Peixe” e desenho da situação objetivo passou-se à estruturação de um plano de ação para o enfrentamento do problema. Para essa etapa foi imprescindível a realização da “espinha de peixe” com a identificação dos nós críticos. Pois, para enfrentar o problema teria que se programarem operações capazes de alterar a descrição de cada nó crítico. O próximo passo foi a elaboração do desenho de operações e demandas de operações, ou seja, o levantamento das possíveis ações para o enfrentamento do problema. Essa atividade foi realizada em uma quarta-reunião. Partiu-se, inicialmente, para uma discussão a respeito das soluções para os três nós críticos identificados.

Chegou-se à conclusão de que os nós críticos “falta de reivindicação” e “falta organização comunitária” seriam os pontos a serem trabalhados para o enfrentamento do problema. Essa decisão foi embasada na possibilidade de os problemas mais simples, para aquele grupo de pessoas, serem inicialmente enfrentados.

Dessa maneira, para a “falta de reivindicação” foi proposto que se buscasse junto à Associação de Moradores do bairro mais próximo o apoio para a solicitação, por meio de ofício, perante a Prefeitura Municipal de Montes Claros e órgãos competentes, de uma linha de transporte público que percorresse os bairros Veneza Park e Vila Fênix. Para isso, os estudantes se responsabilizaram por contactarem os representantes da Associação de Moradores do bairro Delfino Magalhães e elaborarem o documento. Alguns moradores ficaram encarregados de elaborar um abaixo-assinado, bem como buscar assinaturas de moradores dos bairros. Esse abaixo-assinado, o ofício e os mapas anteriormente confeccionados comporiam um relatório a ser encaminhado à Prefeitura Municipal de Montes Claros.

Para a “Falta de organização comunitária” foi proposto a organização de uma “chapa” para a eleição de uma Associação Comunitária. Com o apoio e orientação de um representante da Associação de Moradores do bairro Delfino Magalhães organizou-se uma reunião com moradores dos bairros Veneza Park e Vila Fênix iniciando-se, assim, o processo de implantação da Associação de Moradores desses bairros.

Os passos, a saber, definição das responsabilidades pelas operações, definição de responsáveis pelas demandas de operação, avaliação e cálculo dos recursos necessários para desenvolver as operações, orçamento, identificação de atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano, identificação de recursos críticos para desenvolver as operações, identificação dos atores que controlam os recursos, seleção de trajetórias, análise de vulnerabilidade do plano, desenho de sistema de prestação de contas foram desenvolvidos ao longo das oficinas como parte importante do processo.

As atividades realizadas culminaram no início do atendimento dos bairros Veneza Park e Vila Fênix, pela linha de transporte público e pela eleição e posse de uma Associação de Moradores para representação dos referidos bairros no dia 28 de fevereiro de 2010.

A inserção de estudantes de medicina em atividades comunitárias é uma iniciativa de interação ensino-serviço-comunidade apoiada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, dentro da proposta de estimular práticas formativas de profissionais da saúde mais envolvidos com o SUS¹⁶. Nos últimos anos, a parceria entre os dois ministérios estimulou a realização de atividades tutoriais similares à experiência descrita neste artigo, por meio do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), promovendo a

integração entre diferentes categorias profissionais e a inserção dos estudantes da saúde na realidade de comunidades periféricas¹⁶⁻¹⁸.

Experiências que integram o estudante de medicina com a comunidade tendem a promover a formação de um profissional diferenciado, pois agregam, além da qualificação técnica, o desenvolvimento do espírito crítico e de responsabilidade social. Para Pizzinato e colaboradores, a vivência do estudante com a gestão e com o planejamento em saúde, privilegiando o trabalho em equipe visa a formação integral do profissional de saúde¹⁸. Essa integralidade incorpora também a compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas¹⁹.

CONCLUSÃO

Com a aplicação do MAPP foi possível atuar sobre um problema identificado pelos moradores dos bairros Veneza Park e Vila Fênix. Essa atuação se deu através da participação efetiva dos estudantes do curso médico da UNIMONTES, bem como dos participantes das oficinas realizadas, sendo que os estudantes foram facilitadores do processo do planejamento participativo, capacitando a comunidade para o enfrentamento de seus problemas.

Essa capacitação possibilitou a intervenção direta e positiva da comunidade nos determinantes do processo saúde-doença e o desenvolvimento do que determina o conceito de Promoção da Saúde. Possibilitou ainda a consolidação da intersectorialidade e construção de parcerias.

Nesse contexto, observou-se o entendimento pelos atores envolvidos nesse processo, da extensão do conceito de saúde e suas inexoráveis repercussões para o seu pleno e satisfatório bem-estar. Tal fato foi de fundamental importância, pois facilitou o bom rendimento dos acadêmicos em seus trabalhos e o sólido cumprimento dos objetivos traçados.

A participação dos estudantes do curso médico possibilitou a incorporação do conceito de promoção da saúde, a percepção de determinantes do processo saúde-doença além do âmbito biológico e a necessidade de atuação intersectorial na construção de melhor qualidade de vida. O módulo IAPSC, na UNIMONTES, no período relatado, constituiu-se um cenário de prática educativa transformadora no que se refere à interação comunitária por meio do planejamento participativo. A experiência relatada é facilmente reproduzida e tem o potencial de gerar para os estudantes de medicina maiores conhecimentos no campo da saúde coletiva e da integração comunitária.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção à Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
2. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. [on line]. [acesso em 15 de ago. 09]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>
3. Brasil. Lei Federal No 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
4. Ministério da Saúde. Planejamento com enfoque estratégico: uma contribuição para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. 1999. 50 p.
5. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2265-2274 , 2010. [on line] [acesso em 02 de out. 2010]. [Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a02.pdf>]
6. Teixeira CF (organizadora). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências /. - Salvador: EDUFBA, 2010.161 p.
7. Demo P. Participação é conquista. 3ª. ed. São Paulo, Cortez, 1996.
8. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38-39
9. Ferreira RC, Silva RF, Aguer CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. Rev Bras Educ Med. 2007;31(1):52-9.
10. Silva RF. Prática educativa transformadora: a trajetória da unidade educacional. São Paulo; 2000. Mestrado [Dissertação] – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

11. Aguiar GN, Fagundes GC, Leão KMB, Almeida PHO, Souza MS. Planejamento Participativo realizado em área de abrangência do Programa Saúde da Família. Revista APS, 2006; 9(1): 45-49
12. Antunes LA, Oliveira Filho IT, Colares M, Guimarães PDG, Peixoto LM, Lemos JRM, et al. Planejamento participativo: ferramenta de sucesso na parceria entre PSF, comunidade e prefeitura. RUC - Revista UNIMONTES Científica. 2007; 9(1):111-118
13. Tancredi FB, Barrios RL, Ferreira JHG. Planejamento em Saúde. v.2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). Disponível em http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/index.html. Acesso em 01.02.2013
14. Rodrigues MVC. Ações para a qualidade: gestão estratégica e integrada para a melhoria dos processos na busca da qualidade e competitividade. 3 ed. atual. ampl. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2010. 456p.
15. Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004. 720p.
16. Ferreira VS, Barreto RLM, Oliveira EK, Ferreira PRF, Santos LPS, Marques VEA et al. PET-Saúde: uma Experiência Prática de Integração Ensino-serviço-comunidade. Rev Bras Educ Med. 2012; 36 (1,Supl. 2):147-151.
17. Rodrigues AAAO, Juliano IA, Melo MLC, Beck CLC, Prestes FC. Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. Rev Bras Educ Med. 2012; 36 (1, Supl. 2):184-192.
18. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen EV. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. Rev Bras Educ Med. 2012; 36 (1, Supl. 2):170-177;.
19. Lopes RE, Malfitano APS, Palma AM, Furlan PG, Brito EM. Educação e Saúde: Territórios de Responsabilidade, Comunidade e Demandas Sociais. Rev Bras Educ Med. 2012; 36 (1, Supl. 1): 18-26.

3.2 ARTIGO 2

**MÉDICO DE FAMÍLIA E MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES****FAMILY DOCTOR AND MEDICINE FAMILY AND COMMUNITY:
PERCEPTIONS OF STUDENTS**

Fabília Vieira de Matos. Especialista em Saúde da Família. Professora e pesquisadora na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Kimberly Marie Jones. Doutora em Antropologia Médica. Professora e pesquisadora na Associação Educativa do Brasil (SOEBRAS).

Antônio Prates Caldeira. Doutor em Ciências da Saúde. Professor e pesquisador na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Endereço para correspondência:

- Fabília Vieira de Matos

Rua João Pinheiro, 128/101 – Centro – Montes Claros – MG – CEP: 38.400-093

E-mail: fabricia.matos@unimontes.br ou matosfabricia@yahoo.com.br

- Antônio Prates Caldeira

Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança.

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

Av. Rui Braga, s/n - Vila Mauricéia – Montes Claros – MG – CEP: 39401-089

- Kimberly Marie Jones

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Centros de Pesquisa - Campus JK

Av. Osmane Barbosa, 11111 – JK – Montes Claros – MG – CEP: 39407-006

**TÍTULO RESUMIDO: MEDICINA DE FAMÍLIA: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE
MEDICINA**

RESUMO

Este estudo objetivou compreender a percepção dos estudantes de algumas escolas médicas do norte de Minas Gerais quanto ao médico de família e a especialidade de Medicina de Família e Comunidade. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, transversal realizado a partir de grupos focais e aplicação de questionários. Os grupos focais foram gravados, transcritos e analisados a fim de organizar as respostas em unidades hermenêuticas usando o software Atlas.TI[®]. Depois dessa análise foi construído um questionário com assertivas extraídas das análises de conteúdo conduzidas a partir dos grupos focais. Este instrumento foi enviado via correio eletrônico para os estudantes de três escolas médicas de Montes Claros – MG. Os dados quantitativos foram submetidos ao tratamento estatístico descritivo no SPSS, versão 18.0. Dezenove estudantes participaram, tendo sido divididos em dois grupos focais, e 290 responderam ao questionário *online*. Os participantes da pesquisa discutiram a respeito da graduação, se esta é adequada ou suficiente para a complexa realidade que os médicos de família enfrentam. Também foram identificados os desafios enfrentados pelos médicos que optam por essa trajetória de carreira em seus locais de trabalho e na sociedade.

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Estudantes de Medicina, Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT

This study investigated the perceptions of students in some medical schools in the north of Minas Gerais as the family physician and the specialty of Family Medicine and Community. This is a quantitative and qualitative, cross-sectional study, we conducted focus groups and questionnaires. The focus groups were recorded, transcribed and analyzed to organize the answers in hermeneutic units using Atlas.TI[®] software. After this analysis, it was constructed a questionnaire with assertions extracted from the content analyzes conducted from the focus groups, that were sent via email to students from three medical schools Montes Claros - MG. These quantitative data were subjected to descriptive statistical analysis using SPSS, version 18.0. Participated 19 students divided into two focus groups and 290 students responded to the online questionnaire. Research participants discussed whether graduation is adequate or sufficient for the complex reality faced by family physicians. They also

identified challenges that physicians who choose this career path face in places of work and in society.

Key-words: Family Health, Primary Health Care, Students Medical, Staff Development.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil como parte da proposta de reorientação do modelo assistencial, com caráter substitutivo das práticas convencionais de atenção à saúde e organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS)¹. Apesar da rápida expansão numérica das equipes de Saúde da Família, o desafio da consolidação de um novo modelo assistencial brasileiro ainda persiste². Alguns autores já destacaram que transformações mais profundas da prática assistencial implicam em mudanças que incluem a formação de recursos humanos, especialmente a formação médica³. É imprescindível que os profissionais atuantes nas equipes da ESF sejam capazes de lidar com as exigências de um novo paradigma médico-assistencial.

A especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem um papel importante na consolidação da APS, pois possui potencial transformador tanto no âmbito da prática médica, quanto na formação de recursos humanos. Alguns autores destacam que essa especialidade tem caráter estruturante para Sistemas de Saúde, dando sustentação no âmbito do ensino, da pesquisa e da assistência à saúde ao novo modelo de atenção à saúde atualmente proposto^{4,5}.

Nesse momento em que se necessita de profissionais com essa especialidade em várias partes do mundo e também no Brasil, registra-se uma redução na procura da especialidade MFC por parte dos estudantes recém-formados^{6,7,8}. Considerando a relevância desse fato, em um período de reestruturação do modelo assistencial no país, tornam-se necessários estudos sobre o tema no sentido de identificar fragilidades e potencialidades que afetam a escolha por essa especialidade. A visão de futuros médicos quanto ao profissional da MFC pode auxiliar o desenvolvimento curricular e a interface entre academia e serviço, tão necessárias no processo de formação do profissional de saúde⁹. Este estudo teve como objetivo compreender a percepção dos estudantes de escolas médicas do norte de Minas Gerais sobre o médico de família e a especialidade de MFC.

MÉTODO

O presente estudo foi desenvolvido em Montes Claros, norte de Minas Gerais, Brasil. A cidade, principal polo urbano regional, se destaca como um centro universitário e conta com três faculdades de medicina, sendo uma pública e duas privadas. Para este estudo alguns acadêmicos dessas faculdades foram entrevistados.

Na primeira etapa foram realizados dois grupos focais, sendo que os participantes foram selecionados de forma randomizada. Foram feitas ligações telefônicas aos estudantes sorteados até que dois de cada período aceitassem o convite para participar dos grupos focais.

Cada grupo focal teve a duração de aproximadamente uma hora e meia e aconteceu em ambiente com privacidade e previamente conhecido pelos estudantes. Esses grupos focais tiveram o objetivo de levantar assuntos para serem incorporados a um questionário, que se consolidou como a segunda etapa deste estudo.

As falas dos estudantes foram gravadas em áudio e, depois de transcritas, foram analisadas pelo programa Atlas.TI®, utilizando-se a análise de conteúdo¹⁰. Nessa fase, buscou-se identificar de forma indutiva temas relacionados à percepção dos estudantes com ênfase nos aspectos relacionados ao conhecimento, funções, reconhecimento social, limitações, qualidades pessoais e formação dos médicos de família.

Na segunda etapa, foi construído um questionário com assertivas extraídas das análises de conteúdo, tendo sido conduzidas a partir dos grupos focais. Essas afirmativas eram em escala do tipo *Likert* com as seguintes alternativas de respostas: concordo plenamente, concordo parcialmente, não tenho opinião formada sobre esse assunto, discordo parcialmente, discordo plenamente. O questionário foi disponibilizado em um sítio eletrônico e o acesso ocorreu por meio de códigos identificadores enviados para o correio eletrônico de cada estudante. O *link* para acesso ao questionário foi enviado por 03 vezes, a cada 15 dias, aos *e-mails* de estudantes de medicina. Foram convidados a participar dessa etapa todos os estudantes que possuíam *e-mails* ativos nos arquivos oficiais das escolas médicas. Os dados quantitativos da segunda etapa do estudo foram submetidos ao tratamento estatístico descritivo no SPSS, versão 18.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES (Parecer consubstanciado nº 2717/2011). Na primeira etapa, todos os participantes dos grupos focais

leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes do início das discussões. Na segunda etapa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado *on-line* aos participantes para aceite. Nessa etapa, a fim de esclarecer possíveis dúvidas, foi disponibilizado para os participantes o contato eletrônico e telefônico da investigadora principal.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A primeira etapa deste estudo contou com a participação de dezenove (19) estudantes. Sendo que desse total, onze (11) graduandos do primeiro ao sexto período compuseram o primeiro grupo focal; e oito, do sétimo ao décimo período, participaram do segundo grupo focal.

Através da análise indutiva de conteúdo surgiram quatro categorias hermenêuticas: a formação do médico de família, o conhecimento do médico da família, a atuação do médico de família e reconhecimento social (*status*) do médico de família.

Na segunda etapa deste estudo, dos 593 estudantes das três faculdades médicas de Montes Claros – MG com *e-mails* ativos (48,9%), duzentos e noventa (290) responderam ao questionário eletrônico, sendo 44,1% masculino e 55,9% feminino. A porcentagem de estudantes que optaram por participar da pesquisa variou conforme o período de graduação, assim, 66,8% eram dos primeiros seis períodos do curso médico; e 33,2% do sétimo ao décimo segundo períodos.

A formação do médico de família

Quando os estudantes de medicina discutiram sobre a formação de médico de família, eles expressaram percepções distintas sobre a formação generalista no âmbito da graduação e em MFC na pós-graduação.

No âmbito da graduação, os estudantes referiram que a formação deve capacitá-los para o exercício da MFC. Por exemplo, em um grupo focal foi comentado que o curso de medicina deve ter o objetivo de

“preparar o acadêmico para que ele saiba se eu ((se referindo a ele próprio)) for médico da família um dia eu ((se referindo a ele próprio))

vou ser um bom médico da família”. – GF 01

Nas respostas do questionário, 56,3% dos estudantes concordaram plenamente e 18,5% parcialmente que as escolas públicas devem preparar generalistas. E 71,5% discordaram totalmente que a escola médica particular não tem necessariamente a obrigação de formar médico generalista.

Apesar dos estudantes relatarem que a formação generalista na graduação seria suficiente para atuação como médico de família, as falas permitiram concluir que eles não possuem um discernimento claro entre a formação generalista e a formação em medicina de família e comunidade. Isso é percebido no fato dos estudantes pontuarem a dicotomia entre a formação real e a ideal. No grupo focal, os estudantes expressaram o entendimento de que os conceitos da MFC aplicados na graduação dão ao

“médico de família é uma formação ideal. Conhecendo bem todas estas áreas da saúde, seria o profissional ideal” – GF 02.

A formação do médico da família apenas começa na graduação e, como em qualquer outra especialização, será complementada durante a pós-graduação. Nessa formação do médico de família destaca-se o papel da residência médica com princípios e práticas centrados na pessoa, na relação médico-paciente-família-comunidade e entende a complexidade de fatores biológicos, psicológicos e ambientais envolvidos no processo saúde-doença do indivíduo¹¹.

Quanto à pós-graduação na formação do médico de família e comunidade, os estudantes percebem que

“a maioria dos médicos que trabalha em Equipe de Saúde da Família, atualmente, não tem a especialidade de Medicina de Família e Comunidade” – GF 01

Essa percepção é compartilhada pelos estudantes que responderam ao questionário eletrônico, pois 42,6% concordaram plenamente com a afirmativa, 24,6% concordaram parcialmente e 25,6% não tinham opinião formada sobre o assunto. Essa constatação sugere que a maioria dos estudantes entrevistados tem conhecimento da realidade dos profissionais médicos que atuam na ESF. De fato, a rapidez em que ocorreu a implantação da ESF ocasionou a inclusão de profissionais com formação ou perfil nem sempre

adequados, comprometendo o desenvolvimento da proposta^{8, 11}. Segundo Gil¹², cerca de 70% dos médicos que atuam nas equipes de saúde da família não possuem nenhuma formação de pós-graduação.

Os estudantes associam a formação insuficiente do médico de família à desvalorização profissional.

“acho que falta uma formação melhor, uma valorização melhor do profissional também. Mas seria o profissional que a gente está carente mesmo. O que falta é isto: não é valorizado. Este profissional não é valorizado, não tem uma boa formação”. – GF 02

A percepção de que há uma formação insuficiente e que essa formação compromete a qualidade da atenção é compartilhada pelos demais estudantes, pois a maioria (86%) concorda plenamente que o país precisa de mais médicos bem preparados nas equipes da ESF.

No grupo focal os estudantes explanaram que a MFC é uma especialidade necessária para o Sistema Único de Saúde (SUS)

“Mas eu acho que ela acaba sendo muito solicitada pela própria mudança de enfoque que está se tendo na saúde. Então, hoje visa-se mais a promoção de saúde propriamente pelo tratamento das doenças; aí, se você considerar nesse sentido querendo ou não vai ser a especialidade que mesmo com o tempo vai ser a que o Sistema Único de Saúde mais vai investir”. – GF 01

Dos estudantes entrevistados, 53,8% concordam plenamente e 33,5% concordam parcialmente que as especialidades prioritárias para o SUS (aquelas que mais faltam nos serviços públicos) devem ser incentivadas durante a graduação.

Os estudantes manifestaram-se positivamente, em relação à possibilidade de que a Residência de Medicina de Família e Comunidade seja pré-requisito para outras Residências, tendo um entendimento implícito de que não consideram a especialidade como um ponto final da carreira e sim um meio para obter outra especialidade médica.

“Eu, por exemplo, não tenho uma expectativa muito boa na

Residência de Medicina de Família justamente por causa disto. Puxa vida! Depois que eu fizer isto aqui ((referindo-se à Residência de Medicina de Família e Comunidade), atender, atender, atender, eu não vou poder aproveitar isto para mais nada, a não ser, ser médico de família para sempre?” – GF 02

“Quando se forma em residência em Medicina de Família não existe nem um tipo de aproveitamento na clínica médica que foi exercida ali. Então eles queixam o seguinte: Puxa vida! Agora eu podia aproveitar pelo menos 50% do que fiz na residência e poder tentar uma residência de pneumo para poder tentar uma residência de reumato. Eles ((os médicos de família)) queixam o seguinte: que fica fechado, restrito; uma vez médico de família sempre médico de família e só pode trabalhar em Saúde da Família”. – GF 02

A percepção manifestada pelos estudantes foi recentemente abordada pelo governo federal. A lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos no Brasil, essa dispõe que o primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos Programas de Residência Médica de Medicina Interna (Clínica Médica), Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Psiquiatria e Medicina Preventiva e Social. E, ainda, será necessária a realização de um a dois anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, exceto os alguns Programas de Residência Médica de acesso direto. Essa meta deverá ser implantada, com ampliação progressiva das vagas de residência em MGFC até 31 de dezembro de 2018¹³.

Nota-se que os estudantes entrevistados percebem a necessidade de valorização da APS com a garantia da presença do médico nas ESFs. Portanto, a lei do “Programa Mais Médicos” está, pelo menos parcialmente, em sintonia com as percepções e perspectivas dos estudantes.

O conhecimento do médico de família

Quanto aos conhecimentos que os médicos de família devem possuir para o desempenho da profissão, os estudantes relataram que há uma complexidade de conhecimentos envolvidos no exercício da especialidade e que o médico de família deve realizar uma

abordagem global e integral ao usuário.

“eu pensava igual você até o dia que eu descobri a complexidade que é ser médico de família”. – GF 01

“...então quem é que tem que pegar o paciente lá de risco e direcionar é o médico da família. Então ele realmente vai mexer com esses casos. Não sei qual foi a palavra que você usou, mas ele vai ter que resolver uma situação que é totalmente complexa”. – GF 01

“o fato do médico de família poder ter esse conhecimento e realmente abordar aquele paciente de uma forma global mesmo e não tão fracionada como a gente costuma ver”. – GF 01

Os resultados encontrados na segunda fase da pesquisa corroboraram com os verificados nos grupos focais, esses apontam que 92,4% dos estudantes concordaram plenamente ou parcialmente quanto ao fato do médico de família ter que resolver problemas complexos dos pacientes, ou seja, problemas que envolvem questões biológicas, psicológicas e sociais.

O médico de família lida com pessoas com problemas de saúde em todas as dimensões: física, psicológica, social, cultural e existencial. Ele deve, portanto, reconhecer que todas essas dimensões simultaneamente contribuem de forma específica e apropriada perante o comportamento de uma doença e podem ser inapropriadas as intervenções que não considerem tais dimensões¹⁴.

Para além do espectro clínico, o contexto de vida em que a doença surgiu, os valores pessoais, familiares e culturais e o sofrimento associado ao problema de saúde devem ser mais bem contextualizados. Assim, os médicos de família e comunidade buscam planos terapêuticos singulares que aliviem o sofrimento em dimensões fisiopatológicas e simbólicas¹⁵.

A complexidade do trabalho do médico de família e comunidade percebida pelos estudantes é real. Esse profissional é responsável por resolver a maioria dos problemas de saúde que chegam até ele. Muitas vezes, esses problemas não estão estritamente vinculados a questões biológicas, mas culminam com sinais e sintomas que são levados aos profissionais das equipes de Saúde da Família, especialmente o médico. Essa responsabilidade de ser o “especialista” dos problemas comuns (não necessariamente simples) implica em uma

formação diferenciada e até em um perfil profissional diferenciado. Para Santos¹⁵, a Medicina de Família e Comunidade pode contribuir para o bem-estar da pessoa, fornecendo para a prática médica de todas as especialidades uma nova maneira de abordar o paciente e integrar as especialidades de forma universal e racional dos recursos.

Ao longo de décadas, a formação médica, estruturada a partir do Relatório Flexner, possibilitou grandes avanços no conhecimento de várias áreas da medicina. Entretanto, o modelo flexneriano promoveu também o aprofundamento das questões estritamente biológicas, em detrimento dos contextos sociais, psicológicos e antropológicos que envolvem o processo saúde-doença. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina apresentam uma tentativa de mudança do modelo de formação médica até então vigente. Em vários de seus artigos, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina recomendam, explicitamente uma formação mais ampla, com ênfase em aspectos humanísticos e com vistas a uma formação crítica e reflexiva^{16, 17}.

A atuação do médico de família

Nos grupos focais os estudantes falaram sobre algumas ações realizadas pelo médico de família, as limitações para o desempenho dessas ações e sobre a atuação no campo da MFC.

Os estudantes expressaram que são ações do médico de família: realizar visita domiciliar, resolver os problemas de saúde das pessoas, promover saúde e liderar uma equipe de saúde.

“o médico tem que se deslocar ir na casa do paciente” – GF 01

“o médico da atenção primária resolve 80%.” – GF 02

“quando o médico chegar em um PSF não seja só para atender, seja para promover a saúde além de eh... além de tratar a doença... é essa coisa de saúde, bem-estar físico, mental e social... que talvez o médico tenha que ter essa visão quando ele está trabalhando com a atenção primária principalmente” – GF 01

“o PSF gente, não depende do médico só em conhecer doenças. Depende do médico ter liderança para poder controlar a equipe e

saber fazer aquilo bem, bem feito. Entende? O médico tem que saber delegar funções. Ele passa ter o comprometimento de liderança mesmo. Ele passa a ser o cabeça daquele sistema. Senão, entra no que todo mundo já conhece. Desorganização. Falta de liderança. Descomprometimento da equipe. Desestímulo.” – GF 02

Os estudantes demonstraram em suas expressões reconhecer, pelo menos em parte, as atividades propostas para o médico de família e comunidade. A visita domiciliar, por exemplo, realizada pelos profissionais da ESF (inclusive o médico) é fonte de informação sobre o modo de viver dos usuários dos serviços de saúde e sobre os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar¹⁸.

A medicina de família e comunidade possui em seu campo de atuação uma gama de conhecimentos, habilidades e atitudes que incluem e integram fatores físicos, psicológicos e sociais nas suas considerações sobre saúde e doença, o que se manifesta na forma como o médico de família cuida dos seus pacientes¹⁹.

Os estudantes também expressaram saber que o médico de família deve ser o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, assim, não sobrecarregando os níveis secundários e terciários de atenção à saúde.

“Primeiro acesso do paciente para não sobrecarregar a atenção secundária ou a atenção terciária, então seria o ideal.” – GF 02

Percebe-se que os estudantes têm algum conhecimento sobre os atributos da APS, destacando o primeiro contato. Para Starfield²⁰, o primeiro contato é um atributo essencial na APS e implica em acesso do usuário ao serviço de saúde para cada novo problema ou para acompanhamento de saúde.

As falas dos integrantes de um dos grupos focais expressaram a percepção dos estudantes quanto ao atendimento pelo médico de família à pessoa com problemas comuns e doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes.

“ele resolve aquilo que é mais simples que é mais comum, talvez não mais simples, mas o que é mais comum. Eh... doenças crônicas também diabetes hipertensão arterial. Eh... acho que de certa forma desafoga também que as pessoas têm esta busca por especialistas

né? É uma boa solução.” – GF 02

Efetivamente, a prevalência e incidência dos problemas de saúde que são apresentados aos médicos de família são diferentes daqueles apresentados aos médicos no nível secundário e/ou no contexto hospitalar, esse profissional deve lidar simultaneamente com problemas agudos e crônicos dos pacientes¹⁴.

O médico de família também realiza docência, segundo apontamento dos estudantes:

“O médico de família ele não só trabalha como médico daquela comunidade ele pode ser um preceptor. Ele pode ser um próprio docente como a gente já conhece. Ele pode envolver em outras áreas de saúde pública e hoje é o que se mais fala no nosso Brasil.”
– GF 02

Outros autores destacam a possibilidade do egresso da Residência de MFC para atuar na preceptoria em saúde, tanto ao nível da graduação como da pós-graduação¹¹. Para os estudantes de medicina, esse profissional tem ainda o potencial de se tornar um “modelo” a ser seguido, enquanto profissional de saúde.

Há uma discussão sobre a necessidade de um “modelo” de professor/preceptor. Esse ensinaria, principalmente pelo exemplo e ajudaria a moldar a identidade profissional e o compromisso por meio da observação e comparação. Esse professor/preceptor “modelo” pode inspirar o estudante através de suas realizações, personalidade, poder, influência, estilo de vida e valores, até mesmo, com um breve contato²¹.

Dos entrevistados, 97,7% concordaram plenamente e/ou parcialmente que um bom professor/preceptor das atividades na APS pode aproximar o estudante da especialidade Medicina de Família e Comunidade.

Para Pagliosa e Da Ros¹⁶, um dos fatores que pode prejudicar a mudança do modelo hegemônico de educação médica são professores pouco mobilizados para a efetivação dessa mudança. Isso se torna preocupação, pois a especialidade Medicina de Família e Comunidade está associada à mudança de concepção de saúde-doença em um novo modelo de atenção em saúde, exigindo um novo modelo de educação médica.

Estudo realizado no Canadá identificou que representações negativas sobre a medicina de família eram fornecidas para estudantes de medicina por professores de outras especialidades médicas, influenciando negativamente a escolha desses estudantes pela medicina de família⁷.

Quanto à percepção dos estudantes no que se refere à abordagem do paciente pelo médico de família, as falas expressaram uma abordagem global, não fracionada.

“o fato do médico de família poder ter esse conhecimento e realmente abordar aquele paciente de uma forma global mesmo e não tão fracionada como a gente costuma ver” – GF 01

“Tudo que vai lá ah... é comuníssimo. E não é questões graves que fazem um profissional ser bom. Não é o profissional que sabe fazer diagnóstico de raropatias que se torna bom. É o profissional que tem a competência para resolver a grande maioria das coisas que lhe chegam e isto que é um profissional bom. Não é se transformando em um “expert” em raropatias, porque ele vai tratar numa sinusite, uma coisa mais simples que puder.” – GF 02

Dos estudantes entrevistados na segunda fase, 93,3% concordaram plenamente que o médico de família, para trabalhar na APS, deve entender que a saúde de uma pessoa passa por questões biopsicossociais, corroborando a percepção de que o profissional da APS tem uma abordagem mais holística.

Os estudantes expressaram que o médico de família é o ideal para atender os usuários na APS.

“Porque, na verdade, ele que abrange melhor o conceito de Atenção Primária. Primeiro acesso do paciente para não sobrecarregar a atenção secundária a atenção terciária, então seria o ideal.” – GF 02

Com relação à resolução de problemas dos usuários pelo médico de família, 94,9% dos entrevistados discordaram plenamente e/ou parcialmente que o médico de família, de um modo geral, “não resolve nada”. Esses dados corroboram que os estudantes entrevistados

apreendem a capacidade do médico de família de resolver os principais problemas de saúde dos usuários.

A percepção dos estudantes acerca das atividades desempenhadas pelo médico de família e comunidade representa um aspecto positivo da formação médica. De alguma forma esse conhecimento caracteriza uma inserção dos estudantes no ambiente das equipes de saúde da família. Seguramente, os resultados deste estudo não seriam os mesmos há alguns anos, quando a formação médica ainda estava focada na atenção hospitalar. Todavia, não é possível saber se esses resultados traduzem apenas uma situação local ou mais generalizada. A cidade, local deste estudo, tem um histórico de vanguarda na área da saúde coletiva e os projetos aqui desenvolvidos subsidiaram as propostas que culminaram com as diretrizes do SUS²².

Nos grupos focais, os estudantes relataram algumas limitações para o desenvolvimento das funções do médico de família. Essas limitações são principalmente vinculadas à falta de insumos, propedêutica e infraestrutura. Entretanto, a carga horária de trabalho também foi citada.

“você está lá atendendo e você tem que tomar determinada conduta. Por exemplo, se for solicitar tal exame, pedir exame e ah... não pode mais porque a cota já acabou. Então assim, isso é uma limitação muito grande muitas vezes até decepcionante para o médico” – GF 01

A percepção dos estudantes de que a estrutura do local de trabalho na APS compromete a atuação profissional e tende a diminuir o desejo dos estudantes pelo trabalho na ESF foi também identificada durante a segunda fase do estudo, quando os entrevistados, 90,7%, concordaram plenamente ou parcialmente que a falta de infraestrutura da Unidade de Saúde na qual realizam atividades na Atenção Primária pode afastá-los da especialidade MFC.

A falta de infraestrutura das Unidades de Saúde é apontada por outros autores como um dificultador do trabalho dos profissionais das ESF²³, em especial o trabalho médico²⁴ e da formação médica²⁵ em Medicina da Família. É nessa falta de infraestrutura que os estudantes vivenciam as experiências clínicas e comunitárias na APS, assim, se essas experiências são negativas o estudante não desejará a especialidade MFC.

Para minimizar o problema de infraestrutura, Campos²⁶ sugere mudanças estruturais; orienta que os locais onde as ESFs trabalham não estão adequadamente preparados para receber os estudantes de medicina, mesmo que em pequenos grupos, sendo necessária uma parceria entre a Universidade e o Ministério da Saúde e/ou Secretaria de Estado da Saúde para viabilizar um projeto de adaptação dessas Unidades de Saúde para o ensino.

Dos entrevistados, 38,2% dos estudantes concordaram plenamente ou parcialmente que a carga horária de trabalho em uma ESF é um fator preponderante para que os estudantes de medicina não optem por essa atividade profissional quando formados. Porém, este estudo não identificou se os entrevistados tinham o conhecimento de qual era a carga horária exercida pelos profissionais médicos de saúde da família.

A Portaria Nº 2.027, de 25 de agosto de 2011, dispõe sobre a carga horária dos médicos que compõem as ESFs. Essa portaria regulamenta que a carga horária de quarenta horas semanais deve observar a necessidade de dedicação mínima de trinta e duas horas da carga horária para atividades na ESF e até 08 horas do total da carga horária para a prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente, conforme autorização do gestor. Essa portaria também regulamenta outras jornadas para os profissionais médicos, com diferentes cargas horárias²⁷.

Os estudantes entrevistados relataram sobre a expectativa de trabalhar na APS em um período de tempo, após a conclusão do curso médico. Nesse sentido, eles expuseram que tinham pretensão em trabalhar em ESF, sendo que 35,6% concordaram plenamente e 35,2% concordaram parcialmente. Mas essa concordância se referia por apenas algum período de tempo, não sendo um trabalho definitivo.

Por outro lado, os entrevistados apontaram que atuar em ESF não é a primeira opção de trabalho após o término do curso, aspecto registrado por 53% dos entrevistados; 10,1% não tinham opinião formada sobre o assunto. Estudo realizado com estudantes de medicina que pesquisou os planos destes em relação ao futuro, identificou que os entrevistados não tinham planos de serem médicos generalistas²⁸. Questões relacionadas aos modelos de professores, às condições de trabalho e às questões de remuneração podem estar envolvidas, mas não foram abordadas neste estudo.

O reconhecimento social (status) do médico de família

O reconhecimento social do médico de família é identificado pelas falas dos entrevistados que expressam simultaneamente uma visão positiva e uma negativa sobre o tema. A visão positiva está relacionada à necessidade desse profissional no mercado de trabalho. Já a negativa está relacionada ao preconceito, ao desconhecimento e à desvalorização do médico de família pelos usuários e pelos médicos de outras especialidades.

A necessidade do médico de família no mercado de trabalho foi relatada nos grupos focais e reafirmada na segunda fase desta pesquisa por 51,9% dos estudantes entrevistados. No entanto, nessa etapa, 31% dos entrevistados referiram não ter uma opinião formada sobre o assunto.

“O médico de família tem sido muito requisitado, muito requisitado mesmo” – GF 02

“Ele é o melhor investimento, mesmo né?” – GF 02

Nos grupos focais os estudantes discutiram sobre o desconhecimento do médico de família por parte da sociedade. Eles se referem ao desconhecimento dessa especialidade médica por parte dos próprios estudantes, enquanto membros da sociedade.

“É muito disso também, pelo desconhecimento da gente. Porque a medicina de família, por exemplo, ela é recente. Eu, por exemplo, não conhecia o PSF até uns três quatro anos atrás”. – GF 01

“O que eu escutava falando era justamente o que a maioria aqui escutava de que o SUS não prestava e que você ficava horas na fila. E, assim, a partir do momento que eu tive oportunidade de estar dentro de uma unidade básica de saúde, vendo como que a dinâmica funciona, é uma coisa assim que eu passei a me orgulhar do sistema público brasileiro” – GF 01

“A sociedade tem preconceito até o dia que ela precisa do atendimento da atenção primária lá na estratégia de atenção da saúde da família [...] Aí ela muda o conceito, o preconceito, entre aspas, que ela tinha até então.” – GF 02

Também foi possível identificar nos grupos focais que os estudantes reconhecem a carência do médico de família no mercado de trabalho, apesar de expressarem a desvalorização social do médico de família e a necessidade de uma melhor formação desse profissional.

“acho que falta uma formação melhor, uma valorização melhor do profissional também. Mas seria o profissional que a gente está carente mesmo. O que falta é isto, não é valorizado” – GF 02

A valorização ou desvalorização do médico de família por parte dos usuários pode estar relacionada à concepção destes últimos perante o profissional médico.

“às vezes a população não reconhece a importância daquele médico.” – GF 01

“Isto afasta por causa do preconceito que a gente tem, a sociedade tem, contra o médico de saúde da família.” – GF 02

Os estudantes expressaram que o médico de família é desvalorizado por médicos de outras especialidades, isso é percebido até mesmo entre os profissionais médicos da faculdade de medicina em que estudam.

“Os professores nossos, que não são da saúde da família, têm preconceito. E na faculdade a gente vê esta divisão, né?” – GF 02

Ainda conforme os estudantes, a desvalorização que os médicos de família têm em relação às outras especialidades decorre da visão de outros especialistas. Para os entrevistados, os médicos de outras especialidades acham que os médicos de família são mal remunerados, não têm respeito perante a classe médica, não resolvem os problemas de saúde-doença dos usuários, têm conhecimentos superficiais sobre os problemas de saúde, não atualizam seus conhecimentos, são acomodados no emprego e trabalham pouco.

“Em geral, quando você comenta sobre esta área específica, muitas vezes, a visão de outros médicos sobre isto é nossa, você vai ser mal remunerado; você não vai ter respeito perante outros médicos; você não resolve nada”. – GF 02

“também médicos passam por este preconceito em função da visão que se repete ao longo do tempo e não tem mudado. Sabe, acho que o médico que é o da saúde da família só conhece as coisas superficialmente. É o médico que não está constantemente atualizado. Não busca estar estudando. Eles, os outros médicos, têm esta visão. Criticam o médico de saúde da família. Como um médico que quer se acomodar ali no emprego. Não trabalhar”. – GF 02

Na segunda etapa deste estudo, quando questionados sobre a visão que a classe médica tem da MFC, 45,3% dos entrevistados concordaram plenamente e 28,4% concordaram parcialmente que a classe médica considera essa especialidade mal remunerada.

Estudo aponta que nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Portugal a desmotivação em seguir carreira em Medicina de Família é devido à baixa remuneração. No Brasil, ainda são necessários estudos que mostrem que o médico de família, cujo principal campo de atuação é a ESF, possui boa remuneração, mas o salário final deste profissional é inferior ao que alcançam outros especialistas, segundo Anderson e colaboradores⁴.

Os estudantes percebem que não há *status* no trabalho do médico de família.

“Eu acho que hoje na sociedade e mídia existe assim certo glamour pelo médico que trabalha no hospital. A gente vê séries que são muito assistidas pelos estudantes de medicina e querendo ou não, eu percebo na minha turma é que muitos colegas querem ser o Dr. House. Querem estar dentro de hospital e resolver casos incríveis por uma questão de vaidade mesmo. Então, na Medicina de Família não existe isso. [...] Então assim, não existe glamour na Medicina de Família, o que existe é um trabalho mesmo do médico”. – GF 02

Na segunda etapa deste estudo, mais da metade dos entrevistados (53,6%) concorda plenamente ou parcialmente com a afirmação de que as atividades médicas da MFC não dão “*glamour*” e “*status*” ao médico. Essa questão ainda é pouco abordada pela literatura nacional e internacional, não se identificando estudos que avaliem de forma específica o assunto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção dos estudantes de medicina em relação ao médico de família e à MFC está condicionada a questões pessoais, profissionais, acadêmicas e ideológicas. Este artigo aponta aspectos dessa percepção relacionados à formação, ao conhecimento, à atuação e ao reconhecimento social do médico de família. O estudo demonstrou que a maioria dos estudantes de medicina percebe a amplitude do conhecimento do médico da família no âmbito do indivíduo, da família e da comunidade.

Os estudantes entrevistados reconheceram que algumas das ações próprias da APS são realizadas pelo médico de família, bem como relataram algumas limitações para desempenhá-las. Eles revelaram perceber que existe uma desvalorização do médico da família por parte da sociedade em geral e por parte de médicos de outras especialidades.

Com relação à MFC, os estudantes entrevistados expressaram a necessidade de especialização para os profissionais médicos que desejem trabalhar nessa área. A carreira do médico da família não é desejada como uma especialidade pelos estudantes de medicina entrevistados. Eles apontaram a necessidade de melhorar a infraestrutura da ESF, de uma melhor divulgação perante a sociedade e toda a classe médica sobre o campo de trabalho do médico de família e também de um melhor reconhecimento social e econômico desse profissional.

REFERÊNCIAS

1. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008. 24 (Sup 1):S7-S27.
2. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in brazil: the way forward. *The Lancet*, 2011 jun 377(9782): 2042–205 [Acesso em 30 out 2013]. Disponível em [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60055-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60055-X)
3. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface (Botucatu)* [serial on the Internet]. 2008 Mar 12(24) 125-140 [Acesso: 2013 Oct 23]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100010&script=sci_arttext
4. Anderson MIP, Demarzo M, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. *Rev Bras Med Fam e Com*. 2007 out/dez; 3(11): 157-72.

5. Starfield B. Reinventing primary care: lessons from canada for the United States. *Health Affairs*. 2010 May; 29(5):1030–1036.
6. Neto PGC, Lira GV, Miranda AS. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. *Rev. Bras. Edu. Med.* 2009; 33 (2):198–204.
7. Scott I, Wright B, Brenneis F, Brett-MacLean P, McCaffrey L. Why would I choose a career in family medicine? Reflections of medical students at 3 universities. *Can Fam Physician* 2007 november; 53:1956-1957. [Acesso em 30 out. 2013]. Disponível em www.cfp.ca
8. Gaspar D. Medicina geral e familiar: uma escolha gratificante. *Acta Med Port* 2006; 19:133-140.
9. Brown JB, French R, McCulloch A, Clendinning E. Primary health care models - medical students' knowledge and perceptions. *Can Fam Physician* 2012; 58:166-71.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona; 1977.
11. Anderson MIP, Gusso G, Castro Filho ED. Medicina de família e comunidade: especialistas em integralidade. *Revista APS*. 2005 jan/jun; 8(1):61-7.
12. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21: 490-8.
13. Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 23 de outubro de 2013.
14. Wonca Europa. Sociedade Europeia de Clínica Geral/Medicina Familiar. Definições Europeias: os aspectos-chave da disciplina de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar). 2002. [Acesso em 23 out. 2013]. Disponível em <http://fm.usp.br/cedem/did/atecao/wonca.pdf>
15. Santos, MAS. Medicina de Família e Comunidade: um médico para todas as pessoas. *Rev Med (São Paulo)*. 2012;91(ed. esp.):39-44.
16. Pagliosa, FL, Da Ros, MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, 32(4) 2008 Dec. [Acesso em 19 jan. 2014] 492–499. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.
17. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. *Diário Oficial da União, Brasília*, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.
18. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001: 43-46.
19. Campos, CEA. Os Princípios da Medicina de Família e Comunidade. *Revista APS*. 2005 jul./dez. 8(2):181-190,

20. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.
21. Reuler JB, Nardone DA. Role modeling in medical education. *West j Med* 1994; 160:335-337.
22. Baptista, TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à Saúde. In: Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. 2007. p.29-60. [Acesso em 26 fev. 2010]. Disponível em: http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_3.pdf
23. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4): 956-61. [Acesso em 28 out. 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/14.pdf>
24. Ronzani TM, Silva CM. O programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008 Jan./Fev; 13(1): 23-34. [Acesso em 28 out. 2013]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000100007
25. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Vitorino RR, Alves LA, Gomes AP “et al”. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. *Rev. Bras. Edu. Med*. 2012; 36(3):387 – 400
26. Campos GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes. *Cadernos ABEM*. 2007 Out; 3:6-10. [Acesso em 28 out. 2013]. Disponível em http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno3/cadernos/papel_rede_atencao_basica.pdf
27. Brasil. Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011, altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). [Acesso em 28 out. 2013]. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109380-2027.html>.
28. Ribeiro MMF, Leal SS, Diamantino FC, Bianchi HA. A opção pela medicina e os planos em relação ao futuro profissional de estudantes de uma faculdade pública brasileira. *Rev. Bras. Edu. Med*. 2011. 35 (3):405-411.

3.3 ARTIGO 3

EGRESSOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MINAS GERAIS

GRADUATES OF A RESIDENCE OF FAMILY MEDICINE AND COMMUNITY IN MINAS GERAIS

Fabília Vieira de Matos. Especialista em Saúde da Família. Professora e pesquisadora na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Marília Borborema Rodrigues Cerqueira. Doutoranda em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Pesquisadora na Estação de Pesquisa da Escola Técnica de Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Anderson Wesley Medeiros Silva. Acadêmico do curso médico na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Júlia de Castro Vieira Veloso. Acadêmica do curso médico na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Karla Verônica Alves de Moraes. Acadêmica do curso médico na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Antônio Prates Caldeira. Doutor em Ciências da Saúde. Professor e pesquisador na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Endereço para correspondência:

- Fabília Vieira de Matos

Rua João Pinheiro, 128/101 – Centro – Montes Claros – MG – CEP: 38.400-093

E-mail: fabricia.matos@unimontes.br ou matosfabricia@yahoo.com.br

- Marília Borborema Rodrigues Cerqueira

Rua: Rua Cônego Chaves, 72 – Morrinhos – Montes Claros – MG – CEP: 39400-433

E-mail: mariliaborborema@yahoo.com.br

- Anderson Wesley Medeiros Silva

Avenida São Judas Tadeu, 516 – São Judas – Montes Claros – MG – CEP: 39.402-374

E-mail: anderson57med@yahoo.com.br

- Júlia de Castro Vieira Veloso

Rua: Geraldina Sarmiento Mourão, 401 – Jardim São Luiz – Montes Claros – MG

CEP:39.401-056 – E-mail: juvveloso@hotmail.com

- Karla Verônica Alves de Moraes

Rua Jacarandá, 200, Aptº 202 B – Canelas – Montes Claros – CEP: 39.402-599 –

E-mail: kvmorena@hotmail.com

- Antônio Prates Caldeira

Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança.

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

Av. Rui Braga, s/n - Vila Mauricéia – Montes Claros – MG – CEP: 39401-089

TÍTULO RESUMIDO: EGRESSOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

RESUMO

Este estudo objetivou investigar alguns aspectos do perfil profissional e a inserção no mercado de trabalho dos egressos médicos da Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) no norte de Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido com aplicação de questionários que foram enviados por meio de correio eletrônico para todos os egressos da RMFC na região, nos últimos 10 anos. Esses dados foram processados por meio de planilha eletrônica. A validação do questionário *on-line* foi realizada pelo teste de Kappa. Responderam ao instrumento 42 dos 51 médicos localizados. Verificou-se predominância do sexo masculino, a maioria está na faixa etária entre 30 e 34 anos, residindo e trabalhando na área de formação, na mesma região. O principal vínculo trabalhista é de contrato para prestação de serviço. Os entrevistados que informaram dificuldades no desempenho profissional, relataram problemas relacionados à estrutura organizacional da instituição/empresa e necessidade de educação permanente. No mercado de trabalho do egresso da Residência em Saúde da Família um dos grandes desafios encontrados é a precarização das relações de trabalho, algumas vezes, dependentes de oscilações políticas locais.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Internato e Residência, Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT

This study aimed to investigate some aspects of the professional profile and insertion in the labor market for graduates of Medical Residency in Family Medicine and Community

(MRFMC) in the north of Minas Gerais, Brazil. This is a transversal study, developed with questionnaires that were sent via email to all graduates of MRFMC in the area over the last 10 years. These data were processed using a spreadsheet. The validation of the online questionnaire was conducted by the Kappa test. The questionnaire was answered by 42 of the 51 physicians located. There was a predominance of males, most are aged between 30 and 34 years, living and working in the area of training, in the same region. The main employment contract is a contract for service. Respondents who reported difficulties in job performance, reported problems related to the organizational structure of the institution/company and need for continuing education. In the labor market of graduates of Medical Residency in Family Health one of the major challenges faced is the precarization of work relations, sometimes dependent on local political movements.

Key words: Family Health Program, Primary Health Care, Internship and Residency, Human Resources Formation

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de regulamentado desde 1990, tem sido descrito como um processo social em construção, já que as reformas sociais, na democracia são, por natureza, lentas. Não há como negar os avanços registrados, sobretudo na ampliação do acesso aos serviços de saúde por parte da população mais carente¹. Entretanto, ainda existem entraves ao pleno desenvolvimento do SUS que comprometem a operacionalização de seus princípios².

A formação e a qualificação de profissionais de saúde facilitam ou dificultam as mudanças para o fortalecimento do SUS na medida em que criam sinergias com o novo modelo ou afastam profissional dessa proposta de assistência à saúde. Alguns autores reconhecem os recursos humanos como capazes de gerar e conduzir processos transformadores no campo da saúde^{3,4}. Além disso, o modelo assistencial proposto pelo SUS, com ênfase em uma atenção primária fortalecida, que preza a integralidade, a humanização e a promoção da saúde é altamente dependente do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde^{5,6}.

No Brasil, a operacionalização da atenção primária é conduzida pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que representa uma possibilidade de reorganização do modelo assistencial

com ênfase na promoção da saúde. Essa nova proposta, entretanto implica em um grande desafio para a área de recursos humanos em saúde^{5,7}.

Como as mudanças nos cursos de graduação para a formação de profissionais mais adequados para a assistência na ESF são lentas e heterogêneas⁸, parece necessária a formação no âmbito de pós-graduação para o exercício competente da prática profissional⁹. Dessa forma, a implantação de cursos de especialização nessa área da saúde, como estratégia de fortalecimento de políticas públicas, tem sido uma ação habitualmente utilizada pelo Ministério da Saúde (MS)⁵. Em Minas Gerais, o Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) ofertou o primeiro Curso de Especialização na Modalidade Residência em Saúde da Família, para médicos e enfermeiros em 1999. Em 2005, o componente médico do curso obteve credenciamento pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com nova nomenclatura, de Residência em Medicina de Família e Comunidade¹⁰.

Entendendo a necessidade de avaliar os resultados e implicações da formação especializada para a atenção primária, este estudo teve como objetivo caracterizar alguns aspectos do perfil do egresso do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do HUCF/UNIMONTES, bem como avaliar sua inserção no mercado de trabalho.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, que representa um recorte dos dados referentes ao estudo sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família no norte de Minas Gerais. A pesquisa foi conduzida com médicos egressos da Residência, que responderam a um questionário disponibilizado no sítio eletrônico da Estação de Pesquisa da UNIMONTES durante os meses de fevereiro e março de 2011.

O acesso ao questionário se deu por meio de códigos identificadores enviados para o correio eletrônico de cada egresso. Foram enviados *e-mails* para todos os médicos que concluíram a residência de medicina de família e comunidade até a data do envio e que disponibilizaram endereço eletrônico. A mensagem eletrônica, além do código identificador para acesso ao questionário, continha uma mensagem convidando o egresso para participar do estudo.

O instrumento de coleta de dados incluía entre suas variáveis: idade, gênero, estado civil, cidade de realização do curso, local de trabalho e moradia, atuação profissional, remuneração, dificuldades na atuação profissional e grau de influência do curso na prática profissional. Esses dados foram processados por meio de planilha eletrônica. A validação do questionário on-line foi realizada pelo teste de Kappa. Este teste avalia a concordância entre duas avaliações para além daquela que ocorre ao acaso. O objetivo dessa avaliação foi certificar a interpretação dos respondentes. O teste Kappa tem uma variação entre 0 e 1, sendo considerados resultados satisfatórios aqueles mais elevados. Para utilização e análise do teste foi necessário aplicar o questionário on-line por duas vezes em cerca de 10% dos egressos componentes da população entrevistada, em um período de 15 dias.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES (Parecer consubstanciado nº1959/2010). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado on-line para os participantes para aceite eletrônico.

RESULTADOS

O Programa de Residência Médica estudado em Minas Gerais aconteceu nos municípios de Montes Claros, Santo Antônio do Amparo e Patos de Minas e produziu, entre 1999 e 2010, 53 médicos concluintes. Destes, 51 foram localizados por meio de endereço eletrônico e receberam o questionário, dos quais 42 responderam-no, correspondendo a uma taxa de resposta de 82,3%. Entre os não respondentes, dois não aceitaram participar do estudo e sete não acessaram o questionário eletrônico (informação identificada pelo sistema informático utilizado).

A análise da validação realizada pelo teste Kappa, mostrou uma concordância quase perfeita, variando de 0,80 a 1,00 para todas as questões. Desse modo é improvável que os egressos tenham apresentado dificuldades na interpretação do questionário.

As principais características do grupo estudado são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos egressos de uma Residência de Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais; Montes Claros (MG), 2011.

Características	Masculino		Feminino		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Sexo	23	54,8	19	45,2	42	100
Faixa Etária						
Menos de 30 anos	2	4,8	0	0	2	4,8
30 a 39 anos	17	40,5	15	35,7	32	76,2
40 a 49 anos	3	7,1	1	2,4	4	9,5
50 a 59 anos	1	2,4	3	7,1	4	9,5
Estado Civil						
Solteiro	7	16,6	2	4,8	9	21,4
União Estável/Casado	14	33,3	13	30,9	27	64,2
Separado/Divorciado	2	4,8	4	9,6	6	14,4
Local de Moradia/trabalho						
Capital de MG e Regiões Metropolitanas	4	9,6	0	0	4	9,6
Norte de MG	13	30,9	15	35,7	28	66,6
Outras Regiões de MG	4	9,6	3	7,1	7	16,7
Outros Estados	2	4,8	1	2,4	3	7,1
Faixa de Renda Mensal em salários mínimos*						
< 10 salários	2	4,8	2	4,8	4	9,6
10 a 15 salários	7	16,8	11	26,4	18	43,2
Mais que 15 salários	13	30,9	2	4,8	15	35,7
Não declarado	3	7,2	2	4,8	5	11,9
Aumento da Renda após o curso						
Sim	14	33,3	13	31,0	27	64,3
Não	9	21,4	6	14,3	15	35,7

(*) Valor do salário mínimo no período de coleta de dados: R\$ 540,00

Em relação ao gênero, 54,8% dos egressos (n=23) eram homens. A maioria dos médicos (76,2%; n=32) estava na faixa etária entre 30 e 39 anos. Quanto ao estado civil, 64,2% (n=27) declararam-se casados ou em união estável. Em relação ao local de trabalho e residência, 66,6% (n=28) moram e trabalham no norte de Minas Gerais.

A maioria dos egressos do gênero masculino (30,9%; n=13) relatou possuir renda maior que 15 salários mínimos, enquanto a maioria das médicas egressas (26,4%; n=11) informou possuir renda entre 10 e 15 salários mínimos. O aumento da renda após a conclusão do curso de Residência Médica foi relatado por 64,3% dos egressos (n=27). Ressalta-se que os entrevistados enquanto estavam realizando o curso de residência pesquisado, em Montes Claros – MG, recebiam a bolsa nacional de residência médica e uma complementação financeira por parte da Prefeitura Municipal de Montes Claros – MG.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade, segundo o tipo de trabalho atual. Observou-se que 73,8% (n=31) dos egressos trabalham na assistência à saúde, em equipes da ESF. Vários egressos informaram atuar também em outras atividades. Foram registradas as seguintes áreas de

atuação, além da assistência: gestão de serviços de saúde (9,5%; n=4), docência (38,0%; n=16) e pesquisa (4,8%; n=2).

Tabela 2. Tipo de trabalho de Egressos Médicos, por sexo dos egressos do Curso de Residência em Medicina de Família e Comunidade; Montes Claros (MG), 2011.

Tipo de trabalho	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Assistência						
APS, integrante de ESF	13	30,9	18	42,8	31	73,8
APS, não integrante de ESF	1	2,4	3	7,1	4	9,5
Atenção Secundária pública	4	9,5	4	9,5	8	19,0
Hospitalar pública	2	4,8	4	4	6	14,2
Hospitalar privada	0	0	6	14,2	6	14,2
Outro serviço privado	5	11,9	5	11,9	10	23,8
Gestão						
Coordenação ou gerência em Saúde da Família	1	2,4	2	4,8	3	7,1
Instituição hospitalar	0	0	1	2,4	1	2,4
Docência						
Instituição pública	9	21,4	7	16,7	16	38,0
Instituição particular	9	21,4	7	16,7	16	38,0
Pesquisa						
Instituição pública	1	2,4	1	2,4	2	4,8
Outra atividade	1	2,4	6	14,2	7	16,6
Não informado	1	2,4	0	0	0	2,4

Nota: nesse quesito os entrevistados responderam mais de uma alternativa e o total de respostas foi 116. A % total é referente ao número de entrevistados

Foram investigados o vínculo de trabalho com a maior carga horária e o vínculo com a maior remuneração (Tabela 3). Dos entrevistados, 59,5% (n=25) estavam vinculados por meio de contratos de prestação de serviço por tempo determinado, tanto em relação à instituição onde possuíam maior carga horária, como em relação à instituição onde possuíam maior remuneração. Outros vínculos registrados mais destacados foram: regime estatutário e celetista.

Tabela 3. Vínculo trabalhista dos Egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade, em relação à carga horária e remuneração no trabalho; Montes Claros (MG), 2011.

Tipo de Vínculo	Tipo de Instituição			
	Maior carga horária		Maior remuneração	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Cooperado	1	2,4	1	2,4
Pessoa Jurídica	1	2,4	1	2,4
Carteira assinada	7	16,7	0	0,0
Regime Estatutário	2	4,8	8	19,2
Autônomo	3	7,1	4	9,6
Contratado	25	59,5	25	59,5
Outro	2	4,8	2	4,8
Não informado	1	2,4	1	2,4
Total	42	100	42	100

Nota: Empregado com carteira assinada é regime CLT por prazo indeterminado; Regime Estatutário é regido pelo estatuto do Servidor Público Federal, ou Estadual, ou Municipal; Contratado é o trabalhador empregado regido pela CLT, porém com prazo determinado; Autônomo é a pessoa física contratado por prestação de serviço.

Ao serem questionados sobre os benefícios da conclusão da Residência estudada (Tabela 4), 88,1% dos egressos (n=37) destacaram a melhoria no desempenho profissional. A percepção subjetiva dos egressos em relação à sua formação também foi aferida, sendo que 97,6% (n=41) dos respondentes destacaram a residência como “importante” ou “muito importante”. O nível de satisfação com o curso foi classificado como “excelente” ou “ótimo” por 50,0% dos egressos (n=21). O grau de influência do curso na prática profissional foi expresso como “muito influenciada” ou “totalmente influenciada” por 83,3% dos egressos (n=35).

Tabela 4. Percepções dos egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade sobre o processo de formação; Montes Claros (MG), 2011.

Características	Respostas	
	n	%
Benefícios de conclusão do curso de residência pesquisado*		
Novos conhecimentos sobre a profissão	34	80,9
Melhoria no desempenho profissional	37	88,1
Realização profissional/pessoal	23	54,8
Aumento de chance no mercado de trabalho	19	45,2
Mudança de paradigmas pessoais e profissionais	26	61,9
Possibilidade de melhoria salarial	19	45,2
Promoção de função/cargo	7	16,7
Outros	9	21,4
Não houve benefícios	1	2,4
Grau de importância atribuída à residência		
Muito importante	26	61,9
Importante	15	35,7
Pouco importante	1	2,4
Nível de satisfação com a residência		
Excelente	7	16,7
Ótimo	14	33,3
Bom	15	35,7
Regular	6	14,3
Grau de influência da residência na prática profissional		
Totalmente influenciada	13	30,9
Muito influenciada	22	52,4
Pouco influenciada	05	11,9
Não é influenciada	02	4,8

(*) Nesse quesito os entrevistados responderam mais de uma alternativa. E os percentuais referem-se à proporção dos respondentes em relação ao número total de entrevistados.

DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou a caracterização e o estudo da inserção profissional dos médicos egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade, revelando aspectos ainda não apontados pela literatura nacional sobre esses profissionais. O perfil identificado destaca um profissional diferenciado em relação ao padrão apontado em outros estudos^{11,12}. Neste estudo, o grupo de médicos se mostrou com idade ligeiramente superior, permitindo inferir que possuem maior maturidade e maior fixação na área da atenção primária. Outros estudos já mostraram que profissionais recém-formados e sem especialização tendem a apresentar maior instabilidade nas equipes de Saúde da Família^{13,14}. Isso implica em elevada rotatividade, o que representa uma questão crítica para o processo de gestão dos recursos humanos na área da saúde³.

A maior inserção dos profissionais estudados em equipes da ESF também aponta para maior vinculação dos mesmos com a atenção primária, sendo também notória a fixação dos

profissionais com a região onde fizeram a Residência de Medicina de Família e Comunidade no Norte de Minas Gerais.

A renda mensal para a maioria dos egressos esteve entre 10 e 15 salários mínimos, destacando-se um diferencial entre os gêneros, com maior percentual de profissionais masculinos recebendo mais de 15 salários mínimos. Esse resultado é concordante com estudo apresentado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo¹⁵, que revelou menor renda entre profissionais do gênero feminino. Curiosamente, as diferenças de renda por gênero são significativas principalmente quando se trata de trabalho que exige nível superior de escolaridade. A segregação das mulheres em ocupações de menor remuneração está presente em todas as áreas, mas para ocupações que exigem nível superior de escolaridade, as diferenças de rendimento são ainda maiores¹⁶. No presente estudo, não foi possível apurar se as diferenças observadas são no mesmo município ou se são decorrentes de contratações em municípios distintos.

Um percentual não desprezível de egressos de programas de Residência informou trabalhar em áreas distintas da sua especialização. Feuerwerker atribui esse fato à falta de ordenação entre a formação de especialistas e às necessidades do mercado¹⁷. Esse resultado também pode sugerir algum nível de insegurança com o trabalho, hipótese que é reforçada quando se analisa o tipo de vínculo dos profissionais avaliados. A grande maioria dos pesquisados informou vínculo precário, de contratação por tempo determinado. Essa precarização do vínculo e da qualidade do emprego na ESF já foi identificada pelo próprio Ministério da Saúde¹⁸. Também o estudo de Tomasi e colaboradores, realizado com trabalhadores da atenção básica nas regiões nordeste de sul do país, constatou que grande parte dos entrevistados tinha vínculo de trabalho tipicamente precário, sem garantias trabalhistas¹⁹.

As percepções dos egressos sobre o processo de formação profissional são bastante positivas, destacando o importante papel da residência médica para a formação diferenciada na área da atenção primária, em consonância com outro estudo²⁰. Em outros países já foi apontado um crescimento da residência médica voltada para a medicina familiar e comunitária como estratégia que permite aos seus especialistas realizar a assistência mais adequada no contexto dos cuidados primários²¹.

Um estudo que analisou a trajetória profissional de egressos de cursos de especialização em Saúde da Família na região metropolitana de São Paulo observou também percepção positiva por parte dos profissionais, que apontaram que o curso superou as expectativas previstas, permitindo efetividade e organização do trabalho, além de um melhor atendimento

e estudo das famílias, resolução de problemas nas Unidades Básicas de Saúde e de uma boa aplicação do curso em sua prática rotineira²². Por outro lado, esse mesmo estudo observou uma baixa identidade dos egressos com a ESF, com abandono das atividades da atenção primária. Pode-se inferir que os cursos de especialização, não têm, portanto, o mesmo potencial dos cursos de residência.

Parece haver consenso sobre o fato de que a residência em Medicina de Família e Comunidade é a modalidade de formação mais adequada e de excelência para preparar o médico mais adequado ao contexto da EFS²⁰. Leão e Caldeira registraram que equipes de ESF que contam com profissionais egressos de residência na área de Saúde da Família apresentam melhores resultados, quando comparadas com equipes sem egressos de cursos de residência⁹.

Apesar da reconhecida relevância, dos resultados observados e do aumento substancial de programas e vagas para residência em Medicina de Família e Comunidade que tem sido registrado em todo o país nos últimos anos, menos da metade dessas vagas são ocupadas²³. Trata-se de uma questão complexa que envolve desde o processo de graduação médica, até as condições de trabalho e perspectivas de crescimento profissional, mas a literatura brasileira apresenta poucos estudos que abordam tais variáveis²⁴. Infelizmente, essa situação não é uma particularidade nacional e outros países também registram a dificuldade de formação de médicos de família e alguns autores discutem a falta de modelos na área da atenção primária, reforçando a necessidade de re-estruturação dos cursos de graduação para estimular e promover a formação de médicos com perfis mais adequados à medicina de família^{25,26}.

CONCLUSÃO

Em síntese, este estudo identificou alguns aspectos do perfil dos médicos egressos da residência em Medicina de Família e Comunidade que podem auxiliar a formulação de políticas de formação de recursos humanos para a ESF. Apesar das limitações deste estudo, com amostra limitada a uma região específica, os resultados que destacam a continuidade com a assistência à saúde em equipes da ESF, o aumento nos rendimentos após o curso, maiores facilidades no desempenho profissional e maior satisfação profissional, apontam aspectos que não devem ser negligenciados na formulação de propostas para aumentar a efetividade da ESF. Entende-se que o desejável fortalecimento

da Atenção Primária passa por uma política mais efetiva de formação de recursos humanos, desde a graduação, sem prejuízos às práticas de pós-graduação e educação permanente.

REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
2. Victora CG, Barreto ML, Carmo LM, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377(9782):2042-53.
3. Scalco SV, Lacerda JT Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(3):603-614.
4. Maeda ST, Moleiro PF, Egry EY, Ciosak SI. Recursos humanos na Atenção Básica: investimento e força propulsora de produção. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(Esp. 2):1651-5
5. Gil CRR. Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2):490-8.
6. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*. 2009; 13(30):153-66.
7. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(3):383-93.
8. Costa RKS, Miranda FAN. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. *Trab Educ Saúde*. 2008; 6(3):503-17.
9. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(11), 4415-23.
10. Silvério JB. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o caso do Município de Montes Claros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.

11. Espíndola PS, Lemos CLS, Reis LBM. Perfil do profissional de nível superior na estratégia saúde da família. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2011; 24(4): 367-75.
12. Miranzi SSC, Mendes CA, Nunes AA, Iwamoto HH, Miranzi MAS, Tavares DMS. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(2): 189-97
13. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(Supl. 1):1521-31.
14. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *RAP*. 2008; 42(2):347-68.
15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Perfil do médico [online]. São Paulo: Cremesp; 2007. [Acesso em 18 out. 2010]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/sala_imprensa/arquivos/perfil_medico.pdf
16. Leone ET, Baltar P. A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro. *Rev. bras. estud. popul.* (São Paulo) 2008 Dec. [Acesso em 28 Aug. 2012]. 25(2). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982008000200003&lng=en&nrm=iso.
17. Feuerwerker LCM. Changes in medical education and medical residency in Brazil. *Interface (Botucatu)* 1998; 2(3).
18. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/DEGERTS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SGTES. Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família. Belo Horizonte (MG), 2007.
19. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS; Siqueira FV et. al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 Sup 1:S193-S201.
20. Castro VS, Nóbrega-Therrien SM. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma Estratégia de Qualificação. *Rev. bras. educ. med*. 2009; 33 (2): 211–20.
21. Suárez-Bustamante MA. La medicina familiar en el Perú: evolución y desafíos *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2008; 25(3):309-15.
22. Silva TAM, Fraccolli LA, Chiesa AM. Trajetória profissional na Estratégia Saúde da Família: em foco a contribuição dos cursos de especialização. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(1):[08 telas]

23. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev. bras. educ. med.* 2009; 33 (3):475–482.
24. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(Supl. 1):1494-1504.
25. Bethune C, Hansen PA, Deacon D, Hurley K, Kirby A, Godwin M. Family medicine as a career option: How students' attitudes changed during medical school. *Can Fam Physician* 2007;53:880-885.
26. Brown JB, French R, McCulloch A, Clendinning E. Primary health care models: Medical students' knowledge and perceptions. *Can Fam Physician* 2012;58:166-71

3.4 ARTIGO 4

A ESCOLHA DE UMA ESPECIALIDADE PRIORITÁRIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Fabília Vieira de Matos. Especialista em Saúde da Família. Professora e pesquisadora na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Antônio Prates Caldeira. Doutor em Ciências da Saúde. Professor e pesquisador na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Endereço para correspondência:

- Fabília Vieira de Matos

Rua B, 1000 – Bloco C1 – Apt^o 204 – Augusta Mota – Montes Claros – MG.

CEP: 38.401- 437. E-mail: matosfabricia@yahoo.com.br

- Antônio Prates Caldeira

Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança.
Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

Av. Rui Braga, s/n - Vila Mauricéia – Montes Claros – MG – CEP: 39401- 089

Resumo

Introdução: A escolha da especialidade médica por estudantes de medicina é um tema relevante para a educação médica e para a saúde pública. Este estudo objetivou conhecer a percepção de estudantes de medicina sobre aspectos da formação médica que podem influenciar na escolha das especialidades prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase para a Medicina de Família e Comunidade. **Metodologia:** Estudo de natureza quali-quantitativa. Foram desenvolvidos grupos focais, que subsidiaram a construção de um questionário eletrônico com assertivas em escala do tipo *Likert* e que foi respondido pelos estudantes. O estudo foi desenvolvido em três escolas médicas no norte de Minas Gerais, Brasil. A triangulação de dados foi utilizada e a Teoria das Representações Sociais orientou a análise de conteúdo. **Resultados:** Participaram dos grupos focais 19 estudantes e responderam ao questionário eletrônico 290 estudantes (48,9% dos *e-mails* ativos fornecidos pelas escolas médicas). Foram identificadas três categorias hermenêuticas: especialidade

desejada pelos estudantes de medicina, especialidades prioritárias no Sistema Único de Saúde (SUS) e fatores, na formação médica, que influenciam na escolha da medicina de família e comunidade. Para a escolha da especialidade, destacaram-se aquelas com ênfase em atividades clínicas e ambulatoriais. O estilo de vida do profissional especialista representou aspecto relevante na escolha dos estudantes. De modo geral os estudantes reconhecem a relevância do ensino em áreas prioritárias e apoiam a formação orientada pela necessidade social. Características do professor/preceptor foram destacadas como importantes na aproximação do estudante com a especialidade de medicina de família e comunidade. **Conclusão:** As percepções dos estudantes ainda destacam uma formação tecnicista e fundamentada no estilo de vida dos profissionais de referência em cada especialidade.

Palavras-chave: Educação Médica. Especialidade Médica. Recursos Humanos. Sistema Único de Saúde

Introdução

Nos últimos anos, o Brasil tem vivenciado uma profunda mudança em seu sistema de saúde, que se caracteriza, entre outros aspectos, pela universalidade da assistência e pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS)¹. Nesse novo contexto, a formação de recursos humanos, incluindo de profissionais médicos aderentes a um novo modelo assistencial representa um grande desafio. Existe uma percepção de deficiência qualitativa e quantitativa na formação de médicos para especialidades estratégicas, especialmente na APS²⁻⁴.

A implementação de uma política pública voltada para induzir a abertura de novas vagas em cursos de medicina e em programas de residência médica em especialidades prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido desenvolvida por meio de parcerias entre os Ministérios da Saúde e da Educação, no Brasil. Nessa proposta política há uma forte tendência de promover maior interação entre os futuros médicos e a APS, com diretrizes que tornam as atividades de formação na APS obrigatórias para a maioria das especializações médicas^{5,6}.

Em documento recente, o Ministério da Saúde do Brasil, definiu 19 especialidades médicas mais demandadas para atenção à saúde, disponibilizando financiamento de bolsas para

residentes. São elas: Medicina Geral de Família e Comunidade, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardíaca Pediátrica, Dermatologia, Endocrinologia, Genética Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Mastologia, Medicina de Urgência, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Radioterapia, Reumatologia e Urologia. O documento destaca um percentual de financiamento para a Medicina Geral de Família e Comunidade significativamente superior às demais especialidades, alcançando 75% do investimento total de bolsas para de residência⁷.

A necessidade de maior aproximação entre os estudantes de medicina e a APS como área de especialização tem sido destacada em alguns estudos internacionais⁸⁻¹⁰. De forma similar o Consenso Global de Responsabilidade Social das Escolas Médicas destacou que o desafio atual para a educação dos profissionais da saúde é que as instituições de ensino superior (IES) contribuam na melhoria do desempenho dos sistemas de saúde e na situação de saúde das pessoas. Isso implica em formação de recursos humanos preparados para o mercado de trabalho e para as necessidades da população¹¹.

Por outro lado, a escolha da especialidade médica é caracterizada por uma complexidade de fatores. Aspectos demográficos, socioeconômicos, crenças relacionadas à carreira e valores pessoais, status social, prestígio, variedade da prática e estilo de vida do médico e experiências durante o internato são alguns exemplos de fatores que se associam com a escolha da especialização profissional por estudantes de medicina¹²⁻¹⁷. O conhecimento desses fatores é importante para a compreensão da força de trabalho e para o planejamento de estratégias de provimento de especialidades que possuem maiores demandas, por parte dos gestores de saúde.

Estudos internacionais demonstram que há necessidade de profissionais para a APS, especialmente na área de medicina de família^{8-9,17-18}. Também há registros internacionais de pouca motivação dos estudantes de medicina para o exercício da medicina geral, da medicina de família e para algumas especialidades consideradas de grande relevância no contexto de um sistema de saúde como o brasileiro^{6,20}.

Considerando um novo contexto de formação e atuação profissional e a necessidade de se conhecer melhor as expectativas dos futuros profissionais sobre as áreas prioritárias para o fortalecimento do sistema de saúde e da APS, o presente estudo objetivou conhecer a

percepção de estudantes de medicina sobre aspectos da formação médica que podem influenciar na escolha de uma especialidade prioritária para o Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase para a Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Metodologia

Este estudo foi desenvolvido em três escolas médicas no norte do estado de Minas Gerais, Brasil, sendo uma pública e duas particulares, sendo um recorte do estudo sobre “Formação Médica e Atenção Primária: percepção e perspectivas”. Na primeira etapa foram realizados dois grupos focais. Para a composição dos grupos buscou-se formar um grupo com a participação de estudantes do primeiro ao sexto período de medicina e um do grupo com estudantes do sétimo ao décimo segundo período do curso de medicina. Essa conformação buscou identificar diferenças ou similaridades entre as percepções dos estudantes dos primeiros anos em comparação com os dos últimos anos.

Cada grupo focal teve a duração de aproximadamente 90 minutos, aconteceram em um ambiente privativo, já conhecido pelos estudantes e desenvolveram-se a partir de questões norteadoras que tiveram o objetivo de levantar assuntos para serem incorporados em um questionário, que se consolidou como a segunda etapa do estudo.

As falas dos estudantes nos grupos focais foram gravadas em áudio e depois de transcritas, foram organizadas no programa Atlas.TI[®], utilizando-se a análise de conteúdo²¹. Nessa fase, buscou-se identificar de forma indutiva, temas relacionados à percepção dos estudantes com ênfase nos aspectos relacionados à especialidade médica que desejariam exercer quando formados e o motivo pelo qual desejariam ou não exercê-la e as especialidades médicas prioritárias para o SUS.

Na segunda etapa, foi construído um questionário com assertivas extraídas dos discursos nos grupos focais. Para cada uma dessas afirmativas, os respondentes deveriam registrar o grau de concordância, em respostas categorizadas em escala do tipo *Likert* (concordo plenamente, concordo parcialmente, não tenho opinião formada sobre esse assunto, discordo parcialmente, discordo plenamente). Esse questionário foi disponibilizado em um sítio eletrônico e seu acesso se deu por meio de códigos identificadores enviados para o correio eletrônico dos

participantes. O *link* para acesso ao questionário foi enviado por até 3 vezes ao *e-mail* de estudantes a cada 15 dias. Foram convidados a participar dessa etapa todos os estudantes que possuíam *e-mails* válidos e ativos nos arquivos oficiais das escolas médicas. Os dados quantitativos, da segunda etapa do estudo, foram apresentados em termos de valores absolutos e percentuais.

A triangulação de dados foi utilizada, pois permite olhar a realidade estudada por diferentes ângulos. Ela combina técnicas estatísticas e qualitativas possibilitando a compreensão da questão de estudo de modo complementar, integrando as vantagens da avaliação quantitativa com a abordagem qualitativa²².

A Teoria das Representações Sociais foi tomada como referencial para a interpretação dos dados. Ela é entendida como a linguagem do senso comum, tomado como um campo de conhecimento e de interação social que se manifestam em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se rotinizam. E, os sujeitos sociais interagem de acordo com o senso comum ao grupo e cada sujeito interpreta a realidade à sua maneira, mas constrói a sua vida naquela sociedade sob grande influência do conhecimento consensual²³.

Essa teoria articula a dimensão da vida coletiva com os processos simbólicos dos sujeitos, que lutam para dar sentido ao mundo, entendê-lo e nele encontrar o seu lugar. As Representações Sociais não são sempre conscientes, nelas podem estar presentes elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e conflitos como do conformismo²⁴.

Resultados e Discussão

Na primeira etapa, a qualitativa, participaram deste estudo 19 estudantes, sendo que no primeiro grupo focal (Grupo Focal 1) participaram 11 estudantes do primeiro a sexto período e no segundo grupo focal (Grupo Focal 2) participaram oito estudantes do sétimo ao décimo segundo período.

Por meio da análise de conteúdo surgiram três categorias hermenêuticas: especialidade desejada pelos estudantes de medicina, especialidades prioritárias para o SUS e fatores, na formação médica, que influenciam na escolha da MFC.

Na segunda etapa, a quantitativa, 290 estudantes responderam ao questionário eletrônico (48,9%), dos 593 *e-mails* ativos fornecidos pelas três faculdades de medicina. Desde total, 44,1% eram de estudantes de sexo masculino.

A porcentagem de estudantes que participaram da pesquisa variou dependendo do período em que estavam cursando, sendo que 66,8% dos estudantes eram dos primeiros seis períodos do curso médico.

Especialidade desejada pelo estudante de medicina

Nos grupos focais, entrevistados dos primeiros períodos desejaram especializar-se em áreas básicas, com ênfase para a psiquiatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, medicina de família e comunidade e cirurgia geral. Os estudantes dos últimos períodos demonstraram predomínio das especialidades com de atividades clínicas e ambulatoriais, como geriatria, dermatologia, medicina de família e comunidade e neurologia.

Na etapa quantitativa, os estudantes apresentaram características da especialidade que desejariam atuar após a conclusão da graduação. Assim, 31% referiram que essa especialidade seria clínica, 23,8% escolheram ambulatorial, 17,8% referiram à característica cirúrgica, 14,8% informaram hospitalar, 4,9% propedêutica e apenas 7,7% referiram especialidades cuja atuação inclui plantões. A maioria dos estudantes preferiu as especialidades com predomínio de atendimento clínico e ambulatorial (54,8%).

Estudos internacionais revelaram um aumento do interesse pelas áreas de dermatologia, anestesiologia, radiologia¹³, medicina de emergência¹³, bem como especialidades que possibilitam um estilo de vida com maior controle por parte do profissional^{14,17}. Pesquisa realizada por Cruz *et al* (2010) com graduandos do primeiro ao sexto ano do curso de Medicina revelou que as especialidades mais desejadas foram dermatologia, cirurgia plástica e pediatria¹⁶. A dermatologia também foi citada como especialidade desejada pelos estudantes neste estudo.

Estudo realizado com estudantes de medicina da Universidade de Buenos Aires revelou as especialidades pediatria, cirurgia, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, cardiologia, psiquiatria, traumatologia, dermatologia, infectologia e oftalmologia foram desejadas pelos estudantes¹². Algumas das especialidades apresentadas como desejadas pelos estudantes nesse estudo realizado em Buenos Aires é coincidente com os deste estudo realizado em Montes Claros – MG.

Os estudos realizados com estudantes de medicina destacam, a priori, que os estudantes respondentes avaliam especialmente as condições de trabalho, como ponto de partida para a escolha da especialidade, o que pode estar relacionado à percepção sobre a qualidade de vida dos profissionais em determinadas áreas²⁵⁻²⁶.

Especialidades Prioritárias para o SUS

Os estudantes relataram, nos grupos focais, que as escolas médicas deveriam incluir em seus currículos atividades que os aproximem das especialidades pediatria, geriatria, neurologia, medicina da família e comunidade, cardiologia e psiquiatria, sendo essas algumas das especialidades que são prioritárias para o sistema nacional de saúde. A maioria dos estudantes (87,4%) que responderam o questionário é favorável a que as escolas médicas incluam em seus currículos atividades das especialidades que são prioritárias para o sistema nacional de saúde brasileiro.

Nos dois grupos focais a especialidade MFC foi referida como desejada para atuação temporária após a conclusão de curso médico. Ou seja, os estudantes não assumem o compromisso com a especialidade por tempo indeterminado. Os estudantes pesquisados referiram que a atuação em equipes de Saúde da Família deveria ser incentivada antes do ingresso na residência médica, como forma de aumentar a pontuação no currículo para o profissional que tiver atuado na APS. Dos pesquisados, 35,6% relataram que concordam plenamente em trabalhar temporariamente em equipe de Saúde da Família; 35,2% concordam parcialmente e 12,7% não têm opinião sobre o assunto e 16,5% discordam plenamente ou parcialmente.

Os entrevistados manifestaram opiniões diversas quanto à proposta de se estabelecer maior pontuação para provas de residência médica aos profissionais que atuaram em equipes de Saúde da Família: 28,0% concordaram plenamente, 22,5% concordaram parcialmente, 20,7% não tinham opinião formada sobre o assunto, 8,9% discordaram parcialmente e 19,5% discordaram plenamente sobre a concessão de pontuação extra.

Quando essa assertiva é analisada levando em consideração os períodos do curso médico, 35,0% dos entrevistados que estavam cursando os primeiros seis períodos desejavam atuar em equipes de Saúde da Família e 46,7% dos que estavam cursando os seis últimos períodos não desejavam atuar nessa área, por um período indeterminado de tempo.

Esse resultado é corroborado por Bland *et al* (2013) ao analisarem a opção por trabalhar na APS após o curso médico, por parte de estudantes de medicina, afirmaram que o estudante entra na faculdade com preferência pela APS, mas esta diminui com o tempo, assumindo maior interesse pelas subespecialidades²⁷.

O que se percebe, portanto, em consonância com a realidade de outros países, é que os estudantes durante a graduação reconhecem o papel relevante da APS e valorizam muitos os seus aspectos para o seu processo de formação, todavia, não se mostram interessados em seguir na carreira de profissional envolvido com os cuidados primários em saúde^{8-10,19}.

Fatores, na formação médica, que influenciam na escolha da MFC

Os estudantes, nos grupos focais, apresentaram os motivos pelos quais escolheriam uma ou outra especialidade, e enfatizaram os motivos que os afastam ou aproximam da escolha da especialidade MFC. Os discursos abordando os fatores que podem influenciar a escolha da MFC, ainda na graduação, estão relacionados, principalmente, à experiência em atividades relacionadas à especialidade e às características de um bom professor. Esse dado já foi destacado por outros autores⁹. Outros estudos sobre o tema os autores relataram que o baixo prestígio da especialidade, baixos salários, pouca vivência em APS durante a graduação, além de aspectos financeiros foram os fatores mais recorrentes para afastar o estudante de medicina da especialidade MFC²⁸⁻³⁰.

Os estudantes informaram que estão satisfeitos com relação às atividades que envolvem a MFC na graduação. Queixaram-se de atividades curriculares que estão relacionadas ao componente comunitário da APS e elogiaram as atividades que estão relacionadas ao componente clínico. De modo geral, referem que as atividades relacionadas à MFC sejam um espaço privilegiado de aprendizagem, mas com ênfase nos aspectos assistenciais. Esse resultado ressalta uma formação ainda tecnicista muito arraigada entre docentes e discentes e a necessidade de repensar a formação médica para a APS no Brasil⁴.

Dos entrevistados, 47,5% concordaram plenamente que a sua experiência na APS, em equipes de Saúde da Família tem sido positiva durante a graduação; 39,0% concordam parcialmente e 10,5% discordam parcialmente ou plenamente. Com a intenção de garantir que o estudante de medicina tenha atividades curriculares em algumas especialidades prioritárias para o SUS, as mais recentes Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em medicina instituem que, durante a formação, o estudante deverá fazer estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato. A com carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do curso, sendo que, pelo menos 30% dessa carga horária prevista para o internato desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS⁶.

As DCN destacam ainda que, do internato, deve prevalecer a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência e que as atividades internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade. Essas considerações representam uma grande e profunda mudança no processo de educação médica para a grande maioria das escolas médicas do país. Mas salientam a relevância que o país deseja para a formação médica na APS. Esse aspecto é muito importante, pois, durante muitos anos, desde a criação do SUS, apesar de uma vasta legislação existente apontando a necessidade dos gestores de saúde participarem no processo de ordenação e formação dos recursos humanos, poucas ações concretas surgiram^{2-3, 31, 32}.

Sobre o fato dos estudantes referirem que o professor/preceptor pode influenciar na escolha da MFC enquanto especialidade médica, registra-se consonância com outros dados da literatura¹⁰. Essa assertiva, extraída dos grupos focais foi confirmada pelos estudantes que responderam o questionário: 76,5% concordaram plenamente que o bom professor/preceptor

das atividades na APS pode aproximar o estudante da especialidade MFC, 21,3% concordam parcialmente com a assertiva e 2,2% não opinaram sobre o assunto.

As principais características de um bom professor/preceptor apontadas foram: possuir habilidade clínica, possibilitar a prática aos estudantes, ter domínio teórico do conhecimento discutido ao longo das atividades práticas, ter capacidade de integrar a disciplina de APS/MFC com outras disciplinas, conhecer a população que atende e ser comprometido com o trabalho. Foram menos citadas as habilidades de saber trabalhar em equipe, apresentar envolvimento comunitário e realizar avaliações/feedback de forma criteriosa. Esses aspectos ainda são pouco explorados pela literatura, mas a identidade profissional do futuro profissional também se molda a partir das atitudes e comportamentos dos seus mestres³³. Os aspectos humanísticos e de relacionamento da MFC já foram destacados em outro estudo como facilitadores de uma maior aproximação dos estudantes com a área de MFC³⁴.

Ainda sobre a experiência na graduação, os estudantes referiram que as condições de trabalho do professor/preceptor podem interferir favoravelmente ou não no interesse pela APS. Mas sobre esse aspecto destacam especialmente a estrutura física dos serviços de saúde onde são realizadas as atividades práticas. Nesse sentido, médicos que trabalham em equipes de Saúde da Família queixam-se que um ponto negativo da Estratégia Saúde da Família é a falta de infra-estrutura adequada para o trabalho³⁵.

No presente estudo não foi investigado a decisão final do estudante para a escolha da especialidade e sim a intenção da realização da especialidade e isso caracteriza uma limitação do mesmo. É preciso destacar ainda que se trata de uma abordagem restrita a uma região específica e alguns fatores que influenciam na escolha da especialidade médica, podem ter influência culturais, que se modificam segundo a região do país. Outra limitação refere-se ao número de respondentes para a etapa quantitativa da pesquisa, que podem prejudicar algumas inferências. Ainda assim, deve-se destacar o mérito do presente estudo em registrar percepções dos estudantes em relação às necessidades de formação médica para o SUS. A identificação de que aspectos mais ligados à autonomia de vida, estilo de vida e maior flexibilidade de horários na escolha da especialidade deve alertar para a necessidade de que esse tema seja profundamente debatido no âmbito das escolas médicas.

Considerações Finais

As especialidades citadas pelos estudantes entrevistados, como áreas que desejariam atuar após conclusão do curso médico, destacam as atividades ambulatoriais que logram, aparentemente, melhores estilos de vida profissional. Com relação ao trabalho como médicos em equipes de Saúde da Família os estudantes entrevistados reconheceram a relevância do tema para a graduação, mas relataram que desejariam trabalhar apenas por um período determinado de tempo nessa área. O trabalho em equipes de Saúde da Família é desejado como incentivo e aumento de pontuação para ingresso na residência médica.

Fatores relacionados à experiência em atividades ligadas à especialidade enquanto estudante e às características de um bom professor/preceptor são citados pelos entrevistados como fatores que podem influenciar a escolha de uma especialidade prioritária para o sistema de saúde brasileiro, em especial a MFC, ainda na graduação.

Neste estudo foi possível identificar as percepções dos estudantes das escolas médicas do norte de Minas Gerais com relação à escolha da especialidade médica prioritárias para o SUS que pretendem exercer, com ênfase para a MFC, bem como os fatores que estão relacionados à formação médica que influenciam nessa escolha. Isso é particularmente importante para o norte de Minas Gerais, pois a escolha da especialidade médica varia entre as regiões do mundo, podendo estar associada a diferentes valores, cultura, sistemas de educação e também ao próprio sistema de saúde local.

Referências

- 1) Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-97.
- 2) Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)* 2013; 17(47):913-26.
- 3) Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. *Cienc Cuid Saude* 2008;7(1):45-52.

- 4) Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2005;21(2):490-8.
- 5) Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 23 de out. 2013.
- 6) Brasil. Resolução CES/CNE nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 23 out. 2014.
- 7) Brasil. Ministério da Saúde. Edital nº 1 de 4 de agosto de 2015. Convoca as instituições públicas estaduais, municipais e do Distrito Federal e privadas sem fins lucrativos à solicitação de financiamento de bolsas de residência médica para o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas. *Diário Oficial da União, Brasília*, 05 de ago. 2015. Acesso em 20.10.2015. Disponível em <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>
- 8) Chellappah M, Garnham L. Medical students' attitudes towards general practice and factors affecting career choice: a questionnaire study. *London J Primary Care* 2014;6:117-23.
- 9) Puertas EB, Arósquipa C, Gutiérrez D. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high, middle, and low-income countries: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica* 2013;34(5):351-8.
- 10) Brown JB, French R, McCulloch A, Clendinning E. Primary health care models Medical students' knowledge and perceptions. *Can Fam Physician* 2012;58:e166-71.
- 11) Carvalho Júnior PM, Afonso DH, Esteves R Z (trad.) Consenso Global de Responsabilidade Social das Escolas Médicas. Fevereiro, 2012. Acessado em 25.10.2015. Disponível em: http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2012/02/GCSA-Global-Consensus-document_portuguese.pdf
- 12) Borracci RA, Poveda-Camargo RL, Pittaluga RD, Arribalzaga EB, Ferraina P. Preferencias de los estudiantes de medicina de la Universidad de Buenos Aires em la elección de la especialidade. *Educ Med.* 2012;15(3):155-160
- 13) Lambert EM, Holmboe ES. The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. *Acad Med.* 2005;80(9):797-802.
- 14) Boyd JS, Clyne B, Reinert SE, Zink BJ. Emergency medicine career choice: a profile of factors and influences from the Association of American Medical Colleges (AAMC) graduation questionnaires. *Acad Emerg Med.* 2009;16(6):544-9.

- 15) Scott IM, Matejcek AN, Gowans MC, Wright BJ, Brenneis FR. Choosing a career in surgery: factors that influence Canadian medical students' interest in pursuing a surgical career. *Can J Surg.* 2008;51(5):371-7.
- 16) Cruz JAS, Sandy NS, Vannucchi TR, Gouveia EM, Passerotti CC, Bruschini H, Srougi M. Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. *Rev Med (São Paulo).* 2010;89(1):32-42.
- 17) Saigal P, Takemura Y, Nishiue T, Fetters MD. Factors considered by medical students when formulating their specialty preferences in Japan: findings from a qualitative study. *BMC Medical Education.* 2007; 7:31. Acessado em 20.11.2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072940/>
- 18) Suárez-Bustamante MA. La medicina familiar en el Perú: evolución y desafíos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2008;25(3):309-15.
- 19) McKee ND, McKague MA, Ramsden VR, Poole RE. Cultivating interest in family medicine. *Can Fam Physician.* 2007;53:661-5.
- 20) Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16:502-12.
- 21) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
- 22) Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2005.
- 23) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- 24) Jovchelovitch S. (Org.). Texto em representações sociais. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- 25) Watte G, Manfroi WC, Machado CLB, Mantuan BC, Moreira ALS, Oliveira FM et al. Componentes Determinantes na Escolha da Especialização em Novos Profissionais Médicos. *Rev bras educ med.* 2015;39(2):195-5.
- 26) Corsi PR, Fernandes EL, Intelizano PM, Montagnini CCB, Baracat FI, Ribeiro MCSA. Fatores que influenciam o aluno na escolha da especialidade médica. *Rev bras educ med.* 2014;38(2):213-20.

- 27) Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. *Acad Med.* [on line].1995; 70(7) [capturado 05 jun. 2013]: 620-41. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7612128>
- 28) Cavalcante Neto PG, Lira GV, Miranda AS. Interesse dos Estudantes pela Medicina de Família: Estado da Questão e Agenda de Pesquisa. *Rev bras educ méd* 2009; 33(2):198-204.
- 29) Mello GAM, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev bras educ med.* 2009;33(3):475-82.
- 30) Morra DA, Regehr G; Ginsburg S. Medical students, money, and career selection: student's perception of financial factors and remuneration in family medicine. *Family Medicine.* 2009;41(2): 105-10.
- 31) Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. *Cienc Saude Cole.* 2002;7(2):373-83.
- 32) Petta HL. Formação de Médicos Especialistas no SUS: Descrição e Análise da Implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência). *Rev bras educ med.* 2013;37(1): 60 – 79.
- 33) Alves ANO, Moreira SNT, Azevedo GD, Rocha VM, Vilar MJ. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN – Natal – RN – Brasil. *Rev bras educ med.* 2009;33(4):555-61.
- 34) Freeman J, Kelly P, Blasco PG, Levites M. Attitudes about Family Medicine among brazilian medical students. *O Mundo da Saúde, São Paulo.* 2010;34(3):336-40.
- 35) Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2008 Feb. [Acessado em 19.10.2015]; 13(1): 23-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100007>.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino médico tendo a APS como cenário de prática pode favorecer a formação de médicos com perfil mais adequados para atuação nesse contexto. Essa inserção da APS desde o início das atividades curriculares na graduação até a pós-graduação é realidade nas escolas médicas do norte de Minas Gerais, Brasil e favorece que o estudante vivencie a realidade assistencial, com foco no indivíduo, embasada na comunidade; conheça o serviço de saúde em sua estrutura e gestão, permitindo a que esse estudante a aquisição de conhecimentos e habilidades para a assistência à saúde de forma humana e responsável.

A experiência vivenciada pelos estudantes no início da formação do curso médico na realização do Planejamento Participativo em uma comunidade atendida por uma equipe da APS possibilitou a esses estudantes o entendimento do conceito de promoção da saúde, dos determinantes do processo saúde-doença e atuação intersetorial na construção de melhor qualidade de vida de uma comunidade.

Os estudantes das escolas médicas expressam suas percepções e suas expectativas quanto aos aspectos capazes de aproximar os programas de formação dessas escolas às demandas da APS. O estudo demonstrou que a maioria dos estudantes de medicina percebeu a amplitude do conhecimento do médico da família tanto no âmbito do indivíduo, família e comunidade. E, reconheceram que as ações que são realizadas na APS são melhores desempenhadas por médicos de família capacitados e com perfil para atuação nesse cenário. Porém, as percepções dos estudantes ainda destacam uma formação tecnicista e fundamentada no estilo de vida dos profissionais de referência em cada especialidade.

Algumas características são apontadas como fatores que distanciam os programas de formação das escolas médica das demandas da APS. As deficiências na estrutura das Unidades de APS, a falta de um plano de carreira para os profissionais médicos, falta de capacitação e perfil de tutores para a realização da docência no ensino-serviço prejudica a inserção do estudante e do profissional já formado na APS.

O fortalecimento da APS passa por uma política mais efetiva de formação de recursos humanos, desde a graduação até a pós-graduação. Pois a complexidade da interação entre

fatores que aproxima os estudantes de medicina da escolha da APS está relacionada a aspectos pessoais, profissionais, acadêmicos e ideológicos. Faz-se necessário ouvir os estudantes, tutores, gestores de saúde e usuários, a fim de se obter um diagnóstico global dessa situação.

Os resultados do presente estudo deverão ser apresentados aos gestores de saúde e de escolas médicas da região, como estratégia para estimular o diálogo e aproximar as estratégias que buscam uma melhor formação médica e melhor qualidade da assistência no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Rozani TM, Silva CM. O Programa de Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (3): 777-778.
2. World Health Organization. *Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization; 1978.
3. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.
4. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2008
5. Mendes EVM. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec;1996.
6. Escorel S. *A reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. 291 p
8. Aguiar RAT. *A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil*. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
9. Gil CRR. *Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, June 2006
10. Brasil. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. *Aprova a política nacional de atenção básica*. Diário Oficial da União 29 mar 2006.
11. Brasil. Portaria nº. 4.270, de 30 de dezembro de 2006. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União 31 dez 2010.
12. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848 p.

13. Oliveira NA et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. Rev Bras Educ Médica. 2008; 32 (3): 333- 346
14. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Publica 1999; 15(1):187-193.
15. Lampert JB. Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do Ensino Médico no Panorama Atual e Perspectivas. Gaz. méd. Bahia 2008;78 (Suplemento 1):31-37. Acessado em 26.05.2014. Disponível em <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/255/246>
16. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. Revista Brasileira de Educação Médica. 32 (4): 492 – 499; 2008
17. Rodriguez CA, Neto PP, Behrens MA. Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. Rev Bras Educ Méd. 2004; 28 (3): 234-241.
18. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2014 June 19] ; 26(12): 2234-2249. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en.
19. Lima VV, Komatsu RS, Padilha RQ. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. Interface -Com. Saúde Educ., v.7, n.12, p.175-84, 2003.
20. Talbot, YR. Atenção Primária à Saúde e o papel da Universidade. Rev Bra Med Fam e Com. Rio de Janeiro v.2 nº 8 p. 248-324 jan / mar 2007
21. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. Rev Bras Educ Méd. 2001;25(2):53-59.
22. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38-39.
23. Demarzo MMP *et al.* Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina I. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1) : 143-148; 2012

24. Brasil. Resolução CES/CNE nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 out. 2014.
25. Carmo M, Andrade EIG, Mota JAC. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde – uma trajetória positiva de integração. REME rev. min. enferm. 2007; 11(4):387-94
26. Beccaria LM, Trevizan MA. Ações do processo de integração docente assistencial entre um curso de graduação em enfermagem e um hospital de ensino. Arq. cienc saude. 2006a; 13(2): 89-96.
27. Beccaria LM, Trevizan MA, Janucci MZ. Integração docente- assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino: concepção do processo sob a ótica de docentes, alunos e enfermeiros. Arq. cienc saude. 2006b; 13(3): 61-9
28. Horta FMB. A sessão tutorial na ABP do curso médico da Unimontes: desafios e possibilidades. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de São Paulo – USP. Programa de Pós-graduação em Ciência da Saúde/CEDESS, 2010.
29. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. Montes Claros: UNIMONTES, 2006
30. Teixeira SMF (org). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
31. Arruda MP et al. Educação Permanente: Uma Estratégia Metodológica para os Professores da Saúde. RevBrasEduc Médica. 2008; 32 (4):518-524.
32. Silvério JB. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: O caso do Município de Montes Claros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
33. Lampert JB, Aguilar-da-Silva RH, Perim GL, Stella RCR, Abdalla IG, Costa NMSC. Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso do Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras. Rev. bras. educ. méd. 2009;33(supl.1):5-18.
34. Stella RCR, Abdalla IG, Lampert JBL, Perim GL, Aguilar-da-Silva RH, Costa NMSC. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009; 33 (1 Supl.1): 63-69.

35. Albuquerque VS et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Rev Bras Educ Médica*. 2008; 32 (3): 356-362.
36. Tancredi FB, Barrios RL, Ferreira JHG. *Planejamento em Saúde*. v.2. São Paulo: USP; 1998. v.2. [acesso em 1 jan.2013]. Disponível em:
http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/index.html
37. Matos FV, Caldeira AP.. Interação comunitária e planejamento participativo no ensino médico. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 37, n. 3, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 19 June 2014.
38. Oliveira LML, Tunin AS, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na Atenção em saúde. *Rev. APS*. 2008 out/dez; 11(4):362-373
39. Campos, GWS. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes. Documento preliminar. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2005.
40. Machado JLM. A participação da ANDES-SN na Cinaem: o processo de transformação das escolas médicas brasileiras. *Interface (Botucatu)* [serial on the Internet]. 1999 Aug [cited 2010 Mar 16] ; 3(5): 177-180. Disponível em :
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831999000200025&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831999000200025>.
41. Caldeira ÉS, Leite MT S. Rodrigues-Neto J F. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. *Rev. bras. educ. med.* 35 (4) : 477-485; 2011
42. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil . *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2013 Abr-Jun; 8(27):90-6.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Concordância da Instituição referente ao artigo “O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA”

Título da pesquisa

Formação Médica e Atenção Primária: percepções e perspectivas

Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa

Curso de Medicina das Faculdades Integradas do Norte de Minas – Funorte

Curso de Medicina das Faculdades Pitágoras

Curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

Instituição promotora

Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Pesquisador responsável

Antônio Prates Caldeira

Endereço e telefone

Endereço (Rua, n.º): Rua Monte Pascoal, 225 – Ibituruna – Montes Claros – MG - CEP: 39.401.347

Tel: (38) 9986-8621. E-mail: antonio.caldeira@unimontes.br

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1. Objetivo

Identificar as percepções e as expectativas dos estudantes e dos docentes das escolas médicas quanto aos aspectos capazes de aproximar os programas de formação dessas escolas às demandas da atenção primária à saúde.

2. Metodologia/procedimentos

A metodologia utilizada para desenvolver a pesquisa será transversal, descritiva, quali-quantitativa, adotando-se a pesquisa bibliográfica e realização de grupos focais e entrevistas. Os sujeitos desse estudo serão os estudantes e docentes de escolas médicas de Montes Claros – MG.

3. Justificativa

A realização desse estudo pode contribuir com conhecimentos e informações significativas para a elaboração de metodologias que instrumentalizem as escolas médicas para a aproximação de sua formação às demandas da atenção primária à saúde; subsidiando as políticas públicas de educação em saúde na área médica. Trata-se de um tema pouco abordado na literatura nacional e que assume, portanto, relevância social e científica significativas. Conhecer as expectativas dos futuros médicos pode auxiliar o desenvolvimento curricular e a interface entre academia e serviço tão necessária no processo de formação de profissionais de saúde.

4. Benefícios

A realização desse estudo pode contribuir com conhecimentos e informações significativas para a elaboração de metodologias que instrumentalizem as escolas médicas para a aproximação de sua formação às demandas da atenção primária à saúde; subsidiando as políticas públicas de educação em saúde na área médica.

5. Desconfortos e riscos

A entrevista poderá tomar parte do tempo dos sujeitos desse estudo.

6. Danos

O estudo não oferece danos à saúde dos sujeitos pesquisados, nem a sua integridade moral e profissional, visto que a identidade dos sujeitos será preservada, bem como as respostas fornecidas não serão associadas diretamente ao seu local de trabalho.

7. Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis

Não se aplica.

8. Confidencialidade das informações

As informações coletadas servirão, única e exclusivamente, para alcançar os objetivos propostos na pesquisa. Essas informações serão utilizadas para publicação de artigos em dissertação, revistas especializadas, publicações em eventos (congressos, seminários, simpósios) e divulgação para entidades dos sujeitos envolvidos.

9. Compensação/indenização

Não haverá compensação/indenização aos sujeitos desse estudo.

10. Outras informações pertinentes

Os sujeitos não terão seus nomes mencionados nos resultados desse estudo (não serão identificados nominalmente). Serão citados apenas por números. Os locais de trabalho dos sujeitos desse estudo não serão associados às respostas fornecidas por eles. A qualquer momento do desenvolvimento dessa pesquisa é resguardado aos sujeitos o direito de retirar o consentimento de participação da mesma, cessando o direito de participar dos resultados dessa.

11- Termo de Concordância

Declaro que o curso de medicina das Faculdades Pitágoras tem condição para o desenvolvimento desse projeto. Autorizo sua execução desde que aprovado pelo Conselho de Ética e Pesquisa.

Montes Claros, _____ de _____ de _____ .

Nome: _____

Cargo: _____

Nome do coordenador da pesquisa: Antônio Prates Caldeira

Assinatura do coordenador da pesquisa: _____

Nome da testemunha: _____

Assinatura da testemunha: _____

Nome da testemunha: _____

Assinatura da testemunha: _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa referente ao artigo “O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA”

Título da pesquisa: “Formação Médica e Atenção Primária: percepção e perspectivas”

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

Patrocinador: Não se aplica

Coordenador: Antônio Prates Caldeira - Fone: (38) 9986-8621 - E-mail: antonio.caldeira@unimontes.br

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1. Objetivo: Identificar as percepções e as expectativas dos estudantes e dos docentes das escolas médicas quanto aos aspectos capazes de aproximar os programas de formação dessas escolas às demandas da atenção primária à saúde.

2. Metodologia/procedimentos: A metodologia utilizada para desenvolver a pesquisa será transversal, descritiva, quali-quantitativa, adotando-se a pesquisa bibliográfica e realização de grupos focais e entrevistas. Os sujeitos desse estudo serão os estudantes e docentes de escolas médicas de Montes Claros – MG.

3. Justificativa: A realização desse estudo pode contribuir com conhecimentos e informações significativas para a elaboração de metodologias que instrumentalizem as escolas médicas para a aproximação de sua formação às demandas da atenção primária à saúde; subsidiando as políticas públicas de educação em saúde na área médica. Trata-se de um tema pouco abordado na literatura nacional e que assume, portanto, relevância social e científica significativas.

Conhecer as expectativas dos futuros médicos pode auxiliar o desenvolvimento curricular e a interface entre academia e serviço tão necessária no processo de formação de profissionais de saúde.

4. Benefícios: A realização desse estudo pode contribuir com conhecimentos e informações significativas para a elaboração de metodologias que instrumentalizem as escolas médicas para a aproximação de sua formação às demandas da atenção primária à saúde; subsidiando as políticas públicas de educação em saúde na área médica.

5. Desconfortos e riscos: A entrevista poderá tomar parte do tempo dos sujeitos desse estudo.

6. Danos: O estudo não oferece danos à saúde dos sujeitos pesquisados, nem a sua integridade moral e profissional, visto que a identidade dos sujeitos será preservada, bem como as respostas fornecidas não serão associadas diretamente ao seu local de trabalho.

7. Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8. Confidencialidade das informações: As informações coletadas servirão, única e exclusivamente, para alcançar os objetivos propostos na pesquisa. Essas informações serão utilizadas para publicação de artigos em dissertação, revistas especializadas, publicações em eventos (congressos, seminários, simpósios) e divulgação para entidades dos sujeitos envolvidos.

9. Compensação/indenização: Não haverá compensação/indenização aos sujeitos desse estudo.

10. Outras informações pertinentes: Os sujeitos não terão seus nomes mencionados nos resultados desse estudo (não serão identificados nominalmente). Serão citados apenas por números. Os locais de trabalho dos sujeitos desse estudo não serão associados às respostas fornecidas por eles. A qualquer momento do desenvolvimento dessa pesquisa é resguardado aos sujeitos o direito de retirar o consentimento de participação da mesma, cessando o direito de participar dos resultados dessa.

11.Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Montes Claros, _____ de _____ de _____

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do coordenador da pesquisa: Antônio Prates Caldeira

Assinatura: _____

Nome/assinatura das testemunhas:

1 _____

2 _____

APÊNDICE C – Termo de Concordância da Instituição referente ao artigo “EGRESSOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MINAS GERAIS”

Título da pesquisa: “Residência em Saúde da Família: o Egresso do Hospital Universitário Clemente de Farias/Universidade Estadual de Montes Claros e o Mercado de Trabalho”

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)/ Escola Técnica de Saúde do Centro de Ensino Médio e Fundamental/ Estação de Pesquisa

Patrocinador: Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (RORESHS), Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS

Coordenadora: Fabrícia Vieira de Matos

Fone: (38) 8836-1074

E-mail: fabricia.matos@unimontes.br

1 Objetivo

Conhecer o perfil profissional e a inserção no mercado de trabalho dos egressos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Residência em Saúde da Família (RSF) do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF)/ Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) de Montes Claros - MG.

2 Metodologia/procedimentos

Para se conhecer o perfil profissional e a inserção no mercado de trabalho dos egressos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da RSF do HUCF de Montes Claros - MG propõe-se realizar uma atividade com metodologia transversal, descritiva e quali-quantitativa. Será também necessária a realização de pesquisa bibliográfica e documental.

Na abordagem qualitativa preocupar-se-á com um nível da realidade do entrevistado que não pode ser quantificado e será utilizado um formulário semi-estruturado para garantir um direcionamento à conversa, a qual será gravada em áudio.

Para a abordagem quantitativa a coleta de dados será realizada por meio de aplicação de questionário eletrônico estruturado.

3 Justificativa

Apesar de o primeiro Programa de RSF, do HUCF/UNIMONTES ter sido oferecido há cerca de uma década não existe nenhum um diagnóstico sistematizado do perfil profissional e da inserção dos egressos desse Programa no mercado de trabalho.

4 Benefícios

Visa contribuir com conhecimentos e informações significativas para o conhecimento do perfil profissional e para o entendimento da inserção no mercado de trabalho dos egressos da RSF do HUCF. As informações colhidas por essa atividade permitirão realizar uma análise das atividades desenvolvidas pelos egressos da RSF do HUCF no mercado de trabalho, subsidiar discussões em relação à reformulação do currículo do referido Curso de Residência, subsidiar discussão em relação à política de formação na área de Residência em Saúde da Família, principalmente na ofertada pelo HUCF.

5 Desconfortos e riscos

A entrevista poderá tomar parte do tempo de trabalho dos sujeitos desse estudo.

6 Danos

O estudo não oferece danos à saúde dos sujeitos pesquisados. E, nem à sua integridade moral e profissional, visto que a identidade dos sujeitos será preservada, bem como as respostas fornecidas não serão associadas diretamente ao seu local de trabalho.

7 Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis

Não se aplica.

8 Confidencialidade das informações

As informações coletadas servirão, única e exclusivamente, para alcançar os objetivos propostos na pesquisa. Essas informações serão utilizadas para publicação de relatório para a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (RORESHS)/Ministério da Saúde (MS)/Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, para publicação de artigos em revistas especializadas, confecção de materiais didático-pedagógicos, publicações em eventos (congressos, seminários, simpósios) e divulgação para entidades públicas (Hospital Universitário Clemente de Faria).

9 Compensação/indenização

Não haverá compensação/indenização aos sujeitos desse estudo.

10 Outras informações pertinentes

Os sujeitos não terão seus nomes mencionados nos resultados desse estudo (não serão identificados nominalmente). Será citados apenas por números. Os locais de trabalho dos sujeitos desse estudo não serão associados às respostas fornecidas por eles. A qualquer momento do desenvolvimento dessa pesquisa é resguardado aos sujeitos o direito de retirar o consentimento de participação da mesma, cessando o direito de participar dos resultados dessa. . As informações sobre identificação, os endereços (residencial e eletrônico) desses egressos e os documentos da RSF necessários para pesquisa serão captados diante dos arquivos da Secretaria da RSF do HUCF.

11 Termo de Compromisso

Declaro que esta Instituição tem condição para o desenvolvimento desse projeto. Autorizo sua execução desde que aprovada pelo Conselho de Ética e Pesquisa.

Montes Claros, _____ de _____ de _____

Nome: _____

Cargo:

Assinatura da coordenadora da pesquisa: _____

Nome da coordenadora da pesquisa: Fabrícia Vieira de Matos

APÊNDICE D –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa referente ao artigo “EGRESSOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MINAS GERAIS”

Título da pesquisa: “Residência em Saúde da Família: o Egresso do Hospital Universitário Clemente de Farias/Universidade Estadual de Montes Claros e o Mercado de Trabalho”

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)/ Escola Técnica de Saúde do Centro de Ensino Médio e Fundamental/ Estação de Pesquisa

Patrocinador: Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (RORESHS), Ministério da Saúde (MS) e Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS

Coordenadora: Fabrícia Vieira de Matos. Fone: (38) 8836-1074. E-mail: fabricia.matos@unimontes.br

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

Conhecer o perfil profissional e a inserção no mercado de trabalho dos egressos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Residência em Saúde da Família (RSF) do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) de Montes Claros - MG.

2- Metodologia/procedimentos

Para se conhecer o perfil profissional e a inserção no mercado de trabalho dos egressos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da RSF do HUCF de Montes Claros - MG propõe-se realizar uma atividade com metodologia transversal, descritiva e quali-quantitativa.

Para a abordagem quantitativa a coleta de dados será realizada por meio de aplicação de questionário eletrônico estruturado.

3- Justificativa

Apesar de o primeiro Programa de RSF, do HUCF/UNIMONTES ter sido oferecido há cerca de uma década não existe nenhum um diagnóstico sistematizado do perfil profissional e da inserção dos egressos desse Programa no mercado de trabalho.

4- Benefícios

Visa contribuir com conhecimentos e informações significativas para o conhecimento do perfil profissional e para o entendimento da inserção no mercado de trabalho dos egressos da RSF do HUCF. As informações colhidas por essa atividade permitirão realizar uma análise das atividades desenvolvidas pelos egressos da RSF do HUCF no mercado de trabalho, subsidiar discussões em relação à reformulação do currículo do referido Curso de Residência, subsidiar discussão em relação à política de formação na área de Residência em Saúde da Família, principalmente na ofertada pelo HUCF.

5- Desconfortos e riscos

A entrevista poderá tomar parte do tempo de trabalho dos sujeitos desse estudo.

6- Danos

O estudo não oferece danos à saúde dos sujeitos pesquisados. E, nem à sua integridade moral e profissional, visto que a identidade dos sujeitos será preservada, bem como as respostas fornecidas não serão associadas diretamente ao seu local de trabalho.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis

Não se aplica.

8- Confidencialidade das informações

As informações coletadas servirão, única e exclusivamente, para alcançar os objetivos propostos na pesquisa. Essas informações serão utilizadas para publicação de relatório para a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (RORESHS)/Ministério da Saúde (MS)/Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, para publicação de artigos em revistas especializadas, confecção de materiais didático-pedagógicos, publicações em eventos

(congressos, seminários, simpósios) e divulgação para entidades públicas (Hospital Universitário Clemente de Faria).

9- Compensação/indenização

Não haverá compensação/indenização aos sujeitos desse estudo.

10- Outras informações pertinentes

Os sujeitos não terão seus nomes mencionados nos resultados desse estudo (não serão identificados nominalmente). Será citados apenas por números. Os locais de trabalho dos sujeitos desse estudo não serão associados às respostas fornecidas por eles. A qualquer momento do desenvolvimento dessa pesquisa é resguardado aos sujeitos o direito de retirar o consentimento de participação da mesma, cessando o direito de participar dos resultados dessa.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Este formulário está sendo assinado eletronicamente e voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Poderei imprimir uma cópia deste consentimento.

Montes Claros, _____ de _____ de _____

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome da coordenadora da pesquisa: Fabrícia Vieira de Matos

Assinatura: _____

Nome/assinatura das testemunhas:

1 _____

2 _____

APÊNDICE E – Roteiro do Grupo Focal para coleta de dados quantitativos referentes aos artigos: “O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA” e “A ESCOLHA DE UMA ESPECIALIDADE PRIORITÁRIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA”

Apresentação:

- nome
- período do curso
- já escolheu a especialidade que deseja atuar após conclusão da graduação? (se sim, qual foi o motivo da escolha).

Perguntas

- 1- Em seu ponto de vista, quais as especialidades seriam as prioritárias para o Sistema Único de Saúde?
- 2 - Como tem sido sua experiência com a Atenção Primária?
- 3 - Como você descreveria a sua formação profissional em relação à Atenção Primária à Saúde?
- 4 - Que aspectos podem aproximar ou afastar o estudante dos serviços de atenção primária?
- 5 - Você saberia dizer algum aspecto que há em seu curso de graduação que pode ser capaz de aproximar sua formação das demandas da Atenção Primária?
- 6 - Hoje em dia se fala muito que a formação médica deve responder às necessidades do Sistema Único de Saúde, com ênfase para a Atenção Primária. O que vocês pensam sobre isso?
- 7 - Existe uma proposta no Ministério da Saúde que contempla a implantação do serviço civil obrigatório para os formandos em medicina. Isto significa que o diploma "definitivo" estaria

vinculado a prestação de serviços na atenção primária em áreas prioritárias. Como você avalia essa proposta?

8 - O que você espera em relação à formação médica nos próximos 10 anos?

9 - Como você acha que será a formação médica nos próximos 10 anos?

10 - Há algo que você gostaria de acrescentar em relação aos assuntos abordados?

APÊNDICE F – Formulário para coleta de dados quantitativos referentes aos artigos: “O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA” e “A ESCOLHA DE UMA ESPECIALIDADE PRIORITÁRIA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA”

Questões:

1. Qual a sua idade?

2. Qual o seu sexo?

2.1 () Masculino

2.2 () Feminino

3. Qual o seu estado civil?

3.1 () solteiro

3.2 () Casado ou União Estável

3.3 () Separado, ou Divorciado, ou Viúvo

4. Você estuda em qual faculdade/universidade?

4.1 () Faculdades Integradas do Norte de Minas (Funorte)

4.2 () Faculdades Integradas Pitágoras (FIP- Moc)

4.3 () Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)

5. Período que está cursando:

5.1 () Primeiro Período

5.2 () Segundo Período

5.3 () Terceiro Período

5.4 () Quarto Período

5.5 () Quinto Período

5.6 () Sexto Período

5.7 () Sétimo Período

5.8 () Oitavo Período

5.9 () Nono Período

5.10 () Décimo Período

5.11 () Décimo Primeiro Período

5.12 () Décimo Segundo Período

6. Pense na(s) especialidade(s) que deseja atuar após conclusão da graduação. Desconsiderando aspectos financeiros, que características tem essa(s) especialidade(s)?

6.1 () Predominantemente clínica

6.2 () Predominantemente cirúrgica

6.3 () Predominantemente ambulatorial/consultório

6.4 () Predominantemente hospitalar

6.5 () Predominantemente propedêutica (realização de exames)

6.6 () Predominantemente com realização de plantões (exemplo: intensivista)

7. Tenho pretensão de trabalhar em serviço público de saúde após a conclusão do curso médico.

- 7.1() Concordo plenamente.
- 7.2() Concordo parcialmente.
- 7.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 7.4() Discordo parcialmente.
- 7.5() Discordo plenamente.

8. Tenho pretensão de trabalhar em Equipe de Saúde da Família após a conclusão do curso médico, mas apenas por algum tempo.

- 8.1() Concordo plenamente.
- 8.2() Concordo parcialmente.
- 8.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 8.4() Discordo parcialmente.
- 8.5() Discordo plenamente.

9. Atuar em Equipe de Saúde da Família não é minha primeira opção de trabalho após a conclusão do curso.

- 9.1() Concordo plenamente.
- 9.2() Concordo parcialmente.
- 9.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 9.4() Discordo parcialmente.
- 9.5() Discordo plenamente.

10. A minha experiência com a Atenção Primária/Saúde da Família tem sido positiva durante a graduação.

- 10.1() Concordo plenamente.
- 10.2() Concordo parcialmente.
- 10.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 10.4() Discordo parcialmente.
- 10.5() Discordo plenamente.

11. Na disciplina sobre Atenção Primária o estudante pode colocar em prática a teoria que ele aprende em outras disciplinas.

- 11.1() Concordo plenamente.
- 11.2() Concordo parcialmente.
- 11.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 11.4() Discordo parcialmente.
- 11.5() Discordo plenamente.

12. Os estudantes de medicina não valorizam a especialidade Medicina de Família e Comunidade.

- 12.1() Concordo plenamente.
- 12.2() Concordo parcialmente.
- 12.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 12.4() Discordo parcialmente.
- 12.5() Discordo plenamente.

13. É com o andamento do curso médico que o estudante aprende que a Medicina de Família e Comunidade é "base de tudo"... "até as especialidades tem a necessidade do Saúde da Família".

- 13.1() Concordo plenamente.
- 13.2() Concordo parcialmente.
- 13.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 13.4() Discordo parcialmente.
- 13.5() Discordo plenamente.

14. Na Atenção Primária o estudante tem oportunidade de atender melhor o paciente, pois pode acompanhá-lo durante um período longo de tempo.

- 14.1() Concordo plenamente.
- 14.2() Concordo parcialmente.
- 14.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 14.4() Discordo parcialmente.
- 14.5() Discordo plenamente.

15. É melhor que o estudante de medicina faça atividades na Atenção Primária o mais precocemente possível

- 15.1() Concordo plenamente.
- 15.2() Concordo parcialmente.
- 15.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 15.4() Discordo parcialmente.
- 15.5() Discordo plenamente.

16. É enriquecedor para a formação do estudante que ele realize atividade extra-curricular direcionada para a Atenção Primária.

- 16.1() Concordo plenamente.
- 16.2() Concordo parcialmente.
- 16.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 16.4() Discordo parcialmente.
- 16.5() Discordo plenamente.

17. O componente comunitário e o componente clínico devem estar aliados e equilibrados na disciplina que trata da Atenção Primária.

- 17.1() Concordo plenamente.
- 17.2() Concordo parcialmente.
- 17.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 17.4() Discordo parcialmente.
- 17.5() Discordo plenamente.

18. De um modo geral, a classe médica não valoriza a especialidade Medicina de Família e Comunidade.

- 18.1() Concordo plenamente.
- 18.2() Concordo parcialmente.
- 18.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 18.4() Discordo parcialmente.
- 18.5() Discordo plenamente.

19. A maioria dos médicos que trabalha em Equipe de Saúde da Família, atualmente, não tem a especialidade de Medicina de Família e Comunidade.

- 19.1() Concordo plenamente.
- 19.2() Concordo parcialmente.
- 19.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 19.4() Discordo parcialmente.
- 19.5() Discordo plenamente.

20. A especialização em Medicina de Família e Comunidade não é importante para a prática em Equipes de Saúde da Família.

- 20.1() Concordo plenamente.
- 20.2() Concordo parcialmente.
- 20.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 20.4() Discordo parcialmente.
- 20.5() Discordo plenamente.

21. A visão que a classe médica tem da Medicina de Família e Comunidade é que essa especialidade é mal remunerada.

- 21.1() Concordo plenamente.
- 22.2() Concordo parcialmente.
- 22.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 22.4() Discordo parcialmente.
- 22.5() Discordo plenamente.

23. O médico de família, de um modo geral, não é respeitado por outros médicos.

- 23.1() Concordo plenamente.
- 23.2() Concordo parcialmente.
- 23.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 23.4() Discordo parcialmente.
- 23.5() Discordo plenamente.

24. O médico de família, de um modo geral, não resolve nada.

- 24.1() Concordo plenamente.
- 24.2() Concordo parcialmente.
- 24.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 24.4() Discordo parcialmente.
- 24.5() Discordo plenamente.

25. O médico de família "só conhece as coisas superficialmente".

- 25.1() Concordo plenamente.
- 25.2() Concordo parcialmente.
- 25.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 25.4() Discordo parcialmente.
- 25.5() Discordo plenamente.

26. As atividades médicas da Medicina de Família e Comunidade não dão "glamour" e "status" ao médico.

- 26.1() Concordo plenamente.
- 26.2() Concordo parcialmente.
- 26.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 26.4() Discordo parcialmente.
- 26.5() Discordo plenamente.

27. O médico de família tem que ter uma maior dedicação profissional em comparação com médicos de outras especialidades.

- 27.1() Concordo plenamente.
- 27.2() Concordo parcialmente.
- 27.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 27.4() Discordo parcialmente.
- 27.5() Discordo plenamente.

28. O médico de família tem que resolver problemas complexos dos paciente, ou seja, problemas que envolvem questões biológicas, psicológicas e sociais.

- 28.1() Concordo plenamente.
- 28.2() Concordo parcialmente.
- 28.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 28.4() Discordo parcialmente.
- 28.5() Discordo plenamente.

29. Fazer atividades relacionadas à Atenção Primária em uma mesma Unidade de Saúde, durante a graduação, ajuda o estudante a compreender melhor os atributos da Atenção Primária.

- 29.1() Concordo plenamente.
- 29.2() Concordo parcialmente.
- 29.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 29.4() Discordo parcialmente.
- 29.5() Discordo plenamente.

30. As atividades realizadas durante a disciplina que trata de Atenção Primária possibilitam ao estudante a realização de pesquisa.

- 30.1() Concordo plenamente.
- 30.2() Concordo parcialmente.
- 30.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 30.4() Discordo parcialmente.
- 30.5() Discordo plenamente.

31. Os estudantes de medicina gostam mais do componente clínico do que do componente comunitário na disciplina sobre Atenção Primária.

- 31.1() Concordo plenamente.
- 31.2() Concordo parcialmente.
- 31.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 31.4() Discordo parcialmente.
- 31.5() Discordo plenamente.

32. Metodologia científica deveria ser uma disciplina do primeiro período do curso médico.

- 32.1() Concordo plenamente.
- 32.2() Concordo parcialmente.
- 32.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 32.4() Discordo parcialmente.
- 32.5() Discordo plenamente.

33. As metodologias ativas de ensino-aprendizagem formam um médico mais preparado para o mercado de trabalho.

- 33.1() Concordo plenamente.
- 33.2() Concordo parcialmente.
- 33.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 33.4() Discordo parcialmente.
- 33.5() Discordo plenamente.

34. É importante que o estudante tenha uma base de conhecimento teórico sobre Atenção Primária e Saúde da Família antes de realizar atividades sobre esse tema.

- 34.1() Concordo plenamente.
- 34.2() Concordo parcialmente.
- 34.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 34.4() Discordo parcialmente.
- 34.5() Discordo plenamente.

35. A falta de infra-estrutura da Unidade de Saúde que o(a) estudante faz atividades na Atenção Primária pode afastá-lo(a) da especialidade Medicina de Família e Comunidade.

- 35.1() Concordo plenamente.
- 35.2() Concordo parcialmente.
- 35.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 35.4() Discordo parcialmente.
- 35.5() Discordo plenamente.

36. Um bom tutor (professor) das atividades na Atenção Primária pode aproximar o(a) estudante da especialidade Medicina de Família e Comunidade.

- 36.1() Concordo plenamente.
- 36.2() Concordo parcialmente.
- 36.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 36.4() Discordo parcialmente.
- 36.5() Discordo plenamente.

37. O país precisa de mais médicos bem preparados nas Equipes de Saúde da Família.

- 37.1() Concordo plenamente.
- 37.2() Concordo parcialmente.
- 37.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 37.4() Discordo parcialmente.
- 37.5() Discordo plenamente.

38. O PROVAB, Programa de Valorização da Atenção Básica, que, entre outras vantagens, estabelece maior pontuação para provas de residência aos profissionais que atuam em Saúde da Família é uma estratégia que avalio como positiva.

- 38.1() Concordo plenamente.
- 38.2() Concordo parcialmente.
- 38.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 38.4() Discordo parcialmente.
- 38.5() Discordo plenamente.

39. Conhecer os objetivos da disciplina/módulo que trabalha as questões da Atenção Primária faz com que os estudantes gostem das atividades realizadas nessa área.

- 39.1() Concordo plenamente.
- 39.2() Concordo parcialmente.
- 39.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 39.4() Discordo parcialmente.
- 39.5() Discordo plenamente.

40. Unidades de Saúde da Família que estão distantes das residências dos estudantes não são os melhores locais para os estudantes realizarem as atividades de Atenção Primária.

- 40.1() Concordo plenamente.
- 40.2() Concordo parcialmente.
- 40.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 40.4() Discordo parcialmente.
- 40.5() Discordo plenamente.

41. Entender que a saúde de uma pessoa passa por questões biopsicossociais é importante para trabalhar com Atenção Primária.

- 41.1() Concordo plenamente.
- 41.2() Concordo parcialmente.
- 41.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 41.4() Discordo parcialmente.
- 41.5() Discordo plenamente.

42. A diferença entre a teoria e a prática afasta o estudante de medicina da Atenção Primária.

- 42.1() Concordo plenamente.
- 42.2() Concordo parcialmente.
- 42.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 42.4() Discordo parcialmente.
- 42.5() Discordo plenamente.

43. A carga horária teórica do curso médico atrapalha a dedicação do estudante para as atividades práticas.

- 43.1() Concordo plenamente.
- 43.2() Concordo parcialmente.
- 43.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 43.4() Discordo parcialmente.
- 43.5() Discordo plenamente.

44. A escola médica deve preparar o futuro médico para trabalhar no Sistema Único de Saúde, pois a maioria dos médicos também trabalha nele.

- 44.1() Concordo plenamente.
- 44.2() Concordo parcialmente.
- 44.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 44.4() Discordo parcialmente.
- 44.5() Discordo plenamente.

45. É importante para a formação médica generalista a existência do internato em Saúde da Família.

- 45.1() Concordo plenamente.
- 45.2() Concordo parcialmente.
- 45.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 45.4() Discordo parcialmente.
- 45.5() Discordo plenamente.

46. Um papel da Escola Médica pública é formar médicos generalistas.

- 46.1() Concordo plenamente.
- 46.2() Concordo parcialmente.
- 46.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 46.4() Discordo parcialmente.
- 46.5() Discordo plenamente.

47. A Escola Médica particular não tem necessariamente a obrigação de formar médicos generalistas.

- 47.1() Concordo plenamente.
- 47.2() Concordo parcialmente.
- 47.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 47.4() Discordo parcialmente.
- 47.5() Discordo plenamente.

48. Espera-se que os currículos das escolas médicas tenham um único padrão, um único modelo, a ser seguido.

- 48.1() Concordo plenamente.
- 48.2() Concordo parcialmente.
- 48.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 48.4() Discordo parcialmente.
- 48.5() Discordo plenamente.

49. Ao fazer muitas atividades para melhorar o seu currículo para as provas de residência médica, o estudante pode até atrapalhar a sua formação.

- 49.1() Concordo plenamente.
- 49.2() Concordo parcialmente.
- 49.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 49.4() Discordo parcialmente.
- 49.5() Discordo plenamente.

50. O médico de família tem sido muito requisitado no mercado de trabalho.

- 50.1() Concordo plenamente.
- 50.2() Concordo parcialmente.
- 50.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 50.4() Discordo parcialmente.
- 50.5() Discordo plenamente.

51. Algumas das áreas de atuação do médico de família são: assistência, docência e gestão.

- 51.1() Concordo plenamente.
- 51.2() Concordo parcialmente.
- 51.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 51.4() Discordo parcialmente.
- 51.5() Discordo plenamente.

52. O estudante de medicina pensa que pode ser uma alternativa trabalhar em Equipe de Saúde da Família até que ele seja aprovado em residência médica.

- 52.1() Concordo plenamente.
- 52.2() Concordo parcialmente.
- 52.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 52.4() Discordo parcialmente.
- 52.5() Discordo plenamente.

53. Para o recém-formado em medicina a Estratégia de Saúde da Família pode ser uma oportunidade de primeiro emprego.

- 53.1() Concordo plenamente.
- 53.2() Concordo parcialmente.
- 53.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 53.4() Discordo parcialmente.
- 53.5() Discordo plenamente.

54. A carga horária de trabalho em uma Equipe de Saúde da Família é um fator que afasta o estudante de medicina da escolha dessa atividade profissional quando formado.

- 54.1() Concordo plenamente.
- 54.2() Concordo parcialmente.
- 54.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 54.4() Discordo parcialmente.
- 54.5() Discordo plenamente.

55. Avalio como satisfatória a minha formação profissional em relação à Atenção Primária à Saúde.

- 55.1() Concordo plenamente.
- 55.2() Concordo parcialmente.
- 55.3() Não tenho opinião formada sobre o assunto.
- 55.4() Discordo parcialmente.
- 55.5() Discordo plenamente.

56. Entre as principais características de um bom tutor (professor) das atividades de Atenção Primária, assinale abaixo APENAS AS TRÊS MAIS IMPORTANTES, na sua opinião:

56.1() trabalhar em equipe

56.2() comprometimento com o que realiza

56.3() ter capacidade de integrar a disciplina de Atenção Primária com outras disciplinas

56.4() realizar avaliações/feedback com critério

56.5() conhecer a população que atende

56.6() possuir habilidade de comunicação

56.7() possuir habilidade clínica

56.8() possibilitar práticas aos estudantes

56.9() ter conhecimento teórico

56.10() ter envolvimento comunitário

56.11() ser médico(a)

ANEXOS

ANEXO A – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa referente ao artigo: “O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA”



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA
PARECER CONSUBSTANCIADO



Montes Claros, 17 de junho de 2011

Processo N.º 2717/11.

Título do Projeto: Formação Médica e Atenção Primária: percepções e perspectivas

Coordenador: Prof.º Dr. Antônio Prates Caldeira

Relatora: Prof.ª Ms. Simone de Melo Costa

Histórico

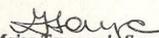
As Diretrizes Curriculares para o ensino de graduação em medicina ao definir o perfil acadêmico e profissional do egresso médico vem ao encontro das necessidades do Sistema Único de Saúde-SUS, a atenção integral da saúde e o trabalho em equipe. O trabalho tem como objetivo geral identificar as percepções e as expectativas dos estudantes e dos docentes das escolas médicas quanto aos aspectos capazes de aproximar os programas de formação às demandas da atenção primária à saúde. Trata-se de pesquisa quantitativa, transversal, a ser realizada nas três escolas médicas de Montes Claros, Norte de Minas Gerais. A coleta de dados envolverá duas etapas. Para a primeira fase de coleta serão realizados grupos focais, com estudantes do curso médico, por meio de um roteiro semi-estruturado com perguntas norteadoras. Esse roteiro conterá informações a respeito das percepções e as expectativas dos estudantes e dos docentes das escolas médicas quanto aos aspectos capazes de aproximar os programas de formação dessas escolas às demandas da atenção primária à saúde. A segunda fase envolverá entrevistas com estudantes e docentes do curso médico por meio de um questionário estruturado com respostas em escala do tipo Likert.

Mérito

O estudo poderá contribuir com conhecimentos e informações significativas para maior aproximação da formação médica às demandas da atenção primária à saúde.

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes analisou o processo 2717/11, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa.


Prof.ª Dr.ª Maisa Tavares de Souza Leite

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes

ANEXO B – Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa – Artigo: “EGRESSOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MINAS GERAIS”



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS:

COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO



Montes Claros, 13 de maio de 2010.

Processo N.º 1959

Título do Projeto: Residência em Saúde da Família: o Egresso do Hospital Universitário Clemente de Faria/ Universidade Estadual de Montes Claros e o Mercado de Trabalho

Equipe: Marília Borborema Rodrigues Cerqueira; Maria Patrícia da Silva; Zaida Ângela; Marinho Crispim; Élika Garibalde; Karla Verônica Alves de Moraes

Coordenadora: Fabrícia Vieira de Matos

Relatores: Cristian da Silva Porto

Máximo Alessandro Mendes Ottoni

Histórico

O HUCF/UNIMONTES oferece o curso de Residência em Saúde da Família há cerca de 10 anos e ainda não foi realizado nenhum diagnóstico do perfil profissional, bem como, da inserção no mercado de trabalho desses egressos. O Hospital Universitário Clemente de Faria ofertou o primeiro Curso de Especialização na Modalidade Residência em Saúde da Família, para médicos e enfermeiros, em 1999. Para as três primeiras turmas de residentes em 1999, 2000 e 2001, as bolsas dos residentes médicos foram viabilizadas com recursos próprios da UNIMONTES e as dos residentes enfermeiros com recursos do Município de Montes Claros - MG. A partir de 2002, o programa passou a contar com o apoio financeiro do Ministério da Saúde. Atualmente são oferecidas 48 vagas por ano entre as especialidades médico, enfermeiro e cirurgião dentista. Cada residente cumpre uma grade de 5.520 horas no período de dois anos de duração.

Mérito

O estudo em questão pretende verificar o perfil profissional e a inserção no mercado de trabalho dos egressos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Residência em Saúde da Família (RSF) do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF). Para tanto será utilizada metodologias qualitativas, quantitativas, descritiva e transversal. A abordagem qualitativa será realizada através de entrevista utilizando formulário semi-estruturado. Na abordagem quantitativa, a coleta de dados será realizada por meio de aplicação de questionário eletrônico estruturado. Nas duas abordagens, os alvos dessa atividade serão os egressos da Residência em Saúde da Família do HUCF de Montes Claros - MG.

Parecer

A presidência do Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo 1959, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa.

Prof.ª Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes

ANEXO C – Carta de aprovação do artigo “INTERAÇÃO COMUNITÁRIA E PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NO ENSINO MÉDICO” pela Revista Brasileira de Educação Médica.

Assunto: RBEM - Seu artigo foi avaliado

De: Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM (revista@educacaomedica.org.br)

Para: matosfabricia@yahoo.com.br;

Data: Segunda-feira, 20 de Maio de 2013 16:51



Uma Publicação da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM
Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM
ISSN (versão impressa) 0100-5502 - ISSN (versão online) 1981-5271

Prezado(a) Fabrícia Vieira de Matos,

seu artigo, **INTERAÇÃO COMUNITÁRIA E PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NO ENSINO MÉDICO**, acaba de ser **aprovado** pela Editoria da Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM.

Lembramos que deve ser encaminhado por correio regular (Av. Brasil, 4036 Sala 1006 - Manguinhos) ou fax (21) - 2260-6662 os seguintes documentos:

- 1- Declaração de autoria conforme modelo disponível no site. Cada autor deve assinar a declaração. Informação sobre o que cada autor realizou no trabalho.
- 2- Declaração sobre conflitos de interesse.
- 3- No caso de pesquisas que envolvem seres humanos nos termos da Resolução 196/96 do CNS, enviar cópia do comprovante de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP institucional antes do início da pesquisa

Atenciosamente,

Sergio Rego

Editor da Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM

Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM - ISSN - 0100-5502

Av. Brasil, 4036, sala 1006 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: (21)

2260-6161 e (21) 2573-0431 - FAX: (21) 2260-6662

revista@educacaomedica.org.br - © Todos os direitos reservados para a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM

Entidade Financiadora


Desenvolvido por ZANDA Multimeios da Informação

ANEXO D – Carta de aprovação do artigo “EGRESSOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MINAS GERAIS” pela Revista Brasileira de Educação Médica.

Assunto: RBEM - Seu artigo foi avaliado

De: Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM (revista@educacaomedica.org.br)

Para: matosfabricia@yahoo.com.br;

Data: Domingo, 19 de Janeiro de 2014 13:01



Uma Publicação da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM

Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM

ISSN (versão impressa) 0100-5502 - ISSN (versão online) 1981-5271

Prezado(a) Fabrícia Vieira de Matos,

seu artigo, **EGRESSOS DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM MINAS GERAIS**, acaba de ser **aprovado** pela Editoria da Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM.

Lembramos que deve ser encaminhado por correio regular (Av. Brasil, 4036 Sala 1006 - Manguinhos) ou fax (21) - 2260-6662 os seguintes documentos:

- 1- Declaração de autoria conforme modelo disponível no site. Cada autor deve assinar a declaração. Informação sobre o que cada autor realizou no trabalho.
- 2- Declaração sobre conflitos de interesse.
- 3- No caso de pesquisas que envolvem seres humanos nos termos da Resolução 196/96 do CNS, enviar cópia do comprovante de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP institucional antes do início da pesquisa

Atenciosamente,
Sergio Rego
Editor da Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM

Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM - ISSN - 0100-5502
Av. Brasil, 4036, sala 1006 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: (21) 2260-6161 e (21) 2573-0431 - FAX: (21) 2260-6662
revista@educacaomedica.org.br - © Todos os direitos reservados para a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM

Entidade Financiadora


Desenvolvido por ZANDA Multimídias da Informação

ANEXO E – Normas para publicação de trabalhos na Revista Brasileira de Educação Médica

As normas para publicação de trabalho na Revista Brasileira de Educação Médica estão no endereço eletrônico: <http://www.scielo.br/revistas/rbem/pinstruc.htm#002>

A **Revista Brasileira de Educação Médica** é a publicação oficial da **ABEM**, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol.

Submissão on line

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (<http://www.educacaomedica.org.br>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas.

Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado por dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da pertinência temática, observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais e avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 20 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 120 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação. Será realizada revisão ortográfica e gramatical dos resumos e títulos em língua inglesa, por revisor especializado.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).

- 1.1. Pesquisa** - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;
- 1.2. Ensaios** - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;
- 1.3. Revisão** - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.
- 2. Comunicações:** informes prévios de pesquisas em andamento - Extensão do texto de 1.700 palavras, máximo de 1 tabela e 5 referências.
- 3. Documentos:** documentos sobre política educacional (documentos oficiais de colegiados oficiais) – Limite máximo de 2.000 palavras.
- 4. Relato de experiência:** artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente – Limite máximo de 6.000 palavras.
- 5. Cartas ao Editor:** cartas contendo comentários sobre material publicado – Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.
- 6. Teses:** resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e key-words.
- 7. Resenha de livros:** poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior – Limite máximo de 1.200 palavras.
- 8. Editorial:** o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite – Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 80 caracteres, incluindo espaços - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 40 caracteres, incluindo espaços)
- Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo.
- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação.
- Resumo de no máximo 180 palavras em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo nesse idioma. - Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário **DECS** - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do **MESH** -

Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.

No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx¹ (p.32).

Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional

Exemplos:

Artigo de Periódico

Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico

Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2008]; 38-43. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro

Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias

Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos

Carmargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7.

Relatórios

Campos MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, deverão encaminhar, após a aprovação do artigo, a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.

Ética em Pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors <http://www.icmje.org/#conflicts>)

ANEXO F – Normas para publicação de trabalhos na *BMC Medical Education*

As normas para publicação de pesquisa na *BMC Medical Education* estão no endereço eletrônico: <https://www.biomedcentral.com/bmcmededuc/authors/instructions>

Preparing main manuscript text

General guidelines of the journal's style and language are given below.

Overview of manuscript sections for Research articles

Manuscripts for Research articles submitted to BMC Medical Education should be divided into the following sections (in this order):

Title page

Abstract

Keywords

Background

Methods

Results and discussion

Conclusions

List of abbreviations used (if any)

Competing interests

Authors' contributions

Authors' information

Acknowledgements

Endnotes

References

Illustrations and figures (if any)

Tables and captions

Preparing additional files

The Accession Numbers of any nucleic acid sequences, protein sequences or atomic coordinates cited in the manuscript should be provided, in square brackets and include the corresponding database name; for example, [EMBL:AB026295, EMBL:AC137000, DDBJ:AE000812, GenBank:U49845, PDB:1BFM, Swiss-Prot:Q96KQ7, PIR:S66116].

The databases for which we can provide direct links are: EMBL Nucleotide Sequence Database (EMBL), DNA Data Bank of Japan (DDBJ), GenBank at the NCBI (GenBank), Protein Data Bank (PDB), Protein Information Resource (PIR) and the Swiss-Prot Protein Database (Swiss-Prot).

For reporting standards please see the information in the About section.

Title page

The title page should: provide the title of the article list the full names, institutional addresses and email addresses for all authors indicate the corresponding author

Please note: the title should include the study design, for example "A versus B in the treatment of C: a randomized controlled trial X is a risk factor for Y: a case control study"

abbreviations within the title should be avoided if a collaboration group should be listed as an author, please list the Group name as an author. If you would like the names of the individual members of the Group to be searchable through their individual PubMed records, please include this information in the "acknowledgements" section in accordance with the instructions below. Please note that the individual names may not be included in the PubMed record at the time a published article is initially included in PubMed as it takes PubMed additional time to code this information.

Abstract

The Abstract of the manuscript should not exceed 350 words and must be structured into separate sections: Background, the context and purpose of the study; Methods, how the study was performed and statistical tests used; Results, the main findings; Conclusions, brief summary and potential implications. Please minimize the use of abbreviations and do not cite references in the abstract. Trial registration, if your research article reports the results of a controlled health care intervention, please list your trial registry, along with the unique identifying number (e.g. Trial registration: Current Controlled Trials ISRCTN73824458). Please note that there should be no space between the letters and numbers of your trial registration number. We recommend manuscripts that report randomized controlled trials follow the CONSORT extension for abstracts.

Keywords

Three to ten keywords representing the main content of the article.

Background

The Background section should be written in a way that is accessible to researchers without specialist knowledge in that area and must clearly state - and, if helpful, illustrate - the background to the research and its aims. Reports of clinical research should, where appropriate, include a summary of a search of the literature to indicate why this study was necessary and what it aimed to contribute to the field. The section should end with a brief statement of what is being reported in the article.

Methods

The methods section should include the design of the study, the setting, the type of participants or materials involved, a clear description of all interventions and comparisons, and the type of analysis used, including a power calculation if appropriate. Generic drug names should generally be used. When proprietary brands are used in research, include the brand names in parentheses in the Methods section.

For studies involving human participants a statement detailing ethical approval and consent should be included in the methods section. For further details of the journal's editorial policies and ethical guidelines see 'About this journal'.

For further details of the journal's data-release policy, see the policy section in 'About this journal'.

Results and discussion

The Results and discussion may be combined into a single section or presented separately. Results of statistical analysis should include, where appropriate, relative and absolute risks or risk reductions, and confidence intervals. The Results and discussion sections may also be broken into subsections with short, informative headings.

Conclusions

This should state clearly the main conclusions of the research and give a clear explanation of their importance and relevance. Summary illustrations may be included.

List of abbreviations

If abbreviations are used in the text they should be defined in the text at first use, and a list of abbreviations can be provided, which should precede the competing interests and authors' contributions.

Competing interests

A competing interest exists when your interpretation of data or presentation of information may be influenced by your personal or financial relationship with other people or organizations. Authors must disclose any financial competing interests; they should also reveal any non-financial competing interests that may cause them embarrassment were they to become public after the publication of the manuscript.

Authors are required to complete a declaration of competing interests. All competing interests that are declared will be listed at the end of published articles. Where an author gives no competing interests, the listing will read 'The author(s) declare that they have no competing interests'.

When completing your declaration, please consider the following questions:

Financial competing interests

In the past three years have you received reimbursements, fees, funding, or salary from an organization that may in any way gain or lose financially from the publication of this manuscript, either now or in the future? Is such an organization financing this manuscript (including the article-processing charge)? If so, please specify.

Do you hold any stocks or shares in an organization that may in any way gain or lose financially from the publication of this manuscript, either now or in the future? If so, please specify.

Do you hold or are you currently applying for any patents relating to the content of the manuscript? Have you received reimbursements, fees, funding, or salary from an organization that holds or has applied for patents relating to the content of the manuscript? If so, please specify.

Do you have any other financial competing interests? If so, please specify.

Non-financial competing interests

Are there any non-financial competing interests (political, personal, religious, ideological, academic, intellectual, commercial or any other) to declare in relation to this manuscript? If so, please specify.

If you are unsure as to whether you, or one your co-authors, has a competing interest please discuss it with the editorial office.

Authors' contributions

In order to give appropriate credit to each author of a paper, the individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section.

According to ICMJE guidelines, An 'author' is generally considered to be someone who has made substantive intellectual contributions to a published study. To qualify as an author one should 1) have made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) have been involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; 3) have given final approval of the version to be published; and 4) agree to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content. Acquisition of funding, collection of data, or general supervision of the research group, alone, does not justify authorship.

We suggest the following kind of format (please use initials to refer to each author's contribution): AB carried out the molecular genetic studies, participated in the sequence alignment and drafted the manuscript. JY carried out the immunoassays. MT participated in the sequence alignment. ES participated in the design of the study and performed the statistical analysis. FG conceived of the study, and participated in its design and coordination and helped to draft the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

All contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in an acknowledgements section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, writing assistance, a department chair who provided only general support, or those who contributed as part of a large collaboration group.

Authors' information

You may choose to use this section to include any relevant information about the author(s) that may aid the reader's interpretation of the article, and understand the standpoint of the author(s). This may include details about the authors' qualifications, current positions they hold at institutions or societies, or any other relevant background information. Please refer to authors using their initials. Note this section should not be used to describe any competing interests.

Acknowledgements

Please acknowledge anyone who contributed towards the article by making substantial contributions to conception, design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data, or who was involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content, but who does not meet the criteria for authorship. Please also include the source(s) of funding for each author, and for the manuscript preparation. Authors must describe the role of the funding body, if any, in design, in the collection, analysis, and interpretation of data; in the writing of the manuscript; and in the decision to submit the manuscript for publication. Please also acknowledge anyone who contributed materials essential for the study. If a language editor has made significant revision of the manuscript, we recommend that you acknowledge the editor by name, where possible.

The role of a scientific (medical) writer must be included in the acknowledgements section, including their source(s) of funding. We suggest wording such as 'We thank Jane Doe who provided medical writing services on behalf of XYZ Pharmaceuticals Ltd.'

If you would like the names of the individual members of a collaboration Group to be searchable through their individual PubMed records, please ensure that the title of the collaboration Group is included on the title page and in the submission system and also include collaborating author names as the last paragraph of the “acknowledgements” section. Please add authors in the format First Name, Middle initial(s) (optional), Last Name. You can add institution or country information for each author if you wish, but this should be consistent across all authors.

Please note that individual names may not be present in the PubMed record at the time a published article is initially included in PubMed as it takes PubMed additional time to code this information.

Authors should obtain permission to acknowledge from all those mentioned in the Acknowledgements section.

Endnotes

Endnotes should be designated within the text using a superscript lowercase letter and all notes (along with their corresponding letter) should be included in the Endnotes section. Please format this section in a paragraph rather than a list.

References

All references, including URLs, must be numbered consecutively, in square brackets, in the order in which they are cited in the text, followed by any in tables or legends. Each reference

must have an individual reference number. Please avoid excessive referencing. If automatic numbering systems are used, the reference numbers must be finalized and the bibliography must be fully formatted before submission.

Only articles, clinical trial registration records and abstracts that have been published or are in press, or are available through public e-print/preprint servers, may be cited; unpublished abstracts, unpublished data and personal communications should not be included in the reference list, but may be included in the text and referred to as "unpublished observations" or "personal communications" giving the names of the involved researchers. Obtaining permission to quote personal communications and unpublished data from the cited colleagues is the responsibility of the author. Footnotes are not allowed, but endnotes are permitted. Journal abbreviations follow Index Medicus/MEDLINE. Citations in the reference list should include all named authors, up to the first six before adding 'et al.'.

Any in press articles cited within the references and necessary for the reviewers' assessment of the manuscript should be made available if requested by the editorial office.

An Endnote style file is available.

Examples of the BMC Medical Education reference style are shown below. Please ensure that the reference style is followed precisely; if the references are not in the correct style they may have to be retyped and carefully proofread.

All web links and URLs, including links to the authors' own websites, should be given a reference number and included in the reference list rather than within the text of the manuscript. They should be provided in full, including both the title of the site and the URL, as well as the date the site was accessed, in the following format: The Mouse Tumor Biology Database. <http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>. Accessed 20 May 2013. If an author or group of authors can clearly be associated with a web link, such as for weblogs, then they should be included in the reference.

Authors may wish to make use of reference management software to ensure that reference lists are correctly formatted. An example of such software is Papers, which is part of Springer Science+Business Media.

Examples of the BMC Medical Education reference style

Article within a journal

Smith JJ. The world of science. *Am J Sci.* 1999;36:234-5.

Article within a journal (no page numbers)

Rohrmann S, Overvad K, Bueno-de-Mesquita HB, Jakobsen MU, Egeberg R, Tjønneland A, et al. Meat consumption and mortality - results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *BMC Medicine*. 2013;11:63.

Article within a journal by DOI

Slifka MK, Whitton JL. Clinical implications of dysregulated cytokine production. *Dig J Mol Med*. 2000; doi:10.1007/s801090000086.

Article within a journal supplement

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan. *Blood* 1979;59 Suppl 1:26-32.

Book chapter, or an article within a book

Wyllie AH, Kerr JFR, Currie AR. Cell death: the significance of apoptosis. In: Bourne GH, Danielli JF, Jeon KW, editors. *International review of cytology*. London: Academic; 1980. p. 251-306.

OnlineFirst chapter in a series (without a volume designation but with a DOI)

Saito Y, Hyuga H. Rate equation approaches to amplification of enantiomeric excess and chiral symmetry breaking. *Top Curr Chem*. 2007. doi:10.1007/128_2006_108.

Complete book, authored

Blenkinsopp A, Paxton P. *Symptoms in the pharmacy: a guide to the management of common illness*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science; 1998.

Online document

Doe J. Title of subordinate document. In: *The dictionary of substances and their effects*. Royal Society of Chemistry. 1999. [http://www.rsc.org/dose/title of subordinate document](http://www.rsc.org/dose/title%20of%20subordinate%20document). Accessed 15 Jan 1999.

Online database

Healthwise Knowledgebase. *US Pharmacopeia*, Rockville. 1998. <http://www.healthwise.org>. Accessed 21 Sept 1998.

Supplementary material/private homepage

Doe J. Title of supplementary material. 2000. <http://www.privatehomepage.com>. Accessed 22 Feb 2000.

University site

Doe, J: Title of preprint. <http://www.uni-heidelberg.de/mydata.html> (1999). Accessed 25 Dec 1999.

FTP site

Doe, J: Trivial HTTP, RFC2169. <ftp://ftp.isi.edu/in-notes/rfc2169.txt> (1999). Accessed 12 Nov 1999.

Organization site

ISSN International Centre: The ISSN register. <http://www.issn.org> (2006). Accessed 20 Feb 2007.

Dataset with persistent identifier

Zheng L-Y, Guo X-S, He B, Sun L-J, Peng Y, Dong S-S, et al. Genome data from sweet and grain sorghum (*Sorghum bicolor*). GigaScience Database. 2011. <http://dx.doi.org/10.5524/100012>.

Preparing illustrations and figures

Illustrations should be provided as separate files, not embedded in the text file. Each figure should include a single illustration and should fit on a single page in portrait format. If a figure consists of separate parts, it is important that a single composite illustration file be submitted which contains all parts of the figure. There is no charge for the use of color figures.

Please read our figure preparation guidelines for detailed instructions on maximising the quality of your figures.

Formats

The following file formats can be accepted:

PDF (preferred format for diagrams)

DOCX/DOC (single page only)

PPTX/PPT (single slide only)

EPS

PNG (preferred format for photos or images)

TIFF

JPEG

BMP

Figure legends

The legends should be included in the main manuscript text file at the end of the document, rather than being a part of the figure file. For each figure, the following information should be provided: Figure number (in sequence, using Arabic numerals - i.e. Figure 1, 2, 3 etc); short title of figure (maximum 15 words); detailed legend, up to 300 words.

Please note that it is the responsibility of the author(s) to obtain permission from the copyright holder to reproduce figures or tables that have previously been published elsewhere.

Preparing tables

Each table should be numbered and cited in sequence using Arabic numerals (i.e. Table 1, 2, 3 etc.). Tables should also have a title (above the table) that summarizes the whole table; it should be no longer than 15 words. Detailed legends may then follow, but they should be concise. Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.

Smaller tables considered to be integral to the manuscript can be pasted into the end of the document text file, in A4 portrait or landscape format. These will be typeset and displayed in the final published form of the article. Such tables should be formatted using the 'Table object' in a word processing program to ensure that columns of data are kept aligned when the file is sent electronically for review; this will not always be the case if columns are generated by simply using tabs to separate text. Columns and rows of data should be made visibly distinct by ensuring that the borders of each cell display as black lines. Commas should not be used to indicate numerical values. Color and shading may not be used; parts of the table can be highlighted using symbols or bold text, the meaning of which should be explained in a table legend. Tables should not be embedded as figures or spreadsheet files.

Larger datasets or tables too wide for a portrait page can be uploaded separately as additional files. Additional files will not be displayed in the final, laid-out PDF of the article, but a link will be provided to the files as supplied by the author.

Tabular data provided as additional files can be uploaded as an Excel spreadsheet (.xls) or comma separated values (.csv). As with all files, please use the standard file extensions.

Preparing additional files

Although BMC Medical Education does not restrict the length and quantity of data included in an article, we encourage authors to provide datasets, tables, movies, or other information as additional files.

Please note: All Additional files will be published along with the article. Do not include files such as patient consent forms, certificates of language editing, or revised versions of the main manuscript document with tracked changes. Such files should be sent by email to editorial@biomedcentral.com, quoting the Manuscript ID number.

Results that would otherwise be indicated as "data not shown" can and should be included as additional files. Since many weblinks and URLs rapidly become broken, BMC Medical Education requires that supporting data are included as additional files, or deposited in a recognized repository. Please do not link to data on a personal/departmental website. The maximum file size for additional files is 20 MB each, and files will be virus-scanned on submission.

Additional files can be in any format, and will be downloadable from the final published article as supplied by the author. We recommend CSV rather than PDF for tabular data.

Certain supported files formats are recognized and can be displayed to the user in the browser. These include most movie formats (for users with the Quicktime plugin), mini-websites prepared according to our guidelines, chemical structure files (MOL, PDB), geographic data files (KML).

If additional material is provided, please list the following information in a separate section of the manuscript text:

File name (e.g. Additional file 1)

File format including the correct file extension for example .pdf, .xls, .txt, .pptx (including name and a URL of an appropriate viewer if format is unusual)

Title of data

Description of data

Additional files should be named "Additional file 1" and so on and should be referenced explicitly by file name within the body of the article, e.g. 'An additional movie file shows this in more detail [see Additional file 1]'.

Additional file formats

Ideally, file formats for additional files should not be platform-specific, and should be viewable using free or widely available tools. The following are examples of suitable formats.

Additional documentation

PDF (Adode Acrobat)

Animations

SWF (Shockwave Flash)

Movies

MP4 (MPEG 4)

MOV (Quicktime)

Tabular data

XLS, XLSX (Excel Spreadsheet)

CSV (Comma separated values)

As with figure files, files should be given the standard file extensions.

Mini-websites

Small self-contained websites can be submitted as additional files, in such a way that they will be browsable from within the full text HTML version of the article. In order to do this, please follow these instructions:

Create a folder containing a starting file called index.html (or index.htm) in the root.

Put all files necessary for viewing the mini-website within the folder, or sub-folders.

Ensure that all links are relative (ie "images/picture.jpg" rather than "/images/picture.jpg" or "http://yourdomain.net/images/picture.jpg" or "C:\Documents and Settings\username\My Documents\mini-website\images\picture.jpg") and no link is longer than 255 characters.

Access the index.html file and browse around the mini-website, to ensure that the most commonly used browsers (Internet Explorer and Firefox) are able to view all parts of the mini-website without problems, it is ideal to check this on a different machine.

Compress the folder into a ZIP, check the file size is under 20 MB, ensure that index.html is in the root of the ZIP, and that the file has .zip extension, then submit as an additional file with your article.

Style and language

General

Currently, BMC Medical Education can only accept manuscripts written in English. Spelling should be US English or British English, but not a mixture.

There is no explicit limit on the length of articles submitted, but authors are encouraged to be concise.

BMC Medical Education will not edit submitted manuscripts for style or language; reviewers may advise rejection of a manuscript if it is compromised by grammatical errors. Authors are advised to write clearly and simply, and to have their article checked by colleagues before submission. In-house copyediting will be minimal. Non-native speakers of English may choose to make use of a copyediting service.

Language editing

For authors who wish to have the language in their manuscript edited by a native-English speaker with scientific expertise, BioMed Central recommends Edanz. BioMed Central has arranged a 10% discount to the fee charged to BioMed Central authors by Edanz. Use of an editing service is neither a requirement nor a guarantee of acceptance for publication. Please contact Edanz directly to make arrangements for editing, and for pricing and payment details.

Help and advice on scientific writing

The abstract is one of the most important parts of a manuscript. For guidance, please visit our page on Writing titles and abstracts for scientific articles.

Tim Albert has produced for BioMed Central a list of tips for writing a scientific manuscript. American Scientist also provides a list of resources for science writing. For more detailed guidance on preparing a manuscript and writing in English, please visit the BioMed Central author academy.

Abbreviations

Abbreviations should be used as sparingly as possible. They should be defined when first used and a list of abbreviations can be provided following the main manuscript text.

Typography

Please use double line spacing.

Type the text unjustified, without hyphenating words at line breaks.

Use hard returns only to end headings and paragraphs, not to rearrange lines.

Capitalize only the first word, and proper nouns, in the title.

All lines and pages should be numbered. Authors are asked to ensure that line numbering is included in the main text file of their manuscript at the time of submission to facilitate peer-review. Once a manuscript has been accepted, line numbering should be removed from the manuscript before publication. For authors submitting their manuscript in Microsoft Word please do not insert page breaks in your manuscript to ensure page numbering is consistent between your text file and the PDF generated from your submission and used in the review process.

Use the BMC Medical Education reference format.

Footnotes are not allowed, but endnotes are permitted.

Please do not format the text in multiple columns.

Greek and other special characters may be included. If you are unable to reproduce a particular special character, please type out the name of the symbol in full. Please ensure that all special characters used are embedded in the text, otherwise they will be lost during conversion to PDF.

Units

SI units should be used throughout (liter and molar are permitted, however).

ANEXO G – Folha de Defesa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



MESTRANDA: FABRÍCIA VIEIRA DE MATOS

TÍTULO DO TRABALHO: "Formação médica na Atenção Primária à Saúde: da experiência acadêmica ao mercado de trabalho".

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde, Avaliação de Programas e Serviços

BANCA (TITULARES)

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA ORIENTADOR/PRESIDENTE

PROFA. DRA. KIMBERLY MARIE JONES

PROFA. DRA SIMONE DE MELO COSTA

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO

ASSINATURAS

Antonio Prates Caldeira
Kimberly Marie Jones
Simone de Melo Costa
João Felício Rodrigues Neto

BANCA (SUPLENTES)

PROFA. DRA. APARECIDA ROSÂNGELA SILVEIRA

PROF. DR. CRISTINA ANDRADE SAMPAIO

ASSINATURAS

APROVADA

REPROVADA

Hospital Universitário Clemente Farias – HUCF

<http://www.unimontes.br> / ppgcs@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-001