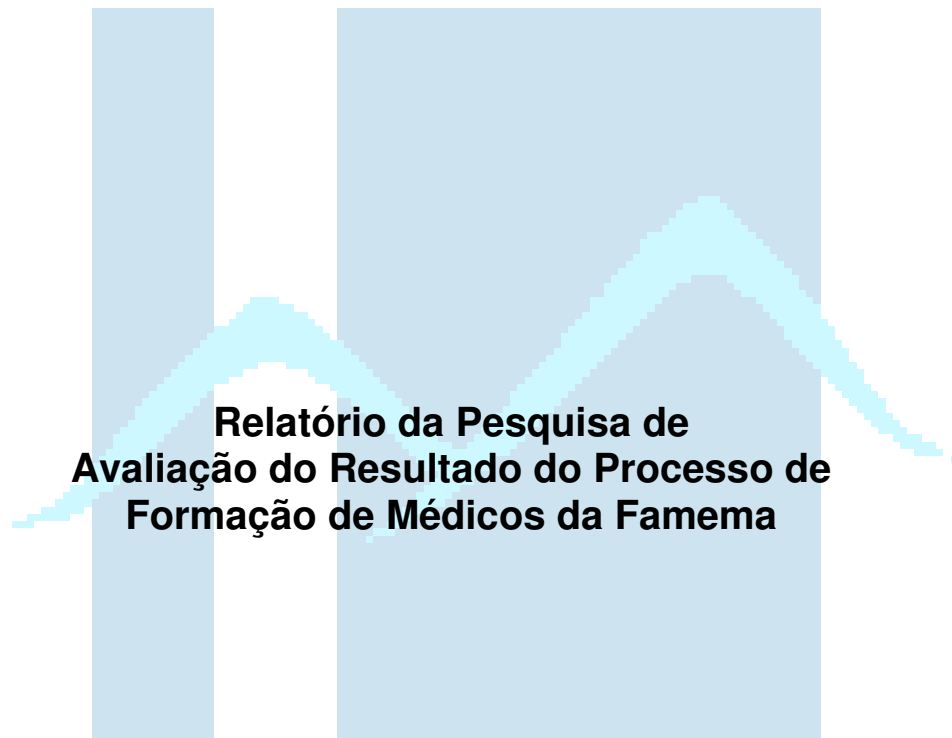


FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA



**Relatório da Pesquisa de
Avaliação do Resultado do Processo de
Formação de Médicos da Famema**

Famema

Marília

2008



FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

**Relatório da Pesquisa de
Avaliação do Resultado do Processo de
Formação de Médicos da Famema**

Pesquisa realizada pelo Grupo
de Avaliação da Famema

Marília

2008

Equipe de elaboração do Projeto de Pesquisa:

Coordenadora e pesquisadora: Maria de Lourdes Marmorato Botta Hafner

Pesquisadores: Ana Paula Ceolotto Guimarães do Amaral
Anete Maria Francisco
Cássia Galli Hamamoto
Elane de Fátima Taieiro
Elza de Fátima Ribeiro Higa
Fátima Adriana D'Almeida
Haydée Maria Moreira
Luzmarina Aparecida Doretto Braccialli
Magali Aparecida Alves de Moraes
Maria Cristina Guimarães da Costa
Maria Helena Ribeiro de Carvalho
Marilda Marques Luciano Marvulo
Odilon Marques de Almeida Filho
Osni Lázaro Pinheiro
Sílvia Franco da Rocha Tonhom

Assessores: Prof. Dr. Romeu Gomes
Prof. Sebastião Marcos Ribeiro de Carvalho

Diretor Geral: César Emile Baaklini

Diretor de Graduação: Hissachi Tsuji

Diretor de Pós-Graduação: Rubens Augusto Brazil Silvano

Editoração: Simone Neri Reis
Cláudia Cecília Barros Faganello

Bibliotecárias: Regina Helena Gregório Menita
Helena Maria da Costa Lima
Josefina Barbosa de Faria

Esta ficha foi elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília.

Faculdade de Medicina de Marília
Relatório da pesquisa de avaliação do resultado do processo de
formação de médicos da Famema / Faculdade de Medicina de Marília.
Marília, 2008.
98 f. ; 30cm.

Pesquisa realizada pelo Grupo de Avaliação da Famema, sob a
coordenação da Dr^a Maria de Lourdes Marmorato Botta Hafner.

1. Educação médica. 2. Médicos. 3. Escolas médicas. 4. Avaliação de
desempenho.

CDD 610.0711

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar os resultados da formação profissional de médicos graduados na Faculdade de Medicina de Marília (Famema), a qual passou por um projeto de mudança curricular, adotando um curso fundamentado na Aprendizagem Baseada em Problema (ABP) e orientado à comunidade. A metodologia do estudo baseou-se no desenho de pesquisa de avaliação com abordagem quantitativa e qualitativa, com egressos dos anos de 2003 e 2004. Na análise quantitativa o método foi de natureza ex-post-facto, por meio da coleta de dados com questionário, conforme desenho transversal, com finalidade descritiva e exploratória. Em relação à análise qualitativa, as fontes de informações utilizadas foram entrevistas semi-estruturadas com os egressos, respectivos gestores/preceptores, usuários e uma situação que simulava a prática médica. A produção dos dados baseou-se no método de interpretação de sentidos, na triangulação de fontes, segundo referencial da hermenêutica-dialética. Os resultados apontaram que, apesar de ter tido limites, o curso foi avaliado de forma positiva. Observou-se que o curso de medicina se aproximou da formação do médico generalista, humanista, crítico e reflexivo que pode intervir, tanto nos diferentes níveis de atenção de saúde, quanto no enfoque individual e coletivo. Os egressos articularam as dimensões biológica, psicológica e social tanto em suas falas quanto em suas ações, prevendo o seu fazer integrado com outros profissionais de saúde. Os pacientes consideraram que os egressos foram cuidadosos, respeitando-os e escutando-os com atenção, enquanto os gestores dos serviços de saúde reconheceram que a atuação deles ia para além do foco da doença.

Palavras-chave: Educação médica. Aprendizagem baseada em problema. Avaliação. Formação médica. Médico-generalista.

Sumário

1. Introdução	4
2. Justificativa	7
3. Objetivos	8
4. Imagem do profissional que se busca avaliar	9
5. Metodologia	9
5.1. Natureza do método da pesquisa.....	9
5.2. Sujeitos da pesquisa.....	10
5.3. Construção do instrumento.....	11
5.4. Caracterização dos sujeitos do pré-teste	11
5.5. Validação do instrumento de pesquisa.....	12
5.6. Técnicas de coleta das informações	12
5.7. Análise e interpretação dos dados	13
5.8. Aspectos éticos.....	14
6. Resultados e discussão.....	15
6.1. Análise quantitativa.....	15
6.1.1. Caracterização do perfil socioeconômico	15
6.1.2. Perfil profissional e inserção no mercado de trabalho	17
6.1.3. Avaliação do curso de medicina da Famema pelo egresso	22
6.2. Análise qualitativa.....	33
6.2.1. Descrição das entrevistas com os egressos de 2003 e 2004	33
6.2.1.1. Incidente na formação	33
6.2.1.2. Trajetória profissional	36
6.2.1.3. Avaliação do curso	36
6.2.1.4. Relação médico-paciente	42
6.2.2. Descrição das entrevistas com os gestores/preceptores	46
6.2.2.1. Caracterização	46
6.2.2.2. Médico ideal x médico formado pela Famema.....	46
6.2.2.3. Atuação do egresso.....	48
6.2.2.4. O mercado de trabalho	48
6.2.2.5. A pesquisa	49
6.2.2.6. A Famema	50
6.2.2.7. Tradicional x Novo	52
6.2.3. Descrição das entrevistas com os usuários.....	52

6.2.3.1. Atendimento ideal x atendimento realizado	52
6.2.3.2. Atitudes médicas valorizadas pelo usuário durante o atendimento	53
6.2.3.3. Aspectos técnicos necessários para um bom atendimento médico	54
6.2.3.4. Informações	55
6.2.3.5. Satisfação do usuário	56
6.2.4. Descrição do caso clínico	58
6.2.4.1. A terapêutica não é apenas medicamentosa	59
6.2.4.2. Estratégias para adesão ao tratamento	60
6.2.4.3. Trabalho multiprofissional.....	61
6.2.4.4. Compreensão da doença	63
6.2.5. Descrição da situação simulada	63
7. Considerações finais.....	69
8. Trabalhos produzidos	71
Referências	73
Apêndice I	78
Apêndice II	83
Apêndice III	87
Apêndice IV	89

1. Introdução

As mudanças ocorridas no âmbito da formação médica têm acompanhado o contexto mundial de transformação de referenciais da educação e das políticas de saúde, as quais procuram atender à perspectiva de Educação, buscando novo referencial que possa contribuir para formação do profissional exigido pela sociedade contemporânea. Fóruns internacionais e nacionais de discussão têm apontado para a necessidade de reorientar a educação médica, especificamente em relação aos cursos de graduação, revendo não somente os conteúdos curriculares, como também as metodologias de ensino e capacitação de docentes envolvidos em todo o processo.

No Brasil, um dos reflexos desse movimento de renovação da formação médica foi a elaboração das Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina pelo Ministério da Educação – MEC. (BRASIL, 2001). Essas diretrizes orientam as exigências para o profissional do século XXI.

A Faculdade de Medicina de Marília (Famema) tem assumido um papel relevante no cenário nacional em relação à transformação da educação médica. A divulgação das experiências dos Cursos de Medicina e Enfermagem e a inserção de vários docentes em fóruns de planejamento, discussão e avaliação de políticas de formação de profissionais de saúde, no âmbito nacional e latino-americano, representam indicadores do acúmulo de conhecimento e compromisso desses profissionais e da Famema com a educação e a transformação social.

A Famema foi criada pela Lei Estadual nº 9236, de 19 de janeiro de 1966, como instituto isolado de ensino superior, sendo seu funcionamento autorizado em 30 de janeiro de 1967, como Instituição Pública Municipal, depois de ter sido constituída uma entidade mantenedora - Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FMESM), criada pela Lei Municipal nº 1371, de 22 de dezembro de 1966. Em 1994, a Famema foi estadualizada e o Governo do Estado de São Paulo, em cumprimento à Lei Estadual nº 8898, de 27.09.1994, criou a autarquia Faculdade de Medicina de Marília (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003a; b).

As tendências mais proeminentes em atenção à saúde e em educação de profissionais de saúde apontam, até o momento, para a necessidade de mudanças na organização curricular, no processo de ensino-aprendizagem e no próprio enfoque das questões de saúde. Em consonância a isso, a Faculdade de Medicina de Marília vem construindo uma trajetória no desenvolvimento e na implementação de novos modelos de formação de profissionais de saúde, a partir do início da década de 90 quando a Famema passa a fazer parte do Programa UNI – Uma Nova Iniciativa – na formação de profissionais

de saúde em união com a comunidade. Para tanto, ao concorrer com várias outras instituições da América Latina, obteve apoio técnico e financeiro da Fundação W. K. Kellogg e, no período de 1992 a 2003, gerenciou a aplicação de recursos financeiros da ordem de dois milhões de dólares, cuja execução foi devidamente auditada e aprovada pela instituição financiadora.

Os resultados alcançados com o desenvolvimento desse projeto tiveram um impacto importante, tanto para a própria instituição como para o movimento de mudança na formação de médicos do país. Na década de 90, essa experiência, somada às de Londrina, Botucatu, Salvador e Natal, também vinculadas ao Programa UNI, mostrou a pertinência e viabilidade da aplicação de novos modelos em nosso contexto, estimulando, a partir do ano 2000, outras instituições do país a iniciarem processos de transformação.

O acúmulo de conhecimentos, gerado pelas diversas atividades promovidas, permitiu a elaboração de um projeto educacional para a Faculdade de Medicina de Marília, denominado Projeto FAMEMA 2000. Esse projeto promove reforma curricular significativa nos Cursos de Medicina e no de Enfermagem, a partir de 1997 e 1998, respectivamente. A concepção pedagógica do Curso de Medicina passa, então, a ser centrada no estudante, com uma aprendizagem baseada em problemas (ABP) e orientada à comunidade. Essa concepção reflete determinados referenciais filosóficos, psicológicos e socioculturais, norteando a construção dos objetivos educacionais, a seleção dos conteúdos a serem estudados e os desempenhos a serem desenvolvidos, a fim de se garantir a certificação de competência para o exercício profissional. Esses conceitos se completam ao se tomarem por referência idéias originais de Barrows e Tamblyn (1980), que direcionam o processo ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da capacidade de o estudante construir ativamente sua aprendizagem, articulando seus conhecimentos prévios com o estímulo proporcionado pelos problemas de saúde-doença selecionados para o estudo.

A partir das avaliações dos programas e da busca criativa de recursos na superação das limitações encontradas, foi desenvolvido o Projeto Famema Século XXI. Esse novo projeto constituiu uma proposta elaborada pela Famema, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), representando todas as conquistas efetivadas com os Projetos UNI e Famema 2000. Envolveu diretores, docentes, estudantes, gestores de serviço, profissionais de saúde e representantes da comunidade, atores esses que se sentiram desafiados a rever as mudanças em curso e a re-elaborar uma nova imagem-objetivo, à luz do Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares - PROMED (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003c), que representou, então, um recurso político e financeiro estratégico para a continuidade do processo de mudança iniciado em 1997. O PROMED está estruturado sobre três eixos: Eixo A - Orientação Teórica (produção de conhecimento baseada no modelo de vigilância à saúde em parceria com os profissionais de serviço,

visando à transformação das práticas educativa e profissional e à melhoria contínua da formação médica, dos processos de trabalho e da qualidade de vida e saúde das pessoas e população); Eixo B - Abordagem Pedagógica (desenvolvimento qualificado da concepção pedagógica do currículo centrado no estudante, orientado à comunidade e baseado em problemas, com trabalho em pequenos grupos; e currículo integrado e orientado por competência para a prática clínica ampliada em um modelo de vigilância à saúde); e Eixo C - Cenários de Prática (utilização de maneira ampliada, em todas as séries do curso, dos diversos cenários de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da prática profissional com enfoque na vigilância à saúde, considerando-se o grau de autonomia crescente dos estudantes e a complexidade das tarefas; ampliação da integração dos serviços próprios ao Serviço Único de Saúde – SUS – com garantia de atendimento aos problemas relevantes de saúde da população, buscando equidade, qualidade e sustentável relação custo-efetividade na prestação do cuidado).

Em 2005, inspirado na avaliação do Promed, o Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, com a perspectiva de que os processos que reorientam a formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada pela Instituição de Ensino Superior (IES). Esse programa antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde, que responda às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, e, em todos estes casos, direcionada a construir o fortalecimento do SUS. Essa iniciativa visa a aproximar a formação de graduação no país às necessidades da atenção básica, que se traduzem pela estratégia de saúde da família (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2005). Tal projeto tem como objetivos incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença, cujos objetivos culminaram com a necessidade de uma nova revisão curricular.

A articulação dessas experiências ao movimento de transformação da educação, representado por comissões específicas, órgãos e associações ligadas ao ensino médico, tem contribuído para o movimento crescente de transformar a formação não só de médicos, mas de todas as carreiras da saúde.

A Famema, então, aderindo às políticas governamentais de incentivo como o Promed e, mais recentemente, o Pró-Saúde, elaborou projetos em que reafirma a compreensão de que o currículo é uma construção social na qual estão presentes

contradições e conflitos entre diferentes atores que estabelecem limites e avanços na implantação do novo modelo de formação. (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003c; 2005).

A partir desse histórico, propôs-se a realização de uma pesquisa para investigar e avaliar o alcance dos objetivos traçados, a princípio, para o Curso de Medicina, tendo como objeto de investigação a avaliação dos resultados do Curso de Medicina da Famema, aqui empregada como a avaliação de eficácia (AGUILAR e ANDER-EGG, 1994).

2. Justificativa

Em âmbito nacional, a Famema já é uma experiência consolidada, o que pode ser demonstrado pelo seu desempenho nas iniciativas de avaliação promovidas pelo Ministério da Educação (MEC). Os resultados obtidos pelos estudantes no Exame Nacional de Curso (Provão) no período de 1999 a 2003 foram: A em 1999, B em 2000, C em 2001, B em 2002 e A em 2003. Em 2004, no Exame Nacional de Avaliação do Desempenho do Estudante (ENADE), a média final obtida foi 4,1, que lhe conferiu o conceito máximo (5), colocando a Famema num significativo patamar de qualidade. Os resultados dos anos 2002 a 2004 já se referem às três primeiras turmas formadas na nova proposta metodológica. Em 2000, o MEC procedeu à Avaliação das condições de oferta, sendo a Famema qualificada como CB (condições boas) em qualidade do corpo docente e instalações, CMB (condições muito boas) em relação à organização didático-pedagógica.

O processo de mudança da Famema, segundo Feuerwerker (2002), está situado entre o segundo e terceiro plano de profundidade, ou seja, caracteriza-se como reforma e também apresenta elementos de transformação em função das mudanças nas relações do trabalho sobre as necessidades sociais de saúde e da busca por práticas transformadoras no campo da educação e da saúde.

Com relação aos resultados do processo de formação, entre professores, estudantes e profissionais de saúde dos serviços, existia a opinião de que se estava formando profissionais com um perfil mais próximo do almejado tanto pela Famema como pela sociedade, em relação à maneira de produzir saúde.

Um dos elementos que justificava esse posicionamento partiu das discussões do Fórum 2006 de Desenvolvimento Curricular Permanente da Famema, no qual a comunidade acadêmica expressou a mudança de postura de internos e residentes em relação à daqueles de turmas anteriores. Essa postura refletia uma relação mais humanizada para com os usuários e equipe de saúde.

Outro aspecto considerado é o de que os egressos do Curso de Medicina da Famema têm obtido êxito ao serem selecionados nos concursos para ingresso em programas de residência médica, nas mais variadas instituições e áreas de especialidade, embora ainda não existam estudos que demonstrem esses resultados de maneira detalhada, o que também será objeto de análise deste projeto.

Nos últimos dois anos, a Famema tem incluído no processo seletivo para seus programas de residência médica a avaliação do desempenho em situações simuladas da prática profissional, oportunidade em que os professores têm apontado diferenças no perfil dos candidatos graduados aqui em relação àqueles graduados em outras instituições, quanto a uma abordagem humanizada e à elaboração de planos de cuidado na perspectiva da integralidade.

No final de 2006, a Famema formou a quinta turma de estudantes desde a implementação das mudanças, o que levantou a necessidade de buscar validação de seu trabalho para contribuir de maneira mais efetiva na formação dos profissionais de saúde no contexto nacional.

Além dos êxitos no campo da formação médica, a Famema possui um acúmulo de experiência em avaliação de programa, com um grupo de trabalho constituído. Há, portanto, uma cultura de avaliação institucionalizada que gera a necessidade desta pesquisa acerca dos resultados do Curso de Medicina.

Por meio deste trabalho é possível a produção de um conhecimento que não só contribuirá para elaboração de novas diretrizes a serem implementadas no Curso de Medicina, como também para a discussão da formação médica brasileira em geral, numa perspectiva transformadora das práticas educativa e profissional em saúde.

3. Objetivos

Geral

Avaliar os resultados do Curso de Medicina da Famema, a partir da percepção e da atuação de seus egressos, bem como das avaliações de usuários, de gestores e supervisores sobre a prática desses egressos.

Específicos

- Caracterizar o perfil dos egressos, em termos de aspectos sócio-demográficos, formação continuada, atuação e inserção profissionais.

- Analisar a percepção de egressos, gestores e supervisores acerca do curso realizado pela Famema para o desempenho das atividades médicas.
- Analisar a percepção de usuários acerca do atendimento realizado por egressos.
- Avaliar o desempenho atual dos egressos frente ao perfil de médico que se esperava formar.

4. Imagem do profissional que se busca avaliar

A pesquisa avaliou os resultados do Curso de Medicina da Famema, tendo como referência a imagem de profissional médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003a).

5. Metodologia

5.1. Natureza do método da pesquisa

A pesquisa de avaliação, de natureza *ex-post-facto*, teve como referência metodológica a proposta da triangulação de métodos, que preconiza a articulação entre múltiplas perspectivas, informações e métodos (DENZIN, 1973; MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005). A partir dessa abordagem, foram considerados depoimentos, observações e dados estatísticos, visando a ampliar as referências interpretativas dos resultados obtidos na formação médica.

Nessa proposta, as abordagens quantitativa e qualitativa são articuladas, partindo-se do princípio de que a quantidade é uma dimensão da qualidade do social e dos sujeitos, marcados, em suas estruturas, relações e produções, pela subjetividade herdada enquanto cultura (MINAYO e SANCHEZ, 1993). Tal exercício envolve a articulação de diferentes ancoragens metodológicas e também o diálogo de pesquisadores de formações científicas diferenciadas (médicos, enfermeiros, epidemiologistas, psicólogos, biólogos, farmacêuticos, odontólogos e educadores), realizando, numa perspectiva dialógica, um esforço mútuo de comunicação entre os distintos saberes (DESLANDES e ASSIS, 2002).

No que refere aos indicadores da avaliação, foram levados em conta os de natureza qualitativa, criados a partir dos depoimentos dos sujeitos entrevistados (ASSIS et al., 2005).

Após essa fase, foram comparados os indicadores obtidos com a imagem do profissional a ser formado pelo curso em questão. Compararam-se, também, os indicadores, criados a partir dos depoimentos, com situações em que as ações profissionais foram simuladas.

5.2. Sujeitos da pesquisa

O foco da pesquisa, em relação aos sujeitos estudados, incidiu nos egressos do Curso de Medicina, que o concluíram nos anos de 2003 e 2004. A escolha por esses períodos de conclusão ocorreu pelo fato de esses egressos, em 2007, já terem, no mínimo, dois anos de formados. Outra justificativa para essa escolha se refere ao fato de tais sujeitos terem vivenciado, durante a sua graduação, um currículo que (a) tinha pelo menos um ano de implantação, (b) passou por processos de avaliação e (c) teve correção de rumos.

Também foram convidados a participar da pesquisa os gestores, os preceptores e usuários que tiveram relação direta com os egressos.

Os sujeitos foram selecionados a partir de uma amostra de conveniência. No que refere ao instrumento quantitativo, todos os egressos das turmas selecionadas foram convidados a responder ao questionário.

Em relação às entrevistas, foram seguidos os seguintes princípios de amostra qualitativa: (a) escolher os sujeitos que detêm os atributos relacionados ao que se pretende estudar; (b) considerar tais sujeitos em número suficiente para que possa ter reincidência das informações; (c) considerar a possibilidade de inclusões sucessivas de sujeitos até ser possível uma discussão densa das questões da pesquisa. Em vista disso, na constituição da amostra não se buscou uma representatividade numérica e sim um aprofundamento da temática (MINAYO, 1998).

Com base nesses princípios e em relação às entrevistas realizadas pela pesquisa, foram escolhidos egressos das duas turmas que estavam atuando nos estados de São Paulo e Paraná, devido à proximidade e baixo custo. Como ponto de partida, entrevistaram-se, pelo menos, 16 egressos, sendo oito de cada turma, contemplando os seguintes aspectos: (a) representantes dos dois sexos; (b) egressos que estavam na rede pública de saúde e no serviço privado; (c) egressos que estavam cursando ou não a residência.

Os egressos entrevistados foram convidados a participar de situações da prática médica com a participação de paciente simulado e em um cenário estruturado da Famema.

No que se refere a preceptores/gestores e usuários, foram convidados aqueles que tinham vínculo com os egressos entrevistados.

Para garantir o sigilo, as entrevistas que apoiaram as análises realizadas foram identificadas por nomes fictícios dados a cada participante, sendo representados com a

inicial “A” egressos do ano de 2003, “C” egressos do ano de 2004, “D” gestores/preceptores, e “M” usuários.

5.3. Construção do instrumento

Em reunião do Grupo de Avaliação de Curso da Famema com a assessoria foi realizada uma primeira discussão com o objetivo de se resgatar o perfil do profissional a ser formado, definido no Projeto Pedagógico Institucional. Este projeto teve como referência as diretrizes curriculares do MEC, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001). A partir das características que compõem o perfil desejado na formação deste profissional médico pela Famema, iniciaram-se novas discussões para a construção do questionário a fim de se verificar o alcance dos objetivos traçados para o curso de medicina (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2003b; 2004).

Foram acrescentadas questões para levantar dados quanto à formação continuada, a atuação e inserção profissional bem como o perfil sociodemográfico do egresso. Para este último, foram utilizados alguns parâmetros do Modelo Simplificado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), relevantes para a caracterização do perfil do egresso (IBGE, 2000). Também foram construídas questões para avaliar a percepção do egresso sobre a formação proporcionada pelo curso para o desempenho das atividades médicas.

Inicialmente foi construído um questionário com 33 questões e que, após ajustes e adequações à versão aplicada no pré-teste, continha 37 questões. Este instrumento foi validado pela sua aplicação na forma de pré-teste (LAKATOS e MARCONI, 1983).

5.4. Caracterização dos sujeitos do pré-teste

A partir de reunião do grupo de pesquisa e de acordo com várias bibliografias consultadas (RICHARDSON, 1999; GIL, 1996; MARCONI e LAKATOS, 1996; ARIBONI e PERITO, 2004), estabeleceu-se o número de participantes do pré-teste, de 5 a 10% do total de sujeitos da pesquisa, constituído por 15 egressos. Este grupo foi composto pelos egressos de 2005 e outros dois egressos dos anos de 2003 e 2004, cursando residência médica em Marília. A escolha fundamentou-se na semelhança conceitual com as turmas que participaram da pesquisa.

Alguns autores discutem que os sujeitos selecionados para um pré-teste devem advir de uma população semelhante à dos sujeitos da pesquisa e, até mesmo, de um grupo parte da população em estudo (GOMES et al., 2005). Por outro lado, há autores que defendem que a população utilizada no pré-teste não deve ser utilizada na pesquisa, “para evitar

contaminação” dos resultados (LAKATOS e MARCONI, 1983). A decisão do grupo foi de excluir da amostra os dois egressos de 2003 e de 2004, de forma a minimizar o viés de resposta.

5.5. Validação do instrumento de pesquisa

Essa fase teve como principal objetivo validar o instrumento de coleta de dados. Portanto, com o questionário elaborado, passou-se à aplicação do pré-teste do instrumento de pesquisa. Segundo Gil (1996), a finalidade do pré-teste é verificar se todas as questões foram respondidas adequadamente, se as respostas dadas não denotaram dificuldades no entendimento das perguntas, se as pessoas que responderam ao questionário tiveram alguma dificuldade para fazê-lo, enfim, tudo aquilo que pudesse implicar a inadequação do questionário enquanto instrumento de coleta dos dados.

Foram utilizados três subsídios para a análise do pré-teste: leitura crítica do instrumento e comentários dos próprios sujeitos; validação do instrumento por um grupo interdisciplinar de especialistas e operacionalização na montagem do banco de dados.

Após recebimento dos instrumentos preenchidos pelos egressos, identificou-se, no campo aberto referente à avaliação do instrumento, sugestão dos mesmos quanto à falta de clareza, coerência e consistência de algumas questões, além de dificuldades de interpretação de outras. No momento da montagem do banco de dados, outras sugestões também foram levantadas em relação ao preenchimento. Após analisar a pertinência de cada sugestão, o instrumento foi elaborado na sua versão final, validado pelo grupo de especialistas e disponibilizado para aplicação na pesquisa. A versão final do instrumento de pesquisa constituiu um questionário estruturado de 38 questões, sendo 27 fechadas e 11 abertas, divididas em seis blocos. Os cinco primeiros blocos caracterizaram o perfil do egresso: I. Identificação; II. Informações socioeconômicas; III. Pós-graduação e IV. Atuação Profissional e V. Avaliação do Curso por parte do egresso, objeto deste estudo. O último bloco constituiu um caso clínico utilizado em outra análise, com referencial qualitativo.

5.6. Técnicas de coleta das informações

Em relação ao instrumento de coleta de natureza quantitativa, foi aplicado um questionário para todos os egressos das duas turmas selecionadas, privilegiando informações sobre aspectos socioeconômicos, formação continuada, atuação e inserção profissionais (ver apêndice I).

A abordagem qualitativa, que enfocou os sentidos atribuídos aos resultados do curso de Medicina por parte dos sujeitos estudados, foi trabalhada a partir do caso clínico do questionário do apêndice I e da entrevista semi-estruturada, cujo roteiro se encontra no apêndice II.

Ainda no que se refere à abordagem qualitativa, foram promovidas situações simuladas (apêndice III), filmadas em salas da Famema.

Os termos de consentimento estão explícitos no apêndice IV.

5.7. Análise e interpretação dos dados

No que refere ao instrumento quantitativo, as respostas dos questionários foram codificadas e formatadas em banco de dados. O resumo dos dados, devido à sua natureza, foi realizado por meio de tabelas, gráficos, número total de indivíduos em cada grupo estudado, média, desvio-padrão (DP), freqüências absolutas e porcentagens.

O estudo da associação entre variáveis nominais (tabelas 2 x 2 ou de contingência: r linhas x s colunas) foi realizado, por meio do teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson e, quando as condições teóricas não foram satisfeitas, utilizou-se a aproximação de Monte Carlo ou o teste exato de Fisher (TEF). Foi utilizado para análise o programa computacional SPSS 13.0.

Quando o resultado do teste foi significativo, calculou-se o resíduo padronizado ajustado (R_{AJ}) como regra de decisão: i) Se $|R_{AJ}| < z_{0,05} = 1,96$, conclui-se que não existia associação entre as variáveis em estudo para aquele grupo, decidindo-se pela não rejeição da hipótese de nulidade; ii) se $|R_{AJ}| > z_{0,05} = 1,96$, que existia associação entre as variáveis em estudo para aquele grupo, decidindo-se pela rejeição da hipótese de nulidade (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Para todos os testes, adotou-se o nível de significância de 5% de probabilidade para a rejeição da hipótese de nulidade.

No caso clínico fictício, foi caracterizada uma usuária de um serviço público de saúde com pressão arterial elevada e diabetes e, após a descrição do seu quadro clínico, foi solicitado ao egresso que elaborasse um plano de cuidados para atender às necessidades de saúde da usuária.

As entrevistas semi-estruturadas seguiram roteiros específicos para cada categoria de informante. Assim, foram levados em conta os seguintes tópicos: (a) para os egressos, incidente significativo ocorrido durante a graduação, trajetória após a conclusão do curso, a experiência em articular as dimensões biológica, psicológica e social, opinião acerca da relação médico-paciente e avaliação do curso da Famema; (b) para os gestores e

preceptores, características de um médico para atender à realidade do serviço, avaliação do egresso em termos de sua atuação profissional e diferenças entre a atuação desse egresso e a de médicos formados por outras instituições; (c) para os usuários, como deve ser um atendimento médico e avaliação do atendimento que teve por parte do egresso.

A situação simulada se referiu a um caso clínico fictício de uma usuária de um serviço público de atenção básica à saúde, com diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera. Na situação proposta, o egresso, que estava substituindo o médico titular do serviço, deveria informar à paciente que retornava à consulta esse diagnóstico e propor um plano de cuidados. O foco de observação foi a relação estabelecida pelo egresso com a paciente durante essa consulta.

Em relação às entrevistas e às situações simuladas, os textos produzidos a partir da transcrição das gravações e filmagens foram trabalhados pelo Método de Interpretação de Sentidos (GOMES et al., 2005). Esse método baseia-se em princípios hermenêutico-dialéticos que buscam interpretar o contexto, as razões e a lógica de falas, ações e inter-relações entre grupos e instituições.

Na trajetória analítico-interpretativa dos textos, foram percorridos os seguintes passos: (a) leitura compreensiva, com vistas à impregnação, à visão de conjunto e à apreensão das particularidades do material da pesquisa; (b) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos; (c) identificação e problematização das idéias explícitas e implícitas nos depoimentos; (d) busca de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa; (e) diálogo entre as idéias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo; e (f) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

5.8. Aspectos éticos

Em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília. Os sujeitos da pesquisa que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após este ter sido lido, compreendido e aceito por eles. Os modelos de consentimentos, para profissionais e para usuários, encontram-se no apêndice IV.

6. Resultados e discussão

6.1. Análise quantitativa

6.1.1. Caracterização do perfil socioeconômico

Dos 158 questionários enviados, retornaram um total de 41, sendo que, destes, quatro não responderam os itens referentes à identificação. Dos 37 questionários preenchidos corretamente, 17 egressos concluíram o curso em 2003 e 20, em 2004, sendo 20 (54,1%) do sexo feminino e 17 (45,9%) do sexo masculino, com uma média de idade de 27,7 anos (DP = 1,1). Todos são de nacionalidade brasileira, a maioria oriunda do Estado de São Paulo - 33 (89,2%) e, no momento da resposta ao questionário, esta tendência se manteve, já que 36 (97,3%) encontravam-se trabalhando em municípios deste Estado. Com relação à cor da pele, 29 (78,4%) declararam cor de pele branca, sete (18,9%), amarela e um (2,8%), parda.

Os dados do IBGE (IBGE, 2003) quanto à distribuição da população por cor ou raça revelaram que 53,7% se declararam branca, 6,2% preta, 38,4% parda, 0,4% amarela e 0,4% indígena. Nos nossos egressos, os resultados mostraram o predomínio da cor de pele branca e amarela, seguidas pela parda e notando-se a ausência da preta, revelando uma diferença quanto à distribuição na população. Quanto ao estado civil, dos 37 respondentes, a maioria se declarou solteira - 28 (75,7%), reflexo talvez da juventude e etapa de início de carreira em que se encontravam.

Esses resultados refletiram o observado em outros estudos (SAKAI e CORDONI Jr, 2004), sendo nossos egressos uma categoria de médicos jovens. No mais recente levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), publicado em 2004, constata-se que 63,4% dos médicos atuantes possuem menos de 45 anos e a maioria (48,2%) possui até 15 anos de formado. Notamos ainda na presente pesquisa, a grande participação de mulheres, refletindo o fenômeno conhecido como “feminilização da categoria médica”, observada desde 1967 (GARCIA, 1972). No mesmo levantamento feito pelo CFM, constata-se uma mudança no perfil dos médicos com maior presença das mulheres (40,2%) na faixa etária de até 27 anos, contra 18,1% na categoria de 50 a 59 anos, embora no cômputo geral a medicina seja ainda exercida majoritariamente pelo sexo masculino (69,8%).

Segundo a categorização econômica por estratos sociais, a partir do critério de consumo de bens e serviços, a classe A1 foi a mais favorecida e a E a menos favorecida.

Encontra-se a distribuição dos egressos, bem como a frequência dessas classes no Brasil e renda estimada, conforme apresenta a tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos egressos por classe econômica.

Classe	Freqüência	Famema (%)	Total Brasil (%)*	Renda estimada por classe (SM)**
A1	2	4,9	1	Mais de 30
A2	11	26,8	5	30
B1	14	34,2	9	18
B2	11	26,8	14	11
C	3	7,3	36	6
D	-		31	3
E	-		4	1,4
Total	41	100,0	100	

*Dados com base no levantamento socioeconômico (IBGE, 2003).

** Base do salário mínimo (SM) em 2000

Quanto à categorização socioeconômica, observou-se que os egressos situam-se em nível compatível com a categoria médio-alta observada no perfil de estudantes de medicina no estudo de Ferreira et al. (2000). Neste, os estudantes provêm de segmentos sociais com padrão socioeconômico mais elevado que os de outros cursos. Tal fato relaciona-se ao acesso mais competitivo ao curso, que atrai segmentos da classe média que possuem grandes expectativas da educação como meio de ascensão social.

Segundo dados do IBGE (2006), que não utiliza a categorização econômica e, sim, classes de rendimento baseadas em salários mínimos, o perfil da maioria de nossos egressos, nas faixas entre 18 e 30 salários mínimos, coloca-os entre 0,8 e 2,2%, respectivamente, da população brasileira, refletindo alto poder aquisitivo que se mantém enquanto profissionais em exercício. Quanto aos dados nacionais do levantamento do CFM, 51,5% informaram renda, em 2002, de US\$2000,00 (equivalente a, aproximadamente, 38 salários mínimos) e 8,5% informaram renda superior a US\$4000,00. No entanto, tais dados não explicitam o tempo de formado destes profissionais, o que poderia explicar os valores menores encontrados em nossa pesquisa, já que nossos egressos possuem, no máximo, três anos de formados.

Todos os egressos são de nacionalidade brasileira, o que está de acordo com os dados do CFM, que encontrou apenas 1,5% dos médicos de nacionalidade estrangeira. A maioria de nossos egressos é oriunda do Estado de São Paulo, 36 (87,8%) e, no momento

da resposta do questionário, esta tendência se manteve, já que 40 (97,6%) encontram-se trabalhando em municípios deste Estado.

Observamos, portanto, um perfil urbano quanto ao local de exercício da profissão, semelhante ao do ingresso na faculdade, como o observado também por Ferreira et al. (2000). Segundo o levantamento do CFM, observa-se um deslocamento para o interior (exerciam a profissão nas grandes cidades/capitais 65,9% em 1996, contra 62,1% em 2002), provavelmente devido à saturação do mercado de trabalho nas grandes cidades, porém este movimento é maior a partir da faixa etária dos 40 anos. Os dados sugerem a hipótese de que os profissionais mais jovens preferam ficar nas grandes cidades/capitais, onde concluíram seus cursos, permanecendo nos Estados de origem.

Segundo o observado por Sakai e Cordoni Jr. (2004), existe a tendência de os médicos se fixarem em grandes centros urbanos, em áreas de concentração de recursos econômicos e com complexos médico-hospitalares, preferindo as capitais ao interior. Tal tendência, se mantida, deixaria desassistida uma boa parcela da população que não teria acesso ao cuidado necessário, dado o número inadequado de profissionais médicos fora dos grandes centros urbanos.

Dos 41 respondentes deste estudo, a maioria, 36 (87,8%), mora em residência particular, sendo que 23 (56,1%) residem em imóvel alugado e cinco (12,2%) residem em domicílio coletivo. Dos que possuem imóvel próprio, 18 (43,9%) já o têm pago e dois (4,9%) o estão pagando. Dos seis (14,7%) que têm domicílios cedidos, dois (4,9%) o têm pelo empregador e quatro (9,8%) de outra forma. Quanto ao tipo, a maioria, 30 (73,2%) reside em apartamento e 11 (26,8%) em casa.

Segundo dados do IBGE sobre as condições de saneamento dos domicílios, 76,1% contam com água canalizada e rede geral de distribuição, 52,8% com rede de esgoto e 79,9% com coleta pública de lixo (IBGE, 2006). Em nossa observação, todos os egressos residiam em domicílios com boas condições de moradia, com 100% de abastecimento de água por rede geral e coleta de esgoto, bem como de coleta pública de lixo, refletindo, desta maneira, seu bom poder aquisitivo.

6.1.2. Perfil profissional e inserção no mercado de trabalho

Dos 41 respondentes, 35 se declararam atuando profissionalmente como médicos, sem considerar a residência como atuação profissional; 10 (28,6%) possuíam um emprego, porém a maioria, 25 (71,4%), possuía mais de um emprego, sendo que 14 (40,0%) possuíam dois e 11 (31,4%) possuíam três ou mais. Quanto à característica do trabalho, encontramos a distribuição apresentada na figura 1.

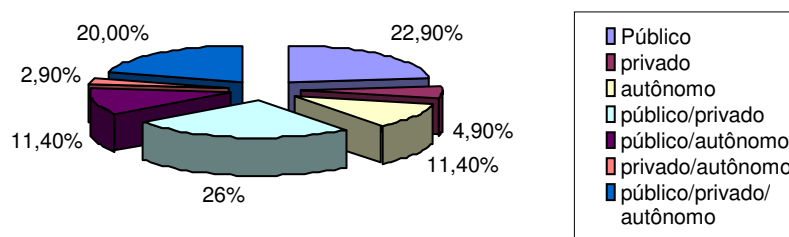


Figura 1. Distribuição dos egressos segundo atuação nos setores do trabalho médico.

Quanto à fonte de rendimentos, 35 (90,2%) declararam possuir renda oriunda de seu trabalho como médico (não proveniente de bolsa de residência médica), bem como 18 (43,9%) declararam possuir rendimentos oriundos de bolsa de programa de pós-graduação (aprimoramento, especialização, residência, mestrado ou doutorado). Dos oito (19,5%) que declararam rendimentos de outras fontes, três (7,3%) recebiam ajuda familiar; dois (4,9%) possuíam aplicações financeiras e, outros três (7,3%) referiram também, neste item, renda de plantões, consultório e ambulatório.

Os 35 respondentes exerciam, em sua maioria, função de plantonista 14 (40,0%) e quatro (11,4%) cargo de chefia/coordenação.

A maior parte, 13 (39,4%) trabalhava de 21 a 40 horas por semana (figura 2). Quanto ao tempo, 12 (34,3%) trabalhavam há um ano e seis (17,1%) estavam trabalhando há dois anos ou mais como médico.

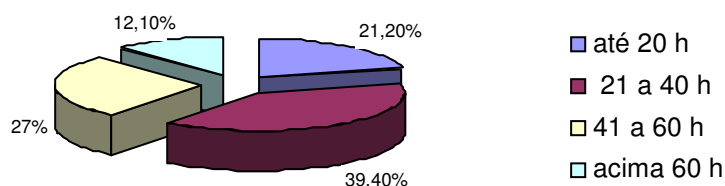


Figura 2. Distribuição dos egressos segundo número de horas trabalhadas na semana.

Dentro do exercício de sua profissão, 27 (77,1%) atuavam na atenção secundária e terciária, realizando, na maior parte, 22 (62,9%), ações preventivas e curativas.

Quanto ao grau de satisfação profissional com seu trabalho (apenas 35 responderam), a maioria, 57,1% (20), considerou-se satisfeita, 28,6% (10) muito satisfeitos e 14,3% (5) pouco satisfeitos.

Observamos que a maior parte de nossos egressos declarou exercer a profissão por trabalho remunerado, refletindo a alta empregabilidade da área e a adesão ao projeto profissional, como o observado por Sakai e Cordon Jr. (2004). Segundo dados do CFM, a taxa de desemprego na área continua baixa, (0,9%), o que se reflete no retardamento da aposentadoria dos profissionais. O maior empregador é o setor público, mesmo com menores remunerações (FERREIRA et al., 2000), e a expectativa inicial dos estudantes de medicina de atuação liberal não se traduz na atuação no mercado de trabalho. Os dados nacionais do CFM mostram que há redução dos profissionais que dizem trabalhar em consultórios (de 74,7% em 1996 para 67% em 2002), bem como dos que dizem trabalhar para o setor privado (de 59,3% em 1996 para 53,8% em 2002), embora o exercício da profissão na área pública tenha permanecido inalterado (69,7%) e, segundo Oliveira e Pinto (2000), este é um setor do mercado de trabalho importante e estável, absorvendo boa parte dos profissionais.

Dos nossos egressos, 80% estavam envolvidos no setor público (ainda que com participação em outros setores), 11,4% declararam trabalhar somente como autônomos, 5,7% apenas no setor privado e 2,9% em empregos privados e autônomos. Assim, podemos inferir que o setor público é a porta de entrada para o mercado de trabalho para a maior parte dos profissionais mais jovens, como nossos egressos. A maioria dos médicos possuía

múltiplos empregos assalariados, como o que observamos na atuação profissional de nossos egressos.

Tal fato também foi observado no levantamento realizado pelo CFM, em que se constata que 28% dos profissionais atuantes possuem dois empregos, 27% possuem três e apenas 17% possuem apenas um emprego. O aumento do número de convênios e a grande demanda pela assistência médica do SUS (75% da população brasileira, segundo Ferreira, 2000) compõem o cenário de atuação profissional do médico, o que referenda os dados encontrados na presente pesquisa quanto à atuação nos setores de trabalho.

Dos 41 entrevistados, 38 (92,7%) continuaram seus estudos realizando residência, sendo que 20 (48,8%) já a concluíram (29,3% no ano de 2006, 17,1% em 2007 e 2,4% em 2005) e 21 (51,2%) em andamento. Apenas três (7,3%) declararam não estar cursando residência. Destes, dois (4,8%) cursavam outra pós-graduação e um (2,4%) exercia a profissão sem ter cursado pós-graduação.

Dos 38 egressos respondentes ao item quanto à satisfação com a residência médica, declararam-se muito satisfeitos com a residência, 19 (50,0%), satisfeitos, 15 (39,5%) e apenas quatro (4,3%) disseram estar pouco satisfeitos.

Quanto às áreas escolhidas para residência, encontramos a distribuição apresentada na tabela 2.

Tabela 2. Áreas escolhidas para a residência médica, segundo sua frequência.

Área	Frequência	%
Clínica médica (clínica médica, cardiologia, infectologia, medicina intensiva, nefrologia, medicina física/reabilitação/fisiatria, radiologia, medicina nuclear)	16	42,3
Cirurgia (Cirurgia, Cirurgia pediátrica, Anestesiologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia. Plástica, Ortopedia, Otorrinolaringologia)	12	31,5
Ginecologia e Obstetrícia (Ginecologia e obstetrícia, mastologia)	4	10,5
Pediatria	2	5,2
Saúde mental (psiquiatria, psiquiatria forense)	3	7,9
Saúde coletiva (saúde coletiva, medicina de família)	1	2,6
Total	38	100,0

Observamos que a maioria dos egressos da Famema buscou a residência após o término da graduação, tendência esta observada nacionalmente na área médica (SAKAI e CORDONI Jr., 2004). Segundo Ferreira et al. (2000), tal fato já faz parte do projeto de exercício profissional e reflete as aspirações e visão que o estudante possui da profissão. Dentre as principais motivações para a realização da residência estão a melhor colocação no mercado de trabalho e a vontade de ser especialista (SAKAI e CORDONI Jr., 2004). Segundo esta mesma visão, a grande especialização da área médica reflete a complexidade do conhecimento originada da divisão técnica de trabalho, bem como o aumento dos convênios que estimulam a medicina especializada e procedimentos instrumentais.

No Brasil, as áreas de maior concentração na distribuição das especialidades médicas são pediatria (13,5%), ginecologia e obstetrícia (11,8%), clínica médica (8%), e cirurgia geral (5,4%) (FERREIRA et al., 2000).

Existe, no entanto, uma nítida tendência, dentro das áreas de especialização, para áreas de sub-especialidades cirúrgicas e daquelas que exigem procedimentos sofisticados (FERREIRA et al., 2000), sendo que as áreas consideradas especialidades matrizes (clínica médica, pediatria, cirurgia geral e ginecologia e obstetrícia) são de baixa escolha dos estudantes enquanto na graduação.

A tendência do médico em buscar especializações, apesar da faculdade formar um profissional com perfil generalista, pode resultar em distorções e baixa resolubilidade do sistema de saúde (FERREIRA et al., 2000), refletindo um distanciamento da realidade quanto a atender às necessidades de saúde da população.

Nossos egressos avaliaram que a graduação os preparou para passar no exame de residência ou em outra pós-graduação (figura 3).

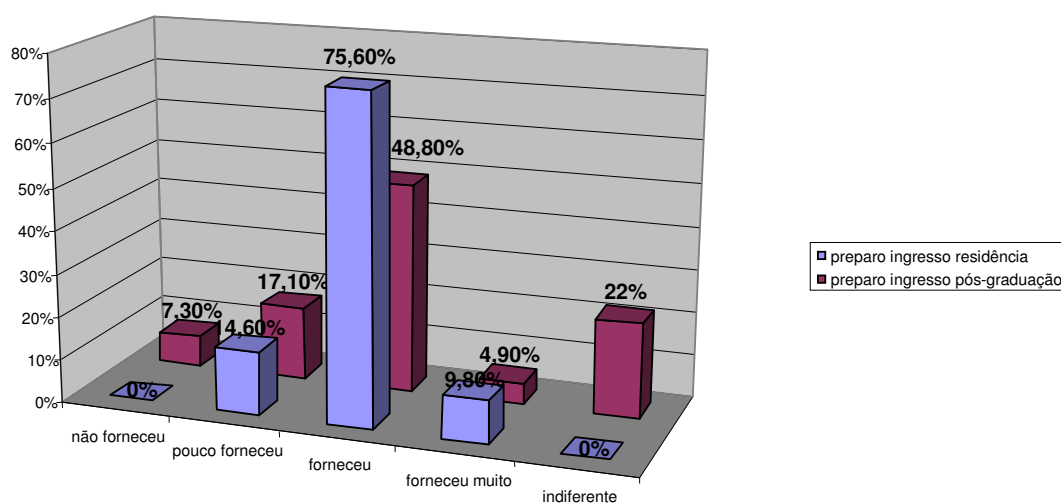


Figura 3. Preparo para o ingresso na residência médica e/ou pós-graduação proporcionada pelo curso, na percepção do egresso.

Ao investigarmos a possibilidade da associação entre a percepção do egresso quanto à contribuição fornecida pelo curso, para que este entrasse na residência médica, e as áreas em que os mesmos ingressaram, encontramos os resultados apresentados na tabela 3.

Tabela 3. Relação entre a avaliação do curso de medicina da Famema realizada pelo egresso e as grandes áreas.

GRANDE AREA		PREPAROU	PREPAROU MUITO	TOTAL
Clínica Cirúrgica	n	12	0	12
	Valor esperado	8.8	3.2	12.0
	%	100.0%	0%	100.0%
Clínica Médica	n	13	3	16
	Valor esperado	11.8	4.2	16.0
	%	81.3%	18.8%	100.0%
Ginecologia/ Obstetrícia	n	0	4	4
	Valor esperado	2.9	1.1	4.0
	%	0%	100.0%	100.0%
Pediatría	n	1	1	2
	Valor esperado	1.5	0.5	2.0
	%	50.0%	50.0%	100.0%
Saúde Coletiva	n	1	0	1
	Valor esperado	0.7	0.3	1.0
	%	100.0%	.0%	100.0%
Saúde Mental	n	1	2	3
	Valor esperado	2.2	0.8	3.0
	%	33.3%	66.7%	100.0%
TOTAL		28	10	38
		73.7%	26.3%	100.0%

A maioria dos egressos da área de Clínica Cirúrgica (100%) e de Clínica Médica (81,3%) relatou que o curso os preparou para o ingresso na residência médica. Os dados ressaltam que 100% dos egressos da área de Ginecologia e Obstetrícia referiram que o curso os preparou muito.

6.1.3. Avaliação do curso de medicina da Famema pelo egresso

Dos egressos, 56,1% consideraram que o curso os ajudou a trabalhar com pessoas de diferentes gêneros e 41,5% deles referem que os ajudou muito. O curso também ajudou a trabalhar com pessoas em diferentes fases/ciclos de vida, sendo que 21 (51,2%) consideraram que este os ajudou muito e 19 (46,3%) que o curso apenas ajudou (figura 4).

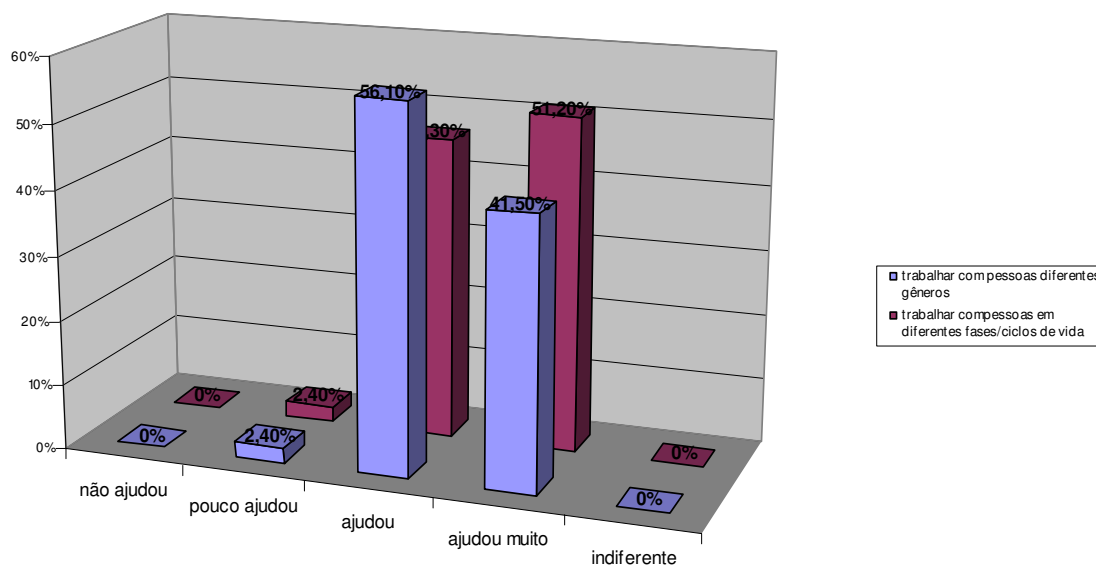


Figura 4. Contribuição dada pelo curso para o trabalho com pessoas de diferentes gêneros e fases/ciclos de vida, segundo a percepção do egresso.

Também avaliaram positivamente a contribuição do curso para realizar uma anamnese e exame físico a fim de diagnosticar e conduzir um caso (figura 5).

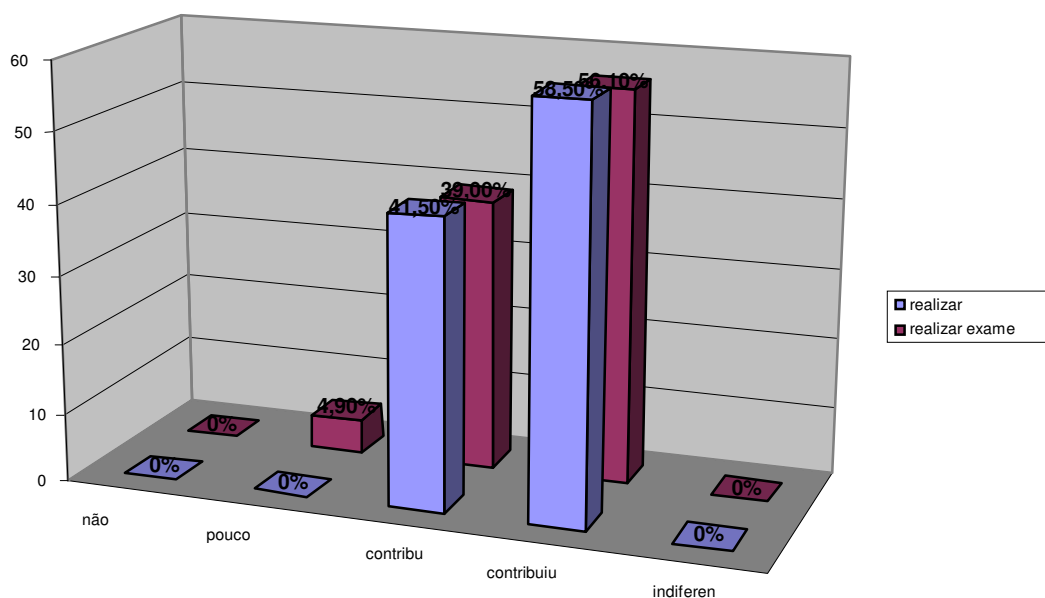


Figura 5. Preparo fornecido pelo curso para realizar anamnese e exame físico, segundo a percepção do egresso.

Dentro das atribuições básicas do exercício da medicina, a realização do exame físico e da anamnese são de importância primordial. Na Famema, tais habilidades foram desenvolvidas na Unidade Educacional de Habilidades Profissionais (HP) para as turmas de egressos avaliados na presente pesquisa. A HP, na grade curricular do curso, desenvolveu-se nos três primeiros anos, com atividades de semiologia e comunicação em diferentes cenários de ensino-aprendizagem. Ao se desenvolver um trabalho com a comunidade, favorece-se a abordagem integral e a formação de vínculo. No cenário hospitalar, no entanto, o estudante age como coadjuvante, sendo seu compromisso com o paciente diluído entre especialistas, residentes e docentes (FRANCISCHETTI; MAZZONI e MORENO, 2003). Essa Unidade Educacional buscou propiciar ao estudante o domínio de saberes e práticas no desenvolvimento de técnicas voltadas a instrumentalizar a elaboração de histórias clínicas e destrezas para a boa execução do exame clínico. Não se tinha como propósito somente a elaboração de diagnósticos, mas o estabelecimento de relações empáticas entre médico e paciente, de forma a propiciar as intervenções nas situações de saúde e os procedimentos terapêuticos necessários.

Na avaliação dos egressos, estes consideraram que a prática os capacitou a realizar anamnese, sendo que para 24 (58,5%) o curso contribuiu muito e para 17 (41,5%) apenas contribuiu. Em relação ao exame físico, 23 (56,1%), o curso contribuiu muito e para 16 (39,0%) apenas contribuiu. Podemos inferir que a contribuição da HP os levou a uma atuação profissional não apenas técnica.

Na avaliação da HP feita por Francischetti, Mazzoni e Moreno (2003), apesar da dificuldade em transferir a aprendizagem obtida em tutoria para a HP e vice-versa, considera-se que a unidade HP tem sido desenvolvida conforme a metodologia proposta, buscando formar o profissional em sua totalidade, consoante as necessidades sociais.

Frente ao perfil profissional desejado, consideraram que o curso possibilitou a 29 (70,7%) buscar alternativas para um caso não vivenciado durante a graduação (figura 6).

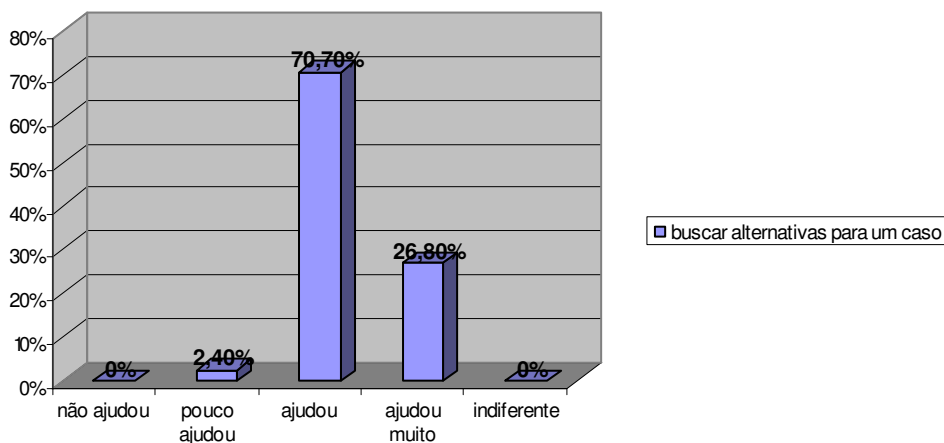


Figura 6. Preparo proporcionado pelo curso para buscar alternativas para um caso na percepção do egresso.

A figura 6 apresenta a manifestação do egresso sobre a contribuição do curso de medicina para resolver um problema de sua prática profissional não vivenciado durante a graduação. Dos 41 respondentes, 40 assinalaram positivamente (97,6%); 29 (70,7%) referiram que ajudou e 11 (26,8%), que ajudou muito. A maioria respondeu que o curso ajudou na resolução de um caso inusitado. Esse resultado nos remete a um dos pressupostos teóricos que fundamenta o método de ensino-aprendizagem adotado no Curso de Medicina da Famema, o construtivismo defendido por Piaget, que considera, dentre outros fatores do desenvolvimento da aprendizagem, o meio social. Dessa maneira, este contexto permitiu à maioria dos profissionais construir conhecimentos a partir de suas vivências e experiências anteriores.

Mesmo considerando que os egressos de nossa pesquisa antecedem a oficialização das diretrizes curriculares para os cursos na área da saúde, pode-se inferir que os resultados obtidos demonstraram que as orientações curriculares da Famema já estavam em consonância com as discussões das mudanças.

A avaliação dos egressos mostrou que os estudantes percorreram e assimilaram os caminhos do aprender a aprender, que engloba o aprender a ser, a fazer, a viver juntos e a conhecer, em busca de garantia da capacitação de profissionais com autonomia e discernimento, objetivando a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Nessa trajetória, os médicos devem ser capazes também de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, esses profissionais precisam aprender a aprender, ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e a das futuras gerações, proporcionando condições para que haja benefício

mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Os egressos avaliaram que foram preparados pelo curso para o exercício da profissão (figura 7).

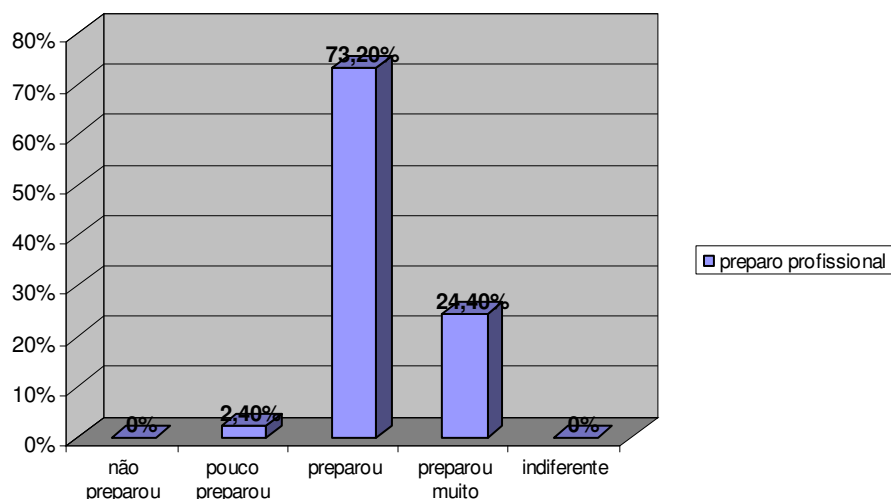


Figura 7. Preparo para atuação profissional proporcionado pelo curso na percepção do egresso.

De acordo com os resultados obtidos, podemos verificar que o curso de Medicina da Famema favoreceu, de forma significativa, sob a ótica do egresso, a sua qualificação para inserção no mercado de trabalho, uma vez que praticamente a totalidade, 40 (97,6%) assinalou estar preparada, sendo que deste total, 30 (73,2%) apontaram estar preparados para o início das atividades profissionais, e 10 (24,4%) relataram estar muito preparados. Por outro lado, foi observado que somente um (2,4%) dos entrevistados achou estar pouco preparado, não havendo menção ao não preparo.

O resultado obtido concorda com o afirmado por Sakai e Cordoni Jr. (2004), permitindo afirmar que o curso apresentado na Famema está de acordo com seus preceitos curriculares, formando profissionais capazes de concorrer com outros profissionais da área de saúde, além de estarem preparados para as necessidades do mercado de trabalho vigentes. Tal resultado torna-se relevante quando se considera o egresso como importante elo entre a formação e a prática profissional, contribuindo para uma melhor compreensão do modelo assistencial vigente e do mercado de trabalho em que atuam, favorecendo assim, reformulações curriculares.

Resguardando as diferenças culturais e econômicas entre os países dos diversos continentes e, apesar de não compararmos nossos egressos com aqueles de cursos "tradicionais", verificamos concordância com outros estudos. Estudo realizado na

Universidade de Manchester, que vem desenvolvendo a metodologia da ABP no curso de Medicina desde 1994, verificou que os egressos apresentaram alta pontuação para diversas competências e habilidades, quando comparados com pontuações de egressos de cursos “tradicionais”, destacando uma importante mudança no perfil dos profissionais que estão iniciando a prática profissional (JONES, MCARDLE e O’NEILL, 2002).

Atualmente, ao relacionar a formação e a prática profissional desenvolvida pelos egressos da Universidade Estadual de Londrina, Sakai e Cordoni Jr. (2004) observam que a inserção destes no mercado de trabalho se deu de forma tardia, uma vez que a maioria (73,6%) realizou residência médica. Estes egressos apontaram também que, ao exercerem a prática médica, não se sentiram preparados para a realidade profissional, pois não lhes foi mostrada, a contento, a profissão.

A discussão sobre a eficiência no processo de formação e qualificação de profissionais pode ser relacionada à crescente dificuldade enfrentada pelos responsáveis por recrutamento de pessoas em conseguir, no mercado de trabalho, profissionais habilitados a ocuparem as vagas disponíveis, apontando a necessidade de mudanças na educação, de forma a acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico e o suporte fundamental da globalização (GONDIM, 2002).

Em vista disso, a ênfase na formação generalista e a ampliação das possibilidades de experiência prática durante o curso superior têm sido avaliadas como alternativas para atender à exigência de um perfil multiprofissional e proporcionar maturidade pessoal e identidade profissional, competências necessárias para agir em situação de imprevisibilidade, realidade a que estão sujeitas as organizações atuais (GONDIM, 2002). Portanto, a organização universitária vem sendo convocada a assumir um duplo papel, o de educar e o de preparar profissionais para atender às novas demandas do mercado de trabalho. Para Werbel (2000), os estudantes que conhecem o mercado de trabalho conseguem pensar em caminhos efetivos para o emprego, pois comparam mais racionalmente o que está sendo requerido no mercado com as habilidades pessoais de que dispõem.

Portanto, os resultados obtidos neste estudo não compreendem uma simples constatação de uma avaliação curricular boa, mas também destacam a efetividade da proposta curricular, que pressupõe uma integração entre academia, serviços de saúde e a sociedade. Ao se minimizarem os problemas educacionais e ao se aproximar o estudante da realidade profissional e do mercado de trabalho, podemos constatar que a Famema tem alcançado, com sucesso, um grande avanço no sentido de implementação de estratégias que proporcionam ao seu estudante condições de aprendizagem significativa para a formação de um profissional mais preparado para a prática médica.

Outro aspecto importante da pesquisa foi a percepção do egresso quanto ao seu preparo para trabalhar em equipe multiprofissional (figura 8).

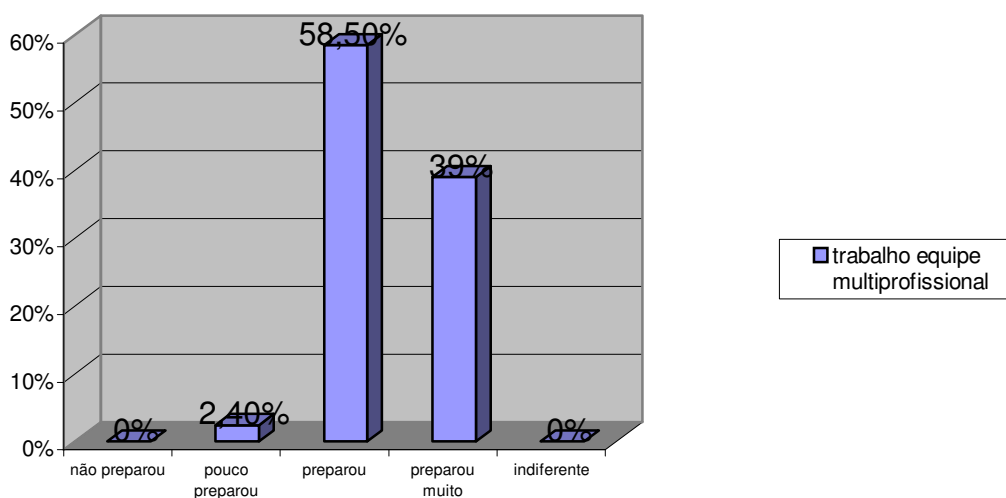


Figura 8. Preparo proporcionado pelo curso para trabalhar em equipe multiprofissional segundo a percepção do egresso.

Segundo Velloso (2005), atualmente é impossível que apenas alguns profissionais exerçam, com a necessária eficiência, todo o conjunto amplo e complexo das ações de saúde. A necessidade de trabalhar em equipe multiprofissional é uma realidade em todos os espaços em que se praticam ações de saúde visando a melhorar a qualidade de saúde e vida das pessoas.

Um fator crítico pode ser a capacitação profissional já que, segundo Campos e Belisário (2001), existe uma carência de profissionais, em termos quantitativos e qualitativos, para responder a este desafio de atuação multiprofissional. A concepção tradicional da formação de profissionais realizada quase que exclusivamente em hospitais tem-se mostrado ineficiente para desenvolver habilidades e atitudes que os preparem para a nova realidade. O modelo do Sistema Único de Saúde (SUS) propõe o desafio de uma lógica de trabalho que supere o olhar individualizado das necessidades de saúde, oriundo do processo de especialização na área médica, visando a contemplar a orientação da integralidade em saúde.

Na Famema, a inserção precoce do estudante em cenários reais (serviços de saúde e a própria comunidade) em situações nas quais se faz necessária também uma intervenção profissional, proporciona tanto o aprendizado, como uma relação de vínculo e responsabilização com os pacientes e os membros da equipe de saúde (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 1999). Para as turmas avaliadas na presente pesquisa, tal perspectiva foi desenvolvida na Unidade Educacional Interação Comunitária (IC) que, dentro

dos projetos UNI, é considerada como uma unidade educacional transcurricular e multiprofissional, aproximando espaços de aprender e trabalhar (FEUERWEKER e SENA, 2002).

Na IC, o ensino realizou-se na comunidade na área de abrangência da UBS, incluindo grupos sociais, escolas, locais de trabalho, instituições sociais e famílias (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 1999). Sua proposta baseia-se em um modelo de atenção com enfoque na família, pautado pela vigilância à saúde, com ênfase no trabalho em equipe multiprofissional e com prática intersetorial (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, 2002).

Na presente pesquisa, os egressos que vivenciaram esta experiência com a IC, consideraram-na válida para o exercício da prática de trabalho em equipe multiprofissional já que 97,5% referiram uma avaliação positiva, o que os colocou em sintonia e os tornou capacitados a atuarem nos cenários dinâmicos e complexos em que se pensa a saúde e o cuidado atualmente. É interessante observar que apenas um egresso (2,4%) considerou que o curso ofereceu pouco preparo neste aspecto. Tal constatação mostra a relevância da estratégia curricular, na Famema, em oferecer oportunidades diversificadas para o estudante vivenciar a realidade. No estudo realizado por Sakai e Cordoni Jr. (2004), 39,1% dos alunos referiram pouca oportunidade de desenvolver o trabalho em equipe multiprofissional.

Sobre esta experiência na IC, Silva (2000) observa que os estudantes, docentes e equipe de saúde não compartilhavam apenas o mesmo “espaço físico”, cada qual fazendo seu trabalho. Mesmo os conflitos se constituíram em um aprendizado à medida que foram elaboradas estratégias para superá-los, permitindo a construção de atitudes de respeito e valorização potencial do outro e, ao tornarem-se participantes do planejamento das ações de intervenção multiprofissional, puderam vivenciar e reconhecer a dinâmica deste tipo de trabalho, suas contradições e as contribuições deste no cuidado.

Para os egressos, o curso possibilitou estabelecer uma relação médico-paciente adequada, considerando as dimensões biológica, psicológica e social, como pode ser observado nos resultados apresentados na figura 9.

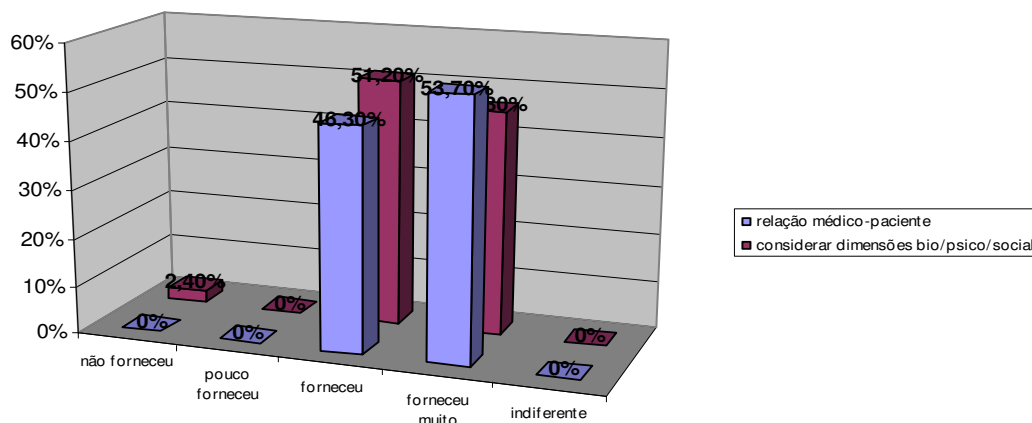


Figura 9. Preparo proporcionado pelo curso para estabelecer relação médico-paciente e considerar as dimensões biopsicossocial, segundo a percepção do egresso.

Para contemplar os princípios da integralidade no conjunto das necessidades do paciente é essencial a boa qualidade da relação médico paciente. Esta depende da criação de vínculo efetivo entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional. Este vínculo, enquanto referência e confiança, deve ser entendido como o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, um encontro de subjetividades (CECÍLIO, 2001). Essa relação deve propiciar e estimular a autonomia do paciente quanto à sua saúde, reconhecendo-o como sujeito do processo.

A criação de vínculo depende da atitude do profissional e não do usuário (DE MARCO, 2005). A relação médico-paciente tende a ser concentrada no foco da comunicação e das habilidades comunicacionais. A boa comunicação médico-paciente tem sido reconhecida como a base de uma assistência de qualidade. A habilidade de comunicação é considerada essencial para que o médico seja capaz de cumprir sua responsabilidade com o paciente individualmente e com a sociedade em geral (DE MARCO, 2005).

O processo de ensino-aprendizagem centrado no estudante permite o aperfeiçoamento desta habilidade. O educador deve oferecer aos estudantes a oportunidade de refletir e discutir como suas atitudes influenciam, positiva ou negativamente, o cuidado com o paciente e também o desenvolvimento de responsabilidades quanto ao impacto de suas próprias atitudes.

Os resultados obtidos quanto ao aspecto da relação médico-paciente mostram que 100,0% (41) dos egressos avaliaram que o curso contribui positivamente para isso, sendo que destes, 22 (53,7%) consideraram que forneceu muita base e 19 (46,3%) que apenas

forneceu uma base, demonstrando a convergência do processo de ensino-aprendizagem adotado pela Famema com o exposto acima.

Quanto à contribuição do curso para o egresso atender às pessoas nas dimensões biopsicossociais (figura 9), a maioria, 97,6%, avaliou como positiva, sendo que 21 (51,2%) consideraram que apenas contribuiu, 19 (46,3%) que contribuiu muito e apenas um (2,4%) assinalou que não contribuiu.

São princípios do SUS a universalidade, a equidade e a integralidade. A integralidade reconhece o homem como um ser integral e, portanto, o cuidado planejado e a ele dispensado deve abordar suas dimensões biopsicossociais.

De acordo com Campos (2005), para que a atenção básica em saúde possa atingir a capacidade de resolver os problemas de saúde, “recomenda-se tomar o sujeito em sua família e em seu contexto econômico, social e cultural, bem como envolver os usuários tanto na gestão do sistema de saúde, quanto na construção de sua própria saúde”. Essa abordagem do indivíduo está diretamente relacionada ao modelo de atenção proposto pelo SUS e, neste caso, para alcançar a integralidade do cuidado é necessário mudar do modelo clássico biomédico, avançando para o biopsicossocial e holístico (GRILO, 2005).

O Programa de Saúde da Família passa, então, a ser a estratégia definida para a efetivação deste novo modelo de atenção, a que a Famema aderiu seus estudantes. Dessa forma, podemos inferir que o curso oferecido pela Famema contribuiu efetivamente na formação destes egressos para desenvolver um olhar integral no cuidado individual e coletivo.

Nossos achados concordam com o estudo de Campos (2006), que, avaliando a percepção dos estudantes de medicina sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação, obteve dados semelhantes. Os estudantes referiram que, após o estágio, passaram a dar mais importância aos aspectos biopsicossociais e econômicos dos pacientes, avaliando cada um como um ser integral.

A Tabela 4 resume os resultados referentes à percepção do egresso quanto à contribuição do curso para o desempenho da sua prática profissional (escala de 1-5, sendo 1: resposta francamente negativa, e 5: resposta francamente positiva, comparação das médias, média, desvio-padrão da média, número de respondentes e nível da percepção dos egressos em porcentagem).

Tabela 4. Percepção do egresso sobre a contribuição do curso para a prática profissional

QUESTÃO	Score médio (±DP) (n=41)	% (**) n=41
O curso o(a) ajudou a trabalhar com pessoas de diferentes gêneros?	4,4±0,6	97,6
O curso o(a) ajudou a trabalhar com pessoas em diversas fases/ciclos de vida?	4,5±0,6	97,6
O curso contribuiu para você realizar uma anamnese no sentido de diagnosticar/conduzir um caso?	4,6±0,5 (*)	100,0
O curso contribuiu para você realizar um exame físico no sentido de diagnosticar/conduzir um caso?	4,5±0,6	95,1
O curso o(a) ajudou a buscar alternativas para a resolução de um caso não vivenciado durante a sua graduação?	4,2±0,6	97,6
O curso o(a) preparou para iniciar a atuação como profissional de medicina?	4,2±0,5	97,6
O curso o(a) preparou para trabalhar em equipe multiprofissional?	4,3±0,6	97,6
O curso forneceu uma base para que você estabelecesse relação médico-paciente?	4,5±0,5	100,0
O curso contribuiu para você atender às pessoas, considerando as dimensões biológica, psicológica e social, de forma integrada?	4,4±0,7	97,6

(*) resultado significante entre as turmas p=0,018

(**) juntou-se o limite superior de respostas positivas

Observou-se que os egressos avaliaram positivamente a contribuição do curso na maioria dos itens pesquisados (escores médios entre 4 e 5 e 95 a 100%) e, segundo a percepção destes, o curso contribuiu, de maneira significativa, tanto para a formação, como para a vida profissional.

6.2. Análise qualitativa

6.2.1. Descrição das entrevistas com os egressos de 2003 e 2004

6.2.1.1. Incidente na formação

A maioria dos egressos de 2003 conseguiu se lembrar de um fato, momento ou situação que para ele teve, de alguma maneira, um significado positivo. Porém, alguns egressos não conseguiram buscar espontaneamente uma recordação ou lembrança marcante, tanto positiva como negativa.

Como aspecto semelhante quanto ao incidente positivo, foi identificado, entre os discursos dos egressos de 2003 e 2004, o fato de algumas áreas do estágio curricular terem favorecido sua opção profissional “... *estágio prático foi fundamental para minha escolha como psiquiatra*” (Carmem). Em outro, a vivência no cenário contribuiu para que ele desistisse daquela área, “...*eu desisti da cirurgia ali, e resolvi fazer psiquiatria [porque] eu aprendi muito a pensar no paciente*” (Aurora). A mesma referência apareceu como incidente negativo em outro cenário, em que o conflito entre professor e estudante fez com que este último perdesse “... *um pouco a vontade de trabalhar em saúde pública, em posto de saúde*” (Carmem).

Para os egressos de 2003, os momentos do próprio processo ensino-aprendizagem foram bastante lembrados como um incidente positivo durante a graduação e valorizados para uma boa formação médica “... *o buscar o seu conhecimento*” (Aline), “... *você estuda fisiologia, com anatomia, com clínica, isto é perfeito*” (Amaro).

Para os egressos de 2004, a dificuldade de adaptação ao método, apesar de causar sofrimento no início do curso, foi identificada como provocadora de mudanças pessoais e incentivo aos estudos, sendo mencionada como um aspecto positivo. Identificaram que os conteúdos teóricos foram bons, apesar de algumas deficiências quando comparados com colegas de outras escolas. Na prática, porém, são melhores. Outro aspecto positivo, para eles, foi a unidade de eletivo a partir da segunda série, pois tiveram a oportunidade de fazê-lo em lugares diferentes, favorecendo a possibilidade de escolha profissional.

O desenvolvimento de monitoria na área de informática em saúde contribuiu para busca de artigos e elaboração de seminários e a oportunidade de desenvolver um projeto de pesquisa referente à ética médica patrocinado pelo CRM também foram aspectos apontados como positivo.

Atividades de comunicação e de anamnese desenvolvidas na unidade de habilidades profissionais possibilitaram discernir os sentimentos pessoais e os problemas dos pacientes. O contato com os pacientes desde o primeiro ano facilitou a prática em termos de exame físico.

Outro aspecto relatado foi o de ter alguns modelos positivos de professores "*... ele falava de medicina como um sacerdócio, como uma arte, tem a ciência muito embasada*" (Cristiano).

Os egressos de 2003 lembram como incidentes negativos a distribuição dos conteúdos ao longo das séries e a postura de alguns tutores como aquele que "*... dormiu a tutoria inteirinha*" (Aline) ou aquele que, não sendo um especialista ou médico, não conseguiu entender a discussão dos estudantes, sendo o fato considerado ruim para o processo. A distribuição dos conteúdos em unidades fragmentadas foi contestada e considerada ruim, já que o estudante ficava sobrecarregado no segundo ano e perdia tempo no primeiro porque estudava muito pouco.

A literatura vem apontando que um dos limites dos cursos ancorados na ABP se relaciona à qualidade da discussão dos problemas que define as questões de aprendizagem (BARROWS, 1988; SCHMIDT, 1983; 1993) e ao papel do tutor como facilitador do trabalho em grupo tutorial (BARROWS, 1985). Desvantagens têm sido apontadas quando esse papel é exercido de uma maneira mais diretiva, predominando a interação tutor-estudante em detrimento da interação estudante-estudante (SILVER e WILKERSON, 1991) ou quando o tutor usa mais o conhecimento referente à sua área de especialidade durante as sessões de tutoria. Já o tutor que não domina um conteúdo específico usa mais sua habilidade de facilitador (SCHMIDT et al., 1993). Outros autores têm mostrado vantagens do tutor ser um detentor do conhecimento específico, pois os estudantes direcionam o dobro de seu tempo com a elaboração de questões de aprendizagem, com o estudo auto-dirigido e produzem mais questões de aprendizagem, sendo essas mais congruentes (EAGLE; HARASYM e MANDIM, 1992; SCHMIDT et al., 1993).

Para os egressos de 2004 aparecem, como aspectos negativos, o "*... radicalismo do PBL*" (Celso), não proporcionando atividades teóricas e a falta de professores para supervisão do estágio, sendo necessário utilizar médicos do serviço de saúde não vinculados à faculdade.

Outro ponto destacado é a exigência excessiva de professores com relação a um conteúdo específico durante as discussões em grupo, levando a um estímulo negativo, pois

“... ao invés de [o professor] fazer o estímulo ser positivo, de [o estudante] estudar, foi justamente o contrário” (Cristiano).

O fato de a faculdade exigir muito levou à angústia e o estudante “... ficar perfeccionista [não sabendo se] isso é próprio do curso ou do método” (Clóvis) e, portanto, houve a necessidade de buscar acompanhamento psiquiátrico.

A Unidade Interação Comunitária e a avaliação foram relatadas de maneira divergente entre os egressos. Ora lembradas positivamente, ora negativamente. A possibilidade de “... pôr a mão no doente desde cedo” (Amaro) e a inserção na comunidade por meio dessa unidade, “... principalmente no quarto ano” (Alberto) foram apontadas como experiências positivas, possibilitando uma aprendizagem significativa. Por outro lado, nas duas primeiras séries, essa unidade foi lembrada negativamente, como uma unidade que não serviu para nada, em que os estudantes não assimilaram nenhum conhecimento, nenhuma aprendizagem. Além disso, foi apontada como desarticulada com as outras unidades da série, sem propiciar “... um cenário de aprendizado feliz” (Antenor).

O tema avaliação também foi lembrado, ora como uma experiência positiva, ora como negativa. O aspecto positivo da avaliação relatado foi o Objective Structured Clinical Examination (OSCE), em que o estudante passava “... por várias estações, de pediatria, clínica médica, cirúrgica” (Alice), tendo sido muito importante para a formação médica desses egressos. Mesmo retratando a avaliação como um aspecto positivo, houve ênfase no aspecto somativo da avaliação, frisando a necessidade de um “... caráter de reprovação” (Alice), de “... ter nota vermelha, [de ter que] ir para exame, estudar de novo, porque [o estudante] tem que saber que não vai passar de qualquer jeito, senão não se forma médico” (Amaro).

O aspecto negativo da avaliação foi referido de duas formas. Uma foi com relação às avaliações das unidades que ainda era um processo imaturo, sem caráter sistematizado do conteúdo das unidades, com constantes mudanças de regras durante as séries. Outra retratação negativa foi quanto a uma situação constrangedora à qual o estudante foi submetido, quando pego de surpresa ao realizar uma avaliação no OSCE gravada e filmada, sem aviso prévio e sua autorização. Este fato foi apontado como uma experiência ruim que trouxe prejuízos ao processo avaliativo.

Para os egressos de 2004, um fato destacado como negativo eram as provas desenvolvidas de forma muito espaçada, por meio das quais não se sentiam “... cobrados” (Carla) e, desta forma, acumulava-se muito conteúdo.

6.2.1.2. Trajetória profissional

Em relação à trajetória profissional dos egressos de 2003 e 2004, foi relatada a busca pela residência médica, sendo citada a tentativa em vários lugares, havendo a possibilidade de escolha. Apareceu referência à dificuldade de entrar na residência logo no primeiro ano aqui na Famema, com algumas tentativas frustradas nesse mesmo local, “... porque eu fazia pontuação na residência, não para entrar na clínica, mas eu entrava em todas as outras residências, todas as outras especialidades e isso foi muito frustrante. Essa concorrência é desleal” (Cristiano).

Houve referência à realização de curso preparatório para o exame de residência. Referiram o início de sua vida profissional concomitante à residência, havendo a necessidade de conciliar plantões (pronto-socorro, UTI, clínica) com as atividades da especialidade, justificando esse trabalho extra para sanar gastos com a formatura, para sustento próprio e também como uma reserva para o início da atividade profissional futura.

Nos dois primeiros anos, geralmente os egressos trabalharam como plantonistas em urgência e emergência, atendendo crianças, adultos e idosos. Ao final desses dois anos, já começaram a trabalhar na especialidade escolhida, mesmo sem terminar a residência. Ao término da residência, apontaram a inserção profissional em áreas afins e atividades profissionais intermediárias (ainda plantões em pronto socorro) enquanto não conseguiam trabalhar com a especialidade de escolha.

As tendências que apareceram nas escolhas do local de trabalho são a volta à sua cidade ou região de origem, a permanência na região onde realizaram a residência ou, ainda, a volta à Famema como integrante do seu quadro de funcionários. Essa trajetória, aliás, já se concretizou para dois desses egressos e outro profissional mantém forte esse desejo de ser, futuramente, um docente da Famema.

Nesse início de vida profissional vários referiram ter mais de dois empregos, muitas vezes em duas ou três cidades diferentes, fazendo clínica ou atuando na especialidade de escolha.

O exercício constante de busca de conhecimentos tem-se refletido na leitura rotineira de periódicos científicos de especialidade médica, acesso às matérias eletrônicas, na ida a congressos para atualização, na realização de cursos mais especializados e na busca de uma pós-graduação. Relataram também a realização de trabalhos científicos.

6.2.1.3. Avaliação do curso

Os egressos de 2003 e 2004 avaliaram o curso da Famema como um curso muito bom que forma um médico para atuar em vários cenários como ambulatório, rede básica,

pronto-atendimento etc. Como médico generalista, o curso tem dado subsídios para que o profissional consiga discutir as várias especialidades como “... *nefro, endócrino, hemato* [a fim de] *conduzir um início de tratamento*” (Amaro). Considerado como um curso diferente, que, no começo, era de difícil adaptação e trazia insegurança aos estudantes, ao final reconheceram que saíram com uma boa formação, tanto teórica como prática, abordando o paciente de forma geral, tratando todos os problemas, “... *não só de saúde, mas ajudando na parte social e psicológica*” (Camilo); que ajudou não só a torná-lo um profissional, mas um “... *médico de uma maneira um pouco mais completa*” (Camilo).

Apontaram que a precocidade do contato com o paciente, “... *a teoria direcionada para o doente*” (Amaro) e a “... *formação humanitária*” (Alberto) foram aspectos importantes para o exercício da sua profissão contribuindo para um atendimento e uma relação médico-paciente pautados em princípios éticos. Assim, “... *o curso que eu tive [foi] um diferencial em relação aos outros alunos, [fez] muita diferença e isso chama muito a atenção. Os pacientes gostam, preferem meu jeito de atender*” (André). O curso também contribuiu para uma formação em que o paciente deve ser visto de maneira integral, olhando além da doença. “*É necessário, ampliar a questão. De repente ele está preocupado com, sei lá, com o trabalho ou com alguma outra questão, família, e aí não é a doença que o está preocupando naquele momento ou, às vezes, a doença é gerada por essa outra preocupação. Eu acho que atender à pessoa de forma integral, ouvir qual que é a necessidade dela, o que a está angustiando naquele momento e ter essa relação de confiança*” (Cristiano).

A metodologia da aprendizagem baseada em problemas (ABP) também foi avaliada positivamente. Gostaram muito das estratégias e princípios do método como o aprender a aprender, a busca constante das informações e a possibilidade de autogerir seu tempo para o estudo e para a formação complementar, sendo que o “... *poder estudar no seu ritmo, faz o PBL ser fantástico*” (Alberto). O curso forneceu subsídios para estudar, saber buscar quando há dificuldades “... *um pouco mais de curiosidade e sabem se virar sozinhos*” (Celina). Foi apontado que o método tem suas limitações, como também tem o tradicional, mas de modo geral, ajudou. Foi reforçado também que depende muito de o estudante ser interessado para aprender mais.

Outro aspecto avaliado foi em relação à abordagem multidisciplinar e a convivência com outra profissão (enfermagem), possibilitando à valorização de outros profissionais ligados a saúde.

Embora tenham referido insegurança relacionada mais aos conteúdos das disciplinas básicas, depois de formados, perceberam que o curso tinha conseguido alcançar os objetivos propostos, apesar de, quando estavam cursando a graduação, acharem que “... *não ia dar certo*” (André).

Um grande diferencial apontado foi em relação a profissionais formados em outras escolas, principalmente no ensino tradicional. O egresso da Famema consegue fazer “... *coisas que talvez não [conseguisse fazê-lo] se tivesse saído do tradicional*” (Aurora), como a desenvoltura e segurança ao tratar com o paciente, o eterno aprender a aprender, pois o “... *aluno do PBL sai sabendo que vai ter sempre que estudar*” (Aurora). A facilidade com que questionam e discutem com seus gestores e docentes, a certeza de chegarem à residência bem preparados e a avaliação externa positiva, tanto do egresso como da própria faculdade, caracterizaram essa fala.

Os egressos referiram que, convivendo com outros graduandos, no momento, consideraram que seu curso foi melhor do que o atual em relação a dois aspectos: a forma de avaliação e a junção da interação comunitária com as habilidades profissionais. Foi exemplificado que os graduandos, quando passam no pronto socorro, “... *têm dificuldade de focar o problema, misturam com um problema crônico que o paciente já tem e, desta forma, não conseguem dar resolubilidade, até porque, às vezes existe a dificuldade de fazer o diagnóstico*” (Clóvis).

Os egressos reconheceram vários aspectos importantes, na sua prática do dia-a-dia, mesmo na especialidade, que foram adquiridos durante a graduação e não durante a residência. A integração biopsicossocial que durante a formação era vista como um exagero dos tutores e dos responsáveis pela construção dos problemas, passou a ser olhada e entendida de maneira bastante diferente. “*Tratar o doente e não o exame, ser especialista do paciente, não da doença e tratar o paciente*” (Alberto) como se fosse alguém da própria família foi um aprendizado que só foi possível nesse currículo. A prática durante o curso médico na Famema também foi referenciada como “... *maravilhosa*” (Aline), sem comparação com a de outras faculdades. A Famema conseguiu formar um médico generalista, “... *capaz de enfrentar qualquer tipo de serviço*” (Amaro), sem medos ou receios, e essa formação tem colaborado para o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, contribuindo com a adesão ao tratamento. A visão ampliada do sistema de saúde e do processo saúde-doença também foram diferenciais na prática cotidiana, em que o trabalho interdisciplinar, tão explorado ao longo das séries, e uma relação médico-paciente mais humanizada foram “... *extremamente diferenciados*” (Aline).

A prática na interação comunitária da quarta série mais uma vez aparece como um ponto muito positivo, pois foi nesse momento que o estudante “... *aprendeu a interagir, a conversar, a ver [a importância] das reuniões da equipe*” (Aurora). O trabalho com a população carente, com a classe social baixa, ajudou muito para saber lidar com essa população.

O aprender a aprender, um dos princípios da ABP, deu “... *muita segurança [para o estudante/médico sair] preparado para resolver problemas, [para ir] atrás, resolve [r],*

procura[r], não ficar dependendo de outras pessoas” (Aurora) para fazê-lo por ele. A faculdade ajudou “... *principalmente a aprender a pesquisar mesmo, a aprender sozinha, a buscar informações (...) e também a juntar tudo, estudar as coisas junto a um caso clínico*” (Cristina). Esse método contribuiu para esse médico ser mais ativo, questionador, não aceitar tudo o que um docente lhe diga, nem concordar sempre com ele. Ser, verdadeiramente, mais crítico e reflexivo. A busca constante de novos conhecimentos não somente em livros textos, mas em artigos científicos é uma habilidade que se sobressai entre os egressos da Famema, contribuindo para um melhor raciocínio clínico.

Na opinião dos egressos quanto à Famema promover o aprender a aprender, essa metodologia se articula com as conclusões de vários artigos que avaliam positivamente os cursos que utilizam a ABP. Os estudantes formados por esse modelo pedagógico revelam ser capazes de ter uma aprendizagem auto-dirigida, facilitando o seu constante aperfeiçoamento (BIRGEGÄRD e LINDQUIST, 1998; FINUCANE, JOHNSON e PRIDEAUX, 1998; STEELE, MEDDER e TURNER, 2000; JONES, MCARDLE e O’NEILL, 2002).

De modo geral não houve a identificação de limite na prática profissional como “... *limite no atendimento e no exame físico*” (Carla). Entretanto, apareceram limites do processo de formação como o papel do tutor. Tutores mal preparados para a função de facilitador trouxeram prejuízos para o trabalho no grupo de tutoria quando o problema proposto não foi devidamente explorado. Referiram também o fato de os tutores não serem da área médica, o que facilita a construção de conhecimentos errôneos, mas salientaram que foi possível corrigi-los no quinto e sexto ano. Foi reforçada a necessidade de o tutor ter que “... *vestir a camisa*” (Celina), ser envolvido, interessado e que o mesmo pode até não ser da área médica, mas tem que ser interessado, alavancar a discussão e cobrar o estudo dos estudantes.

Para os egressos de 2003, outro limite apontado foi a própria insegurança para exercer a profissão de médico, mas não que após a residência se sentiram completamente formados e capazes. Como a medicina, por ela mesma, é uma eterna busca de novos conhecimentos, reconheceram que a formação que tiveram, nessa metodologia ativa contribuiu para que superassem esse limite e fossem capazes de “... *buscar o próprio conhecimento, [de] buscar novas maneiras para melhorar a prática, [apesar das] limitações pessoais e das limitações da estrutura de onde [o profissional] está trabalhando, mas o importante é tentar manter o nível mínimo de qualidade na prática onde quer que seja e não se sujeitar a trabalhar em condições que não [sejam] adequadas*” (Antenor). Convém ressaltar, entretanto, que esse limite de falta de conhecimento não é somente do estudante em ABP, é de todos os médicos e o importante é a capacidade de busca e de discussão dos casos com a equipe de saúde no seu local de trabalho.

Foi apontada a desilusão com a profissão médica, em que a concorrência leva à “... *deslealdade médica profissional*” (Amaro) e que esse enfrentamento não foi mostrado nem discutido com os estudantes durante a graduação. O ideal mostrado na faculdade que o médico deve atuar nas áreas de promoção da saúde e na prevenção e cura das doenças parece desaparecer no mundo do trabalho, em que a medicina se tornou uma máquina de produzir “... *doença para vender saúde*” (Amaro).

Já os egressos de 2004 identificaram outros limites como o preconceito que outras escolas têm em relação ao estudante ter sido formado neste método, por não terem tido aulas convencionais. Foram sinalizados como importante para orientar e facilitar o estudo, a inclusão de algumas aulas, especialmente do conteúdo das matérias básicas e o acompanhamento de professores especialistas em aulas tradicionais e conferências. Quanto às áreas básicas foi apontada a necessidade de inclusão de atividades práticas. Foi enfatizado que essas áreas não foram valorizadas, que tiveram dificuldade de integrarem a básica com a clínica, tendo que “... *aprender fisiologia na raça*” (Cristiano).

Para os egressos, o curso de graduação se dividiu em dois, sendo que, do primeiro ao quarto ano, trouxe uma visão bastante abrangente e no internato ocorreu a teoria e a prática intra-hospitalar. Reforçaram que, apesar de terem tido nos anos anteriores várias atividades práticas, foi só no internato que conseguiram integrar esses conhecimentos.

A avaliação, enquanto limite, foi relatada como a necessidade de haver mais cobrança nas provas para melhor verem suas deficiências e, desta forma, melhor se prepararem. Lembraram que, em função disto, vários estudantes foram fazer cursinho para prestar residência. Em contraponto, foi identificado que tanto a teoria como a prática foram bem exploradas, ainda que tenha faltado maior integração entre elas.

Outro aspecto apresentado foi a falta de atividades de iniciação científica e o pouco investimento na pós-graduação. Referiram que os poucos trabalhos científicos desenvolvidos deveram-se ao esforço do estudante e por encontrarem uma “... *abertura*” (Carla) maior com o pessoal das cadeiras básicas.

A partir dessa lógica avaliativa realizada pelos egressos sobre a graduação na Famema, eles apontaram duas grandes recomendações: uma introdução às disciplinas básicas como anatomia, histologia etc. antes do início das unidades e ampliação da prática. O que ficou fortemente evidenciado foi a insegurança, nas duas primeiras séries, em discutir os conteúdos básicos, pois “... *é mais fácil discutir clínica, fisiopatologia e tratamento do que anatomia e histologia*” (André) nas sessões de tutoria. Também foi apontada a necessidade de fortalecer a integração básico-clínica, pois apareceu uma recomendação para que os estudantes “... *não deixem de estudar a base (acentuando as palavras), [porque] não adianta [o estudante] querer ver o cara cirrótico, se [ele] não sabe como funciona o fígado*”. (Cristiano).

Finucane, Johnson e Prideaux (1998) mostraram que os médicos egressos de cursos com ABP revelam ter adquirido menos conhecimentos das áreas básicas. Entretanto, Antepohl e Heizig (1999) encontraram evidências de que egressos desse tipo de curso são mais bem preparados para pôr em prática conceitos das ciências básicas do que os oriundos de cursos tradicionais.

A importância da integração teoria e prática foi refletida na ênfase com que apareceu referência à positividade de se “... *colocar a mão no doente desde cedo*” (Amaro) e ao “...*contato espontâneo*” (Aurora) com as pessoas e a comunidade ao falar da unidade de interação comunitária da quarta série. Essa unidade foi avaliada negativamente nas duas primeiras séries do curso, quando seu objetivo era totalmente desvinculado das outras unidades, sem foco na prática e na própria comunidade, tornando-se uma “... *experiência ruim que não acrescentou nada*” (Aurora) para o aprendizado do estudante. Já as atividades desenvolvidas na quarta série, em que o estudante passava a integrar o dia-a-dia de uma UBS e de uma USF, aprendendo a partir dessa prática, proporcionaram uma interação natural com a comunidade e com os outros profissionais de saúde, especialmente com os estudantes de enfermagem. Como para esses egressos a tão almejada integração teoria e prática só teve significado a partir da quarta série, outra recomendação foi aumentar o tempo das práticas profissionais com os pacientes, não somente dentro do hospital, mas também nos ambulatórios e nas unidades básicas.

Para ampliação dessa prática houve referência à necessidade de se fortalecer o internato no sentido de maior responsabilidade e compromisso, não somente do estudante, mas também do preceptor. Haveria a necessidade de assumir integralmente o paciente e não deixar para aprender na residência. Porque “... *não sei se é cultural, mas tudo deixa para a residência. E agora tem, com esse maldito Medcurso, cursinho, que faz o quê? Doença, doença, doença, doença, doença, doença, doença, doença, doença* (8 vezes, estralando os dedos). *Do-en-ça! Eu estou cansado de ver doença. Na verdade, medicina, eu falo para todo mundo: medicina é muito fácil. Tratar doença é fácil. Pega a doença e estuda. Quero ver a doença nesse [indivíduo], a doença naquele [indivíduo], que ela muda de cara. E você só aprende isso na hora que você está junto com o paciente, que é aquela coisa da beira do leito. E eu acho que tem que resgatar isso. Os melhores estágios que o pessoal avalia são os estágios que os docentes estão presentes na beira do leito, para aprender junto com o paciente*” (Cristiano).

Também houve referência à necessidade de conhecer e aprender sobre administração clínica hospitalar e de a avaliação da prática profissional ser mais exigente.

Sinalizaram a necessidade de contemplarem mais no currículo o atendimento a emergências, a medicina preventiva e a medicina baseada em evidências. Esta última,

sendo apontada como importante para o início do curso a fim de orientar suas buscas e “... *não gastarem dinheiro com xérox de artigo ruim*” (Celina).

Foi apontada a necessidade de fortalecer o diretório acadêmico, de ter a participação do estudante no processo de ensino, construir uma relação conjunta de responsabilidade e compromisso.

Os resultados obtidos na presente avaliação podem atestar que a Famema se encontra no caminho para lidar com o desafio apontado por Campos (1999), que é o de reformar saberes e práticas para reorientar tanto a clínica quanto a saúde pública. Segundo o mencionado autor, os cursos de Medicina deveriam se voltar para a formação de médicos capazes de resolver problemas de saúde, integrar-se em equipes multiprofissionais, reconhecer as determinações, sejam sociais, subjetivas e biológicas, da saúde/doença, elaborar planos terapêuticos articulados a essas determinações, construir vínculos e assumir responsabilidade em lidar com a cura e a reabilitação dos seus pacientes.

6.2.1.4. Relação médico-paciente

A relação que esses médicos egressos da Famema têm com seus pacientes é pautada no respeito, no diálogo, na confiança, em uma comunicação efetiva, em um “... *atendimento humanizado*” (Amaro) e sobretudo no vínculo.

O respeito do médico para com o paciente reside na capacidade de ele saber ouvir, dar liberdade ao paciente de perguntar todas as suas dúvidas, pois “... *o paciente precisa saber o que vai ser feito. [Na verdade é] obrigação do médico explicar*” (Alberto) o que está fazendo, o porquê vai fazer. O paciente tem o direito de “... *opinar [sobre] o tipo de tratamento que ele vai ter [porque o paciente], não tem obrigação de saber o linguajar [médico. O paciente] se sente muito bem quando sabe [sobre seu diagnóstico, sobre seu tratamento, sobre tudo o que vai ser realizado. Assim,] ele participa ativamente [do seu tratamento]*” (Aline).

Deve existir também o respeito do paciente pelo médico, “... *não daquela forma divina, [mas porque] ele confia [no médico] e não porque ele tem medo*” (Alberto).

Ficou claro, quando os egressos falaram dessa comunicação com o paciente, que o “... *mais importante para um atendimento é saber o motivo pelo qual ele procurou [o médico]. Muitas vezes são queixas implícitas que envolvem outras questões que vão além [da queixa inicial. É importante em primeiro lugar] se ater no interesse do paciente e não do [médico] ou do sistema, [pois somente desse modo o médico vai conseguir] identificar as necessidades dentro das dimensões [biopsicossociais]*” (Antenor).

Nessa relação, “... *o cumprimentar, o dizer seu nome, o conversar, o olhar no olho do paciente*” (Alberto) é o que vai fazer a diferença. É o que vai trazer respeito e confiança. E

assim, essa troca se torna positiva, principalmente quando o paciente percebe todo o empenho do médico para resolver aquele problema, mesmo que ele não o consiga. Ao relatarem essa relação que buscam com seus pacientes, muitos egressos ficaram emocionados ao perceberem o quanto conseguem colocar em prática essa relação ética que tanto discutiram ao longo do curso médico. Entretanto, surgiu referência quanto ao “... meio, [o sistema de saúde] que obriga a distorcer” (Amaro) essa relação. O atendimento nesse sistema por demanda espontânea cria um vício de atender muitos pacientes no menor tempo possível para resolver o problema da maneira mais eficiente. Mesmo com a formação que tiveram e reconhecendo que saíram preparados para prestar esse tipo de assistência, sentem-se pressionados a não agirem assim, pois “... o médico ao lado não faz isso, então você destoa, você não consegue, e então, a adesão [do paciente] vai ser muito baixa” (Amaro). Por outro lado, houve referência também à falta de respeito do médico para com o paciente do sistema público, pois como ele ganha “... pouco por consulta [no posto de saúde], ele [acha que] não tem que atender [o paciente] bem e isto está errado, porque o médico está trabalhando lá porque quis, ninguém trabalha obrigado” (Alberto).

Além desse fato, no sistema público, referiram que “... o doente é iletrado, é inculto, [que] ele não entende o que [o médico] fala, [mesmo] abaixando o nível da conversa e explicando várias vezes” (Amaro). Contrastando com o consultório, onde o médico “... tem mais tempo” (Amaro), é outra conversa, porque lá o paciente sabe ler, tem estudo, compreende o que o médico diz. “Por que aí [na] conversa, eu me faço entender. Aquilo que eu planejei de medicamentoso e não medicamentoso, eu me faço entender e aí acontece” (Amaro). Diferente com a população de baixa renda que não consegue seguir adequadamente um tratamento porque essas “... pessoas precisam de alguém que as pegue pela mão. A estrutura social permite que a pessoa siga tudo [que o médico propõe] e na baixa renda não” (Amaro).

Outro aspecto referido a essa relação foi a desvalorização “... da profissão de médico pela população, [destacando que saem] do sexto ano com uma idéia muito utópica da medicina. Eu tinha a idéia de que iria ser um bom médico, ia fazer diagnósticos brilhantes e que ia conseguir salvar muita gente” (Clóvis). Quando se chega ao serviço (pronto-socorro), o próprio sistema e a quantidade de pacientes para atender levam a uma rotina em que o médico “... mal tem tempo de olhar na cara do paciente, (...) é estresse o tempo todo, é paciente só reclamando. Eles não vêem que a situação do médico também é complicada e que a gente não tem culpa nenhuma. O serviço de saúde é que é assim no Brasil, mas a culpa acaba caindo só em cima da gente. [Destacou com muita ênfase que] a relação médico-paciente hoje é consumo” (Clóvis).

Quando se referiram ao fato de conseguirem estabelecer uma boa relação com o paciente apareceu, com ênfase, a capacidade de fazê-lo. Apenas um residente da radiologia

relatou dificuldade, pelo pouco contato com o paciente. Para cuidar, o médico tem que “... *estabelecer um vínculo com o paciente*” (Alice) para poder tratá-lo. O médico pode ter “... *100% de prática e de teoria, mas se não [houver] vínculo [ele] não vai [ter adesão do paciente ao tratamento proposto]*” (Alice). Também é importante o saber ouvir, dar atenção, conforto, destacando que, quando o fazem, o médico consegue fazer “*o diagnóstico, ganhar a confiança, o respeito, consegue discutir os aspectos do tratamento e fazer com que [o paciente] se trate*” (Carmem).

Foi destacada também a importância de ver o paciente como um todo e de um atendimento individualizado no reconhecimento das suas necessidades de maneira integral, saber do quê o paciente precisa, “... *porque se fosse só tratar exame, não precisava [o paciente] vir [à consulta, era só] mandar os exames e o médico mandar uma cartinha falando que está tudo bem*” (Alberto). Diferenciaram sua relação com o paciente com a de outros médicos que “... *não olham mais no olho de seu paciente, porque já chegam com uma receitinha pronta para entregar*” (Alberto).

“*Proporcionar [que o paciente] tenha uma melhor qualidade de vida*” (André) a partir de um tratamento adequado foi também lembrado como primordial para o médico poder cuidar do seu paciente.

Reforçaram também a importância de se colocarem no lugar do outro, exemplificado, “... *tento me colocar no lugar do outro e quando me coloco (...) é um tapão na cara. E se fosse minha mãe tratando de pneumonia e não ter o antibiótico (...)? Então eu tento me colocar no lugar (...)*” (Celina).

A formação humanitária que os egressos atribuíram ao curso também tem sido apontada em várias avaliações internacionais. Maheux et al. (2000) mostraram que os estudantes de uma escola médica com currículo baseado na APB demonstram mais qualidades humanísticas do que os oriundos de escolas tradicionais. Prince et al. (2005) também encontraram evidências de que os graduados em ABP são melhor preparados em habilidades inter-pessoais e psicossociais do que os graduados em cursos tradicionais. Essas habilidades podem ser relacionadas a uma perspectiva humanista a ser integrada ao raciocínio baseado na anatomofisiopatologia. O sentido humanista atribuído ao curso de Medicina, por parte dos egressos, indica que os cuidados em saúde por eles almejados não caminham no movimento de tratar a pessoa como coisa, negando o seu estatuto de sujeito e considerando-a apenas a partir de um conjunto de necessidades padronizadas a serem atendidas por ações estandardizadas. Por outro lado, também não é desejado um cuidado que opere exclusivamente a partir de máquinas e procedimentos. Os sujeitos da pesquisa, em geral, vislumbraram uma lógica de cuidados em que se articula o uso das tecnologias com uma perspectiva que parte da escuta, passando pela gerência dos afetos, em busca de um comprometimento com a felicidade humana (DESLANDES, 2006).

O entendimento do paciente na sua integralidade e na sua concepção biopsicossocial ainda foi compreendido de maneira diferente pelos egressos. Sinalizaram o reconhecimento e o compromisso em saber das necessidades do paciente, que muitas vezes não é a doença ou o sintoma referido, mas as “... *queixas implícitas*” (Antenor) e o pensar e o raciocinar cada situação apresentada pelo paciente em termos desses três aspectos para que ele, médico daquele paciente, naquele momento, possa ter condutas integradas. Quando compreendem que “... *não [podem] só prescrever o melhor remédio, mas o melhor remédio para aquela criança que a mãe pode comprar*” (André) ou quando conseguem lidar com as ansiedades dos pacientes e tomam para si a responsabilidade de ajudar na aquisição de medicamentos, entendem, agora mais amadurecidos, como foram importantes aquelas discussões sobre a integração biopsicossocial retratada nos problemas. Tanto que se tornou espontâneo, rotina, de tanto que isso foi abordado na graduação. Reforçaram que o aprendido na prática é menos cansativo, porque “... *acham melhor aprender na prática do que aprender na tutoria (...), porque na tutoria, em todo problema, o tutor tem que puxar o lado psicossocial, que é muito cansativo*” (Caio).

Entretanto, para alguns, essas três dimensões foram confundidas com o trabalho multiprofissional. Ainda fragmentam o indivíduo quando colocam que o médico deve resolver a queixa do paciente. Os problemas sociais devem ser resolvidos por uma assistente social e os de ordem emocional por psicólogos ou psiquiatras. Assim, referiram que esse “... *atendimento global [abordando] o biopsicossocial é muito difícil. [O médico] não tem tempo, as pessoas não estão preparadas e o sistema de saúde não tem estrutura*” (Antenor), como uma assistente social ou um psicólogo para resolver esses problemas. Mesmo reconhecendo essa abordagem ainda limite a sua prática médica, “... *apesar de a graduação insistir [nesses aspectos, apontaram que] só com o tempo, só a prática constante vai acabar trazendo uma experiência maior nesse sentido, mas que mesmo com dificuldades [tentam] ao máximo [reconhecer] se existe limitações nessas três dimensões que estariam interferindo na conduta ou num tratamento*” (Antenor).

Apontaram que uma das dificuldades encontradas para a articulação das dimensões biopsicossociais é o próprio local de atuação, como o pronto-socorro e a ortopedia, devido à demanda e ao tempo de atendimento, mas conseguem fazê-lo, apesar de considerarem ser menos do que deveriam. Entretanto, apareceu em depoimento que mesmo em um pronto-socorro, o estudante da Famema, que discutiu de forma tão aprofundada o aspecto biopsicossocial, consegue ter uma conduta diferenciada, pois mesmo não sendo um local de atendimento primário o médico não pode dizer que não é problema dele “... *uma mãe chegou com uma criança com a técnica de amamentação inadequada. Eu não cheguei e disse: vai embora, você está dando de mamar errado para o seu filho. Eu falei que existem algumas técnicas, fiz uma cartinha para ela ser orientada na unidade de saúde básica ou de*

saúde da família. Respeitar o funcionamento do sistema é importante, porque no pronto socorro não é para resolver isso, mas eu não vou virar para a mãe e falar: você está fazendo errado e não é problema meu” (Cristiano).

Outro argumento sinalizado para justificar a dificuldade de articular essas dimensões foi a própria organização do sistema de saúde. No entanto, referiram o esforço de procurar *“... o máximo possível [se] policiar e tentar fazer as coisas como elas devem ser feitas, independente de estar no SUS ou não” (Celina).*

6.2.2. Descrição das entrevistas com os gestores/preceptores

6.2.2.1. Caracterização

Foram entrevistados 12 gestores, sendo 33,3% (4) do sexo feminino e 66,7% (8) do sexo masculino. A faixa etária dos gestores no sexo feminino variou dos 28 aos 32 anos e no sexo masculino entre 34 e 65 anos. Quanto à função que exercem, 50% (6) estão em Programas de Residência Médica (em Anestesiologia, em Clínica Médica e Medicina Interna, em Mastologia, em Medicina da Família e Comunidade, em Nefrologia Pediátrica e em Otorrinolaringologia), 41,7% (5), envolvidos no serviço com funções de diretor, coordenador de unidade, assistente e, 8,3% (1) não foi caracterizada a função.

No aspecto referente ao tempo que os gestores entrevistados conhecem o egresso, o mesmo variou de três meses a quatro anos nos envolvidos em Programas de Residência Médica e, de dois meses a um ano e três meses, quando inseridos no serviço. De um gestor não foi caracterizado o tempo de contato com o egresso.

6.2.2.2. Médico ideal x médico formado pela Famema

Nas entrevistas com os gestores, apesar de eles se referirem à sua área de atuação ou especialidade, observam-se nos relatos, semelhanças no perfil de médico ideal, em que surge a formação de um médico generalista, com conhecimentos da área clínica para realizar uma boa propedêutica, fazer um bom diagnóstico e ter uma conduta correta; ter iniciativa e bom senso. Ter um bom relacionamento médico-paciente, boa comunicação interpessoal, fazer atendimento humanizado, ter visão ampliada da assistência, colocar-se no lugar do paciente, considerando o seu contexto social e de vida. Realizar acolhimento, ser afetivo e ter paciência. Ter capacidade técnica de tomada de decisão e resolução de problemas, considerando o contexto em que atua e sua efetividade. Atender da mesma maneira às pessoas, independente da forma de remuneração para esse atendimento.

Um gestor em particular, além das características acima, destacou também a formação cultural e outro considerou o papel social do médico, do profissional que seja agente de mudança e tenha o entendimento das políticas sociais e de saúde do Brasil, do determinante social da doença e a medicina baseada em evidências como ferramenta para a sua atuação.

Destacou-se ainda dos relatos que o médico ideal deve ter uma visão ampliada da assistência, contemplando a concepção de gestão e de educação continuada como indispensáveis para atender à demanda do SUS. Deve ter, ainda, o entendimento deste Sistema e exercer o papel do profissional neste contexto, a efetividade na alocação dos recursos, oferecendo a melhor qualidade da assistência ao menor custo, respeitando os direitos dos pacientes.

Surgiu também que a formação clínica é imprescindível, mesmo quando se opta pela especialidade e que os médicos possam, além de realizar diagnóstico, ter a conduta correta, que não sejam negligentes e imperitos, saibam respeitar e confortar o paciente, tenham uma boa formação ética, postura profissional, bom relacionamento interpessoal e trabalhem em equipe.

Outra idéia que surgiu foi a de aplicação e a busca do conhecimento, a pesquisa, o questionamento da realidade e o estar preparado para lidar com situações complexas.

Conforme os relatos dos gestores, o perfil do médico formado pela Famema se aproxima do ideal. Relataram que os pacientes e os profissionais do serviço demonstraram satisfação com o trabalho do egresso no relacionamento com os colegas, os pacientes e funcionários. Perceberam que os egressos demonstram atenção e um cuidado diferenciado com o paciente e o seu contexto social, atendendo satisfatoriamente no que diz respeito às condutas, à parte técnica, com desenvoltura na clínica e na especialidade, sabendo avaliar o caso e tendo destreza no tomar a conduta correta. Apresentam adequada postura profissional, preparo para a pesquisa, mostram ter boa formação ética e são abertos a realizar e receber críticas.

Observou-se, em alguns relatos, o questionamento se o perfil desse profissional, quanto a determinadas atitudes, foi decorrente da formação acadêmica ou de sua característica pessoal, da formação da personalidade e de seu desenvolvimento. Consideram ser difícil essa diferenciação, correndo-se o risco de realizar uma avaliação tendenciosa. *“Os bons alunos sempre vão ser bons, [independente da escola onde vão estudar], os bons vão ser bem encaixados, vão passar nos concursos, através de provas, adquirir as posições que eles quiserem, enfim, vão ser bons de maneira geral”* (Danilo).

Surgiu também a idéia de que esse perfil possa ser decorrente da formação na residência médica que garante determinadas habilidades ou pelo seu pouco tempo de atuação no emprego, que leva ao desempenho no trabalho com dinamismo e boa vontade.

6.2.2.3. Atuação do egresso

Nos relatos das entrevistas, os gestores apontaram que foi possível ver a diferença na atuação do egresso da Famema quanto a segurança no atendimento, acolhimento, escuta, atenção, bom relacionamento interpessoal, responsabilização, vínculo, visão ampliada com coleta de dados adequada, capacidade de resolução de problemas, confiança e o reconhecimento por parte dos pacientes.

Outra idéia que surgiu é a do egresso, na sua atuação, ter a capacidade de trabalhar em equipe, de saber ouvir e discutir com outros profissionais.

No relato de um gestor surge que o egresso na sua atuação tem a capacidade de integração/articulação de conteúdos, articulação entre teoria e prática e resolubilidade, “... vê o problema de forma ampla, (...) Em contradição, aponta que, às vezes, fica aquém na parte teórica (...) faltando um embasamento mais aprofundado, (...) apresentando uma falha de conceito” (Dirce).

A utilização da medicina baseada em evidências na atuação do egresso não foi diferenciada da atuação do profissional formado no ensino tradicional, por um dos gestores entrevistados. Ele relatou que o egresso utiliza essa ferramenta, bem como os consensos, com propriedade, mas considera que nem sempre sua aplicação na prática é adequada.

6.2.2.4. O mercado de trabalho

Nos relatos das entrevistas com os gestores surgiu que a graduação não é suficiente para a formação médica e que há necessidade de se ter uma especialização para a inserção do egresso no mercado de trabalho. Num processo seletivo, certamente o egresso seria “... barrado” (Danilo) se na análise de seu currículo não contemplasse a especialidade médica.

Outro ponto destacado é que o tempo de inserção no trabalho é um fator determinante no desempenho do egresso. No início, o egresso está envolvido com o serviço, cumpre horário, tem disposição para o trabalho e com o passar do tempo se iguala aos demais, não estando disposto a se envolver, solucionar os problemas e não querendo se desgastar enquanto pessoa.

Outra observação obtida nos relatos é que o local de trabalho influencia na atuação do egresso, independente do tipo de formação que teve. No caso, o egresso com a formação para o atendimento humanizado está trabalhando dessa forma porque o serviço preconiza esse tipo de atendimento, surgindo o questionamento se médicos com outra

formação, tendo a mesma oportunidade, não poderiam agir da mesma forma. Foi pontuado que o que ocorre pode ser uma adaptação ao sistema.

Surgiu o aspecto da necessidade de as faculdades prepararem os estudantes para o mercado de trabalho, *“... o que é trabalhar como médico no dia-a-dia, que se fica preso ao hospital, hospital universitário, no estudo da residência médica. [Tendo que] ensinar a parte burocrática, a parte de papelada, do que é o plano de saúde, as vantagens e desvantagens de se inserir num plano de saúde, de como se comportar diante de pacientes particulares e como estabelecer a cobrança”* (Daniel) dos honorários médicos, para não ficarem à mercê dos planos de saúde e deste mercado.

6.2.2.5. A pesquisa

Outro aspecto abordado nos relatos das entrevistas com os gestores referiu-se à pesquisa em andamento. Parabenizaram e consideraram importante a avaliação que está sendo realizada, a identificação da inserção dos egressos no mercado de trabalho, a amostragem para promover uma reflexão do currículo que estão realizando, o que precisa ser alterado, aprimorado e quais os investimentos que precisam ainda ser realizados. Que o *feedback* dessa pesquisa é extremamente importante e válido para a reavaliação do curso, da grade curricular e até mesmo para saber se está *“... pecando ou não”* (Donizete).

Foi apontado que a pesquisa é de fundamental importância e que, para se fazer uma avaliação consistente, deve conter indicadores quantitativos, como, por exemplo, número de egressos fazendo residência. Ainda se a inserção na mesma foi na primeira tentativa ou não e em qual programa, se o programa de residência médica tem reconhecimento, qual a porcentagem de egressos que efetivamente se mantém enquanto generalistas e quantos partem para a especialidade. Deste modo *“... ter a informação adequada para a tomada de decisão, estabelecer uma repactuação de missão, visão, valores da instituição, justificando que essa informação possa ser usada para o bem ou para mal, porque depende muito da percepção do pesquisador, porque não é indicador, (...) são informações segmentadas. [Que] essa pesquisa qualitativa de fato se transforme em conhecimento, dê subsídios para o desenvolvimento do processo pedagógico, que ela seja compartilhada com a comunidade, e possa efetivamente usar dessa informação para dar insumo ao projeto pedagógico e contribua para as mudanças necessárias para que o egresso seja cada vez melhor”* (Donizete).

6.2.2.6. A Famema

Nos relatos das entrevistas com os gestores, foi observado que os mesmos abordam a Famema sob diversos aspectos: a Instituição em si voltada à assistência e ao ensino, os aspectos envolvendo a sua infra-estrutura, o curso de Medicina considerando a organização curricular e o processo ensino-aprendizagem.

Na Famema, o fato de propiciar que o professor fique mais próximo ao estudante foi pontuado como vantajoso, como positivo. Trouxe o aspecto humanitário nessa relação justificando que o professor consegue transmitir para o estudante a sua vivência pessoal, as formas de lidar com os problemas que são tão comuns no dia-a-dia, as frustrações e dificuldades. Surgiu no relato que há a percepção de que os egressos são acompanhados mais de perto, comparados com os de outras universidades. Foi apontada também a importância de os professores serem exemplos para quem está ingressando na carreira, que, se não houver médicos com perfil que sirva de exemplos, não adianta fornecer material, computador, internet, tecnologia. Tem que se ter preocupação com a formação ética, sendo esta valorizada. Voltar-se ao fundamento da medicina, entender que fazer medicina não apenas é ter *status* na sociedade.

Outro aspecto pontuado como muito importante foi o de o estudante se inserir nos cenários de prática desde o início da graduação porque é a possibilidade de ele ter uma orientação tanto do professor da faculdade quanto do profissional do serviço.

Foi apontado que o curso organizado de modo transdisciplinar forma o profissional, e que, além deste, ele forma um cidadão.

Surgiu também que todos os métodos de ensino e aprendizagem são adequados, só que uns são mais eficientes que outros, não tendo dúvidas que o processo ativo de ensino e aprendizado é mais eficiente, pois a ciência atualmente é revista periodicamente.

Um gestor em particular, por conhecer a Instituição, fez referência aos treze anos de estadualização e dez anos da implantação desse novo processo de ensino e aprendizado. Pontuou o avanço no entendimento da ciência da pedagogia, de como se dá esse processo de ensino e aprendizado, a melhora da capacitação do corpo docente, ou seja, mais mestres, mais doutores, alguns pós-doutores, sendo que, mesmo quem não se tenha inserido na pós-graduação, teve oportunidade de avançar na compreensão dos pressupostos educacionais. Considerou que, como houve um grande investimento no ensino, ocorreu um prejuízo na assistência “... *como esse processo de ensino e aprendizado recruta muitos recursos humanos, a questão assistencial ficou caótica. (...) Do primeiro ao quarto ano do curso de medicina já [se] avançou um bocado, [tanto] que, efetivamente, ofereceu-se a oportunidade do entendimento do processo de saúde e doença, da promoção da saúde, da busca ativa de informação, só que está faltando coadunar os problemas com a*

realidade enfrentada no dia-a-dia.(...) Muitas vezes com realidades complexas, não no sentido da dificuldade por si só, mas dos inúmeros fatores envolvidos e na tomada de decisão. (...) Atualmente os ambulatórios de especialidades trabalham de forma precária e a assistência intra-hospitalar é dramaticamente precária, ou seja, a qualidade que se está oferecendo está aquém” (Donizete), impossibilitando realizar um bom ensino-aprendizado tanto no internato quanto na residência médica. Relatou certo otimismo quanto a este contexto, justificando que ele está sendo discutido em todos os fóruns institucionais, considerando isso como primeiro passo para superação. Foi apontado também que “... quando se desenvolve o problema [de papel], existe espaço para que a cadeira básica contribua, mas de forma pontual e que, a discussão do problema, está sendo insuficiente, que, enquanto está no processo saúde doença, entendendo o determinante social da doença, a prevenção funciona bem, mas quando chega na ponta assistencial da doença o estudante está com dificuldades, [isso] tem atrapalhado a sua performance, havendo então a necessidade de promover uma discussão e [que] os estudantes tinham que ter noções sistemáticas de anatomia, fisiologia, patologia, farmacologia, ou seja, as disciplinas das cadeiras básicas, [questionando se] isso não seria um acréscimo ao processo e não entendendo o processo anterior [tradicional] como desprezível” (Donizete).

Foi apontado ainda que a Famema “... está no caminho certo, mas está estrangulada em termos de espaço físico, principalmente do setor hospitalar, que tem laboratório, setor de imagem, equipe médica e de enfermagem. [Surgiu também] a necessidade de uma biblioteca maior, com uma riqueza maior na quantidade de livros, um desempenho maior por parte do tutor e uma cobrança também maior sobre o aluno” (Denis).

Observou-se no relato de um gestor que “para quem está de fora, a faculdade é vista com uma imagem muito positiva, com comentários de outros egressos que falam com bastante carinho quando se referem à Famema, (...) porque mostra que grande parte dos anseios e expectativas que eles [egressos] tinham, em relação à faculdade foram preenchidos. (...) [A imagem desses egressos] é uma imagem de satisfação, de compromisso com a instituição. (...) Que todos os locais têm deficiências, mas acredita que as deficiências da Famema não foram importantes a ponto de deixar esses indivíduos ressentidos, magoados ou frustrados na formação” (Diogo).

Foi relatado também que a Famema é elogiada como um todo por outras instituições, mas que não é isso referente apenas aos egressos do currículo novo, no tradicional também havia elogios e que a Famema sempre foi bem vista, mesmo antes da estadualização.

6.2.2.7. Tradicional x Novo

Foi observada, nos relatos dos gestores, a comparação do sistema de ensino tradicional com o denominado novo sistema de ensino.

O sistema tradicional vem de uma cultura muito tecnicista e o novo traz o componente humanista, mas há a necessidade de conciliação. Não se deve descartar tudo que vem do tradicional, inclusive se deve refletir sobre ele, porque é dele que se está extraíndo a necessidade de construir esse novo. O ensino tradicional tem uma forma, ou o estudante se encaixa nela ou ele não serve, é tido como incompetente, é tido como um estudante que não tem vocação. E o sistema novo respeita isso, ele não tem uma forma pronta, o próprio estudante constrói a forma dele e vai evoluindo dentro desse processo.

Outro aspecto apontado foi que no tradicional, *“... a proximidade mediante o problema era maior na beira do leito, ou seja, no internato, que a intimidade com o paciente, a responsabilização ocorria com aquele que estava internado. Aguardava-se o assistente, depois esperava o livre docente e depois até que ia ao livro. (...) Atualmente os estudantes de 5º e 6º anos gostam de ter um número mais variado de leitos porque têm contato com o paciente desde o primeiro ano e isso cria nele uma autoridade, autonomia e domínio sentindo-se como um médico”* (Denis).

Foi pontuado também que a capacidade de pesquisa no sistema tradicional era muito menor comparada com a dos estudantes desse novo sistema de ensino.

6.2.3. Descrição das entrevistas com os usuários

6.2.3.1. Atendimento ideal x atendimento realizado

A idéia inicial nesta categoria era a de confrontar, nos depoimentos dos usuários, aquilo que ele considerava como ideal em um atendimento médico e a percepção que ele teve do atendimento que foi realizado. Isso tornaria possível identificar o que o usuário desejaria de um atendimento médico e aquilo que ele obteve no atendimento que acabou de receber.

Entretanto, o confronto entre o idealizado e o realizado é mais fácil nas situações nas quais o usuário tenha detectado falha no atendimento que acabou de receber, porém isso não aconteceu. Em todos os depoimentos, os usuários avaliaram positivamente o atendimento que tiveram com o egresso da Famema.

Vale destacar que alguns usuários até chegaram a tecer críticas ao atendimento médico. Entretanto estas críticas não foram direcionadas aos atendimentos realizados pelo egresso da Famema, mas sim a atendimentos anteriores, realizados por outros médicos.

Desta forma, ao invés de confrontar o atendimento idealizado com o realizado, foi feita uma descrição dos pontos que os usuários valorizaram durante um atendimento médico.

Dentre os pontos que os usuários participantes deste estudo avaliaram como sendo importantes para o atendimento médico, podemos destacar alguns relacionados às atitudes, como atenção, acolhimento, humanização no atendimento e outros técnicos, como realização de exame físico e boa anamnese, comunicação e solicitação de exames.

Visando a uma melhor organização deste processo descritivo, os aspectos valorizados pelos usuários durante uma consulta médica foram mencionados a seguir nos tópicos: atitudes médicas valorizadas pelo usuário durante o atendimento e aspectos técnicos necessários para um bom atendimento médico.

6.2.3.2. Atitudes médicas valorizadas pelo usuário durante o atendimento

Um dos depoimentos destacou que, em primeiro lugar, o médico tem que cumprimentar o paciente, pois existem alguns que, segundo o usuário, “... *nem na sua cara olham*” (Margarida) e pedem para entrar na sala e iniciam a consulta. Essa usuária relata que o egresso da Famema que a atendeu não procedeu desta forma, tendo sido educado durante a consulta.

Um dos usuários salientou não apenas o atendimento médico, mas também o atendimento desde o momento de recepção. Segundo essa usuária, se “... *você está bem vestido, você é tratado bem*” (Margarida), porém, do contrário, pode não receber um bom atendimento. Destacou ainda que é importante “... *ter algum tipo de convênio médico, nem que seja mais baratinho, mas tem que ter*” (Margarida).

Em um dos depoimentos salienta-se que o paciente “... *consegue perceber quando o médico está a fim de atender*” (Mariana), pois às vezes o paciente está falando e o médico não está nem olhando para o usuário.

Um bom acolhimento é um dos desejos do usuário durante o atendimento. Nos depoimentos foi possível observar que o egresso da Famema tem dado atenção a este aspecto. De acordo com o usuário “... *eu fui bem acolhido, ela [egressa] é uma pessoa muito doce*” (Maurício).

A relação médico-paciente foi bastante valorizada e os egressos da Famema conseguiram estabelecê-la de forma satisfatória: “... *mas o Doutor (...) eu não sei, não é por eu estar aqui não, é porque ele me conquistou, e conquistou, eu acho que todos os pacientes que estão aqui gostariam de ter um médico como ele está sendo. A gente, sabe, ele atende a gente, os pacientes, ele tem muito, não só um carinho, mas é como ele se interessa, ele busca longe, onde está o tratamento sabe... eu já fui em hospital que a gente*

não tem esse carinho, não vê aquele médico que se interessa pra ir fundo pra você, sabe, então, eu acho que é uma coisa que mexe muito com a gente” (Miriam).

Uma das usuárias entrevistadas era mãe de uma criança que recebia atendimento com o egresso da Famema e, de acordo com ela, um ponto básico é que para ser pediatra, o médico precisa “... *primeiro gostar de crianças*” (Marta). De acordo com o depoimento da mãe, nem sempre ela observa este carisma com crianças durante o atendimento médico. “*Os médicos de lá, assim, é como se tivesse atendendo um adulto, bem rigoroso, sabe, a criança tá fazendo bagunça, assim conversando, já reclama*” (Marta).

O carisma com crianças é tão importante para essa usuária que ela torceu para que fosse atendida pelo egresso da Famema, pois “... *ele é mais solto, todos os médicos são soltos sabe, mas ele, assim adora, pelo menos com o M., ele pega o... como é que chama aquele que tem o nome dele? O carimbo, ele deixa o M. se carimbar todo, carimba ele. Sabe, ele é muito carinhoso com as crianças*” (Marta).

6.2.3.3. Aspectos técnicos necessários para um bom atendimento médico

Um aspecto evidente nos depoimentos dos usuários é que eles valorizam bastante as atitudes do médico quando examina o paciente. Nos atendimentos com os egressos da Famema este aspecto foi elogiado, porém, nos relatos de atendimentos realizados por outros médicos, foi negligenciado.

Minimamente a verificação da pressão arterial é algo que o usuário deseja de um atendimento médico “... *o que a senhora está sentindo? Só vai anotando. Não mede a pressão. Não quer saber na verdade o que você está sentindo!*” (Margarida).

De acordo com um dos depoimentos, apenas o fato de o paciente declarar que está tudo bem já é suficiente para encerrar uma consulta. “*Como é que você está? Eu falei assim:- Eu tô bão, e ah! Então é isso aí, você continua tomando o remédio pro resto da vida.*”. (Marcos). O mesmo usuário declara que em atendimento com outro médico, também ocorreu situação semelhante, pois durante a consulta o usuário disse que estava com diarreia muito forte, porém sem examinar, o médico “... *só receitou uns comprimidos*” para tomar (Marcos).

Dar atenção às queixas do paciente, de acordo com um usuário, é um ponto que muitas vezes falta nos atendimentos médicos. Segundo ele “... *você tá falando ali e ele nem tá te olhando ele tá ali já com a receita fazendo, com o papel... você acabou de falar..., toma! Ele não te examinou*” (Mariana).

A ausência de realização de exame clínico é destacada pelos usuários como um ponto frágil nos atendimentos médicos “... *esses dias mesmo eu passei minha menina lá*

com dor de ouvido o médico nem pôs a mão, fez a receita, toma! Ele não está preocupado com você porque se ele tá preocupado ele vem aqui te examina ...” (Mariana).

Entretanto, para o egresso da Famema esta mesma usuária apontou que a conduta foi diferente. *Eu tinha muita dor nas varizes então ele já procurou ver tudo, já pediu os exames eu já fiz uma vez uma cirurgia e não foi um atendimento igual, foi totalmente diferente. “Ele já foi assim mais cuidadoso, [fez] mais exame, mais coisa então eu achei que foi muito bom”* (Mariana).

A realização de uma boa anamnese também foi valorizada pelos usuários, sendo esse comportamento destacado como uma fortaleza do egresso da Famema, pois o mesmo *“... especula tudo, quer saber de tudo, desde a alimentação, desde do que ele está brincando, do que ele gosta”* (Marta).

Outro usuário também demonstrou valorizar a entrevista durante o atendimento médico e fez comparações entre os atendimentos que recebeu de um egresso da Famema com o de outros médicos. *“Ela é mais sensitiva né, ela gosta de saber a fundo o seu problema, apesar dela ser nova, ainda eu não sei se ela se formou há pouco tempo, mas ela leva jeito...”* (Maurício).

Um usuário deixou claro que o atendimento recebido pelo egresso da Famema é aquilo que ele considera como ideal: *“... ele pergunta o que está acontecendo, o que aconteceu, né, até o tratamento anterior. Ele pergunta como eu estou, como eu passei nesse mês e meio, aí ele pergunta se teve alguma alteração ou não, eu falei para ele que não, que eu não tive alteração nenhuma, eu estou bem...”* (Mercedes).

A solicitação de exames complementares também representou um aspecto importante para diferenciar se uma consulta foi boa ou não.

6.2.3.4. Informações

De acordo com os depoimentos, os egressos da Famema apresentaram comunicação clara, permitindo o entendimento das informações transmitidas ao usuário. Alguns usuários até relataram quais foram as condutas ou orientações passadas pelo médico, demonstrando ter compreendido aquilo que lhe foi orientado:

“De o remédio usar três vezes por dia, fazer o exercício nasal, pressão, soltar pressão e inspira e expira sempre que eu tiver tempo ou em frente à televisão qualquer lugar eu estar fazendo esse exercício que é pra melhorar o zumbido no ouvido. E orientou que eu tenho que vir segunda-feira para fazer exame de sangue e depois internar para fazer mais exame, ela achou que eu tenho que internar” (Moema).

Uma das usuárias declarou que preferiu sair de sua cidade para ser atendida por um dos egressos da Famema, sendo um dos motivos desta preferência relacionada à clareza

das informações durante a consulta. Segundo ela, “... *explica tudo, bem explicadinho, até as doses dos remédios, se eu tenho alguma dúvida, ele pergunta. É bem diferente de Bragança, tanto que eu não levo, mais em nenhum hospital lá...*” (Marta).

De acordo com os depoimentos, não houve utilização abusiva de termos médicos que dificultaram a compreensão das orientações pelo paciente. “*Ela explica muito bem, tipo assim, esses nomes científicos para gente. Se você for ler, você não vai entender e ela explica. Não tenho o que reclamar não, mas quando eu não entendo, pelo menos a doutora explica novamente. Explica o que significa. Então, é menos mal. Aí você sai da sala sem dúvidas*” (Moema).

Um dos egressos realizou atendimento de uma das usuárias entrevistadas, junto com outro (a) colega. De acordo com a usuária, o médico ao conversar com o (a) colega utilizou linguagem científica, que não era compreensível a ela. “*É teve umas coisas que eles falavam lá sobre vasos, essas coisas assim que eu não entendi, porque eu vou entender a língua deles?*” (Mônica). Entretanto, este egresso, ao se reportar à usuária, soube fazer a adequação da linguagem para que a paciente pudesse entender melhor a causa dos sintomas que ela estava apresentando. “*É, entendi que eu estou com um cistinho e por isso que a minha perna não sarou ainda por causa desse cisto...*” (Mônica).

6.2.3.5. Satisfação do usuário

De uma forma geral, todos os usuários mostraram-se satisfeitos com o atendimento realizado pelos egressos da Famema. A atenção e a humanização durante o atendimento foram destacadas pelos usuários.

Esses fatores garantiram que o usuário ficasse satisfeito com o atendimento. De acordo com um dos depoimentos, a atenção foi o diferencial, pois “... *tem médico que não olha na tua cara e medica bem*”, mas a egressa fez ambos foi “... *simpática e soube medicalar*” (Moema). Explicações claras também causaram satisfação “... *eu indicaria porque ele é muito bom, é atencioso, conversa, explica o que está se passando. Eu perguntei para ele por que a minha perna não sara, por que ela é assim, e por que ela não sara e ele falou que é por causa do cistinho que está atrapalhando*” (Mônica).

Um dos depoimentos fez associação do atendimento humanizado com o gênero do egresso. De acordo com este usuário a egressa “... *atende humano, é delicada por ser mulher*” (Marcos).

O vínculo criado durante o atendimento foi um aspecto valorizado por uma usuária, cujo filho é assistido por um dos egressos da Famema. É possível perceber que este vínculo foi estabelecido tanto com o paciente, como com sua mãe. De acordo com esta usuária “... *tudo lá em casa é o [doutor]..., caso queira comer algo diferente, a criança diz, mãe liga para*

o [doutor]...” (Marta). A informalidade do egresso durante a consulta de seu filho também contribuiu para que esta mãe ficasse satisfeita com o atendimento, pois, de acordo com ela, seu filho “... *chega perto e puxa o jaleco do (...) mexe no bolso, pega o celular, ele deixa*” (Marta).

O empenho do egresso em resolver as situações do usuário também aparece nos depoimentos como fatores responsáveis pela satisfação com o atendimento. O egresso “... *vai fundo mesmo no tratamento, ele respeita como eu estou*” (Mercedes). Esta usuária relatou que em atendimentos realizados por outros médicos, muitas vezes o médico fala assim “... *ah! está tudo bem com você? Então marca lá, está tudo bem. E levanta e vai embora*” (Mercedes). Porém, com o egresso da Famema, a experiência é diferente, pois “... *ele pergunta bastante e isso é bom.*” (Mercedes). Outra usuária também se mostra satisfeita com o atendimento feito por um egresso e associa isso ao empenho dele na resolução de seu problema de saúde, relatando que “... *ele vai no fundo, ele explica*” (Miriam).

A satisfação dos usuários com os atendimentos realizados pelos egressos da Famema é clara quando observamos que todos afirmaram que indicariam este médico para outra pessoa. Em alguns casos esta recomendação inclusive já foi feita. Em um dos depoimentos a usuária disse que já indicou para a sua filha. Inclusive, segundo ela “... *a minha filha já veio!*” Para esta usuária, o vínculo criado durante a consulta foi um fator importante. A usuária disse que “... *se ela (egressa) fosse chata, não indicaria não*” (Margarida). Outro usuário também mencionou que precisa trazer para consulta com um dos egressos a sua “... *nora que também tem problemas e o seu filho*” (Maurício). Em uma das entrevistas a usuária comentou que na sala de espera as pessoas também estavam satisfeitas com o atendimento feito com o egresso da Famema. “*O pessoal falou que gostou muito dele também*” (Mercedes).

A pouca idade dos egressos fez com que alguns usuários associassem a isto, a falta de competência para a resolução dos problemas de saúde. Uma das usuárias declarou que recomendaria o médico para outras pessoas e que inclusive já o fez, para suas amigas, porém estas relatam que “... *às vezes tem medo*” de se consultarem, pois “... *o médico é novinho*” (Mariana). Neste caso, em particular, o egresso em questão é um cirurgião e a usuária em sua primeira consulta também hesitou e ficou preocupada, “... *é porque as pessoas às vezes vêem ele novinho fala assim, ai que ele é muito novinho e tal, eu também fiquei com cisma, porque o outro que eu fiz era de idade, ai eu falei para ele assim: O Doutor, mas o senhor já operou alguma vez, ele falou: não, pode ficar sossegada, pode ficar tranqüila que eu já fiz sim. Eu ficava meio assim, né. Eu operei com um senhor de idade e agora um rapaz bem novinho, mas foi engano meu porque ele foi bem mais cuidadoso do que o outro que já tinha bem experiência*” (Mariana).

Uma usuária, referindo-se a outro egresso, também deu a entender que na primeira consulta ficou reticente com o médico, pois ele tinha “... *uma carinha de criança*” (Miriam). Uma das mães de uma criança que é atendida pelo egresso da Famema relata que conheceu o mesmo durante uma internação de seu filho. Segundo ela, a aparência jovem do egresso também gerou preocupações “... *olhei, ele tinha o cabelo mais comprido eu falei nossa, na primeira vez? Eu acho que ele estava começando e aí eu falei: nossa! Médico novo, ai meu Deus!*” (Marta).

Apenas um dos usuários declarou que prefere ser atendido por médicos jovens que segundo ele “... *parecem ter mais vontade*” (Maurício).

6.2.4. Descrição do caso clínico

O egresso recebeu a seguinte orientação:

Analise o contexto da situação e responda a questão a seguir:

Francisca, 56 anos, viúva há três anos, católica, do lar, primeiro grau incompleto, natural de Garça e atualmente residindo em Marília. Mora com o único filho, de 20 anos, solteiro, que começou a trabalhar como vigilante em um shopping há três meses, o que a deixa muito preocupada com a violência e possibilidade de assaltos, tendo dificuldade para dormir. Ela se mantém com a pensão de viuvez e com alguma ajuda do filho. Seu peso aumentou gradativamente após a viuvez chegando aos atuais 92 kg, para 1,62 m, sendo difícil controlá-lo, pois sente “necessidade” de ingerir doces em todas as refeições. Nos últimos três meses, tem observado sede intensa, micção aumentada e fome exagerada, o que a levou a agendar uma consulta na UBS próxima de sua casa.

Na primeira consulta, foi atendida pelo Dr. Mário, que conversou com ela sobre sua situação, fez anamnese e exame físico. Ao verificar PA de 150/90 mmHg, este solicitou exames de sangue, ECG, RX de tórax e prescreveu um anti-hipertensivo. Orientou-a sobre a necessidade de dieta e de caminhadas diárias.

Após um mês, no seu retorno, relatou ao Dr. Mário que, em conversa com uma vizinha, esta lhe disse que já usara o mesmo remédio, que ele não funcionava e seria melhor tomar chá de alho. Contou que, como sentia desconforto, intenso calor e rubor com a medicação, após uma semana deixou de tomá-la. Relatou que, também, não incorporou atividade física em sua rotina e que não conseguiu seguir a dieta.

Dr. Mário verificou que a PA continuava elevada e comunicou o resultado de seus exames diagnosticando, também, diabetes.

Caso Dona Francisca fosse sua paciente, como você elaboraria um plano de cuidados para atender suas necessidades de saúde?

Dentre os 41 egressos que preencheram o questionário, apenas dois não elaboraram plano de cuidados para a paciente do caso clínico. Desta forma o número total de egressos considerados é de 39.

Após a análise desse material, foram identificadas as seguintes temáticas: a terapêutica não é apenas medicamentosa, envolve estratégias para adesão ao tratamento, trabalho multiprofissional e a compreensão da doença.

6.2.4.1. A terapêutica não é apenas medicamentosa

Aproximadamente 74,3% dos egressos contemplaram em seu plano de cuidados uma terapêutica mais ampliada, não se restringindo apenas à indicação de medicamentos para o tratamento de Dona Francisca.

A terapêutica não medicamentosa incluiu principalmente a recomendação de exercícios físicos e orientações dietéticas. Alguns egressos descreveram de forma mais pontual estas recomendações, dizendo que iria *"... incluí-la em grupos de promoção de saúde para realização de orientação de dieta e atividades físicas"* (Carla), enquanto outros *especificaram mais a conduta, com a "... recomendação de hábitos saudáveis, maior consumo de frutas e verduras, redução do consumo de gorduras insaturadas e de origem animal e aumento nos cereais"* (Aloísio). Além disto, este egresso especificou como deveria ser a retirada do sal, como *"... não ter à mesa, evitar chips, tira gostos, pipoca e shoyo"* (Aloísio).

A recomendação de consulta com outros profissionais de saúde foi uma das alternativas encontradas em um dos depoimentos, no qual o egresso relatou que *"... na área alimentar, daria as primeiras orientações de cardápio e encaminharia ao nutricionista da rede"* (Alberto).

Outros egressos seguiram este mesmo caminho, apenas descrevendo a necessidade de exercícios físicos, mas sem maiores especificações.

Um dos egressos foi mais específico na conduta para perda de peso, dizendo que *"... encaminharia a um grupo de atividades da 3ª idade, [em que] a paciente poderia conhecer pessoas e realizar atividades físicas"* (Amanda).

Também foi destacada a necessidade de encaminhamento para participar do grupo de *"... HAS e DM do seu posto de saúde pois assim ela terá uma melhora do convívio social e notará que diversas pessoas têm as mesmas doenças e nem por isso se entregam"* (Conceição). Outro egresso mencionou que *"... ofereceria para ela participar de grupos de*

orientação destas doenças na UBS e participar de caminhadas junto à comunidade da UBS” (Ana).

Um dos egressos lembrou-se de que *“... como se trata de um sistema de saúde primário, deve haver no serviço um grupo de orientações às pessoas portadoras de hipertensão e diabetes, de modo a realizarem atividades físicas (como caminhadas diárias), orientações sobre dieta hipossódica e hipoglicêmica... as atividades em grupo facilitam o trabalho da equipe de saúde além de promover aderência da população, pois se torna uma atividade educativa e recreativa”* (Antônia). Outro egresso também relatou que estimularia a atividade física em grupos e afirmou que isto *“... poderia melhorar a parte do convívio social e, talvez, melhorar a parte emocional, além de ajudar na redução de peso, melhorando também o controle glicêmico e pressórico”* (Airton).

Outros benefícios dessa atividade foram destacados positivamente *“... ocorre melhora do humor, padrão de sono e protege contra osteoporose”* (Cristiano). Este egresso foi além do que o problema trouxe e lembrou que *“... não foram citados sintomas de climatério, importante nessa faixa etária”* (Cristiano).

6.2.4.2. Estratégias para adesão ao tratamento

Em 82% dos depoimentos dos egressos foi feita menção a necessidade de ser trabalhada a adesão ao tratamento por parte da Dona Francisca. Dentre estes comentários, alguns eram mais diretos, relatando apenas a necessidade de adesão ao tratamento, enquanto outros especificaram melhor as estratégias.

“A melhora da relação médico-paciente” (Carla) foi uma das estratégias destacadas para favorecer a adesão ao tratamento. De acordo com Cauê, é imperativo que se esclareça a importância da adesão à terapia farmacológica, evidenciando os inúmeros benefícios de sua utilização, bem como, alertando dos riscos e prejuízos possíveis pelo seu abandono e/ou substituição dos métodos sem comprovação científica.

A orientação à paciente sobre os efeitos colaterais decorrentes da medicação foi bastante valorizada para melhorar a adesão da paciente ao tratamento *“... explicaria as conseqüências da doença para o organismo e o porquê dos efeitos colaterais da medicação anti-hipertensiva”* (Amanda). Tendo em vista que a Dona Francisca utilizava remédios caseiros *“... diria para continuar com o chá de alho da vizinha, mas sem se esquecer dos medicamentos”* (Amanda). A redução dos efeitos colaterais do tratamento medicamentoso com o passar do tempo e a troca de medicamentos também foram citadas pelos egressos.

Foi também destacada a necessidade de orientação *“... firme e exaustiva sobre caráter incurável da doença. Insistência no controle dietético e redução ponderal”* (Amaro).

Além das orientações, os egressos também mencionaram a necessidade de um

retorno breve para verificar a real adesão ao tratamento, “... caso, num brevíssimo retorno, após conscientização, o paciente não demonstrasse adesão às medidas não farmacológicas, iniciaria terapia para ambas as doenças, em doses baixas” (Amaro).

As orientações com o cuidado de utilização de linguagem acessível ao usuário também foi mencionada, “... primeiro explicaria, em palavras de fácil entendimento, sobre seus diagnósticos, pois, quando o paciente entende o que tem, fica mais fácil colaborar com o tratamento, seja medicamentoso ou não, ou ambos” (Amélia).

Um dos egressos utilizaria o recurso da “... entrevista motivacional” para a adesão à terapêutica e iria “... explicar o objetivo de tratamento, riscos da doença, medidas de intervenção e possíveis efeitos colaterais das medicações” (Celi).

A conversa com o filho de Dona Francisca “... para saber o grau de conhecimento dele sobre as patologias da mãe” (André), também foi mencionada como importante.

A troca de medicação “... por outra classe de anti-hipertensivos e a explicação de que os sintomas podem ter sido reação adversa do medicamento” (Caíque), também foi uma estratégia apresentada.

O investimento do egresso no estabelecimento de um maior vínculo visando à melhora na adesão foi destacado, “... estabeleceria uma relação de confiança primeiramente com a paciente pra que ela se sentisse segura, e ao mesmo tempo, atribuiria a ela a necessidade de cumprir com sua parcela de responsabilidade para o sucesso da terapêutica. Depois, levaria em consideração todos os problemas que a mesma vem passando, para, só depois, explicar a real importância da adesão aos medicamentos prescritos, como os hipoglicemiantes e anti-hipertensivos, explicando os seus efeitos colaterais” (Cristian).

Também foram indicações para melhorar a adesão ao tratamento as “... visitas domiciliares pela equipe de saúde, médico, enfermeira, agentes de saúde, nutricionistas, entre outros, grupos de orientação ao hipertenso e ao diabético, bem como proporcionar retorno às consultas médicas” (Celso).

Outra orientação que apareceu nos depoimentos foi para que o paciente diante de “... qualquer sintoma diferente ou qualquer outra alteração que acredite ser causada pelos medicamentos prescritos, procurasse a unidade de saúde para esclarecimento do problema” (Cristian). Por último, para ajudar na adesão, foi feita a recomendação de “... encaminhar a paciente para uma avaliação e trabalho com psicóloga” (Cristina).

6.2.4.3. Trabalho multiprofissional

Em 53,8% dos depoimentos, houve referência ao trabalho multiprofissional. Dentre os profissionais destacados para auxiliar no tratamento de Dona Francisca, foram

nominados principalmente nutricionistas, psicólogos e enfermeiros. A inclusão em grupos de apoio, como os de diabetes e hipertensão, também foram lembrados.

Alguns egressos apenas citaram o encaminhamento que fariam, como, por exemplo, “... encaminharia para psicólogo”, (Consuelo) enquanto outros justificavam o motivo do encaminhamento que, no caso do psicólogo, serviria “... para avaliação/tratamento da resposta psicológica da paciente à perda de um ente querido, que resultou na compulsão por comida” (Consuelo). Segundo os egressos o encaminhamento para psicólogo ou psiquiatra, para psicoterapia individual ou em grupo, ajudaria no tratamento da “... ansiedade, insônia (Aloísio) e “... depressão” (Cláudio) e melhoraria a “... adesão ao tratamento” (Claudete). O serviço psicológico serviria também para tranquilizar Dona Francisca quanto ao trabalho de seu filho que é vigilante em um “Shopping Center”. Cláudio, que é psiquiatra, encaminharia a usuária para seguimento clínico concomitante.

Os nutricionistas foram indicados pelos egressos principalmente para “... dieta adequada para obesidade, HAS e DM” (Aloísio). Foi mencionado que, caso não houvesse nutricionista na UBS, faria para Dona Francisca “... um cardápio simplificado e adaptado em relação aos alimentos que deve ou não ingerir” (Amanda). Outro egresso iniciaria as orientações alimentares e depois faria o encaminhamento para o profissional especializado, “... na área alimentar, dar as primeiras orientações de cardápio e encaminhar ao nutricionista da rede, explicar sobre o problema da paciente e principalmente sobre a importância do tratamento medicamentoso e de mudança de hábitos de vida, de forma que a mesma possa entender, e reiniciar com medicação explicando o efeito e a forma como usar” (Alberto).

Um dos grupos para os quais os egressos encaminhariam a Dona Francisca é o da 3ª Idade no qual “... poderia conhecer pessoas e realizar atividades físicas” (Amanda).

Também foi destacado que o egresso iria “... incentivá-la a participar do grupo de HAS e DM do seu posto de saúde, pois assim ela teria uma melhora do convívio social e notaria que diversas pessoas têm as mesmas doenças e nem por isso se entregam” (Conceição).

Incluir a Dona Francisca em “... grupos de promoção de saúde para orientação de dieta e realização de atividades físicas, além de medicá-la para HAS e DM, explicando sobre as medicações adotadas” (Carla) foi outra indicação de um egresso.

O apoio da equipe multidisciplinar da UBS foi mencionado visando a “... tentar mudar desde dieta, hábitos de vida e coordenação da introdução dos medicamentos, assim como monitorização de sua resposta e controle da PA” (Aline).

“Em unidades com visita domiciliária, Dona Francisca faria parte do grupo a ser visitado e orientado. As atividades em grupo facilitam o trabalho da equipe de saúde além

de promover aderência da população, pois se torna uma atividade educativa e recreativa”, (Antônia), relatou um dos egressos.

6.2.4.4. Compreensão da doença

Menos da metade dos egressos deste estudo (43,5%) tiveram a preocupação em esclarecer o usuário com relação aos problemas de saúde que apresenta, é “... *necessário que se explique à Dona Francisca a doença que a acomete, esclarecendo as possíveis causas relacionadas [interferência do aspecto psicológico/social] e conseqüências mórbidas*” (Cauê).

Tendo em vista que hipertensão é uma doença de “... *caráter silencioso, explicaria as conseqüências da doença para o organismo e o porquê dos efeitos colaterais da medicação anti-hipertensiva*” (Amanda). Nesta mesma linha de raciocínio, a egressa relatou que “... *primeiro explicaria, em palavras de fácil entendimento, sobre seus diagnósticos, pois quando o paciente entende o que tem, fica mais fácil colaborar com o tratamento, seja medicamentoso ou não, ou ambos*” (Amélia).

Os egressos preocuparam-se com a orientação não somente sobre a doença, mas também da terapêutica “... *ressaltando a importância do tratamento ininterrupto e esclarecimento sobre as possíveis complicações*” (Consuelo).

Além disto, o egresso daria oportunidade para o “... *relato espontâneo [no qual a Dona Francisca] relataria suas dificuldades, seus medos e preocupações*” (Cilene).

Ainda com relação ao relato espontâneo, outro egresso declarou, “... *primeiro entender como a paciente compreende seus problemas de saúde, qual valor dá para o que sente e qual valor dá para a vida. Isso abre uma possibilidade de melhorar o vínculo facilitando as orientações quanto à modificação de estilo de vida, primeiro passo na terapêutica de doenças crônicas*” (Cristiano).

“*As conseqüências do abandono do tratamento*” (Adilson) foi outro aspecto abordado.

Também segundo alguns egressos, as orientações sobre as patologias diagnosticadas deveriam incluir o curso da doença, prognóstico, evolução, complicações e o tratamento.

6.2.5. Descrição da situação simulada

Participaram da situação simulada sete egressos, sendo quatro formados em 2003 e três formados em 2004.

A atividade do egresso na situação simulada era a seguinte:

Você realizará uma consulta médica simulada, com Dona Maria de Souza, na Unidade de Saúde da Família e para isto terá 50 minutos. Após atendê-la fará uma auto-avaliação por escrito sobre o seu desempenho.

Situação Apresentada

Este é o seu primeiro dia de trabalho nesta Unidade de Saúde da Família. Vai atender Dona Maria, que comparece ao retorno para ver o resultado de exame solicitado em consulta anterior com o médico que você está substituindo. Continua sintomática, com tosse produtiva e perdendo peso. Usou corretamente o xarope prescrito (carbocisteína) sem melhora. Resultados de exames: BK no escarro: positivo e RX de tórax mostrando área de condensação heterogênea com imagem sugestiva de cavitação em ápice direito.

Orientação para o paciente simulado

Seu nome é Maria de Souza, 36 anos, solteira, mora com seus pais e uma irmã, em casa de alvenaria, com sala, cozinha, um banheiro e dois quartos. A residência tem água encanada, rede de esgoto e coleta de lixo três vezes na semana. É diarista, 1º grau completo, católica praticante e freqüenta todas as atividades sociais promovidas pela igreja e comunidade. Natural de Marília. Freqüenta a Unidade de Saúde da Família do seu bairro. É tabagista de um maço de cigarros por dia, desde os 20 anos, e não fuma dentro de casa ou no trabalho, pois seus pais e os patrões não permitem. Tem vida sexual ativa com seu namorado há três anos, faz uso de contraceptivo. Tem bom relacionamento em casa, emprego e com seu companheiro, embora esteja desconfiado que ele tenha sido infiel. Na realidade, isto é seu maior problema, pois desde que sua desconfiança começou é que vem se sentindo doente. Há três meses, começou a tossir e ter febre à tarde. No começo, a tosse tinha pouco catarro, mas foi piorando aos poucos e atualmente tem catarro em grande quantidade, às vezes com pouco de sangue o que a assustou muito. Está perdendo peso (mais ou menos seis kg neste período), não tem fome, sente-se muito cansada, com falta de ar quando o esforço é muito grande, e está acordando com a roupa molhada de suor. Não sente mais nada. Já precisou faltar várias vezes no emprego e já está tendo problemas com a patroa. Não contou para ninguém que saiu sangue no catarro, pois tem vergonha e medo de ter a mesma doença do primo que morreu há um mês. Por esse motivo, tem-se ausentado das atividades sociais, não quer mais sair, está bastante angustiada com sua situação. Seu namorado e família estão preocupados com você. O primo (50 anos) morava

em uma cidade vizinha e ficou um mês em sua casa para tratamento de quimioterapia, ele tossia e você viu um dia sair sangue com o catarro. Nunca usou drogas, não bebe, nega qualquer doença ou tratamento anterior. Seu pai é hipertenso e sua mãe e irmã não têm nenhuma doença. Quando o médico lhe informar que tem tuberculose, vai chorar, perguntar se vai morrer como o primo, se tem que separar talheres e copos, se pode ter contato íntimo com o namorado e se vai precisar ser internada. Por que isso foi acontecer comigo? Deve ser algum castigo. Por que eu não posso ser feliz? O que vai acontecer com a minha vida doutor?

Descrição propriamente dita

Ao iniciarem a consulta, todos os egressos foram até a porta para chamar a paciente pelo nome, cumprimentaram-na e solicitaram para entrar e se sentar. Todos se apresentaram falando seus nomes e seis deles comunicaram que estavam ali como substitutos, sendo que apenas um não se identificou como tal.

Todos estabeleceram diálogo com a paciente olhando nos olhos, alternando com a escrita, demonstrando interesse em ouvi-la. Utilizaram técnicas de comunicação para-verbal a fim de estimular a fala da paciente (ex: certo, tá, entendi...) e confirmaram com a linguagem não verbal a interação com a paciente, utilizando meneio da cabeça, olho no olho, tronco inclinado à frente, gestos com as mãos, e colocaram a mão no próprio queixo durante a fala da paciente, demonstrando interesse. O desenvolvimento das consultas se deu de forma contínua, com falas, silêncio, gestos e emoções, sem mecanicidade. Os egressos mantiveram um tom de voz tranqüilo, uma postura calma e o controle da entrevista.

Respeitaram a fala da paciente, valorizaram as informações: *“... o fato de a senhora fumar desde os 20 anos de idade, o pulmão já deve estar comprometido, pode ser o fator que está causando essa tosse...”* (Cristiano).

Validaram os sentimentos referidos pela paciente diante de seus problemas: *“... é muita coisa acontecendo ao mesmo tempo”* (Antenor) e tranqüilizaram a paciente diante dos seus sentimentos de preocupação, *“... fique tranqüila, nós vamos ver os resultados dos exames e eu vou orientar a senhora direitinho para o que for melhor, no que a gente conseguir fazer, mas não fique assustada”* (Antenor).

Enquanto a paciente abordava as questões de relacionamento interpessoal com o namorado, seis dos egressos se mostraram atentos, interessados em compreender o que a paciente verbalizava, clarificando a mensagem, *“... meu namorado já estava mesmo diferente comigo...”* (paciente). *“Que tipo de diferença, dona Maria?”* (Celina). Colocaram a possibilidade de alternativas para o comportamento do namorado, *“... às vezes é bom*

conversar porque, de repente, nem ele (namorado) sabe o que está acontecendo, de repente, algum outro tipo de problema, e ele está com dificuldade, também, de estar se abrindo com você. De repente, devagarzinho você tenta puxar esses problemas... vale a pena bater um papo, conversar a respeito... (Aline), *“... que você procure conversar abertamente com ele, tanto dos seus receios, dos seus medos, porque o que há para se fazer talvez seja colocar as coisas de forma clara. Talvez a angústia se resolva a partir do momento em que você for sincera e ele também...”* (Antenor).

Apenas um egresso tentou, com frequência, retornar ao aspecto da doença, *“... depois a gente vê o que pode fazer por ele, bem, me deixa examinar você...”* (Amaro).

Em relação à realização do exame físico, dos sete egressos, apenas um não o realizou, apesar de ter colocado para a paciente, no início da consulta, que iria fazê-lo.

Dos seis que o realizaram, todos pediram licença para iniciá-lo e cinco deles para tirar ou levantar a blusa da paciente, para desabotoar a calça e examinar o abdome. Apenas um examinou o tórax por cima da blusa. Comunicaram o resultado da aferição da pressão para a paciente. Todos ofereceram a escadinha para a paciente subir na maca.

Ao comunicarem o diagnóstico para a paciente, mantiveram-se calmos diante do choro da mesma, mantendo fala tranqüila e segura, respeitando o choro e com postura de ajuda *“... fique tranqüila, que eu vou explicar certinho.”* (Antenor).

Não deixaram de valorizar a seriedade da doença, contudo procuraram amenizar o sofrimento da paciente, falando sobre cura, a preservação do emprego e do namoro, dispondo-se a conversar com a patroa, a família e o namorado.

Tentaram tirar a paciente do sofrimento: *“... não precisa chorar, dona Maria...”* (Aline), *“... eu me proponho a explicar para sua patroa. Se a senhora quiser, a gente marca um dia, ela vem aqui e a gente explica o que é tuberculose...”* (Celina).

Perceberam que a paciente estava se sentindo responsável por ter adquirido a doença e apresentaram falas de alívio, *“... tuberculose a gente não pega porque quer. É diferente falar de tuberculose e de uma DST, por exemplo... uma doença transmitida pelo sexo... Então mais um motivo para você não ter vergonha e nem ficar de cabeça baixa”* (Alberto).

Compreenderam os temores da paciente e ajudaram a lidar com os mesmos, *“... eu entendo que você fique realmente preocupada, qualquer pessoa ficaria preocupada, tanto quanto você, tá?... mas, não precisa ficar pensando que eles vão te discriminar... quem discrimina é porque não conhece. Então a gente vai orientar...”* (Aline).

Resgataram a compreensão da paciente sobre a doença, esclareceram conceitos, clarificaram a história da tuberculose, a gravidade da doença e a importância do tratamento, *“... o que a senhora sabe da tuberculose?”* (Cristiano).

Respeitaram os sentimentos de medo e preocupação da paciente, face à doença, “... *eu estou acabada, estou sem chão*” (paciente). “*É natural que isso aconteça quando se descobre que tem uma doença que causa medo*” (Antenor).

Todos os egressos colocaram-se à disposição para conversar com os comunicantes (patroa, familiares, namorados e pessoas com quem a paciente convivia mais de quatro horas por dia). “... *Eu me proponho a explicar para sua patroa. Se a senhora quiser, a gente marca um dia, ela vem aqui e a gente explica o que é tuberculose...*” (Celina), “... *não precisa ficar desesperada, que eu posso explicar isso para seus pais, se você quiser... para seu namorado, se você quiser... até para a sua patroa...*” (Cristiano).

De modo geral, os egressos preocuparam-se com o entendimento da doença por parte da paciente, sempre perguntando se a mesma havia entendido tudo que haviam explicado, abrindo espaço para a paciente se colocar e tirar dúvidas, “... *tem alguma coisa que a senhora gostaria de me perguntar?*” (Celina).

Também se preocuparam com a adesão ao tratamento por parte da paciente e com o estado emocional dela como sendo um fator de interferência no prognóstico, “... *o fato de a senhora vir triste, preocupada com o namorado, preocupada com a questão do trabalho, isso a deixa muito desanimada, não ajuda a sarar.*” (Amaro).

Não ficaram restritos apenas à doença da paciente, mas olharam para a sua inserção em relação ao trabalho e à vida familiar.

Informaram sobre a importância de orientar as pessoas do convívio da paciente a respeito da doença, “... *essas pessoas têm que ter o conhecimento daquilo que a senhora tem, o que significa, quais os riscos...*” (Antenor) e a importância de investigar esses comunicantes, com as medidas de prevenção e promoção da saúde, “... *a senhora ainda está transmitindo a bactéria... então, as pessoas que ficam mais em contato com as pessoas com tuberculose... a gente precisa de examiná-los, radiografá-los...*” (Celina).

Os egressos apontaram, como recurso adicional, a ajuda da equipe multiprofissional da unidade de saúde para apoio, prevenção e promoção da saúde, abordando a dimensão coletiva e não apenas a individual, “... *então a gente combina que amanhã cedo, tá bom, a gente vai com a equipe aqui do posto lá na sua casa, vai orientar todas as pessoas, vai orientar sobre os exames que a gente precisa fazer...*” (Aline), “...*faz o tratamento durante 15 dias e, nesses 15 dias, eu vou afastar a senhora, e a senhora vai ficar em casa, começando a tomar o remédio. Tomando o remédio, em 15 dias, dona Maria, acabou a chance de passar para outra pessoa...*” (Carla).

Preocuparam-se com a pessoa no foco da doença, mas também propiciaram abertura para a paciente colocar suas angústias, preocupações, temores e medos, valorizando não apenas o aspecto biológico, mas também o psicológico e social, “... *então você está com esse medo... eu imagino como deve estar sendo difícil para você, por tudo*

isso que você está me contando... eu vejo que você está arrasada...” (Cristiano), “... a senhora trabalha com carteira registrada? Trabalho (Maria). Então a senhora tem direito de continuar no trabalho e, se sua patroa estiver esclarecida, estiver a par do que está acontecendo, não vai ter motivo para ter esse tipo de preocupação. Eu estou te dizendo, eu me coloco à disposição para conversar” (Antenor).

Durante a consulta simulada, os egressos demonstraram uma boa interação da paciente com o profissional com atitude de interesse e de receptividade.

Na observação da situação simulada, constatou-se uma relação médico-paciente evidenciada por uma coerência entre a fala e a postura corporal, verbal e não verbal. Os egressos levaram em consideração a autonomia da paciente, “... o que é importante é respeitar a sua vontade...” (Cristiano), “... tudo bem em fazer o tratamento?” (Antenor), sendo que apenas um egresso durante a consulta, alterou o tom de voz se mostrou mais impositivo, “... se a senhora não me escutar e não acreditar em mim, aí não tem jeito... tem que acreditar em mim.” (Amaro).

Na saída da paciente, todos se despediram com aperto de mão e afetividade, “... vai com Deus, dona Maria! Tchou! Tchou!” (Amaro).

Em relação à auto-avaliação, dos sete egressos participantes apenas um não conseguiu fazê-la e tentou justificar seu desempenho pautado no processo de trabalho como médico substituto da unidade de saúde (Amaro). Já o egresso que não realizou o exame físico justificou dizendo que não o fez por não ter uma balança na sala e por ser uma consulta de retorno com exames positivos (Cristiano).

Os outros cinco egressos foram críticos e reflexivos, reconheceram seus limites (não lembrar detalhes da doença por não estarem atuando nessa área, atendimento diferente da rotina do trabalho), mas sentiram que foram úteis para resolver os problemas da paciente e que perceberam que houve “*feed back*”. Reconheceram que abordaram os aspectos sociais e psicológicos, além do biológico e acreditam que tiveram um desempenho razoável.

7. Considerações finais

As observações obtidas em relação à análise quantitativa permitem afirmar que ambas as turmas realizaram uma avaliação muito semelhante sobre a contribuição do curso oferecido pela Famema para sua formação médica.

Os resultados deste estudo não compreendem apenas a constatação de uma avaliação curricular boa, mas também destacam a efetividade da proposta curricular, que pressupõe uma integração entre academia, serviços de saúde e a sociedade. Destacam, ainda, a validade dos esforços realizados a fim de se trabalharem os problemas, na preparação dos profissionais de saúde para o mercado de trabalho, visto que essa tem envolvido uma formação teórica e prática insuficientes ou inadequadas para atender às atuais demandas do mercado (GONDIM, 2002).

Ao aproximar o estudante da realidade profissional e do mercado de trabalho, podemos sugerir que a Famema tem alcançado, com sucesso, um grande avanço no sentido da implementação de estratégias que proporcionam ao seu estudante condições de aprendizagem significativa na formação de um profissional mais preparado para a prática médica.

Pudemos concluir que o curso oferecido pela Famema contribui com a formação destes egressos para um olhar integral no cuidado individual e coletivo, bem como com a capacitação profissional para sua inserção no mercado de trabalho.

Também, em relação à avaliação qualitativa, tomando como base os indicadores de avaliação, conclui-se que o Curso de Medicina tem alcançado os resultados esperados. Os egressos demonstram ser capazes de articular as dimensões biológica, psicológica e social. Destacam a importância de terem conseguido aprender a aprender para dar continuidade à sua formação. Elaboram planos de cuidado que focalizam aspectos que vão para além do tratamento medicamentoso, prevendo ações integradas com outros profissionais de saúde. Os depoimentos dos usuários consideram os egressos cuidadosos, respeitando-os e escutando-os com atenção. Os gestores dos serviços de saúde reconhecem que a atuação do egresso vai além do foco da doença. Essas constatações reforçam o êxito do Curso de Medicina da Famema quanto ao profissional que pretende formar em um currículo integrado, com metodologias ativas no processo de ensino aprendizagem (GOMES et al., 2007).

A postura dos egressos na análise do caso clínico e na situação simulada vem confirmar que esses estão se aproximando do médico generalista, humanista, crítico e reflexivo que pode intervir tanto nos diferentes níveis de atenção de saúde, quanto no enfoque individual e coletivo.

A valorização do saber generalista e humanista contribui para a ampliação da clínica, fazendo com que esta seja centrada em um atendimento integral, com vínculo efetivo,

dando início a um novo patamar de diálogo, centrado não apenas na doença, mas na situação do doente, no seu sofrimento e de suas condições psicossocioexistenciais.

Porém, ainda que se mude a formação do médico e isso contribua muito, essa mudança, apenas, não é suficiente. Faz-se necessária a reorganização no Sistema de Saúde para que se propiciem espaços de reflexão dos profissionais sobre sua prática e a da equipe. A educação permanente, no cenário da prática profissional, poderá ser uma ferramenta fundamental que contribua para a transformação das práticas e dos sujeitos inseridos no SUS. Compreendemos que as pessoas precisam ser transformadas na sua prática cotidiana, e isto só é possível por uma disponibilidade interna e com a possibilidade de espaços de reflexão e colaboração entre as mesmas (HAFNER et al., 2007).

Outro aspecto destacado é o de que precisamos investir também, durante o curso de medicina, na educação em saúde dos nossos usuários ou pacientes, porque, culturalmente, esses já esperam médicos que os atendam rápido, que peçam exames e os mediquem. Dessa maneira, esperam ser curados de forma passiva em vez de se curarem. Essa educação, por sua vez, não deve ser vista como um programa centrado na transmissão pura e simples, por meio do ato de depositar, transferir e transmitir valores e conhecimentos, visando à modelagem de formas de pensar, sentir e agir. Deve, sim, ser concebida a partir da perspectiva dialógica de Paulo Freire (1987), sendo o usuário do serviço de saúde reconhecido como sujeito portador de um saber, que pode ser base para uma prática emancipatória de ressignificação do processo saúde-doença-cuidado. (ALVES, 2004)

Além disso, faz-se necessária a mudança na lógica da medicalização que impera no sistema de saúde ocidental, reconhecendo-se que os saberes da biomedicina são profundamente insuficientes e, às vezes, danosos. É necessário reconhecer que os sujeitos da clínica (cuidadores e cuidados) são possuidores de subjetividades que podem se influenciar mutuamente, nos encontros. Essas devem ser reconhecidas e trabalhadas. (HAFNER et al., 2007).

É importante ainda destacar que, para a eficácia de um curso ancorado na ABP, não bastam apenas ações eficientes relacionadas ao planejamento e à gestão curriculares. É preciso, também, que esse curso avance na integração entre currículo e realidade profissional, promovendo ações que visem a mudanças, tanto no espaço acadêmico como fora dele. Esse tipo de curso demanda a reorientação de saberes e das práticas, incluindo as que ocorrem no âmbito do sistema de saúde.

Outros estudos devem ser desenvolvidos para que sejam aprofundadas as questões que surgiram nesta avaliação. Tais estudos, por sua vez, com base em Dolmans (2003), não devem focalizar apenas a efetividade das intervenções educacionais fundamentadas na ABP. Não bastam as pesquisas de resultados, sendo também necessárias as que avaliem o processo. O mesmo autor ainda chama atenção que não são suficientes apenas as revisões

estatísticas e quantitativas para se avaliarem os cursos em ABP, mas também é importante se promoverem estudos de narrativas sobre tais cursos.

Na interpretação desses resultados, faz-se necessário observar que a positividade atribuída ao curso não serve efetivamente para atestar que a atuação dos egressos ocorre nos parâmetros desejados pela Instituição. Entretanto, com base nos achados, pode-se afirmar que tais parâmetros fazem parte do imaginário dos egressos, servindo de referência para a elaboração de seus depoimentos e para as suas atuações em situação simulada da prática profissional (GOMES et al., 2007).

8. Trabalhos produzidos

A partir do Relatório da Pesquisa de Avaliação do Resultado do Processo de Formação de Médicos da Famema, foram produzidos os três artigos seguintes, encaminhados para publicações em revistas nacionais e internacionais:

- 1) Título provisório: A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: avaliação de uma experiência brasileira

Autores: Fátima Adriana D' Almeida

Romeu Gomes

Elane de Fátima Taipeiro

Ana Paula Ceolotto Guimarães

Elza de Fátima Ribeiro Higa

Odilon Marques de Almeida Filho

Sebastião Marcos R. de Carvalho

Maria de Lourdes M. B. Hafner

- 2) Título provisório: A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa

Autores: Romeu Gomes

Anete Maria Francisco

Silvia Franco da Rocha Tonhom

Maria Cristina Guimarães da Costa

Cássia Galli Hamamoto

Osni Lázaro Pinheiro

Haydée Maria Moreira

Maria de Lourdes M. B. Hafner

- 3) Título provisório: A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira

Autores: Maria de Lourdes Marmorato Botta Hafner

Magali Aparecida Alves de Moraes

Marilda Marques Luciano Marvulo

Luzmarina Aparecida Doretto Bracciali

Maria Helena Ribeiro de Carvalho

Romeu Gomes

Referências

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2004/2005.
- ANTEPOHL, W.; HEIZIG, S. Problem-based learning versus lecture-based learning in a course of basic pharmacology: a controlled, randomized study. **Med. Educ.**, Oxford, v. 33, n. 2, p. 106-113, Feb. 1999.
- ARIBONI, S.; PERITO, R. **Guia prático para um projeto de pesquisa**: exploratório, experimental, descritiva. São Paulo: Unimarco, 2004.
- ASSIS, D. G.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; SANTOS, M. C. Definição de objetivos e construção de indicadores visando a triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 105-132.
- BARROWS, H. S. **How to design a problem-based curriculum for the preclinical years**. New York: Springer, 1985.
- BARROWS, H. S. **The tutorial process**. Springfield: Southern Illinois University School of Medicine, 1988.
- BARROWS, H. S.; TAMBLYN, R. M. **Problem-based learning**: an approach to medical education. New York: Springer, 1980.
- BIRGEGÄRD, G.; LINDQUIST, U. Changes in student attitudes to medical school after the introduction of problem-based learning in spite of low ratings. **Med. Educ.**, Oxford, v. 32, n.1, p. 46-49, Jan. 1998.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1.133/2001, de 7 de agosto de 2001: diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out 2001. Seção 1E, p. 131. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf>. Acesso em: 29 out. 2004.
- CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto alegre: Artmed, 2003.
- CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-142, ago. 2001.
- CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193, jan./mar. 1999.
- CAMPOS, G. W. S. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 4, p. 477-483, dez. 2005.

CAMPOS, M. A. F. **Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação.** 2006. 76 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO. 2001. p. 113-126.

DE MARCO, M. A. **Comunicação em saúde:** fatores que interferem no vínculo e na comunicação na relação médico-paciente. 2005. 175 f. São Paulo. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

DENZIN, N. K. **The research act.** Chicago: Aldine Publishing, 1973.

DESLANDES, S. F. Humanização: revistando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde:** conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 31-47.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento:** epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.

DOLMANS, D. The effectiveness of PBL: the debate continues: some concerns about the BEME movement. **Med. Educ.**, Oxford, v. 37, n. 12, p. 1129-1130, Dec. 2003.

EAGLE, C. J.; HARASYM, P. H.; MANDIN, H. Effects of tutors with case expertise on problem-based learning issues. **Acad. Med.**, Philadelphia, v. 67, n. 7, p. 465-469, Jul. 1992.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Manual FAMEMA 1999.** Marília, 1999.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Manual educacional de interação comunitária:** 4ª série. Marília, 2002.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Guia do processo de ensino-aprendizagem:** aprender a aprender-2003: Curso de Medicina. Marília, 2003a.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Manual FAMEMA 2003.** Marília, 2003b.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED:** uma escola médica para um novo sistema de saúde: projeto final da FAMEMA. Marília, 2003c. 63 p. Disponível em: http://www.famema.br/documentos/promed_final.pdf. Acesso em: 20 maio 2005.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Manual FAMEMA 2004.** Marília, 2004.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE:** Famema em novas perspectivas: Curso de Medicina. Marília, 2005. Disponível em: http://www.famema.br/documentos/Prosaude_Medicina_Famema.pdf. Acesso em: 22 out. 2007.

FERREIRA, R. A.; PERET FILHO, L. A.; GOULART, E. M. A.; VALADÃO, M. M. A. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 224-231, jul./set., 2000.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica:** processos e resultados: os casos de Marília e Londrina. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface Comunic. Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-50, fev. 2002.

FINUCANE, P. M.; JOHNSON, S. M.; PRIDEAUX, D. J. Problem-based learning: its rationale and efficacy. **Med. J. Aust.**, Pymont, v. 168, n. 9, p. 445-8, May 1998.

FRANCISCHETTI, I.; MAZZONI, C. J.; MORENO, J. B. Análise da unidade de habilidades profissionais, semiologia, na Famema segundo aplicação do modelo SPICES no ano letivo de 2002. **Rev. Saúde**, Bagé, v. 7, n. 1, p. 34-44, jan./jun. 2003. Disponível em: <http://www.urcamp.tche.br/ccs/revistadasaude.html>. Acesso em: 22 out. 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GARCÍA, J. C. **La educación médica en America Latina**. Washington: OMS/OPAS, 1972. (Publicación científica, 255).

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOMES, R.; FRANCISCO, A. M.; TONHOM, S. F. R.; COSTA, M. C. G.; HAMAMOTO, C. G.; PINHEIRO, O. L.; MOREIRA, H. M.; HAFNER, M. L. M. B. **A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema:** uma avaliação qualitativa. Marília, 2007. Não publicado.

GOMES, R.; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; MALAQUIAS, J. V.; SILVA, C. F. R. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 185-221.

GONDIM, S. M. G. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com a formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Estud. Psicol. (Natal)**, Natal, v. 7, n. 2, p. 299-309, abr./dez. 2002.

GRILO, A. M. Os modelos de saúde: suas implicações na humanização dos serviços de saúde. **IberPsicologia**, Santiago de Compostela, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa/monteiro3/monteiro3.htm. Acesso em: 22 out. 2007.

HAFNER, M. L. M. B.; MORAES, M. A. A.; MARVULO, M. M. L.; BRACCIALLI, L. A. D.; CARVALHO, M. H. R.; GOMES, R. **A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira**. Marília, 2007. Não publicado.

IBGE. **Censo demográfico 2000:** questionário básico. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc0182.pdf. Acesso em: 22 out. 2007.

IBGE. **Censo demográfico 2000**: características gerais da população: resultados da amostra. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000_populacao.pdf. Acesso em: 22 out. 2007.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: síntese de indicadores 2005. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/sintese_pnad2005.pdf. Acesso em: 22 out. 2007.

JONES, A.; MCARDLE, P. J.; O'NEILL, P. A. Perceptions of how well graduates are prepared for the role of pre-registration house officer: a comparison of outcomes from a traditional and an integrated PBL curriculum. **Med. Educ.**, Oxford, v. 36, n. 1, p. 16-25, Jan. 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1983.

MAHEUX, B.; BEAUDOIN, C.; BERKSON, L.; CÔTE, L.; DES MARCHAIS, J.; JEAN, P. Medical faculty as humanistic physicians and teachers: the perceptions of students at innovative and traditional medical schools. **Med. Educ.**, Oxford, v. 34, n. 8, p. 630-634, Aug. 2000.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-248, jul./set. 1993.

OLIVEIRA, E. S.; PINTO, L. F. Quem são os médicos especialistas no Brasil? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12., 2000, Caxambu. **Anais...** [S.l.]: 2000. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Quem%20S%20o%20os%20M%20dicos%20Especialistas%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 22 out. 2007.

PRINCE, K. J. A. H.; VAN EIJS, P. W. L. J.; BOSHUIZEN, H. P. A.; VAN DER VLEUTEN, C. P. M.; SCHERPBIER, A. J. J. A. General competencies of problem-based learning (PBL) and non-PBL graduates. **Med. Educ.**, Oxford, v. 39, n. 4, p. 394-401, Apr. 2005.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SAKAI, M. H.; CORDONI JÚNIOR, L. Os egressos da medicina da Universidade Estadual de Londrina: sua formação e prática médica. **Espaço Saúde**, Londrina, v. 6, n. 1, p. 34-47, dez. 2004.

SCHMIDT, H. G. Problem-based learning: rationale and description. **Med. Educ.**, Oxford, v. 17, n. 1, p. 11-16, Jan. 1983.

SCHMIDT, H. G. Foundations of problem-based learning: some explanatory notes. **Med. Educ.**, Oxford, v. 27, n.5, p. 422- 432, Sept. 1993.

SCHMIDT, H.G.; AREND, A.; MOUST, J. H. C.; KOKX, I.; BOON, L. Influence of tutors' subject matter expertise on student effort and achievement in problem-based learning. **Acad. Med.**, Philadelphia, v. 68, n.10, p. 784-791, Oct. 1993.

SILVA, R. F. **Prática educativa transformadora**: a trajetória da unidade educacional de interação comunitária. 2000. 143 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVER, M.; WILKERSON, L. A. Effects of tutors with subject expertise on the problem-based tutorial process. **Acad. Med.**, Philadelphia, v. 66, n. 5, p. 298-300, May 1991.

STEELE, D. J.; MEDDER, J. D.; TURNER, P. A comparison of learning outcomes and attitudes in student- versus faculty-led problem-based learning: an experimental study. **Med. Educ.**, Oxford, v. 34, n. 1, p. 23-29, Jan. 2000.

VELLOSO, C. Equipe multiprofissional de saúde. **Rev. Confef.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 17, p. 24-26, set. 2005. Disponível em: http://www.confef.org.br/revistasWeb/n17/09_EQUIPE_MULTIPROFISSIONAL_DE_SAUDE.pdf. Acesso em: 22 out. 2007.

WERBEL, J. D. Relationships among career exploration, job search intensity and job search effectiveness in graduation college students. **J. Vocat. Behav.**, New York, v. 57, n. 3, p. 379-394, Dec. 2000.

10.6. A forma de abastecimento de água utilizada no domicílio é:

- rede geral
 poço ou nascente
 outra

10.7. O lixo do domicílio é:

- coletado por serviço de limpeza
 colocado em caçamba de serviço de limpeza
 queimado
 enterrado
 jogado em terreno baldio
 jogado em rio, lago ou mar
 tem outro destino

10.8. Dos itens abaixo mencionados, marque os que possui e em qual quantidade:

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| televisão em cores | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| rádio | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| automóvel | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| empregada mensalista | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| aspirador de pó | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| máquina de lavar | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| vídeo cassete e/ou DVD | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| geladeira | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |
| freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 ou + |

11. Possui rendimentos provenientes de seu trabalho como médico? (**não considerar a residência médica como trabalho**)

- Sim Não

12. Possui rendimentos provenientes de bolsa de programa de pós-graduação (aprimoramento, especialização, residência médica, mestrado e doutorado)?

- Sim Não

13. Possui rendimentos provenientes de outras fontes?

- Sim. Qual? _____ Não

III. Pós-graduação (*considerar como pós-graduação: aprimoramento, especialização, residência médica, mestrado e doutorado*)

14. Cursou ou está cursando residência médica?

- Sim Não

Se sim: Área: _____

em andamento

concluído: ano de conclusão: _____

15. Cursou ou está cursando outros cursos de pós-graduação?

- Sim Não

Se sim: aprimoramento

especialização

mestrado

doutorado

16. Qual seu grau de satisfação com a residência médica?

- insatisfeito pouco satisfeito satisfeito muito satisfeito indiferente

IV. Atuação profissional (*não considerar a residência médica como atuação profissional*)

17. Você está exercendo sua profissão médica através de um trabalho remunerado?
 Sim Não
 Se sim, continue respondendo o questionário a partir da pergunta 18.
 Se não, ir para a pergunta 27.
18. Quantos trabalhos você possui?
 1 2 3 ou +
19. Qual a característica do(s) trabalho(s)?
 público público e privado público, privado e autônomo
 privado público e autônomo
 autônomo privado e autônomo
20. Qual(is) o(s) local(is) de atuação?
 Atenção primária (Unidade Básica de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Clínica Privada e Ambulatórios Gerais)
 Atenção secundária/terciária (Hospital, Pronto-Socorro, Pronto-Atendimento e Ambulatório de Especialidades)
 Atenção primária e secundária/terciária
21. Qual a função que exerce nos diversos locais?
 médico assistencial médico assistencial e plantonista
 médico plantonista médico assistencial e outro: _____
 outro: _____ médico plantonista e outro: _____
 médico assistencial, plantonista e outro: _____
22. Exerce cargo de chefia/coordenação?
 Sim Não
23. Quantas horas por semana gasta habitualmente neste(s) trabalho(s)?
 até 20 horas
 de 21 a 40 horas
 de 41 a 60 horas
 acima de 61 horas
24. Há quanto tempo está neste(s) trabalho(s) como médico?
 até 30 dias
 de 31 dias a menos de 1 ano
 de 1 ano a menos de 2 anos
 de 2 anos ou mais
25. Quais ações de saúde realizou nos últimos 6 meses:
 ações preventivas
 ações curativas
 ações preventivas e curativas
26. Qual seu grau de satisfação profissional neste(s) trabalho(s)?
 insatisfeito pouco satisfeito satisfeito muito satisfeito indiferente

V. Avaliação do curso por parte do egresso

27. O curso o(a) ajudou a trabalhar com pessoas de diferentes gêneros?
 não ajudou pouco ajudou ajudou ajudou muito indiferente
28. O curso o(a) ajudou a trabalhar com pessoas em diversas fases/ciclos de vida?
 ajudou não ajudou pouco ajudou ajudou muito indiferente

29. O curso contribuiu para você realizar uma anamnese no sentido de diagnosticar/conduzir um caso?
 pouco contribuiu não contribuiu contribuiu contribuiu muito indiferente
30. O curso contribuiu para você realizar um exame físico no sentido de diagnosticar/conduzir um caso?
 contribuiu não contribuiu pouco contribuiu contribuiu muito indiferente
31. O curso o(a) ajudou a buscar alternativas para a resolução de um caso não vivenciado durante a sua graduação?
 ajudou muito não ajudou pouco ajudou ajudou indiferente
32. O curso o(a) preparou para iniciar a atuação como profissional de medicina?
 indiferente não preparou pouco preparou preparou preparou muito
33. O curso forneceu uma base para que você pudesse ingressar na residência médica?
 não forneceu pouco forneceu forneceu forneceu muito indiferente
34. O curso forneceu uma base para que você pudesse ingressar em outra pós-graduação (aprimoramento/especialização/mestrado/doutorado)?
 pouco forneceu não forneceu forneceu forneceu muito indiferente
35. O curso o(a) preparou para trabalhar em equipe multiprofissional?
 preparou não preparou pouco preparou preparou muito indiferente
36. O curso forneceu uma base para que você estabelecesse relação médico-paciente?
 forneceu muito não forneceu pouco forneceu forneceu indiferente
37. O curso contribuiu para você atender as pessoas, considerando as dimensões biológica, psicológica e social, de forma integrada?
 indiferente não contribuiu pouco contribuiu contribuiu contribuiu muito

VI. Caso clínico

Analise o contexto da situação e responda a questão a seguir:

Francisca, 56 anos, viúva há 3 anos, católica, do lar, primeiro grau incompleto, natural de Garça e atualmente residindo em Marília. Mora com o único filho, de 20 anos, solteiro, que começou a trabalhar como vigilante em um *shopping* há 3 meses, o que a deixa muito preocupada com a violência e possibilidade de assaltos, tendo dificuldade para dormir. Ela se mantém com a pensão de viuvez e com alguma ajuda do filho.

Seu peso aumentou gradativamente após a viuvez chegando aos atuais 92 kg, para 1,62 m, sendo difícil controlá-lo, pois sente “necessidade” de ingerir doces em todas as refeições. Nos últimos 3 meses, tem observado sede intensa, micção aumentada e fome exagerada, o que a levou a agendar uma consulta na UBS próxima de sua casa.

Na primeira consulta, foi atendida pelo Dr. Mário, que conversou com ela sobre sua situação, fez anamnese e exame físico. Ao verificar PA de 150/90 mmHg, este solicitou exames de sangue, ECG, RX de tórax e prescreveu um anti-hipertensivo. Orientou-a sobre a necessidade de dieta e de caminhadas diárias.

Após um mês, no seu retorno, relatou ao Dr. Mário que, em conversa com uma vizinha, esta lhe disse que já usara o mesmo remédio, que ele não funcionava e seria melhor tomar chá de alho. Contou que, como sentia desconforto, intenso calor e rubor com a medicação, após uma semana deixou de tomá-la. Relatou que, também, não incorporou atividade física em sua rotina e que não conseguiu seguir a dieta.

Dr. Mário verificou que a PA continuava elevada e comunicou o resultado de seus exames diagnosticando, também, diabetes.

Caso D. Francisca fosse sua paciente, como você elaboraria um plano de cuidados para atender suas necessidades de saúde?

Agradecemos muito a sua participação nesta 1ª fase da pesquisa. Tenha certeza que sua contribuição foi de extrema importância, pois, como salientado anteriormente, este é um estudo inédito no Brasil no que se refere a resultados dos currículos inovadores como os que utilizam a aprendizagem baseada em problemas.

Aproveitamos a oportunidade para convidá-lo(a) a participar da 2ª fase desta pesquisa que consistirá em uma entrevista semi-estruturada, a qual será realizada por um membro da equipe de pesquisa que agendará data, local e horário adequados para você. A 2ª fase será realizada na cidade onde você está residindo no momento, portanto, iremos até você.

Desta forma, solicitamos que assinale a sua opção:

Sim, concordo em participar da 2ª fase da pesquisa (entrevista)

Não, não concordo em participar da 2ª fase da pesquisa (entrevista)

Em caso de concordar, favor informar seu endereço eletrônico (email) e telefone para contato.

Email: _____

Telefone: (____) _____

Apêndice II

Roteiros de Entrevista

II. A. Roteiro de entrevista com os egressos

I. Caracterização do entrevistado

1. Nome: _____
2. Idade: ____ anos
3. Sexo: masculino feminino
4. Com base na classificação de cor de pele proposta pelo IBGE, qual a cor de pele que você se declara dentre as seguintes:
 branca preta amarela parda indígena ignorada
5. Estado civil: solteiro(a) casado(a) união consensual
 separado(a) judicialmente divorciado(a) viúvo(a)
6. Local de Trabalho: _____
7. Cursa alguma pós-graduação (aprimoramento/especialização/residência/mestrado/doutorado)?
Caso positivo, qual? _____
8. Renda mensal (em número de salários mínimos): _____

II. Questões¹

1. Após a conclusão do seu curso, como foi a sua trajetória até o presente momento?
2. Em que o seu curso ajudou e em que não ajudou para o exercício da sua profissão de médico(a)?
2.1. Procura ou participa de eventos para educação continuada/permanente?
3. Mencione um incidente ou algo que ocorreu durante o seu curso considerado por você como positivo para a sua formação.
4. Mencione um incidente ou algo que ocorreu durante o seu curso considerado por você como negativo para a sua formação.
5. Em sua opinião, como deve ser uma relação entre médico e o seu cliente?
5.1. E você? Consegue fazer assim?
5.2. E seu curso na Famema contribuiu para essa relação?
6. Você tem conseguido, em sua prática, articular as dimensões biológica, psicológica e social?
6.1. Caso tenha conseguido, exemplifique como.
6.2. Caso não tenha, explique o porquê.
7. O que é mais importante para você conseguir cuidar no seu paciente?
8. O que você recomendaria para a Famema no sentido de aperfeiçoar a formação de um profissional de medicina?
9. Como você avalia do seu curso? Justifique a sua avaliação.

¹ As questões servem apenas de orientação para o(a) pesquisador(a), uma vez que a entrevista está sendo entendida como uma conversa dirigida. A formulação da questão ao entrevistado ou à entrevistada poderá ser adaptada, sem contudo perder o sentido do que se deseja perguntar. Por outro lado, se durante a conversa, o(a) entrevistado(a) abordar o assunto de uma questão, a mesma não precisa ser formulada.

10. Você reconhece limites na sua prática profissional? Em caso afirmativo, exemplifique, explicando como você lidou com isso.
11. Relate um caso de sua prática profissional ocorrido no último ano e que tenha sido significativo para você.
12. Gostaria de falar mais alguma coisa?

II. B. Roteiro de entrevista com o gestor ou preceptor ou supervisor de residência

Entrevista realizada com o gestor/preceptor no _____
(local de atuação: UBS, Hospital, etc.)

I. Caracterização do entrevistado

1. Nome: _____
2. Idade: _____ anos
3. Sexo: [] masculino [] feminino
4. Função que exerce no momento: _____
5. Há quanto tempo (em anos e meses) você conhece o egresso? _____
6. Nome do programa de residência e a especialidade médica (no caso de entrevista com preceptor ou supervisor de residência): _____

II. Questões

1. Levando em consideração a realidade do serviço de saúde sob a sua responsabilidade, em sua opinião, qual é o perfil mais adequado de um médico para atender aos usuários do serviço?
2. Você considera que o profissional formado pela Famema, que está sob a sua coordenação ou supervisão, se aproxima desse modelo ideal de médico? Por quê?
3. Você consegue ver diferenças entre a atuação do médico que foi formado pela Famema e a atuação de outro formado por outra instituição? Explique a sua resposta.
4. O que você conhece acerca da proposta de formação profissional da Famema? Caso conheça, você considera algo importante nesse curso? Caso considere, o que você destacaria como importante e o que você recomendaria?
5. Outro profissional ou usuário dos serviços comentou sobre o atendimento prestado pelo médico formado pela Famema? (Se ouviu esse tipo de comentário, pedir para falar sobre isso).
6. Se você fosse dar uma mensagem para um egresso da Famema, o que você diria?
7. Gostaria de falar mais alguma coisa?

II. C. Roteiro de entrevista com o usuário

I. Caracterização do entrevistado

1. Nome: _____
2. Idade: ____ anos
3. Sexo: masculino feminino
4. Com base na classificação de cor de pele proposta pelo IBGE, qual a cor de pele que você se declara dentre as seguintes:
 branca preta amarela parda indígena ignorada
5. Estado civil: solteiro(a) casado(a) união consensual
 separado(a) judicialmente divorciado(a) viúvo(a)
6. O atendimento que você está recebendo deste profissional médico é a primeira vez (primeira consulta)? sim não: há quanto tempo: _____

II. Questões

1. Na sua opinião, como deve ser um atendimento médico?
2. Como foi o atendimento médico que o Sr.(a) acabou de receber?
3. Em sua opinião, houve diferença entre esse atendimento e outro realizado por outro médico? Por quê?
4. O Sr.(a) entendeu as informações que o(a) médico(a) lhe forneceu? (O que entendeu? O que não entendeu?)
5. O Sr.(a) gostou de ser atendido por esse(a) médico(a)? Por quê?
6. O Sr.(a) indicaria esse médico para outra pessoa? Por quê?
7. Gostaria de falar mais alguma coisa?

Apêndice III

Situação simulada

O egresso receberá por escrito a atividade que deverá realizar em 50 minutos.

Atividade: Você realizará uma consulta médica simulada, com Dona Maria de Souza, na Unidade de Saúde da Família e para isto terá 50 minutos. Após atendê-la fará uma auto-avaliação por escrito sobre o seu desempenho.

Situação Apresentada

Este é o seu primeiro dia de trabalho nesta Unidade de Saúde da Família. Vai atender Dona Maria, que comparece ao retorno para ver o resultado de exame solicitado em consulta anterior com o médico que você está substituindo. Continua sintomática, com tosse produtiva e perdendo peso. Usou corretamente o xarope prescrito (carbocisteína) sem melhora. Resultados de exames: BK no escarro: positivo e RX de tórax mostrando área de condensação heterogênea com imagem sugestiva de cavitação em ápice direito.

Orientação para o paciente simulado

Seu nome é Maria de Souza, 36 anos, solteira, mora com seus pais e uma irmã, em casa de alvenaria, com sala, cozinha, 1 banheiro e 2 quartos. A residência tem água encanada, rede de esgoto e coleta de lixo 3 vezes na semana. É diarista, 1º grau completo, católica praticante e frequenta todas as atividades sociais promovidas pela igreja e comunidade, natural de Marília. Frequenta a Unidade de Saúde da Família do seu bairro. É tabagista de 1 maço de cigarros por dia, desde os 20 anos, e não fuma dentro de casa ou no trabalho pois seus pais e os patrões não permitem. Tem vida sexual ativa com seu namorado de 3 anos, faz uso de contraceptivo. Tem bom relacionamento em casa, emprego e com seu companheiro, embora esteja desconfiada que ele tem sido infiel. Na realidade, isto é seu maior problema pois desde que sua desconfiança começou é que vem se sentindo doente. Há 3 meses, começou a tossir e ter febre a tarde. No começo, a tosse tinha pouco catarro, mas foi piorando aos poucos e atualmente tem catarro em grande quantidade, às vezes com pouco de sangue o que a assustou muito. Está perdendo peso (mais ou menos 6 kg neste período), não tem fome, sente-se muito cansada, com falta de ar quando o esforço é muito grande, e está acordando com a roupa molhada de suor. Não sente mais nada. Já precisou faltar várias vezes no emprego e já está tendo problemas com a patroa. Não contou para ninguém que saiu sangue no catarro, pois tem vergonha e medo de ter a mesma doença do primo que morreu há um mês. Por esse motivo, tem se ausentado das atividades sociais, não quer mais sair, está bastante angustiada com sua situação. Seu namorado e família estão preocupados com você. O primo morava em uma

cidade vizinha e ficou um mês em sua casa para tratamento, ele tossia e você viu um dia sair sangue com o catarro. Nunca usou drogas, não bebe, nega qualquer doença ou tratamento anterior. Seu pai é hipertenso e sua mãe e irmã não tem nenhuma doença. Quando o médico informar que você tem tuberculose vai chorar, perguntar se vai morrer como o primo, se tem que separar talheres e copos, se pode ter contato íntimo com o namorado e se vai precisar ser internada. Por que isso foi acontecer comigo? Deve ser algum castigo. Por que eu não posso ser feliz? O que vai acontecer com a minha vida doutor??

Roteiro para observação da situação simulada

De acordo com a imagem do profissional que se busca avaliar a observação da situação simulada deverá se dirigir para alguns aspectos do desempenho do egresso durante a consulta médica.

O roteiro servirá de norte para avaliar o desempenho do egresso:

1. O egresso demonstrou compreensão ampliada da pessoa atendida por ele, nas dimensões biológica, psicológica e social? (Qual é o seu contexto de vida? Quem é esta pessoa, com quem vive? Como vive? Onde vive? Quais as condições socioeconômicas? Quais as relações pessoais e sociais estabelecidas? Quais são os seus hábitos? É filiada a grupos social e religioso? Quais os sentidos atribuídos ao problema que ele está vivendo? Caracterizou a história da moléstia atual nessas três dimensões? Qual a sua história familiar?).
2. O egresso demonstrou compreensão integral da situação de saúde da pessoa?
3. O egresso propôs um plano de cuidado, pautado na compreensão ampliada sobre a pessoa, considerando a autonomia da pessoa?
4. Durante a realização da consulta o egresso mostrou atitudes de acolhimento, comunicação verbal e não verbal respeitosa, demonstrando atenção, disposição para ajudar e em ouvir e preocupação com a opinião da pessoa sobre o seu plano de cuidado? A postura do egresso foi pautada em atitude ética?
5. Durante a auto-avaliação o egresso mostrou-se crítico e reflexivo sobre o seu desempenho?
6. O egresso fez um plano de cuidado considerando os níveis de atenção: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde? Considerou a participação de outros profissionais e recursos da comunidade neste plano?
7. O egresso conseguiu realizar ações que incluem intervenção coletiva e não apenas individual?

Apêndice IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nome da Pesquisa: Avaliação do Resultado do Processo de Formação de Médicos da Famema

Pesquisadora Coordenadora Responsável: Dra. Maria de Lourdes M. B. Hafner

Prezado Egresso,

Estamos realizando um estudo para avaliação dos resultados do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Trata-se de uma pesquisa inédita realizada no Brasil no que se refere a resultados dos currículos inovadores, como os que utilizam a aprendizagem baseada em problemas. Este estudo será feito por meio de avaliações (questionário, entrevista e atividades práticas simuladas) realizadas pelos egressos e entrevistas com supervisores e usuários dos serviços de saúde nos quais estes egressos estejam inseridos.

Para isso, solicitamos sua participação na primeira fase da pesquisa, respondendo a este questionário e retornando-o para a Famema o mais breve possível via correio ou via internet, acessando o link, <http://www.famema.br/projetoegressos>, utilizando a senha..... Nesta situação, você deverá seguir os passos indicados e finalizar com seu consentimento.

Solicitamos que o retorno deste questionário seja realizado até 27 de março de 2007.

Esclarecemos que a decisão de participar ou não é pessoal e será totalmente respeitada. Informamos, ainda, que a sua participação nesta 1ª fase (questionário) não implica na obrigatoriedade de participar das demais fases (entrevistas e situação simulada). As suas informações serão tratadas com absoluto sigilo. Não há necessidade de que você se identifique, sendo garantido o anonimato. Se for do seu interesse, você poderá conhecer os resultados do estudo. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e poderão ser publicadas em revistas científicas. Estaremos a sua disposição para os esclarecimentos e orientações sempre que você necessitar.

Garantimos, ainda, que os procedimentos do estudo não implicam em riscos ou desconfortos e você poderá interromper sua participação a qualquer momento. Em caso de dúvida, você pode entrar em contato com a coordenadora responsável no Núcleo de Avaliação (email: nucleodeavaliacao@famema.br/fone: 14 – 3402 1828).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Avaliação do Resultado do Processo de Formação de Médicos da Famema", como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela coordenadora do projeto, Dra. Maria de Lourdes M. B. Hafner, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer implicação, e que poderei conhecer os resultados do estudo.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da 1ª fase da pesquisa (questionário) da forma recomendada pela pesquisadora que subscreve este documento.

Local e data: _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora coordenadora
responsável pela pesquisa
Maria de Lourdes M. B. Hafner
RG: 6.319.418 - SSP-SP
Email: nucleodeavaliacao@famema.br
Telefone: (14) 3402-1828

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nome da Pesquisa: Avaliação do Resultado do Processo de Formação de Médicos da Famema

Pesquisadora Coordenadora Responsável: Dra. Maria de Lourdes M. B. Hafner

Prezado Egresso,

Estamos realizando um estudo para avaliação do egresso (profissional formado) do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Este estudo será feito por meio de avaliações realizadas pelos egressos (questionário, entrevista e atividades práticas simuladas que serão filmadas) e supervisores destes egressos (entrevista), assim como por entrevistas dos usuários dos serviços de saúde nos quais estes egressos estão inseridos, visando avaliar a qualidade do Curso de Medicina da Famema.

Para isso, solicitamos sua colaboração na presente pesquisa, participando desta entrevista.

Esclarecemos que a decisão de participar ou não é pessoal e será totalmente respeitada. As suas informações serão tratadas com absoluto sigilo. Não há necessidade de que você se identifique, sendo garantido o anonimato. Se for do seu interesse, você poderá conhecer os resultados do estudo. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e poderão ser publicadas em revistas científicas. Estaremos a sua disposição para os esclarecimentos e orientações sempre que você necessitar.

Garantimos, ainda, que os procedimentos do estudo não implicam em riscos ou desconfortos e, caso você se sinta desconfortável, poderemos conversar sobre isso e você poderá interromper sua participação a qualquer momento. Em caso de dúvida, você pode procurar a pesquisadora responsável.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Avaliação do Resultado do Processo de Formação de Médicos da Famema", como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela coordenadora do projeto, Dra. Maria de Lourdes M. B. Hafner, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer implicação, e que poderei conhecer os resultados do estudo.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar desta fase da pesquisa (entrevista) da forma recomendada pela pesquisadora que subscreve este documento.

Local e data: _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora coordenadora
responsável pela pesquisa
Maria de Lourdes M. B. Hafner
RG: 6.319.418 - SSP-SP
Email: nucleodeavaliacao@famema.br
Telefone: (14) 3402-1828

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nome da Pesquisa: Avaliação do Resultado do Processo de Formação de Médicos da Famema

Pesquisadora Coordenadora Responsável: Dra. Maria de Lourdes M. B. Hafner

Prezado(a) Participante,

Estamos realizando um estudo para avaliação do egresso (profissional formado) do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Este estudo será feito por meio de avaliações realizadas pelos egressos (questionário, entrevista e atividades práticas simuladas que serão filmadas) e supervisores destes egressos (entrevista), assim como por entrevistas dos usuários dos serviços de saúde nos quais estes egressos estão inseridos, visando avaliar a qualidade do Curso de Medicina da Famema.

Para isso, solicitamos sua colaboração na presente pesquisa, participando desta entrevista.

Esclarecemos que a decisão de participar ou não é pessoal e será totalmente respeitada. As suas informações serão tratadas com absoluto sigilo. Não há necessidade de que você se identifique, sendo garantido o anonimato. Se for do seu interesse, você poderá conhecer os resultados do estudo. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e poderão ser publicadas em revistas científicas. Estaremos a sua disposição para os esclarecimentos e orientações sempre que você necessitar.

Garantimos, ainda, que os procedimentos do estudo não implicam em riscos ou desconfortos e, caso você se sinta desconfortável, poderemos conversar sobre isso e você poderá interromper sua participação a qualquer momento. Em caso de dúvida, você pode procurar a pesquisadora responsável.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Avaliação do Resultado do Processo de Formação de Médicos da Famema", como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela coordenadora do projeto, Dra. Maria de Lourdes M. B. Hafner, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer implicação, e que poderei conhecer os resultados do estudo.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar desta fase da pesquisa (entrevista) da forma recomendada pela pesquisadora que subscreve este documento.

Local e data: _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora coordenadora
responsável pela pesquisa
Maria de Lourdes M. B. Hafner
RG: 6.319.418 - SSP-SP
Email: nucleodeavaliacao@famema.br
Telefone: (14) 3402-1828

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nome da Pesquisa: Avaliação do Resultado do Processo de Formação de Médicos da Famema

Pesquisadora Coordenadora Responsável: Dra. Maria de Lourdes M. B. Hafner

Prezado(a) Sr.(a),

Estamos realizando um estudo para avaliação do médico formado na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Este estudo será feito por meio de entrevistas visando avaliar a qualidade do Curso de Medicina da Famema.

Para isso, solicitamos sua participação na presente pesquisa, participando desta entrevista.

Esclarecemos que a decisão de participar ou não é pessoal e será totalmente respeitada. As suas informações serão tratadas com absoluto sigilo. Não há necessidade de que você se identifique, sendo garantido o anonimato. Se for do seu interesse, você poderá conhecer os resultados do estudo. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e poderão ser publicados em revistas científicas. Estaremos a sua disposição para os esclarecimentos e orientações sempre que você necessitar.

Garantimos, ainda, que os procedimentos do estudo não implicam em riscos ou desconfortos e, caso você se sinta desconfortável, poderemos conversar sobre isso e você poderá interromper sua participação a qualquer momento. Em caso de dúvida, você pode procurar a pesquisadora responsável.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Avaliação do Resultado do Processo de Formação de Médicos da Famema", como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela coordenadora do projeto, Dra. Maria de Lourdes M. B. Hafner, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer implicação, e que poderei conhecer os resultados do estudo.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar desta fase da pesquisa (entrevista) da forma recomendada pela pesquisadora que subscreve este documento.

Local e data: _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora coordenadora
responsável pela pesquisa
Maria de Lourdes M. B. Hafner
RG: 6.319.418 - SSP-SP
Email: nucleodeavaliacao@famema.br
Telefone: (14) 3402-1828

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nome da Pesquisa: Avaliação do Resultado do Processo de Formação de Médicos da Famema

Pesquisadora Coordenadora Responsável: Dra. Maria de Lourdes M. B. Hafner

Prezado Egresso,

Estamos realizando um estudo para avaliação do egresso (profissional formado) do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Este estudo será feito por meio de avaliações realizadas pelos egressos (questionário, entrevista e atividades práticas simuladas que serão filmadas) e supervisores destes egressos (entrevista), assim como por entrevistas dos usuários dos serviços de saúde nos quais estes egressos estão inseridos, visando avaliar a qualidade do Curso de Medicina da Famema.

Para isso, solicitamos sua participação na presente pesquisa, realizando as atividades práticas simuladas.

Esclarecemos que a decisão de participar ou não é pessoal e será totalmente respeitada. As suas informações serão tratadas com absoluto sigilo. Não há necessidade de que você se identifique, sendo garantido o anonimato. Se for do seu interesse, você poderá conhecer os resultados do estudo. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e poderão ser publicados em revistas científicas. Estaremos a sua disposição para os esclarecimentos e orientações sempre que você necessitar.

Garantimos, ainda, que os procedimentos do estudo não implicam em riscos ou desconfortos e, caso você se sinta desconfortável, poderemos conversar sobre isso e você poderá interromper sua participação a qualquer momento. Em caso de dúvida, você pode procurar a pesquisadora responsável.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Avaliação do Resultado do Processo de Formação de Médicos da Famema", como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela coordenadora do projeto, Dra. Maria de Lourdes M. B. Hafner, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer implicação, e que poderei conhecer os resultados do estudo.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar desta fase da pesquisa (atividades práticas simuladas) da forma recomendada pela pesquisadora que subscreve este documento.

Local e data: _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora coordenadora
responsável pela pesquisa
Maria de Lourdes M. B. Hafner
RG: 6.319.418 - SSP-SP
Email: nucleodeavaliacao@famema.br
Telefone: (14) 3402-1828