

Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres

Difficulties of physicians working in the Family Health Strategy of Minas Gerais state to provide health care for women

Dificultades de los médicos que actúan en la Estrategia de Salud Familiar de Minas Gerais para proporcionar atención a la salud de las mujeres

Victor Hugo Melo. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. victormelo@terra.com.br (Autor correspondente)
Suzana Maria Pires do Rio. Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME). Barbacena, MG, Brasil. suzanario@terra.com.br
Rosuita Fratari Bonito. Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Uberlândia, MG, Brasil. rosuita@netsite.com.br
Claudia Teixeira Costa Lodi. Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. claudiatclodi@gmail.com
Maria Tereza Mohallem Fonseca. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. teresamohallem@terra.com.br
Eliana Amaral. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP, Brasil. amaraleli@gmail.com

Resumo

Objetivo: Avaliar as dificuldades de médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) para proverem assistência à saúde das mulheres em todos os estágios de suas vidas. **Métodos:** Foi aplicado questionário semiestruturado a 203 médicos que atuam na ESF, em três regiões do Estado de Minas Gerais, com questões específicas relativas à atenção à saúde da mulher: prevenção do câncer do colo e das mamas, cuidado pré-natal e no puerpério, cuidados à saúde reprodutiva e atenção à saúde no climatério. **Resultados:** O motivo mais comum para serem médicos da ESF foi o interesse em trabalhar na Atenção Primária à Saúde (38,4%). As dificuldades mais frequentes foram atender mulheres no climatério (61,9%) e prover atenção à saúde reprodutiva (41,9%). Comparando os médicos segundo o tempo de formação, verificou-se que os mais jovens (com até três anos de formação) apresentaram mais dificuldades em prover todos os tipos de cuidados à saúde das mulheres. A análise multivariada confirmou as limitações dos médicos mais jovens no atendimento ao climatério ($p < 0,009$) e a sua baixa participação em atividades educativas voltadas para as mulheres ($p < 0,021$). **Conclusões:** Os médicos mais jovens apresentaram mais dificuldades específicas em todos os tipos de cuidados à saúde das mulheres e menor participação em atividades educativas. Presume-se que as dificuldades desses médicos estejam ligadas a deficiências na sua formação durante a graduação e à escassa participação nas ações programáticas de atenção à saúde das mulheres.

Abstract

Objective: To evaluate the difficulties of physicians from the Family Health Strategy (FHS) to provide health care for women in all stages of their lives. **Methods:** Two hundred and three physicians from FHS in three regions of the state of Minas Gerais, Brazil answered a semi-structured questionnaire with specific questions regarding women's healthcare, such as cervical and breast cancer prevention, prenatal and postpartum care, reproductive health care, and health care during climacteric. **Results:** The most common reason for having become doctors at the FHS program was the interest to work in Primary Health Care (38.4%). The most frequent difficulties were taking care of climacteric women (61.9%) and providing reproductive health care (41.9%). By comparing physicians according to their practicing time since graduation, it was possible to find that the youngest (up to three years after graduation) presented more difficulty in providing all types of health care for women. Multivariate analysis confirmed the limitations of young physicians in taking care of perimenopausal women ($p < 0.009$) and their small participation in educational activities for women ($p < 0.021$). **Conclusions:** Younger doctors present more specific problems in all types of health care for women, with less participation in educational activities. It is assumed that these physicians' difficulties are linked to flaws during their undergraduate education and to a reduced participation in programmatic actions in women's health care.

Palavras-chave:

Saúde da Família
Competência Clínica
Medicina de Família e Comunidade
Atenção Primária à Saúde
Educação Médica

Keywords:

Family Health
Clinical Competence
Family Practice
Primary Health Care
Education, Medical

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

UFMG parecer ETIC
0457.0.203.000-10.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 02/08/2012

Aprovado em: 05/07/2013

Como citar: Melo VH, Rio SMP, Bonito RF, Lodi CTC, Fonseca MTM, Amaral E. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):3-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)550](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)550)

Resumen

Objetivo: Evaluar las dificultades de los médicos de la Estrategia de Salud Familiar (ESF), para proporcionar atención a la salud de las mujeres en todas las etapas de sus vidas. **Métodos:** Se aplicó un cuestionario semiestructurado a 203 médicos que trabajan en la ESF, pertenecientes a tres regiones del estado de Minas Gerais, con preguntas específicas relacionadas con la atención a la salud de la mujer: prevención del cáncer cérvico-uterino y de mama; atención prenatal y puerperio; cuidados de la salud reproductiva y atención de la salud durante el climaterio. **Resultados:** La razón más común para convertirse en médicos de la ESF fue su interés en trabajar con la Atención Primaria de Salud (38,4%). Las dificultades más frecuentes fueron la de ayudar a las mujeres en el climaterio (61,9%) y la de proporcionar servicios de salud reproductiva (41,9%). Al comparar los médicos, en función del tiempo transcurrido tras su graduación, se verificó que las personas más jóvenes (hasta tres años tras su graduación) presentaron más dificultades al prestar los diferentes tipos de cuidados en la atención de la salud para las mujeres. El análisis multivariado confirmó las limitaciones de médicos jóvenes en el cuidado del climaterio ($p < 0,009$) y su baja participación en las actividades educativas dirigidas a las mujeres ($p < 0,021$). **Conclusiones:** Los médicos más jóvenes presentaron problemas más específicos en todos los tipos de atención de la salud de las mujeres y tuvieron una menor participación en las actividades educativas. Se supone que las dificultades de estos médicos estén relacionadas con deficiencias en su formación durante la graduación y con su limitada participación en las actividades del programa de la atención de la salud de las mujeres.

Palabras clave:

Salud de la Familia
Competencia Clínica
Medicina Familiar y Comunitaria
Atención Primaria de Salud
Educación Médica

Introdução

A Medicina de Família e Comunidade (MFC), cujos princípios conceituais foram introduzidos no Brasil na década de 1970, surgiu como um movimento não somente para responder aos altos custos e à crescente especialização da assistência médica como também para resgatar a promoção e proteção da saúde dos indivíduos. Até então, a assistência médica individual e curativa ficava a cargo da Previdência Social, enquanto os cuidados preventivos e coletivos eram da responsabilidade do Ministério da Saúde.^{1,2} A Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, estimulou o surgimento de várias experiências isoladas em países desenvolvidos e em desenvolvimento, inclusive no Brasil, com o intuito de prover cuidados primários de saúde como direito fundamental.^{3,4}

Por sua vez, a baixa resolubilidade do modelo de assistência à saúde e a exclusão social de parte da população contribuíram para que fossem definidos na Constituição de 1988 três principais referenciais do sistema de saúde brasileiro: conceito ampliado de saúde, saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação comunitária.⁵

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, visou à reorientação da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada aos serviços de saúde para as populações desfavorecidas, associando ações de promoção da saúde/prevenção de agravos nos diferentes níveis de atenção.⁶ Em 1995, o PSF passou a fazer parte da política oficial do governo do Estado de Minas Gerais.⁷ Atualmente, 820 municípios do estado (97,5%) tem pelo menos uma equipe de saúde da família. Dados do governo de Minas mostram que em abril de 2012 havia 4.319 equipes em atividade, representando uma cobertura de 76% da população mineira.⁸

O PSF foi transmutado em Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1998, buscando romper o paradigma da atenção simplificada/baixo custo para a prestação de cuidados resolutivos,⁶ fundamental para o fortalecimento e atuação da MFC. A ESF, enquanto estratégia para reorganização da APS, é porta de entrada prioritária do SUS, tendo como principais características: equidade, integralidade, continuidade da atenção, coordenação da assistência dentro do próprio sistema e participação comunitária.⁹

Entre as diversas áreas de atuação da ESF uma das prioridades é a atenção integral à saúde da mulher, englobando estratégias que contemplem os objetivos do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de forma interdisciplinar e no formato de apoio matricial. Como aspectos fundamentais do PAISM destacam-se: atenção qualificada às mulheres com queixas ginecológicas em todas as fases dos ciclos de vida - infância, adolescência e fase adulta (menacme, climaterio e menopausa); atenção às doenças infecciosas (DSTs), atenção à saúde sexual/reprodutiva (planejamento familiar, infertilidade, anticoncepção), pré-natal qualificado, além da assistência ao puerpério; ações de saúde mental; atenção à violência contra a mulher; atenção às principais doenças crônicas e degenerativas (hipertensão, diabetes, cânceres de mama e colo uterino); inclusão da visão de gênero, raça e etnias.⁹

A consolidação da ESF tem apresentado inúmeras dificuldades operacionais para sua implantação e manutenção e um dos principais problemas é a deficiente fixação dos médicos,^{1,10,11} sendo observada elevada rotatividade entre estes profissionais.¹¹⁻¹³ Vários fatores são apontados como causas desse problema, dentre os quais: contratação em período integral de trabalho; desvalorização profissional pelos próprios colegas; falta de entendimento da população sobre a ESF; e melhores possibilidades salariais em outras atividades.^{1,11} Outro aspecto é o fato de muitos médicos ingressarem na ESF sem o perfil adequado para

atuar na saúde comunitária.¹²⁻¹⁴ Estudos apontam também falhas no sistema de referência e contrarreferência como fatores que dificultam a permanência dos médicos.^{1,6,10,11} De maneira constante e uníssona, autores chamam a atenção para a falta de capacitação destes profissionais como outro obstáculo para a sua fixação na ESF, o que aumenta, conseqüentemente, a sua rotatividade.^{1,6,11-13,15}

Desde que foram instituídos, o PSF e a ESF experimentaram crescimento exponencial e, entre seus maiores êxitos, está a extensão do cuidado à saúde para grande parcela da população pobre brasileira. Entretanto, a rapidez de sua implantação acarretou a incorporação de pessoas com formação ou perfil nem sempre adequados para compor as equipes, o que tem comprometido a legitimidade da proposta e sua capacidade para substituir modelos tradicionais.¹⁶

A proposta da ESF é que o médico deve ter competências preventivas, terapêuticas e de gestão de recursos, além de solucionar os problemas de saúde indiferenciados que lhe são apresentados. Na prática, observa-se grande número de profissionais com baixa qualificação e inúmeras atribuições.¹³ Esse fato evidencia a necessidade de se promover a revisão dos currículos de graduação da área médica, enfatizando a responsabilidade social da formação, além da importância da educação permanente desses profissionais.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi criado em 2005 com o objetivo de promover integração ensino-serviço e reorientação da formação profissional – com ênfase na APS e na abordagem integral dos indivíduos.¹⁷ A articulação entre ESF e Pró-Saúde pode fomentar a parceria entre as Instituições de Ensino Superior e os Serviços Públicos de Saúde, contribuindo para a potencialização das respostas às necessidades de saúde da população brasileira, mediante formação adequada de recursos humanos e produção do conhecimento voltada para a prestação de serviços.

O objetivo do presente estudo foi avaliar as dificuldades dos médicos que atuam na ESF do Estado de Minas Gerais para prestar cuidados à saúde das mulheres, de forma a discutir junto às instâncias de formação, as habilidades e conhecimentos que necessitam desenvolver, durante e após o curso médico, para proverem atenção com qualidade.

Métodos

O estudo foi desenvolvido no Estado de Minas Gerais, no período de maio de 2010 a março de 2011. Foram convidados a participar 203 médicos inscritos no Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP)¹⁸ da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Minas Gerais, em diferentes regiões do estado. Os médicos responderam a um questionário semiestruturado contendo questões gerais sobre sua formação/capacitação prévia para atuarem como médicos da ESF. A parte de respostas específicas apresentava questões relacionadas aos cuidados de atenção à saúde das mulheres, previstas na ESF: prevenção dos cânceres de colo uterino e das mamas; atenção pré-natal e no puerpério; atenção à saúde reprodutiva e atenção no climatério.^{9,19,20} O questionário continha questões fechadas (estruturadas) nas quais os médicos respondiam se sabiam ou não realizar procedimentos, solicitar exames, prescrever ou identificar situações de risco. Depois de responder a uma questão fechada, o médico respondia livremente a uma questão aberta (semiestruturada) relacionada à resposta estruturada anterior. Os questionários foram respondidos pelos médicos em reuniões estratégicas educacionais do PEP, após assinarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para análise dos dados, os médicos foram agrupados de acordo com o tempo desde o término da graduação (tempo de formação), tendo sido escolhido o período de três anos como ponto de corte, levando-se em consideração, principalmente, que prestar cuidados de atenção à saúde das mulheres é parte do aprendizado dos alunos em qualquer curso de medicina. Ao mesmo tempo, caso não tivessem segurança para realizar essa atenção após sua graduação, neste período de até três anos, poderiam ter recebido treinamento para prover tais cuidados.

A análise estatística foi dividida em três etapas: a) caracterização da amostra, realizando-se análise descritiva e distribuição das frequências das características gerais dos médicos, das atividades desenvolvidas na ESF e das dificuldades específicas mais comuns no cuidado à saúde das mulheres; b) análise univariada, comparando os anos de formação com todas as variáveis categóricas envolvidas. Para esta análise, foi utilizado o teste do qui-quadrado, considerando-se significantes os resultados com $p < 0,05$ e c) análise multivariada, utilizando-se a regressão binária logística para avaliar quais variáveis selecionadas tinham associação independente com o tempo de formação. Foram selecionadas variáveis que apresentavam valor $p < 0,20$ na análise univariada e considerados significantes resultados com $p < 0,05$. Para ajuste final no modelo multivariado, foram excluídos 18 médicos com residência e/ou especialização em Ginecologia e Obstetrícia. Os dados foram digitados, armazenados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 12.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer ETIC 0457.0.203.000-10).

Resultados

Os questionários foram respondidos por 203 médicos da ESF do PEP/SES/MG em três diferentes regiões do Estado de Minas Gerais: região metropolitana de Belo Horizonte (n=156); Triângulo Norte (n=28); Vertentes (n=19). Todos os médicos solicitados responderam ao questionário proposto, não havendo, portanto, recusas ou perdas.

A Tabela 1 apresenta características gerais dos médicos entrevistados, na qual se observa que 55,0% formaram-se em escolas públicas e 62,6% tinham mais de três anos de formado. Com relação à especialização/residência médica (RM), observou-se que, entre os médicos que realizaram RM, quase todos informaram especialização na mesma área de atuação, sendo que alguns médicos informaram terem realizado mais de um tipo de especialização. Entre os 203 médicos, 121 (59,6%) haviam realizado alguma especialização e, entre os 82 médicos que não fizeram nenhuma especialização, 64 tinham menos de três anos de formação. As especializações mais frequentes foram Medicina de Família e Comunidade (24,1%); Medicina do Trabalho (10,3%); Ginecologia e Obstetrícia (8,9%), porém somente 68 médicos fizeram alguma residência médica. Entre os 135 médicos que não fizeram nenhuma residência médica, 70 tinham menos de três anos de formação. As residências médicas mais frequentes foram: Ginecologia e Obstetrícia (8,9%), Pediatria (6,4%) e Medicina de Família e Comunidade (5,9%). Convém enfatizar que os médicos que fizeram residência médica em GO foram os mesmos que realizaram especialização

Tabela 1. Características gerais dos médicos participantes da pesquisa.

Características	N=203	n %
Tipo de Faculdade de Medicina em que se formou^a		
Pública	110	55,0
Privada	87	43,5
Fundações	3	1,5
Tempo de formado		
Mais de três anos	127	62,6
Até três anos	76	37,4
Fez especialização		
Medicina de Família e Comunidade	49	24,1
Medicina do Trabalho	21	10,3
Ginecologia e Obstetrícia	18	8,9
Outras especializações	33	16,2
Fez residência médica		
Ginecologia e Obstetrícia	18	8,9
Pediatria	13	6,4
Medicina de Família e Comunidade	12	5,9
Outras residências médicas	25	12,3
Experiência anterior no cuidado de mulheres^b		
Sim	99	48,8
Durante a graduação	42	20,7
Não	88	43,3
Por que ser médico do PSF^c		
Gosta de trabalhar com atenção básica	78	38,4
Salário/Emprego/Horário de trabalho	63	31,0
Gosta de trabalhar com a comunidade	25	12,3
Outros motivos	29	18,3
População das cidades (mil habitantes)		
< 50	62	30,5
Entre 50 e 100	36	17,8
Entre 100 e 200	38	18,7
> 200	67	33,0
Tempo de atuação no PSF (anos completos)		
≥ 1 ano (variação 1 - 16 anos)	152	74,9
< 1 ano (variação 1 - 11 meses)	51	25,1
Outras características		Variação
Mediana da idade (anos)	35	23 - 80

^a 3 médicos não responderam. ^b 16 médicos não responderam. ^c 8 médicos não responderam.

nessa área de atuação. Somente 99 (48,8%) médicos relataram experiência prévia no cuidado à saúde das mulheres e, entre eles, 42 (20,7%) responderam ter realizado estas atividades durante a graduação. Quanto aos motivos que os levaram a se tornarem médicos da ESF, os mais frequentes foram: gostar de atuar na APS (38,4%); questões relacionadas a emprego, salário e horário de trabalho (31,0%); e gostar de trabalhar com a comunidade (12,3%). Nessa amostra, 152 (74,9%) médicos atuavam na ESF há mais de um ano.

A Tabela 2 apresenta atividades desenvolvidas pelos médicos da ESF no cuidado à saúde das mulheres, estratificadas em diferentes tipos de cuidados. Pode-se perceber que 85,2% informaram saber realizar exame ginecológico para prevenção do câncer cervical, 47,8% faziam coleta de amostras para exame de Papanicolaou. Papanicolaou e somente 27,4% relataram alguma dificuldade específica na realização desse exame. No que concerne ao exame das mamas para prevenção do câncer, 98,5% informaram saber realizá-lo, mas somente 59,6% o faziam.

Tabela 2. Atividades desenvolvidas pelos médicos e suas dificuldades específicas no cuidado à saúde das mulheres.

Atividades	n/N ^a	n %
Exame Ginecológico (prevenção do câncer cervical)		
Sabe realizar o exame	173/203	85,2
Identifica a JEC	184/203	90,6
Faz coleta de Papanicolaou	97/203	47,8
Usa espátula + escova	124/201	61,7
Faz teste de Schiller	101/203	49,8
Interpreta Schiller	185/201	92,0
Dificuldades (sim)	49/179	27,4
Exame das Mamas (prevenção do câncer de mama)		
Sabe realizar o exame	200/203	98,5
Realiza exame das mamas	121/203	59,6
Dificuldades (sim)	30/191	15,7
Solicita mamografia	122/201	60,7
Atenção Pré-natal		
Atende gestantes	177/202	87,6
Solicita exames complementares	179/203	88,1
Prescreve vacina antitetânica	143/203	70,4
Indica vacina para Hepatite B	108/182	59,3
Participa de atividades educativas	98/199	49,2
Realiza toque vaginal para avaliar:		
Colo uterino	164/202	81,2
Apresentação fetal	134/202	66,3
Bacia materna	87/199	43,7
Dificuldades no cuidado pré-natal (sim)	43/195	22,1
Atenção no Puerpério		
Atende puérperas	155/203	76,4
Identifica os fatores de risco	100/203	49,2
Dificuldades (sim)	67/194	34,5
Atenção no Climatério		
Atende mulheres climatéricas	140/202	69,3
Rastreia ou investiga doenças	57/161	35,4
Solicita exames complementares	41/149	27,5
Prescreve hormônios	27/124	21,8
Participa de atividades educativas	56/203	27,6
Dificuldades (sim)	122/197	61,9
Atenção à Saúde Reprodutiva		
Atende estas mulheres	152/201	75,6
Conhece os métodos contraceptivos fornecidos pelo SUS	135/193	69,9
Prescreve contracepção de emergência	119/160	74,3
Solicita exames complementares	17/115	14,8
Conhece a lei 9263/96	115/200	57,5
Participa de atividades educativas	84/201	41,8
Dificuldades (sim)	83/198	41,9

^aForam excluídos os médicos que não responderam à pergunta, em cada variável. JEC - Junção escamocolar.

Ainda na Tabela 2, são apresentadas atividades de atenção pré-natal, podendo-se perceber que 87,6% dos médicos atendiam gestantes e 88,1% solicitavam exames rotineiros. Com relação às atividades educativas voltadas para as mulheres, quase metade dos médicos (49,2%) tinha alguma participação. Percebe-se que 81,2% avaliavam o colo uterino, ao toque bimanual e 66,3% identificavam o polo fetal que se apresenta na pelve. Somente 22,1% relataram dificuldades para atender as gestantes. Depois do parto, 76,4% atendiam as puérperas, mas somente 49,2% identificavam fatores de risco puerperais. Um terço (34,5%) dos médicos relatou alguma dificuldade para atender essas pacientes.

A Tabela 2 também apresenta informações sobre atividades com mulheres climatéricas e atenção à saúde reprodutiva. Apesar de dois terços (69,3%) informarem que atendiam mulheres no climatério, 61,9% relataram ter dificuldades para prestar cuidados à saúde dessas mulheres. Por sua vez, 75,6% prestavam cuidados à saúde reprodutiva e 69,9% conheciam os métodos contraceptivos disponíveis no SUS. Por fim, 41,9% relataram dificuldades para prestar cuidados à saúde reprodutiva.

A Tabela 3 apresenta um resumo das dificuldades específicas mais comuns relatadas pelos médicos no atendimento às mulheres.

Tabela 3. Dificuldades específicas mais frequentes dos médicos no atendimento às mulheres.

Dificuldades	n/N ^a	n %
Exame Ginecológico (prevenção do câncer cervical)	49/179	27,4
Exame das Mamas (prevenção do câncer de mama)	30/191	15,7
Atenção Pré-natal	43/195	22,1
Atenção no Puerpério	67/194	34,5
Atenção no Climatério	122/197	61,9
Atenção à Saúde Reprodutiva	83/198	41,9

^a Foram excluídos os médicos que não responderam à pergunta, em cada variável.

Na Tabela 4, são apresentadas todas as variáveis que mostraram diferenças significantes entre os médicos, segundo o tempo de formação, na análise univariada.

Tabela 4. Análise univariada comparando anos de formação e outras variáveis^a.

Variáveis	≤ 3 anos n/76 (%)	> 3 anos n/127 (%)	Total n/203 (%)	Valor p
Exame Ginecológico (prevenção do câncer cervical)				
Faz coleta de Papanicolaou (não)	52 (68,4)	73 (42,5)	106 (52,2)	0,000
Usa espátula e escovinha (não)	34 (44,7)	43 (33,9)	77 (37,9)	0,04
Identifica o que é JEC (não)	3 (3,9)	16 (12,6)	19 (9,4)	0,041
Exame das Mamas (prevenção do câncer de mama)				
Examina as mamas (não)	3 (3,9)	0 (0,0)	3 (1,5)	0,024
Atenção Pré-natal				
Atividade Educativa (não)	47 (61,8)	54 (42,5)	101 (49,8)	0,014
Atenção no Puerpério				
Atende puérperas (não)	24 (31,6)	24 (18,9)	48 (23,6)	0,04
Dificuldades (sim)	41 (53,9)	26 (20,5)	67 (33,0)	0,000
Atenção no Climatério				
Rastreia ou investiga doenças (não)	37 (48,7)	31 (24,4)	68 (33,5)	0,000
Solicita exames (não)	36 (47,4)	35 (27,6)	71 (35,0)	0,000
Prescreve hormônios (não)	54 (71,1)	65 (51,2)	119 (58,6)	0,007
Atividade educativa (não)	66 (86,8)	81 (63,8)	147 (72,4)	0,000
Dificuldades (sim)	65 (85,5)	57 (44,9)	122 (60,1)	0,000
Atenção à Saúde Reprodutiva				
Solicita exames (não)	37 (48,7)	37 (29,1)	74 (36,5)	0,015
Atividade Educativa (não)	53 (69,7)	64 (50,4)	117 (57,6)	0,019
Dificuldades (sim)	16 (19,3)	67 (52,8)	83 (40,9)	0,000

^a Foram listadas somente as variáveis com diferença significativa. JEC - Junção escamocolunar.

Os resultados do modelo final da análise multivariada estão apresentados na Tabela 5. Todas as variáveis apresentadas na Tabela 4 entraram na análise final de regressão binária logística. Para esta análise, foram excluídos 18 médicos com residência/especialização em Ginecologia e Obstetrícia. Como evidenciado pelos valores de razões de chances (OR Ajustados), os médicos com até três anos de formação faziam menos coleta de amostras para exame de Papanicolaou (OR=2,31) – embora identificassem com mais facilidade a junção escamocolumnar (JEC) (OR=0,14). Ao mesmo tempo, rastreavam menos as doenças no climatério (OR=0,57) e tinham menor participação em atividades educativas nesse período de vida das mulheres (OR=2,65), quando comparados aos médicos com mais de três anos de formação.

Tabela 5. Modelo final da análise multivariada^a.

Médicos com até três anos de formação	Valor p	OR Ajustado	IC a 95%
Não identificam a JEC	0,004	0,14	0,036-0,528
Não fazem coleta de Papanicolaou	0,015	2,31	1,179-4,526
Rastreiam doenças do climatério	0,009	0,57	0,373-0,868
Não participam de atividades educativas no climatério	0,021	2,65	1,162-6,052

^a Excluídos 18 médicos com residência/especialização em Ginecologia e Obstetrícia. JEC - Junção escamocolumnar. OR Ajustado - Odds Ratio Ajustado.

Discussão

A literatura sobre o tema é escassa, não tendo sido encontrada publicação específica para comparar com os resultados deste estudo, e a amostra foi considerada representativa dos médicos da ESF do Estado de Minas Gerais. Outro aspecto favorável foi a diversidade de escolas médicas – tanto públicas quanto privadas, inclusive de outros estados da federação – em que os médicos tiveram sua formação.

Os médicos foram divididos em dois grupos de acordo com o tempo de formação, pois, além de detectar as dificuldades apresentadas no atendimento das mulheres, buscava-se associá-las com prováveis deficiências de formação na graduação. Estabeleceu-se o período de três anos de formação para criar os subgrupos, o que correspondeu a 76 médicos entrevistados (37,4% da amostra). Este percentual foi semelhante ao encontrado em publicação recente (39,0%), na qual os autores utilizaram um ponto de corte de até cinco anos de formação.¹ Considerou-se que o ponto de corte em até três anos de formado foi adequado para avaliar possíveis lacunas de formação durante a graduação, que poderiam ser sanadas caso cursassem residência ou alguma especialização. Destaca-se que 68 médicos (33,5%) de toda a amostra fizeram residência médica e que Ginecologia e Obstetrícia esteve entre as mais frequentes (n=18; 8,9%).

O principal motivo para se tornar médico da ESF foi gostar de atuar na APS (38,4%). Este percentual foi maior quando comparado ao estudo de Vasconcelos e Zaniboni¹ que encontrou percentual de 25%.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação em 2001, estabeleceram as prerrogativas que devem ser seguidas pelas instituições do Sistema de Educação Superior do País, tendo como base conhecimentos gerais e compromisso social.²¹ Entre as prerrogativas contidas nas DCN, destacam-se: “*O Curso de graduação em Medicina tem como perfil... o médico, com formação generalista, humanista...*” com capacidade de atuar “... em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência” ... Por outro lado, *O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área.*²²

Fica claro que a atenção à saúde da mulher deve fazer parte do conteúdo curricular das escolas médicas e, por isso, é preocupante o fato de apenas 20,7% dos médicos relatarem ter participado da atenção à saúde das mulheres durante a graduação. Temos três hipóteses para interpretar esse resultado: a) os médicos não entenderam a pergunta; b) as escolas médicas não oferecem aos seus alunos campo de prática específico para que possam prestar estes cuidados; c) os médicos, quando estudantes, podem não ter se envolvido com os cuidados à saúde das mulheres porque não gostavam, ou porque estavam interessados em outra especialidade, ou ainda, porque não foram suficientemente motivados por seus professores.

Apesar da pouca participação em cuidados à saúde das mulheres na graduação, a grande maioria (85,2%) relatou estar apta a realizar exame ginecológico para prevenção do câncer cervical, mas somente 47,8% faziam coleta de amostras para exame de Papanicolaou. Com relação ao exame das mamas para prevenção do câncer, 98,5% informaram estar aptos a realizar o exame clínico, mas somente 59,6% o faziam. Muitos informaram que a coleta de citologia oncológica e o exame clínico das mamas eram realizados pela enfermeira, entretanto, não existem evidências científicas de boa qualidade demonstrando benefícios do exame clínico periódico das mamas para prevenção do câncer de mama.²³

O cenário é estimulante quando se analisam as atividades de atenção pré-natal e puerperal: 87,6% dos médicos atendiam gestantes e 76,4% atendiam puérperas. Somente 22,1% relataram alguma dificuldade para atender gestantes e 34,5% para o atendimento puerperal. Entretanto, é escassa a prática de realizar o toque vaginal, pois 56,3% informaram que não avaliam bacia materna durante o pré-natal. Por outro lado, somente 49,2% dos médicos identificavam fatores de risco puerperais. A literatura evidencia que esses fatores de risco são infecções, hemorragias e síndromes hipertensivas, importantes causas de morbimortalidade materna no Brasil.²⁰ Estes resultados mostram, potencialmente, a falta de um cuidado mais qualificado nesta fase do ciclo gestacional, pois muitas das complicações puerperais exigem diagnóstico e conduta ágeis.

As dificuldades mais frequentes se relacionaram às atividades voltadas para a atenção no climatério e saúde reprodutiva. Apesar de 69,3% informarem atender mulheres no climatério, somente 35,4% rastreavam as doenças previstas, enquanto apenas 27,5% solicitavam os exames para prevenir/diagnosticar essas doenças. A terapia hormonal (TH), entretanto, apresenta inúmeras controvérsias e deve se restringir a casos selecionados, pois existem importantes riscos quando não são respeitadas suas contraindicações.^{24,25} O apoio matricial e a criação de espaços coletivos para discussões e planejamento, previstos nas diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) podem auxiliar a resolver dificuldades relacionadas aos cuidados de saúde das mulheres climatéricas.⁹

Por sua vez, 75,6% dos médicos prestavam cuidados à saúde reprodutiva (planejamento familiar e infertilidade), mas somente 14,8% solicitavam os exames adequados.^{9,19,20} As dificuldades mais importantes na atenção à saúde reprodutiva foram aquelas relacionadas à infertilidade, porém, com o apoio matricial (NASF), poder-se-ia ajudar a resolver as dificuldades relacionadas aos cuidados ao casal infértil.⁹

Evidenciou-se que os médicos não se envolvem tanto com atividades educativas, em especial os mais jovens, por vários motivos: a) as atividades não ocorrem na sua unidade de saúde; b) a agenda de consultas é muito extensa; c) não têm interesse; d) as atividades são desenvolvidas pelos enfermeiros. Estudo analisando atividades das equipes da ESF de 10 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, também verificou baixa proporção de médicos realizando atividades de educação em saúde, variando de 22% a 53%.⁶

Finalmente, percebe-se que médicos formados há até três anos relataram mais dificuldades, suscitando as seguintes hipóteses: a) os médicos estão delegando funções para outros profissionais e deixando de realizar certos procedimentos; b) as DCN não estão sendo suficientemente efetivas para reorientar a formação médica, de forma a ter um profissional capaz de prestar cuidados à saúde. Deve-se também considerar que os médicos, quando alunos, podem ter se envolvido insuficientemente com atividades de Ginecologia e Obstetrícia, explicando, em parte, suas deficiências. Também, destaca-se a necessidade de inclusão da MFC como disciplina no curso de graduação de forma a propiciar aos estudantes vivenciarem e entenderem o cenário em que vivem as pessoas que eles irão atender, possibilitando-lhes desenvolver uma visão integral do cuidado à saúde.¹²

Vasconcelos e Zaniboni¹ entrevistaram 54 médicos na ESF do município de São Paulo, verificando que 39,0% tinham tempo menor que cinco anos de formação e que a principal motivação para trabalhar na ESF era o interesse em atuar na APS (aproximadamente 25%). Não deram destaque à atenção à saúde da mulher e observaram que as principais dificuldades encontradas foram: alta demanda de consultas, elevada incidência de casos complexos, falta de incentivo à especialização. Constataram também um *déficit* de médicos de família (20%, em média) em 27 regiões do município. Segundo os autores, esse *déficit* teria várias causas relacionadas à graduação: falta de vivência dos alunos na ESF; enfoque hospitalocêntrico das faculdades; desinteresse do aluno em atuar na ESF.

Para Ciuffo e Ribeiro,²¹ escolas médicas representam espaços privilegiados de produção de conhecimento e discussão, mas ainda reproduzem a lógica fragmentada do cuidado às pessoas, deixando de potencializar o que há de mais rico no campo da educação: as relações possíveis de serem desenvolvidas entre quem cuida e quem recebe o cuidado. Analisando as falas de professores e estudantes de dois cursos de Medicina, verificaram que os docentes percebiam a importância do compromisso social que a profissão exige, assim como a necessidade de mudanças no processo de formação dos médicos, apesar de vários deles serem resistentes a mudanças. Os estudantes, por sua vez, demonstraram descontentamento com a

formação, apesar de reconhecerem existir indícios de ruptura com os tradicionais paradigmas da formação médica. Por fim, os autores discutem a necessidade da construção de um diálogo entre escolas médicas e o SUS, enfatizando o princípio da integralidade como eixo estruturante dessa formação.

Anderson et al.¹² destacam a importância da participação dos profissionais da Medicina de Família e Comunidade nos cursos de graduação em Medicina, tendo em vista que seus preceitos e objetivos relacionam-se diretamente aos da APS. Segundo os autores, a MFC pode ter importante papel estratégico nas escolas médicas que implantaram reformas no ensino, para atender às necessidades de saúde da população.

Reforçando as sugestões dos autores anteriores, foram recentemente publicadas as “Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina” com o objetivo de apoiar escolas médicas na elaboração de projetos político-pedagógicos, reforçando a diversificação de cenários de prática. Destaca-se a necessidade de que o ensino na APS esteja presente longitudinalmente, ao longo de todo o curso, e que deva fazer parte do núcleo de ensino e da prática clínica dos futuros médicos.²⁶

Estudo de Montekio et al.,²⁷ analisando o sistema de saúde público e privado brasileiro, constatou que o Brasil segue apresentando os piores indicadores de saúde entre os países de melhor renda da América Latina. Entre esses indicadores, o mais preocupante é a taxa de mortalidade materna, que se mantém elevada, apesar de a ESF oferecer cobertura universal a 50% da população brasileira. Outro indicador apresentado foi morte por câncer de mama, que ainda se mantém elevado entre as mulheres. Levantamos as seguintes questões: se a maioria das gestantes e puérperas são atendidas na ESF e se é meta do SUS fazer prevenção do câncer de mama, por que as mortes pelas causas apontadas não estão diminuindo? Não teriam os profissionais de saúde as competências necessárias para prover os cuidados adequados e evitar as mortes passíveis de prevenção? A baixa resolubilidade do sistema seria responsável por essa baixa eficiência? Para responder a estas questões, seria necessário que instâncias prestadoras de cuidados e formadoras de médicos estivessem sintonizadas e comprometidas. Desse modo poderíamos vislumbrar a melhoria dos indicadores de saúde das mulheres no Brasil.

Uma possível fragilidade do presente estudo é ter se baseado em questionários que foram respondidos por médicos voluntários. Pode-se imaginar um viés, pois foram os interessados que se dispuseram a responder às questões. Por outro lado, a fortaleza do estudo reside no seu grande tamanho amostral e nas várias coincidências de respostas, sobretudo no que diz respeito às dificuldades encontradas para prover a assistência à saúde das mulheres.

Conclusões

Pode-se concluir que, em geral, os médicos com até três anos de formação relataram mais dificuldades em todos os tipos de cuidados à saúde das mulheres. Presume-se que as deficiências assinaladas pelos médicos mais jovens estejam relacionadas a falhas na sua formação, durante a graduação, associadas à mudança de práticas nas unidades de saúde – com delegação das ações para outros profissionais de saúde – e ao reduzido tempo de exercício profissional que pudesse corrigir deficiências de formação. Essa hipótese necessita ser confirmada por outros estudos, mas é um alerta às escolas médicas do Brasil. Fica evidente a necessidade de prover ensino e campos de prática adequados, além da educação permanente dos profissionais, de forma a garantir que os futuros médicos adquiram as competências mínimas necessárias para prestarem cuidados de atenção à saúde das mulheres brasileiras.

Referências

1. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1): 1494-1504. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700085>
2. Falk JW, Gusso G, Lopes JMC. Medicina de Família e Comunidade com Especialidade Médica e Profissão. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 12-16.
3. World Health Organization (WHO). Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (Internet). Declaração de Alma-Ata: 1978. [online] [acesso em 2012]. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaoaude/Dec_Alma-Ata.htm

4. Rodrigues RN, Anderson MIP. Saúde da Família: uma estratégia necessária. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(18): 21-24. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1809-59092011001800006>
5. Sampaio LFR, Mendonça CS, Lermen N Jr. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 28-41.
6. Escorel S, Giovannella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(2): 164-176. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>
7. Secretaria de Estado de Saúde (MG). Deliberação CIB-SUS/MG nº 180, 26 de julho de 2005. [on line] [acesso 2012]. Minas Gerais; 2005. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2005/del_180.pdf
8. Minas Gerais. Saúde. Cumprimento antecipado dos Objetivos do Milênio. [Online] [acesso em 2013]. Disponível em: <http://www.mg.gov.br/governomg/portal/c/governomg/conheca-minas/minas-em-numeros/12435-saude/517077-resultados-do-governo-de-minas-na-gestao-antonio-anastasia-saude/5146/5044>
9. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf
10. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *Editorial. BMJ* 2010; 341:c4945. PMID:21115587. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c4945>
11. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovannella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2355-2365. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011>
12. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007; 3(11): 157-72.
13. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *RAP*. 2008; 42(2): 347-68.
14. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_saude_familia.pdf
15. Ronzani TM, Van Stralen CJ. Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. *Rev APS*. 2003; 6(2): 99-107. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Gerencia2.pdf>
16. Anderson MIP, Gusso G, Castro ED Fº. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. *Rev APS*. 2005; 8(1): 61-67. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/FamiliaComun.pdf>
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). [on line] [acesso em 2012]. Disponível em: <http://www.prosaude.org/>
18. Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18(Supl 4): S60-S66. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/104>
19. Ministério da Saúde (BR). Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 29). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf
20. Secretaria de Estado de Saúde (MG). Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p. [Online] [acesso em 2013]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2016.pdf>
21. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2008; 12(24): 125-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100010>
22. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Homologada em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001. Resolução CNE/CES nº 4, de 7/11/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001. [on line] [acesso em 2011]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
23. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for Breast Cancer. *Clinical Breast Exam*. [online] [acesso em 2013]. Disponível em: <http://canadiantaskforce.ca/guidelines/2011-breast-cancer/>
24. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de Orientação - Climatério. São Paulo: FEBRASGO; 2010 [acesso em 2013 Abr 13]. Disponível em: <http://www.febрасco.org.br>
25. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Associação Brasileira do Climatério. I Diretriz brasileira sobre prevenção de doenças cardiovasculares em mulheres climatéricas e a influência da terapia de reposição hormonal (TRH). *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(1 supl.1): 1-23. Disponível em: http://www.ipgs.com.br/cursos/documents/2008_Diretriz_Prevencao_Doencas_Cardiovasculares_Mulheres_Climatericas.pdf
26. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(19): 145-50. 20-22. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf6\(19\)116](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf6(19)116)
27. Montekio VB, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública México*. 2011; 53(Supl 2): S120-S131. 21-23. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800008&lng=es.