

Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais

Medicine Students in Primary Health Care Services: As Perceived by Health Professionals

Érika Soares Caldeira¹
Maisa Tavares de Souza Leite¹
João Felício Rodrigues-Neto¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica.
- Saúde da Família.
- Saúde Pública.
- Pesquisa Qualitativa.

KEYWORDS

- Medical Education.
- Family Health.
- Public Health.
- Qualitative Research.

RESUMO

Este artigo objetivou compreender a percepção dos profissionais de Equipes de Saúde da Família (ESF) sobre a inserção do estudante de Medicina neste cenário. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (24/10/08, nº 1.240/08). Participaram profissionais da ESF de Montes Claros, Norte de Minas Gerais. Na coleta dos dados foram realizados três grupos focais. O instrumental metodológico utilizado foi a análise do discurso. Foram construídas três categorias: integração ensino-serviço-comunidade, funcionamento do serviço e formação médica. Os profissionais percebem a necessidade do trabalho interdisciplinar e orientado na comunidade, mas com a visão de serviço de saúde centrado no médico. Verificou-se que, por meio de maior integração dos estudantes com a equipe e com a comunidade, pode-se obter um serviço mais efetivo e de qualidade, aumento da satisfação dos profissionais e diferencial positivo na formação dos estudantes. Para que esta integração ocorra, é importante construir a imagem do médico/estudante de Medicina como integrante da equipe de saúde. A inserção dos estudantes no serviço pode facilitar este processo.

ABSTRACT

The aim of this article was to understand the perception of family health team workers regarding the placement of student doctors in their work setting. This qualitative, descriptive and exploratory study was approved by the Research Ethics Committee of Montes Claros State University (24/10/08, # 1.240/08). The study was developed with family health workers from Montes Claros, northern Minas Gerais. Three focus groups were held for the data collection. The methodology used was discourse analysis. Three categories were created: service-learning-community integration, service functioning and medical training. The professionals perceived the need for interdisciplinary, community-focused work, but maintaining physician-centred health services. It was found that greater student integration with the health team and the community led to a more effective and higher quality service, greater job satisfaction and a positive edge in student training. In order to ensure such integration, it is important to build an image of the student doctor as a member of the health team. Inserting students in the service can facilitate that process.

Recebido em: 13/08/2010

Reencaminhado em: 19/10/2010

Reencaminhado em: 04/04/2011

Aprovado em: 28/07/2011

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde bem como a educação médica e o desenvolvimento de pesquisas em saúde parecem acompanhar as transformações da sociedade e as necessidades de saúde da população¹. A revolução científica, a industrialização e a expansão das populações urbanas no final do século XIX contribuíram para a insatisfação com a atenção médica. O Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos (EUA), foi uma tentativa de ajustar a formação médica às necessidades dos serviços de saúde da época. Esse documento influenciou o ensino e a prática médica nos EUA e no mundo até os dias de hoje^{2,3}.

Apesar dos inegáveis avanços para a formação médica do desenvolvimento científico e técnico, a visão positivista/mecanicista distanciou o médico do paciente, dificultando a compreensão da pessoa como um todo e impossibilitando o diagnóstico de muitos problemas passíveis de serem cuidados pelos profissionais da saúde¹. Há necessidade de deslocar o enfoque hospitalar para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e valorizar a prevenção de doenças, a promoção à saúde e o trabalho interdisciplinar. Concomitantemente, estas necessidades levaram as escolas médicas a adequar o projeto pedagógico neste sentido^{4,5}.

A APS no Brasil está organizada como Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que a coloca como cenário da APS na formação médica^{6,7}. O Projeto Cinaem, da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), diagnosticou problemas no processo de formação médica na década de 1990. Para resolver estes e outros problemas, foram incorporadas novas metodologias de ensino, como a *Problem Based Learning* (PBL) ou Aprendizagem Baseada em Problemas, que começou a ser implantada no Brasil em 1997. Mais recentemente, as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) impulsionaram mudanças no ensino médico brasileiro^{8,9}.

Algumas escolas médicas brasileiras já apresentam mudanças curriculares no sentido de promover o desenvolvimento de profissionais capazes de atuar integralmente na vigilância à saúde e mais familiarizados com os principais problemas de saúde. Estas mudanças referem-se ao emprego de metodologias ativas, centradas no estudante e baseadas nas necessidades de saúde da população, com a inserção dos estudantes em Equipes de Saúde da Família (ESF) desde o início do curso e por maior período. Dentre as escolas médicas que já modificaram o currículo encontra-se a Universidade Esta-

dual de Montes Claros (Unimontes), instituição em que esta pesquisa foi desenvolvida. Nela, os estudantes são inseridos desde o primeiro período nas ESF, durante quatro horas semanais, permanecendo no mesmo cenário até o sétimo período. Retornam à ESF no 12º período, durante seis turnos semanais de quatro horas por três meses¹⁰⁻¹².

Pressupõe-se que a inserção de estudantes do curso médico nas Equipes de Saúde da Família (ESF) possa melhorar a qualidade da assistência à saúde das pessoas do território onde estão inseridas, principalmente com a atuação conjunta e integrada de profissionais de saúde e estudantes na equipe^{5,13}.

Diante das necessidades da população, das diretrizes curriculares nacionais e de movimentos de mudança na formação médica, como o Promed, o Pró-Saúde e o PET-Saúde, para reorganização curricular com a inserção dos estudantes no cenário da APS e as mudanças ocorridas em cursos médicos brasileiros, torna-se importante avaliar a influência dos estudantes nos serviços da APS na ótica dos atores envolvidos. Neste sentido, optou-se por verificar a percepção dos profissionais de ESF sobre a inserção dos estudantes de Medicina nestes serviços em Montes Claros, identificando vantagens e desvantagens da presença desses estudantes no cenário da APS para a população, para o serviço de saúde e para a formação médica.

MÉTODOS

Optou-se pela abordagem qualitativa como aquela capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, as relações e as estruturas sociais, preocupando-se com a realidade que não pode ser quantificada, trabalhando um universo de significados, aspirações, sentimentos, crenças e valores¹⁴. Este delineamento visou captar a percepção dos atores sociais que vivenciam o contexto dos estudantes de Medicina.

A pesquisa foi realizada segundo as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unimontes, em 24/10/08, nº 1.240/08.

Após a aplicação do teste piloto, realizado com profissionais pertencentes a três diferentes ESF, também de Montes Claros, os dados foram coletados.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde – ACS) que trabalharam em ESF de Montes Claros em 2008 por no mínimo seis meses. Foram selecionadas duas ESF para a realização de dois grupos focais, que atuam em uma mesma Unidade de Saúde. Estas

foram escolhidas porque são polo da Residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC)/Residência Multiprofissional em Saúde da Família e receberam estudantes de Medicina do primeiro ao último período desde sua implantação (quatro anos). No primeiro e no segundo grupo, realizado com as ESF selecionadas, os dados se apresentaram semelhantes, demonstrando a saturação dos dados¹⁴. Optou-se, então, por realizar um terceiro grupo, apenas com médicos que atuam na região que engloba as ESF citadas, em um dia de reunião educacional, para ampliar a compreensão do fenômeno observado. Os grupos ocorreram em dezembro de 2008.

As entrevistas foram realizadas mediante a técnica do grupo focal, utilizando as seguintes perguntas norteadoras: (a) Como é a sua rotina de trabalho?; (b) Você notou diferença nesta rotina com a presença de estudantes de Medicina? Quais são estas diferenças?; (c) Como você percebe a qualidade dos serviços de atenção primária com a inserção de estudantes de Medicina?; (d) Você acha que os profissionais de saúde se comportam de maneira diferente nos locais onde há estudantes? Como?; (e) Como você acha que deve ser a formação dos estudantes de Medicina? Onde eles devem ser treinados? As discussões foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

O instrumental metodológico utilizado foi a análise do conteúdo segundo Bardin¹⁴. Foi realizada a leitura flutuante para a pré-análise do texto, a codificação dos dados a partir das unidades de registro e a classificação dos elementos com suas semelhanças e diferenças¹⁴⁻¹⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizados três grupos focais. O primeiro grupo foi composto por uma médica (especialista em MFC; mestre em Cuidado Primário em Saúde e professora do curso médico da Unimontes); uma enfermeira e um cirurgião-dentista (residentes de Saúde da Família); uma técnica em enfermagem e seis ACS. O segundo grupo foi composto por uma enfermeira (residente de Saúde da Família); uma técnica em enfermagem e cinco ACS. A idade dos profissionais variou entre 22 e 58 anos (mediana = 32,3 anos). Os técnicos em enfermagem e ACS completaram o ensino médio e um ACS frequenta curso superior de História. O terceiro grupo foi composto por seis médicos inseridos em diferentes ESF de Montes Claros, com idades entre 28 e 48 anos (mediana = 31,3 anos), com residência em MFC concluída ou em andamento, sendo que uma das médicas possui especialidade em otorrinolaringologia além de MFC.

Após a análise do conteúdo, emergiram três categorias empíricas, com as respectivas subcategorias descritas a seguir.

O Processo de Integração Ensino-serviço-comunidade

Os profissionais entrevistados falaram sobre o trabalho em equipe, a interação da equipe com os estudantes e a ligação destes atores com a comunidade. Pelos relatos colhidos, percebe-se que é preciso aprimorar as relações entre os profissionais da equipe de saúde e destes com os estudantes. Nota-se que a participação da comunidade é importante tanto para a melhoria do serviço como para a formação profissional. Algumas experiências relatadas evidenciam caminhos para melhorar essa interação. Quando os objetivos educacionais e o serviço estão integrados às necessidades da comunidade, todos são beneficiados.

Trabalho em Equipe

A presença do estudante começa a criar um ambiente de intercâmbio de saberes e práticas entre os profissionais da equipe. E o reconhecimento e o respeito dos estudantes (que representam a escola médica) se mostraram muito importantes para a autoestima dos profissionais e aumentam a satisfação com o trabalho.

[...] (os estudantes) fizeram essa pesquisa e reuniram os agentes (ACS) para mostrarem o que foi feito, então foi um retorno pra gente, o trabalho deles. Grupo Focal 3 (GF 3)

Eu expliquei tudo na minha microárea [...] eles ficaram interessados porque acho que eles tinham isso [...] lá na escola. Grupo Focal 2 (GF 2)

É interessante notar como os ACS se sentem valorizados pela possibilidade de contribuírem com a aprendizagem dos estudantes. Este papel adicional pode colaborar para a percepção de prestígio social frente aos demais membros da comunidade¹⁷ e fortalecer a atuação do ACS mediante a legitimação de sua bagagem cultural¹⁸. A participação/contribuição de todos os profissionais da equipe para a formação se relaciona à valorização destes profissionais, por aumentar a confiança neles mesmos (de acordo com os princípios da democracia)¹⁹ e por dar visibilidade também aos profissionais não médicos.

A fala dos trabalhadores revela que, embora reconheçam a necessidade do trabalho interdisciplinar, suas atuações ocorrem no âmbito individual, e a falta de integração com os estudantes é apenas outra face da fragmentação do cuidado. De fato, os entrevistados quase não mencionam os outros profissionais quando contam sobre sua rotina de trabalho. A falta de integração também é visível em relatos nos quais se percebe que a presença do estudante inibe a comunicação entre os membros da equipe, como este:

Eu acho que a gente fica mais tímida quando reúne todo mundo (estudantes com preceptor) pra gente entrar e conversar. Grupo Focal 1 (GF 1)

Estas questões, discutidas pelos profissionais como relevantes para o trabalho em equipe, encontram subsídios em vários estudos²⁰⁻²⁶. Como nenhum profissional detém todas as ferramentas para atender aos problemas de saúde, para um efetivo trabalho em equipe deve haver interdisciplinaridade. Esta pode ser entendida como ações integradas e com um objetivo comum entre profissionais com formações de diferentes áreas. Ela é possível pelo reconhecimento das especificidades de cada área profissional, atingido com diálogo contínuo, buscando superar a fragmentação do conhecimento e, consequentemente, dos serviços^{20,21}. A cogestão e corresponsabilização do trabalho por todos responde melhor às necessidades dos usuários, com maior resolubilidade do serviço e satisfação dos profissionais^{22,23}. Castanheira *et al.*²⁴ verificaram que a maior parte dos médicos não participa das reuniões de planejamento das equipes. Sendo assim, o distanciamento entre os estudantes e a equipe poderia também ser um reflexo da falta de integração do próprio médico.

Como foi observado neste estudo, existem barreiras para a interdisciplinaridade²³. Dentre elas, foram descritas a formação profissional tecnicista e biologicista, voltada ao trabalho individual; práticas individualistas; desconhecimento do trabalho dos outros profissionais; falta de autopercepção de grupo; diferenças entre expectativas, valores e linguagem dos profissionais e da população²⁵; disputa de mercado pelos profissionais; e “centralidade na produção de procedimentos em vez da produção de cuidados reforçando a organização do trabalho em etapas, em que cada profissional faz a ‘sua parte’, gerando alienação da finalidade do trabalho”^{26,216}.

O grande número de estudantes e a alta rotatividade fazem com que eles sejam percebidos como passageiros pelos profissionais e dificultam a comunicação e o estabelecimento de relações de confiança entre eles. Suas atividades no serviço, muitas vezes, não estão articuladas com a programação da equipe. Isso é percebido nos exemplos a seguir e denota a falta de entendimento dos professores/escola médica sobre a importância da interação ensino-serviço e do trabalho em equipe.

O fluxo é muito grande dos estudantes [...]. GF 1
Quando os estudantes pedem para nós, [...] formulário, prontuário dos pacientes, nós nos sentimos inseguros porque eles não têm nenhuma identificação [...]. GF 1

O professor poderia apresentá-los para todo mundo, marcar os dias em que eles virão [...]. GF 1

Para que a interdisciplinaridade se concretize, é fundamental haver confiança. De fato, observa-se neste estudo que a integração começa a ocorrer apenas quando a insegurança em relação aos estudantes é dissipada. E sabe-se que a confiança é estabelecida por uma dimensão cognitiva e pela dimensão emocional. Por meio da cognição faz-se o julgamento racional, com base nas informações disponíveis sobre os indivíduos, as quais incluem experiências anteriores, informações a respeito do observado, identificação de valores e a percepção por parte do profissional de que as demais pessoas também consideram o observado confiável. E as emoções e os sentimentos também influem diretamente na construção da confiança, contribuindo para a base da dimensão cognitiva²⁷.

Na escola médica, os estudantes não são preparados para trabalhar em equipe e não conseguem se integrar a ela. Embora o currículo objetive a formação de um profissional capaz de agir de acordo com o modelo biopsicossocial, o estudante não está cognitivamente preparado para entender seu papel na ESF. Atitudes de desrespeito dos estudantes para com os trabalhadores da equipe e pacientes acabam por segregar o ambiente de serviço e do ensino. Tais atitudes dos estudantes parecem refletir uma ideologia vigente de supremacia da profissão médica ainda presente nos sujeitos responsáveis pela formação e percebida pelos demais profissionais de saúde.

[...] eles vêm muito viciados [...] eles não sabem realmente o nome dos profissionais que trabalham aqui e eles não querem saber, eles querem atender. GF 1

Os estudantes espelham-se em seus professores tanto durante o curso como após o período de formação²⁸. O ponto preocupante é que grande parte dos docentes não foi formada para ensinar. Isto os leva a uma prática educativa proveniente do empirismo e da formação recebida durante o período em que eram estudantes, quando o modelo biomédico ditava a fragmentação do cuidado. Os estudantes podem ser influenciados pelo exemplo de seus professores e reproduzir o modelo hierarquizado e individualista disseminado pelo paradigma flexneriano, perpetuando, desta forma, a falta de integração com a equipe^{8,28}.

Integração dos Estudantes com a Comunidade

A presença do estudante pode auxiliar ou dificultar a interação da comunidade com o serviço. Como fatores que facilitam a integração, os profissionais percebem uma grande dedicação dos estudantes ao serviço. A qualidade do atendimento dos estudantes fortalece esta integração e é evidenciada pela satisfação dos usuários.

[...] o pessoal gosta muito de alguns acadêmicos, [...] eles adoraram, gostaram mesmo do atendimento. GF 1.

Quando a pessoa está aprendendo, ela tem mais [...] empenho em realizar as coisas [...]. GF 2

[...] iam ver se o paciente melhorou, iam atrás para fazer as visitas sozinhas. GF 1

O atendimento de qualidade dos estudantes, avaliados pela satisfação dos usuários, possibilita o retorno destes ao serviço e melhora a integração¹⁸. E as visitas domiciliares, presentes na rotina dos estudantes e relatadas pelos profissionais, são também uma oportunidade para a aproximação entre a equipe de saúde e a comunidade^{25,29}.

Dificuldades para integrar a comunidade ao sistema ensino-serviço, entretanto, também são percebidas. Os profissionais observam resistência dos usuários em ser atendidos por estudantes quando a supervisão do médico não ocorre ou não é clara. A insegurança aparece mais quando se trata de algum procedimento incômodo ou possivelmente constrangedor. Na percepção do profissional, o paciente torna-se apenas um objeto de estudo, o que revela o entendimento do ensino médico centrado nas doenças e baseado no ensino laboratorial. A credibilidade dos estudantes e profissionais foi também relacionada a uma postura mais madura e aparência de maior experiência. O estudante não se reporta ao médico especializado e capaz, de acordo com o paradigma flexneriano. Isto demonstra a valorização da especialização arraigada no subconsciente coletivo.

[...] os pacientes, às vezes, “e quem é esse?” “Quem é que vai me atender?” “Cadê a médica?” [...] Eles ficam assim com receio. GF 1.

“[...] eles acham que não melhoraram porque não foram atendidos pelo médico, sendo que a conduta foi do médico, não é?”

[...] eu acho que eles querem experiência [...]. GF 3.

Trajman *et al.*³⁰ observaram que, na opinião dos profissionais, um ponto negativo da inserção dos estudantes no serviço é o constrangimento do usuário. Pode-se analisar nestes textos que, como confirma Castanheira²⁴, a capacidade de comunicação do profissional com o usuário se relaciona com a sensação de segurança deste em relação ao serviço, e a empatia com os profissionais foi reconhecida como um dos fatores importantes para a acessibilidade³¹.

Ao abordarem problemas de saúde mais amplos, os estudantes pressionam por mudança do serviço, ainda na transição de paradigmas, levando os profissionais a refletirem, como pode ser visto a seguir:

[...] quando o acadêmico faz o estudo da família, ele propõe que tal intervenção possa ajudar na família. Nós tivemos um exemplo aqui em que a paciente pedia que alguém fizesse com que o marido dela viesse aqui para nós intervirmos [...]. Ela achou [...] que falar sobre seus problemas pessoais, íntimos, que ela nunca falou para ninguém e ela teve a oportunidade de falar para os acadêmicos que estavam estudando toda a trama familiar dela. Então, isso gerou um desconforto na paciente e até em nós também [...]. GF 1

A formação dos profissionais de saúde fragmentada, tecnicista e centrada na doença não tem atendido a população brasileira e é um empecilho para a consolidação do SUS. Para a adequação dos trabalhadores, é preciso passar a enxergar saúde como um produto social e não como ausência de doenças¹⁰. Apesar desta realidade, observa-se também que as atividades desenvolvidas pelos estudantes norteadas pelo modelo biopsicossocial modificam a atuação profissional. Como descrito por Franco^{32,37}, a “ação produtiva é duplamente transformadora, onde ao mesmo tempo em que o trabalhador produz os atos de cuidado, mudando a realidade, produz a si mesmo como sujeito.”

Funcionamento do Serviço

A partir dos relatos dos entrevistados, é possível refletir que o funcionamento do serviço melhora em qualidade na medida em que a presença do estudante pressiona os profissionais à prática reflexiva, reorientando o serviço e aumentando a acessibilidade com a diversificação das atividades e horários de atendimento. Estas questões podem ser percebidas nos seguintes depoimentos:

[...] acabamos tendo que ver o porquê que você fez aquilo e não aquela coisa automática [...]. GF 3

[...] atendimento fora do horário, [...] tem uma opção a mais de horário de atendimento para a população. GF 3

A presença do estudante de Medicina pode ser um fator propulsor da prática reflexiva dos profissionais – entendida como a habilidade de refletir criticamente sobre seu próprio raciocínio e decisões. Isto porque motiva o profissional a “executar” bem suas atividades e suscita dúvidas, fazendo com que ele reveja seus conhecimentos, estude e “pense alto”. Estas ações diminuem o automatismo da prática e impulsionam o raciocínio analítico e a capacitação permanente. Conseqüentemente, há diminuição dos erros de origem cognitiva (como solicitação desnecessária de exames complementares, prescrição abusiva de medicamentos, falha em diagnosticar doenças graves em pacientes com transtornos ansiosos, etc.)^{33,34} e melhoria do cuidado prestado.

Para Starfield³⁵, um serviço é acessível quando diversos fatores contribuem para a entrada dos usuários em sua rede. A acessibilidade está relacionada às características de oferta de consultas – como foi observado pelos sujeitos deste estudo – e também a outras questões, como os meios físicos de chegada ao local de atendimento, tempo de espera e vínculo com os profissionais.

Os profissionais observam, por vezes, dificuldades no desenvolvimento de seu trabalho com a presença dos acadêmicos. A resolubilidade diminui quando não há continuidade das ações. Estas dificuldades podem ser eliminadas, segundo os profissionais, se houver organização e coordenação. Isto demonstra o entendimento da importância da longitudinalidade no serviço pelo profissional.

[...] eles vão lá [...] não resolvem nada, só fazem o que eles tinham que fazer pro estágio, vão embora e a família fica do mesmo jeito. GF 1

[...] coisas repetitivas demais e que acabam afastando o usuário [...] tem que organizar. GF 2

Em algumas experiências internacionais, observou-se que o ensino no cenário ambulatorial diminui, realmente, a produtividade do preceptor^{36,37}. Há um aumento do trabalho dos profissionais tanto na quantidade como qualitativamente, uma vez que a supervisão ou orientação de estudantes demanda maior atenção³⁸. Estudos brasileiros^{10,30} mostraram falta de tempo para os profissionais darem atenção aos estudantes. Por outro lado, outras experiências mostraram que, com a organização do serviço e preparo prévio dos estudantes para desempenhar tarefas que contribuam para a formação e agreguem valor à equipe de saúde, não há prejuízos para a produtividade do serviço^{13,39}.

A orientação na comunidade é um atributo da APS fundamental para a produção efetiva do cuidado, o que significa que o serviço deve estar sempre voltado às necessidades dos usuários. Assim, as atividades desenvolvidas na APS também estarão voltadas às necessidades da formação profissional^{2,13,35}.

A produtividade parece ser o ponto central na visão dos profissionais, como pode ser notado nos dois exemplos seguintes, em que a aparente contradição deixa transparecer a preferência dos profissionais pelo atendimento do médico, que reporta à experiência e traz segurança, em relação ao atendimento do estudante.

[...] diminui a produção [...] (do preceptor). GF 1

O que eu pude perceber é [...] que está nos ajudando: está dando conta da demanda, aumentando a quantidade de consultas. GF 1

De acordo com Oliveira *et al.*²⁵, na lógica de produção dos serviços, os procedimentos são fragmentados, baseados fundamentalmente na cura, e os atos em saúde são mecanizados com a tecnificação da assistência. Este é o modelo centrado no médico, que não pode resolver grande parte das demandas da população, cuja complexidade, muitas vezes, não permite a cura, mas, sim, o cuidado. Embora o PSF seja uma estratégia para alcançar o cuidado integral dos usuários, associando ações de prevenção e promoção, atribui-se muita importância ao trabalho clínico dos médicos¹⁷, como visto nos resultados deste estudo.

Formação Médica

A partir das entrevistas a seguir, pode-se analisar que os profissionais entendem a importância da diversificação de cenários com ênfase na APS para a formação médica integral e para a conversão do modelo de atenção à saúde. Os profissionais notam o desenvolvimento de habilidades clínicas, habilidades empáticas e habilidades para o trabalho em equipe nos estudantes.

... (Na APS) o acadêmico de Medicina [...] vê vários tipos de problemas [...] porque aqui engloba muitas coisas [...] patologias, várias situações de risco [...] aprendendo de uma forma mais geral [...] quando ele chegar naquela coisa mais específica de um atendimento mais especializado, eu acho que ele vai ter mais facilidade... GF 2

... já levei uma vez um estudante que ficou com os olhos cheios d'água, ele diz que não imaginava que em Montes Claros havia uma casa desse jeito [...] hoje é o que trata melhor, ele chega aqui [...] cumprimenta todo mundo e eu acho que ele era o que tinha o nariz mais assim "impezim" (sic) [...] eu vejo que ele mudou muito na hora que caiu a ficha dele, na hora em que eu levei na casa de X, que ele viu a realidade bem próxima dele. GF 2

Segundo as diretrizes curriculares brasileiras para o ensino médico, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde devem nortear a formação dos profissionais médicos⁶. A APS é um cenário rico para o desenvolvimento de diversas habilidades clínicas, pois é a porta de entrada para o serviço de saúde. É, portanto, o local onde os estudantes poderão entrar em contato com os mais variados e frequentes problemas de saúde da população^{30,40}.

Por meio da experiência numa equipe multiprofissional, os profissionais podem ser capacitados para a mudança do modelo assistencial. As práticas profissionais estabelecidas pelo modelo flexneriano demonstram falta de compreensão e ação sobre os determinantes do processo saúde-doença. O

efetivo trabalho em equipe com a união dos saberes possibilita esse entendimento global²⁰.

Os estudantes de Medicina podem se beneficiar do treinamento de longo tempo com o intuito consciente de desenvolver habilidades empáticas. E a APS é o cenário ideal para desenvolver tais habilidades, uma vez que os estudantes podem acompanhar os mesmos pacientes e suas famílias ao longo do curso e recuperar o nível teórico e prático da empatia, que, muitas vezes, fica perdido nos cenários de atenção secundária e terciária^{41,42}. Além disso, a interação com a comunidade possibilita ampliar a compreensão do processo saúde-doença e desenvolver as relações interpessoais, favorecendo a humanização da atenção⁴³.

Pode-se sintetizar que os profissionais acreditam que o conhecimento da realidade do médico de família e comunidade e o reconhecimento da complexidade deste campo de trabalho possibilitam que o estudante se interesse por esta especialização, necessária à consolidação do SUS.

[...] tem uns que nem sabem, eles nem pensam, pensam em ser médicos de hospital e talvez possam entrar de início na Saúde da Família. GF 1

[...] eles irem lá e ver a realidade, porque todo mundo fala que ser médico da família é muito fácil [...]. GF 3

De fato, em recente artigo de revisão⁴⁴, foram encontradas como hipóteses para o desinteresse pela especialização em MFC a pouca vivência em APS durante a graduação, pouco prestígio e a ideia equivocada de que a especialidade é fácil demais, dentre outros fatores. Gonçalves *et al.*⁴⁵ reforçam o pressuposto de que a carência de contato com a APS e a visão distorcida da MFC adquiridas ao longo da formação, pela impregnação do paradigma flexneriano, se correlacionam com a falta de interesse por esta especialidade. A inserção do estudante nas ESF desde o início do curso poderia favorecer a reversão deste quadro.

Ainda assim, os entrevistados percebem limitações destes desfechos positivos. A prática da equipe de saúde não está totalmente de acordo com o paradigma da produção social da saúde. E os problemas complexos com os quais o estudante se depara na APS ficam, por vezes, sem solução. Isto leva a uma desmotivação do estudante, que acaba por valorizar mais as ações curativas e de reabilitação, presentes também nos outros cenários de prática.

[...] tem uns acadêmicos aqui que não dão para ser médicos não. GF 1

Então assim os estudantes de Medicina têm uma resistência muito grande a fazer grupos, a fazer visita [...] eles querem estudar o caso clínico. GF 1

Os profissionais das ESF, além de capacidade técnica, precisam trabalhar com criatividade e iniciativa. Por isso, os centros formadores necessitam contemplar estas especificidades para que os médicos estejam preparados para atuar neste cenário¹⁷. No entanto, apesar das mudanças curriculares já estabelecidas, percebe-se que os estudantes têm dificuldade em entender o SUS e o seu papel neste sistema^{46,47}.

CONCLUSÃO

Podem-se compreender benefícios e dificuldades da inserção dos estudantes nas ESF e como esta inserção contribui para a formação médica e, conseqüentemente, para a consolidação dos serviços de saúde. Embora estudantes de outras áreas da saúde estejam presentes nas ESF desta pesquisa, observa-se que os trabalhadores conseguem distinguir de qual curso cada um faz parte.

Considerando-se que o estudo foi realizado com profissionais com o perfil almejado para o trabalho nas ESF, a dificuldade de integração dos membros da equipe entre si, com os estudantes e com a comunidade permite refletir sobre a necessidade de aprimorar a formação dos profissionais de saúde. É desejável que a adequação dos cursos perpassasse pela *desconstrução* da ideologia mecanicista vigente, com vistas à transformação da subjetividade dos profissionais e estudantes, para que a prática seja verdadeiramente modificada.

Torna-se necessária a legítima interdisciplinaridade nas ESF, para que a integração ensino-serviço-comunidade seja mais efetiva. Para isso, é importante que os profissionais sejam formados a partir do modelo biopsicossocial e participem de um processo de educação permanente a fim de enfrentar os desafios do cuidado à saúde de acordo com os atributos da atenção primária.

Além dessa capacitação, é importante que os preceptores esclareçam os profissionais sobre os objetivos educacionais dos estudantes das diversas áreas de saúde inseridos nas equipes. Assim, os receios nesta interação poderão diminuir consideravelmente, como observado em algumas experiências relatadas, inclusive neste estudo.

Mesmo com limitações para a formação médica com a inserção dos estudantes em ESF, deve-se considerar que a consolidação da APS é um processo em transição. E esta interação mostra-se como um catalisador da transformação profissional e dos serviços de saúde.

Atualmente, fala-se muito sobre a necessidade de reversão do modelo de atenção, paradigma da produção social da saúde e humanização. Espera-se, a partir destes resultados, que os profissionais de saúde e a escola médica possam refletir sobre a sua forma de enxergar, agir e avaliar o trabalho na APS.

REFERÊNCIAS

1. Rodriguez CA, Neto PP, Behrens MA. Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. *Rev Bras Educ Med.* 2004;28(3):234-41.
2. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3):356-62.
3. Bulcão LG, El-Kareh AC, Sayd JD. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *Hist Cienc Saéde-Manguinhos.* 2007;14(2):469-87.
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.* 2008;24(Sup1):7-27.
5. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med.* 1995;70:898-931.
6. Roquete AM. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação; 2001.
7. Campos GWS. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica: diretrizes. Rio de Janeiro: ABEM; 2005. (Documento preliminar)
8. Costa NMS. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(1):21-30.
9. Goulart LMHF, Alves CRL, Belisário AS, Abreu DMX, Lemos JMC, Masote AW, et al. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(4):606-14.
10. Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Orquiza SMC, et al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(2):230-9.
11. Universidade Estadual de Montes Claros. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. Montes Claros: UNIMONTES; 2006.
12. Silva RHA. Avaliação do Processo de Gestão na Implantação de Processos Inovadores na Faculdade de Medicina de Marília: aspectos da resiliência docente e discente. *Avaliação (Campinas).* 2009;14(2):267-90.
13. Smith MR, Yong WW, Keller AM. An Efficient and Effective Teaching Model for Ambulatory Education. *Acad Med.* 2002;77(7):593-9.
14. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
15. Moraes R. Análise de Conteúdo. *Rev Educ.* 1999;22(37):7-23.
16. Aquino RCC, Mutti R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(4):679-84.
17. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(1):23-34.
18. Duraes-Pereira MB. "Laços do saber": experiência singular na docência da capacitação técnica do Agente Comunitário de Saúde (ACS), na periferia do município de São Paulo, Subprefeitura Capela do Socorro – Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro. *Saúde Soc.* 2009;18(Supl. 2): 96-9.
19. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(2):323-31.
20. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(Supl. 1): 1463-72.
21. Cruz DB, Gabardo MCL, Ditterich RG, Moysés SJ, Nascimento AC. Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva a partir da Equipe de Saúde Bucal. *Rev APS.* 2009;12(2):168-75.
22. Cavalcante Filho JB. Coletivos organizados para a produção do cuidado integral: um desafio para a regulamentação profissional. *Rev APS.* 2009;12(2):214-20.
23. Barbosa SP, Aguiar AC. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga – Minas Gerais – Brasil. *Rev APS.* 2008;11(4):380-8.
24. Castanheira ERL, Dalben I, Almeida MAS, Puttini RF, Patrício KP, Machado DF, et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. *Saúde Soc.* 2009;18(Supl.2):84-8.
25. Oliveira LML, Tunin AS, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na Atenção em saúde. *Rev APS.* 2008;11(4):362-73.
26. Cavalcante Filho JB. Coletivos organizados para a produção do cuidado integral: um desafio para a regulamentação profissional. *Rev APS.* 2009;12(2):214-20.
27. Valentim IVL, Kruehl AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(3):777-88.
28. Almeida A, Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBSC, Lordelo MR, Lemos KM, et al. Conhecimento e Interesse

- em Ética Médica e Bioética na Graduação Médica. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(4):437-44.
29. Nogueira MI. Mudanças na Educação Médica. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(2):262-70.
30. Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toschi W, Brant V. A preceptorial na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(1):24-32.
31. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(1):98-104.
32. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface Comum Saúde Educ.* 2007;11(23):427-38.
33. Mamede S, Schimidt HG, Penaforte JC. Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses. *Med Educ.* 2008;42:468-75.
34. Graber Mark, Gordon Ruthanna, Franklin Nancy. Reducing Diagnostic Errors in Medicine: What's the Goal? *Acad Med.* 2002;77(10):981-92.
35. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.
36. Garg ML, Boero JF, Christiansen RG, Booher CG. Primary care teaching physician' losses of productivity and revenue at three ambulatory care centers. *Acad Med.* 1991;66:348-53.
37. Keal GW, Mainous AG III. Physicians' productivity and teaching responsibilities. *Acad Med.* 1993;68:166-7.
38. Baddeley A. Working Memory: Looking back and Looking Forward. *Nature Reviews. Neuroscience.* 2003;4:829-37.
39. Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine: Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ.* 2003;326:591-4.
40. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(3): 585-97.
41. Benbassat J, Baumal R. What Is Empathy, and How Can It Be Promoted during Clinical Clerkships? *Acad Med.* 2004;79(9):832-9.
42. Larson EB. Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *American Medical Association. JAMA.* 2005;293(9):1100-6.
43. Ferreira RC, Silva RF, Aguera CB. Formação do Profissional Médico: a aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(1):52-9.
44. Cavalcante Neto PG, Lira GV, Miranda AS. Interesse dos Estudantes pela Medicina de Família: Estado da Questão e Agenda de Pesquisa. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(2):198-204.
45. Gonçalves RJ, Gonçalves RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(3):382-403.
46. Erdmann AL, Rodrigues ACRL, Koerich MS, Backes DS, Frago LC, Klock P. O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):288-94.
47. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3):333-46.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Érika Soares Caldeira trabalhou na concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, e na redação do artigo. João Felício Rodrigues-Neto e Maisa Tavares de Souza Leite trabalharam na concepção, análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e em sua revisão crítica.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

João Felício Rodrigues Neto
Av. Cula Mangabeira,1562
Santo Expedito – Montes Claros
CEP 39401-002 – MG
E-mail: joao.felicio@unimontes.br