



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA-UNESP

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Faculdade de Medicina de Botucatu

Departamento de Saúde Pública

**ENSINO NA COMUNIDADE: ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E
DEMOGRÁFICOS DAS FAMÍLIAS VISITADAS POR ESTUDANTES
DE MEDICINA E ENFERMAGEM**

DANIELA CRISTINA RODRIGUES

BOTUCATU – SP
2013

DANIELA CRISTINA RODRIGUES

**ENSINO NA COMUNIDADE: ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E
DEMOGRÁFICOS DAS FAMÍLIAS VISITADAS POR ESTUDANTES
DE MEDICINA E ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
para a obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Joelcio Francisco Abbade

BOTUCATU – SP

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Rodrigues, Daniela Cristina.

Ensino na comunidade : aspectos socioeconômicos e demográficos das famílias visitadas por estudantes de medicina e enfermagem / Daniela Cristina Rodrigues. – Botucatu : [s.n.], 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Joelcio Francisco Abbade

Capes: 40602001

1. Família – Pesquisa. 2. Levantamentos domiciliares. 3. Demografia da família. 4. Domicílios. 5. Aconselhamento em saúde. 6. Visita domiciliar.

Palavras-chave: Características demográficas; Condições socioeconômicas; Educação em saúde; Ensino na comunidade; Visita domiciliar.

Dedicatória

Dedico esse trabalho e todo meu esforço para elaboração do mesmo, a estas duas pessoas que acreditaram em minha capacidade de realizá-lo,

Profa Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

(grande incentivadora)

e

Prof. Dr. José Carlos Peraçoli

(idealizador do projeto CAPES: pró-ensino na saúde)

e que muito contribuíram para minha formação e para que eu chegasse a ser a Profissional da Saúde que hoje sou.

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

À Deus,

por me presentear com vida, saúde e sabedoria para chegar até aqui.

Aos meus familiares, amigos e irmãos de igreja,

por compreender as minhas ausências e pelas orações.

À Equipe do NAP,

Elisabete Bemfato Dezan, Renata Romanholi, Mariana Pavan, Marcelo Balestrim e Profa. Dra. Alice Yamashita Prearo; que muito me estimularam e ajudaram ao longo desse processo.

À minha parceira de mestrado,

Daniele Cristina Godoy por compartilhar comigo todos os desafios e dificuldades que tivemos ao longo desses dois anos de mestrado.

À Equipe do Laboratório de Saúde Coletiva

Rosangela M. Giarola, Maria Luiza N. L. Caldas e Marcos R. Ballesterro, que direta e indiretamente me auxiliaram na construção desse trabalho.

Ao meu Orientador,

Prof. Dr. Joelcio Francisco Abbade, agradeço a disposição em me orientar nesse estudo e pelas sugestões que muito contribuíram para o meu entendimento.

Aos professores-tutores da disciplina IUSC

Que disponibilizaram o material necessário para elaboração dessa pesquisa. Em especial agradeço à Tutora *Maria Beatriz Trindade Guassu* por me acompanhar no estágio prático supervisionado.

À Bibliotecária

Rosemary Cristina da Silva, pela minuciosa e dedicada correção das citações e referências bibliográficas.

À

Karina Luiz Chamma, que gentilmente colaborou com a revisão e tradução para a língua inglesa.

Resumo

RESUMO

A implantação de estratégias que articulem universidade, serviços e comunidade são práticas de ensino-aprendizagem que, cada vez mais, ganham espaço na área da saúde, estimulando instituições de ensino superior na adequação de políticas de ensino voltadas para a formação de um profissional generalista, capacitado a entender o processo saúde-doença nos diferentes níveis de atenção. O presente estudo objetivou conhecer o perfil das famílias que receberam visitas domiciliares realizadas por estudantes dos 1º e 2º anos de graduação em Medicina e em Enfermagem na disciplina de Interação Universidade Serviços Comunidade da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, durante o ano de 2011. Nesse estudo foram realizadas 124 entrevistas a usuários cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do município de Botucatu – SP, que participaram das visitas domiciliares em 2011, e aplicado um questionário semi estruturado, identificando-se suas características socioeconômicas e demográficas. Para a análise estatística foi utilizado o software SPSS/Windows[®] (versão 10.5), calculamos as porcentagens das variáveis estudadas e utilizamos o teste de qui-quadrado, com correção de Pearson quando necessário, considerando-se nível de significância de 5%. A análise dos resultados possibilitou conhecer as características dos moradores do domicílio, das condições de vida familiar, bem como o meio em que vivem e como vivem e identificamos que não há diferença significativa entre as famílias selecionadas em dois anos diferentes e consecutivos. Assim, entendemos que nossos resultados podem contribuir para o planejamento das atividades de visita domiciliar realizada pelos estudantes da Disciplina IUSC.

Palavras-chave: condições socioeconômicas, características demográficas, educação em saúde, ensino na comunidade, visita domiciliar.

Abstract

ABSTRACT

The establishment of strategies that articulate the university, the services and the community are teaching-learning practices which have increasingly gained space in the health area, stimulating higher education institutions to adequate the teaching policies directed to the formation of a generalist professional, qualified to understand the health-disease process at the different care levels. The present study aimed to learn the profile of families that received home visits by 1st and 2nd-year undergraduate students of Medicine and Nursing during the discipline Interação Universidade Serviços Comunidade da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, in 2011. In this study, 124 interviews were conducted to users registered at the Basic Health Units or Family Health Units of the Secretariat of Health of Botucatu Municipality – São Paulo State, which participated in the home visiting in 2011, and a semi-structured questionnaire was applied to identify socioeconomic and demographic characteristics. For statistical analysis, the software SPSS/Windows[®] (version 10.5) was employed; we calculated the percentages of the studied variables and used the Chi-square test, with Pearson's correction when necessary, considering a significance level of 5%. Analysis of the results allowed us to learn the characteristics of the residents of the home, the living conditions of family, as well as the environment where they live, and we identified that there is no significant difference between the families selected in two different and consecutive years. Thus, we understand that our results may contribute to the planning of home visiting activities done by students of the Discipline IUSC.

Keywords: social-economic conditions, demographic characteristics, education in health, teaching in the community, home visiting.

Lista de Tabelas, Figura e Gráficos

LISTA DE TABELAS, FIGURA e GRÁFICOS

Tabela 1 – Distribuição do número de famílias, de acordo com as disciplinas IUSC I e IUSC II, e as unidades de saúde / área de abrangência do município de Botucatu – SP.	41
Tabela 2 – Chefes de família distribuídos segundo sexo e faixa etária, de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).....	42
Tabela 3 – Número e porcentagem de chefes de família distribuídos segundo a escolaridade e de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).....	43
Tabela 4 – Número e porcentagem de chefes de família distribuídos segundo o estado civil e de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).....	43
Tabela 5 – Distribuição da renda mensal do chefe de família de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).	45
Tabela 6 – Distribuição da renda per capita mensal, segundo o chefe de família e de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).	45
Tabela 7 – Distribuição percentual da classe econômica, segundo o chefe de família e de acordo com a renda média familiar, para cada grupo estudado (disciplinas IUSC I e IUSC II).....	46
Tabela 8 – Distribuição da ocupação dos chefes de família de acordo com os grupos estudados (Disciplinas IUSC I e IUSC II).....	47
Tabela 9 – Distribuição segundo a posição da ocupação dos chefes de família de acordo com os grupos estudados (Disciplina IUSC I e IUSC II).	48
Tabela 10 – Número e percentual da população estudada em relação ao grau de parentesco com o chefe da família de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).....	49
Tabela 11 – Número e percentual da faixa etária, do sexo e do estado civil da população estudada de acordo com os grupos analisados (disciplinas IUSC I e IUSC II).	50
Tabela 12 – Número e percentual da escolaridade da população estudada de acordo com os grupos analisados (disciplina IUSC I e IUSC II).	52
Tabela 13 – Número e percentual das condições de ocupação da casa de moradia da população estudada de acordo com os grupos analisados (disciplina IUSC I e IUSC II).	53
Tabela 14 – Número e percentual de moradores por domicílio da população estudada de acordo com os grupos analisados (disciplina IUSC I e IUSC II).....	54

Tabela 15 – Número e percentual de cômodos e banheiros, e de ocupantes por quartos da população estudada de acordo com os grupos analisados (disciplina IUSC I e IUSC II).	55
Tabela 16 – Número e percentual da utilização dos serviços de saúde da população estudada de acordo com os grupos analisados (disciplina IUSC I e IUSC II).	56
Tabela 17 – Número e percentual da participação em atividades de lazer da população estudada de acordo com o grupos analisados (IUSC I e IUSC II)	57
Tabela 18 – Número e percentual do acesso à comunicação social da população estudada de acordo com os grupos estudados (IUSC I e IUSC II).....	58
 Figura 1 – Área de abrangência das unidades de saúde do município de Botucatu-SP	40
 Gráfico 1 – Percentual de chefes de família segundo estado conjugal e sexo de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).	44
Gráfico 2 – Distribuição percentual da faixa etária da população estudada de acordo com o sexo.	51

Lista de Abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS

CBO	- Classificação Brasileira de Ocupações
CCEB	- Critério de Classificação Econômica Brasil
DCN	- Diretrizes Curriculares Nacionais
FMB	- Faculdade de Medicina de Botucatu
HC	- Hospital das Clínicas
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IUSC	- Interação Universidade Serviço Comunidade
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
PEA	- População Economicamente Ativa
PET-SAÚDE	- Programa de Educação pelo Trabalho
PNAD	- Programa Nacional por Amostra de Domicílios
PPP	- Projeto Político Pedagógico
PROMED	- Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PRÓ-PET Saúde	- Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PRÓ-SAÚDE	- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em saúde
SEADE	- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SEHAB	- Secretaria Municipal de Habitação do Município de Botucatu
SIMIS	- Sistema Municipal de Informações em Saúde do Município
SINASC	- Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SM	- Salário Mínimo
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UNESP	- Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
USF	- Unidade de Saúde da Família

Sumário

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2. OBJETIVOS	28
2.1. Objetivo Geral	28
2.2. Objetivos específicos	28
3. MÉTODOS	30
3.1. Desenho do estudo	30
3.2. População estudada	30
3.3. Variáveis / Definições	30
3.3.1. Características dos Moradores no Domicílio:	30
3.3.2. Características de Trabalho	31
3.3.3. Rendimento Mensal de Trabalho e de Outras Fontes	33
3.3.4. Classificação da classe econômica	33
3.3.5. Características da Habitação:	35
3.3.6. Serviços de Saúde:	35
3.3.7. Condições de Vida Familiar:	35
3.4. Instrumento para coleta de dados	37
3.5. Coleta de Dados	37
3.6. Processamento e análise dos dados	37
3.6.1. Revisão e digitação dos Dados	37
3.6.2. Análise Estatística	38
3.7. Aspectos Éticos	38
4. RESULTADOS	40
4.1. Características dos chefes de família	42
4.2. Características da população estudada	49
4.3. Características de habitação	53
4.4. Características da utilização dos serviços de saúde	56
4.5. Características da vida familiar	57
5. DISCUSSÃO	60
6. CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	76
Anexo I – QUESTIONÁRIO	77
Anexo II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81
Anexo III – PARECER COMITÊ DE ÉTICA	82

Introdução

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, algumas escolas médicas vivenciam o repensar de suas práticas pedagógicas, que privilegiam mudanças no processo de ensino-aprendizagem. Esse repensar estimula a construção de uma política de orientação das práticas formativas de profissionais de saúde quanto à adequação das mudanças curriculares, qualifica a formação discente e coopera com a melhoria da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS (PEREIRA, 2009).

Essa realidade incentiva instituições de ensino superior a mudar os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos seus cursos de medicina, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a fim de expandir o ensino para a atenção primária à saúde. Nesse processo, elabora-se um plano de ensino-aprendizagem direcionado para uma formação com habilidades adequadas às exigências da carreira do profissional em saúde (VASCONCELLOS, 2006).

No entanto, existem dificuldades para se implantar essas mudanças, como estruturá-las e organizá-las de modo a possibilitar a formação profissional baseada na integralidade e humanização da assistência à população (PEREIRA, 2009).

“A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos, das populações. A melhor síntese para esta designação à educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas.” (AprenderSUS, p.7, 2004).

O histórico de ensino no campo da saúde coletiva se deu a partir da construção do projeto de reforma sanitária em um momento de crise e, ao constituir a saúde coletiva como campo do saber e espaço de prática social, sugeriu-se uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público, porém com um princípio científico que compreendesse os determinantes sociais do processo saúde doença (CYRINO; MAGALDI, 2002).

A partir das grandes transformações sociais que ocorreram na Europa no início do século XIX, o processo de urbanização e industrialização determinou o agravamento das condições de vida e trabalho, e aumento das epidemias. Neste momento

surgiu a idéia de correlacionar a doença com as relações sociais que a produziam, a qual teve forte influência, na época, pelo movimento da medicina social francesa (CZERESNA, 1997 apud GUIARDI, 2007).

Nessa perspectiva, ao final da década de 60, a partir da influência dos projetos de reforma – Medicina Integral e Medicina Comunitária é proposto o ensino extramuros visando formar profissionais com consciência de medicina integral e aptos a trabalhar junto à comunidade e entender de uma forma global as complexidades do paciente atingindo-se, assim, toda família (CYRINO; MAGALDI, 2002).

Durante esse período, no Brasil, as propostas desses movimentos reformadores desencadeiam um movimento de escolas médicas, principalmente pelos Departamentos de Medicina Preventiva, em organizar esses novos espaços de prática médica permitindo, dessa forma, um ensino extramuros – um ensino médico na comunidade (CYRINO, 1993 apud ULIANA, 2010).

Em 1970, na Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (FMB-UNESP), ocorre a expansão do internato além do Hospital das Clínicas, bem como a fundação do Centro de Saúde Escola, gerando a possibilidade de desenvolvimento do ensino médico em diferentes cenários e a experiência de vivências sobre o processo saúde-doença com a estrutura social (habitação, trabalho, lazer, educação, entre outros), dando oportunidade ao estudante de uma nova leitura do mundo em que vive (CYRINO; MAGALDI, 2002).

“Com a Reforma Sanitária Brasileira consolida-se um novo sistema de saúde para o país - o Sistema Único de Saúde, com a aprovação da Constituição Federal de 1988. E assim, as ideias de ampliação de espaços extra-hospitalares para ensino médico ganham sustentação, pois o SUS, regido pela constituição nacional, traz a ampliação do acesso aos serviços de saúde para a população juntamente com a necessidade de construção de uma rede “básica de saúde” nos municípios. No que tange à questão da formação de recursos humanos para o SUS, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, já previa meios que contemplassem a formação dos recursos humanos na área da saúde, além de resgatar as questões sobre a diversificação de cenários de ensino” (BRASIL, 1990 apud ULIANA, 2010).

A partir desse momento a FMB-UNESP busca melhorias em seu ensino-aprendizado com ênfase na atenção primária à saúde, o que ladeia o método

tradicional e generalista, direcionando os estudantes de medicina e de enfermagem a uma atuação humanista, crítica e reflexiva do processo saúde-doença na comunidade. Ao mesmo tempo conserva a coesão com o perfil epidemiológico da população, fundamentado em princípios éticos e promove a saúde integral do ser humano (CYRINO; MAGALDI, 2002; PEREIRA, 2009).

Nesse modelo, o estudante transpõe-se do aprendizado num cenário universitário predominantemente hospitalar, com conhecimento de uma doença já instalada, para um cenário ampliado da realidade na qual essa doença se originou, onde identifica a situação de vida e saúde da comunidade (como vivem, por que adoecem e morrem os cidadãos), favorecendo condições para o aperfeiçoamento de uma prática clínica ampliada no contexto do SUS (CYRINO et al., 2005).

“Por melhor que seja o ensino e trabalho em nível interno, no âmbito do Hospital escola [exista um] ... trabalho [em] nível de comunidade (externo), onde melhor se poderá compreender e correlacionar as condições de saúde com o meio, numa visão mais completa da importância e da prática dessa medicina integral” (Almeida; Magaldi, 1969 apud Cyrino; Magaldi 2002 p. 24).

O ensino na comunidade, que sempre foi valorizado pela FMB-UNESP, propõe melhorias na aprendizagem de seus estudantes a partir de parcerias e integração com disciplinas e departamentos. O conteúdo da disciplina de Obstetrícia é adquirido também em hospital secundário e unidades de saúde do município; o departamento de Saúde Coletiva integra seis disciplinas e permite que os estudantes vivenciem situações do trabalho na rede básica; o departamento de Pediatria oferece vivência de sua prática no Centro de Saúde Escola, em unidades básicas de saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF) e escolas do Município (UNESP, 2008).

Pereira (2009) refere que, a estratégia de se articular ensino-serviço-comunidade é válida pelo fato de proporcionar integração entre teoria e prática, como também propiciar uma reflexão da realidade, que permite ao estudante elaborar críticas e buscar soluções apropriadas para os problemas de saúde encontrados, conservando o compromisso e a responsabilidade com o usuário a partir dessa vivência na atenção primária à saúde.

Interação Universidade Serviço e Comunidade (IUSC): um processo de ensino-aprendizagem na FMB-UNESP

Compreendendo a importância das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para inovar seu ensino, a FMB-UNESP tem participado e sido selecionada nos programas financiados pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), em parceria com Ministério da Educação (MEC), como o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED) em 2002, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) em 2006, o Programa de Educação pelo Trabalho (Pet-Saúde) em 2009 e o PRÓ-PET Saúde (Programa de Educação para o Trabalho em Saúde) em 2011.

Como resultado direto da participação nesses programas de incentivo, desde 2003 está em desenvolvimento na FMB-UNESP uma atividade educacional inovadora: a Interação Universidade - Serviço - Comunidade (IUSC), originalmente implantada como atividade de integração disciplinar e que no ano de 2007 tornou-se disciplina oficial do curso de graduação em Medicina da FMB-UNESP.

Na busca por um cuidado mais humanizado à população, criou-se a disciplina IUSC com objetivo de melhorar a formação do estudante de medicina, propondo atividades que pudessem articular o conhecimento médico com os serviços e profissionais da saúde e interagir com a comunidade, na realização de ações voltadas à saúde da população.

Em sua proposta, a disciplina IUSC tem como escopo o desenvolvimento de dimensões psicossociais relevantes nas práticas educativas, tais como: promover interação e estabelecer vínculo dos estudantes com equipes de saúde e comunidade, possibilitando o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde de acordo com as necessidades do SUS (CYRINO et al., 2005; ULIANA, 2010).

Cyrino et al. (2005) destacam que a disciplina IUSC é uma experiência que se estabeleceu em um grupo a partir do reconhecimento da necessidade de vivência de alunos e professores em práticas direcionadas à integralidade das ações em saúde centradas na aproximação com as famílias inseridas no universo das relações culturais, históricas, socioeconômicas e políticas da sociedade.

A disciplina IUSC é mais que uma inovação pedagógica, pois prioriza atividades de ensino em campo e insere o estudante, desde os primeiros anos dos

cursos de graduação em medicina e enfermagem, em vivência na atenção primária à saúde. É válido destacar a atenção primária à saúde, uma vez que além de abordar os problemas mais frequentes da comunidade, integra a atenção quando há mais de um problema de saúde, além de trabalhar o contexto no qual a doença se desenvolve (BRASIL, 2004; CYRINO et al. 2005; PEREIRA, 2009).

Nessa proposta, os estudantes interagem com a realidade social do município de Botucatu, relacionando saúde com o cuidado da saúde em seu espaço cotidiano, na casa, no bairro e na unidade de atendimento à saúde que frequentam. O processo educacional privilegia o ensino em pequenos grupos, baseado na resolução de problemas e com atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde que apresentam (CYRINO; RIZZATO, 2004).

Inicialmente, participavam apenas alunos do 1º, 2º e 3º anos do curso médico e a partir de 2009 a disciplina integra estudantes dos dois primeiros anos do curso de enfermagem que, em conjunto, desenvolvem atividades de reconhecimento de territórios e práticas de prevenção e promoção à saúde na rede municipal de serviços de saúde.

“(...) fortalecimento do aprendizado contextualizado no espaço de vida, problematizando contradições entre a prática de atenção à saúde centrada no modelo tradicional de assistência, com enfoque nas doenças e no processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população levando a saúde para mais perto da família, no contexto do SUS” (CYRINO et al., 2005, p. 22).

Considera-se que a disciplina IUSC coopera com o processo de transformação educacional que segue rumo ao modelo da integralidade da assistência. Os estudantes do curso de graduação em medicina e em enfermagem não apenas criam vínculo com profissionais e equipes de saúde, como também constroem o conhecimento mais próximo das necessidades das populações (CYRINO et al., 2005; ROMANHOLI, 2010).

Esse aprendizado a partir do conhecimento da realidade social capacita o estudante para, futuramente, atuar como um profissional da saúde nas diferentes relações que estabelecerá com o meio, a fim de realizar as intervenções objetivando a transformação dessa realidade (GARCIA; GATTI; COSTA, 2010).

Nesse contexto, destaca-se a importância de se conhecer as famílias que participam da visita domiciliar realizada pelos estudantes da disciplina IUSC, através

não apenas de uma análise epidemiológica sobre o desenvolvimento sócio-econômico e demográfico, mas realizando uma reflexão crítica sobre as condições de vida, saúde e complexidades relacionadas ao meio em que vivem. (PREARO, 2000; ALBUQUERQUE; BOSI, 2009). Ressalte-se que ao conhecer as características dessas famílias os profissionais também observam a situação no domicílio e buscam, a partir do planejamento, uma ação transformadora, pois segundo Vasconcellos (2006) *“o pressuposto de qualquer atividade de planejamento é o desejo de mudança, de acertar, de aperfeiçoar”*.

Visita domiciliar na IUSC: uma prática de ensino

A visita domiciliar é considerada uma ferramenta de ensino que proporciona ao estudante identificar, junto à família, ações educativas para a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

O Ministério da Saúde afirma que “a visita domiciliar é uma importante atividade, possibilitando o conhecimento da situação de saúde das famílias, o desenvolvimento de ações promocionais e preventivas, o acompanhamento de grupos, além de constituir-se em forte elemento no estabelecimento de vínculos entre as equipes e as famílias” (BRASIL, 2004).

Entre as atividades de ensino desenvolvidas na atenção primária à saúde, a disciplina IUSC utiliza a visita domiciliar como estratégia de ensino-aprendizagem, cujo acompanhamento das famílias tem como objetivo a compreensão do processo saúde-doença, com a finalidade de problematizar e contextualizar a realidade de saúde daquela família (CYRINO et al., 2005; ROMANHOLI, 2010).

“O momento da visita domiciliária é também a oportunidade de o aluno reconhecer o território/comunidade na qual a família está inserida, (...) correlacionar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença daquela família e também da comunidade, permitindo o olhar ampliado no reconhecimento das necessidades de saúde da população” (PEREIRA, 2009).

A visita domiciliar é realizada pelos estudantes dos cursos de medicina e enfermagem da FMB-UNESP, nas disciplinas IUSC, do primeiro ao terceiro anos de graduação em medicina e primeiro e segundo anos de graduação em enfermagem,

porém as atividades são diferenciadas a fim de aprimorar essa estratégia de ensino-aprendizagem em cada ano da disciplina IUSC (ROMANHOLI, 2010).

Nas disciplinas IUSC I e IUSC II, os estudantes dos cursos de medicina e enfermagem trabalham em conjunto e são divididos em grupos de aproximadamente 13 estudantes, que se vinculam a uma determinada área de abrangência que contempla unidades básicas de saúde (UBS) ou unidades de saúde da família (USF) do Município de Botucatu.

Na disciplina IUSC I, que integra alunos da 1ª série dos cursos de medicina e enfermagem, ocorre o contato inicial com a realidade social das famílias, onde se reconhece o território que estão sendo inseridos. Entre os objetivos da visita domiciliar está o acompanhamento de gestantes, seus recém-nascidos e seu desenvolvimento. Na disciplina IUSC II, que integra alunos da 2ª série dos cursos de medicina e enfermagem, os estudantes continuam a acompanhar as crianças, sendo que o foco é ampliado na observação para o conjunto familiar, saúde do adulto (diabéticos, hipertensos, entre outros); nesse momento é proposta a criação do vínculo estudante-família e comunidade (ROMANHOLI, 2010).

Mesmo com todo planejamento na realização dessa prática de ensino, ocorreram algumas dificuldades e desafios ao longo da existência da disciplina IUSC, fazendo com que a proposta esteja em constante processo de mudança, no sentido de melhor qualificar essa estratégia de aprendizado para os estudantes. Assim, como consequência de mudança para o aprimoramento da disciplina, hoje a visita domiciliar tem a perspectiva de ser uma estratégia pedagógica, como também assistencial. Assim, Romanholi e Cyrino (2012) colocam que...

“... a partir da narrativa do outro, os alunos vão construindo o significado: do processo saúde-doença, da autonomia do indivíduo, e como pensar em estratégias de saúde que considerem a realidade do outro e que, assim, possam construir ações para as mudanças de comportamentos e para a melhoria da qualidade de vida”.

Essa mudança, a partir da prática de visita domiciliar visa, também, proporcionar o desenvolvimento de estratégias consideradas essenciais para observação e conhecimento de indicadores locais de saúde, planejamento e implementação de programas e ações em saúde, oferecendo conscientização e melhores cuidados em educação e saúde (SILVA, 2009).

O presente estudo poderá contribuir para o melhor planejamento e aproveitamento das atividades de visita domiciliar, possibilitando aos estudantes, conhecer melhor as situações que envolvem o processo saúde-doença (fatores sociais e econômicos) e qualificando a formação do profissional médico e enfermeiro ao dar maior clareza e conhecimento sobre o modo de vida das pessoas.

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Conhecer o perfil socioeconômico e demográfico das famílias visitadas pelos estudantes da disciplina IUSC, das primeiras e segundas séries dos cursos de graduação em medicina e em enfermagem cursada no ano de 2011.

2.2. Objetivos específicos

Caracterizar e comparar, de acordo com os grupos IUSC I e IUSC II:

- Os chefes de família quanto ao sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, renda mensal e ocupação.
 - A população estudada quanto à relação com o chefe de família, faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, renda per capita e classe econômica.
 - A habitação quanto às condições de ocupação do domicílio, número de moradores, número de cômodos e de banheiros e se há dormitório para todos os moradores.
 - A utilização dos serviços de saúde quanto à assistência médica ambulatorial e hospitalar, odontológica e farmacêutica.
 - A vida familiar quanto às atividades de lazer e ao acesso à comunicação social.
-

Métodos

3. MÉTODOS

3.1. Desenho do estudo

Foi realizado um estudo de corte transversal, prospectivo e descritivo.

3.2. População estudada

Entrevistaram-se todas as famílias selecionadas pela coordenação da disciplina IUSC para receber visita domiciliar de estudantes de graduação em medicina e em enfermagem, que cursaram as disciplinas IUSC I e II da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP no ano de 2011, que estavam cadastradas nas UBS/USF (SIMIS-Sistema Municipal de Informações em Saúde do Município) do município de Botucatu – SP.

As famílias foram estratificadas em dois grupos segundo a disciplina cursada pelos estudantes: IUSC I e IUSC II. As famílias do grupo IUSC I foram selecionadas em 2011 e aquelas que pertenciam ao IUSC II, em 2011, foram selecionadas no ano de 2010.

3.3. Variáveis / Definições

No presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

3.3.1. Características dos Moradores no Domicílio:

- Relação com o chefe de família – foram consideradas todas as possibilidades de relação com o chefe de família, existindo grau de parentesco ou não.
 - Idade – foi considerada em anos completos. Para os menores de um ano, isto é, até 11 meses, a idade foi identificada pelo número zero (0).
 - Sexo – foram considerados os gêneros masculino e feminino.
 - Estado Conjugal – foram consideradas quatro categorias:
 - casado(a) ou união estável;
-

- solteiro(a);
- separado(a) ou desquitado(a) ou divorciado(a);
- viúvo(a).
- Escolaridade – foram considerados:
 - Sem escolaridade – crianças até um ano de idade que não estão frequentando creche;
 - Analfabeto – adolescentes e adultos que declararam não saber ler ou escrever;
 - Creche;
 - Educação infantil ou pré-escola;
 - Ensino fundamental ou primeiro grau incompleto (até 4 anos de estudo);
 - Ensino fundamental ou primeiro grau incompleto (até 8 anos de estudo);
 - Ensino fundamental ou primeiro grau completo;
 - Ensino médio ou segundo grau incompleto;
 - Ensino médio ou segundo grau completo;
 - Ensino superior incompleto;
 - Ensino superior completo;
 - Pós-graduação (Senso lato ou Stricto senso) incompleta;
 - Pós-graduação (Senso lato ou Stricto senso) completa.

3.3.2. Características de Trabalho

Foram classificadas de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupação – CBO (MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO, 2010):

- Ocupação – refere-se a um agrupamento de tarefas, operações e outras manifestações, que constitui as obrigações atribuídas a um trabalhador e que resultam na produção de bens e de serviços.
 - Posição na Ocupação - entende-se como a relação de trabalho existente entre a pessoa e o empreendimento em que trabalha e foram definidas as seguintes categorias:
-

- Empregado: que trabalha para um empregador, podendo ser pessoa física ou jurídica;
 - Trabalhador Doméstico: que trabalha prestando serviço doméstico remunerado em dinheiro ou benefícios, em uma ou mais unidades domiciliares;
 - Conta Própria ou Autônomo: que trabalha explorando o seu próprio empreendimento, sozinho ou com sócio, sem ter empregado e contando, ou não, com a ajuda de trabalhador não remunerado;
 - Empregador: que trabalha explorando o seu próprio empreendimento, com pelo menos um empregado;
 - Membro não remunerado da família: aquele que trabalhava sem remuneração, durante pelo menos uma hora na semana, em ajuda a membro da unidade domiciliar que era empregado na produção de bens primários;
 - Outro trabalhador não remunerado: aquele que trabalhava sem remuneração, durante pelo menos uma hora na semana, como aprendiz ou estagiário ou em ajuda à instituição religiosa, beneficente ou de cooperativismo;
 - Trabalhador na produção para o próprio consumo: aquele que trabalhava, durante pelo menos uma hora na semana, na produção de bens do ramo que compreende as atividades da agricultura, silvicultura, pecuária, extração vegetal, pesca e piscicultura, para a própria alimentação de pelo menos um membro da unidade domiciliar;
 - Trabalhador na construção para o próprio uso: aquele que trabalhava, durante pelo menos uma hora na semana, na construção de edificações, estradas privadas, poços e outras benfeitorias (exceto as obras destinadas unicamente à reforma) para o próprio uso de pelo menos um membro da unidade domiciliar.
-

3.3.3. *Rendimento Mensal de Trabalho e de Outras Fontes*

Para o rendimento mensal de trabalho foi considerado o salário de acordo com a posição na ocupação que tem atualmente ou a participação em outras formas de rendimentos de todo grupo familiar, de acordo com as informações do PNAD (2007) e censo demográfico (IBGE, 2000).

- Para os rendimentos de outras fontes foram considerados:
 - Aposentadoria - de instituto de previdência federal, estadual ou municipal, ou do governo federal;
 - Pensão - de instituto de previdência federal, estadual ou municipal, ou do governo federal;
 - Aluguel;
 - Pensão alimentícia ou mesada ou doação Recebida – qualquer recebimento de não morador do domicílio;
 - Auxílios – qualquer remuneração de Programas Oficiais de Auxílio como a Renda Mínima Bolsa-família; Benefício de Prestação Continuada; Lei Orgânica de Assistência Social; Programação da Erradicação do Trabalho Infantil;
 - Outros.

3.3.4. *Classificação da classe econômica*

O Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2012) enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, não tem pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”.

Para essa classificação foram considerados os seguintes itens e suas respectivas pontuações:

<i>Itens</i>	<i>Quantidade de itens</i>				
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4 ou +</i>
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio / Aparelho de som	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Empregada Mensalista	0	4	7	9	9
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer	0	2	2	2	2

<i>Grau de Instrução do chefe de família</i>	<i>Pontos</i>
Analfabeto / Primário incompleto ou Fundamental 1 incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto ou Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto ou Fundamental 2 completo / Médio Incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto ou Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	8

A somatória dos pontos das tabelas acima define a classe econômica de acordo com os cortes do critério Brasil:

<i>Classe</i>	<i>Pontos</i>
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

3.3.5. Características da Habitação:

- Domicílio – foi classificado de acordo com:
 - Número de cômodos;
 - Número de banheiros, levando-se em consideração somente os que contem chuveiro ou banheira e aparelho sanitário;
 - Número de Dormitórios usados para dormir;
 - Número de moradores por dormitórios;
 - Se todos dormem em dormitórios.
- Custo Mensal em reais com:
 - Energia Elétrica;
 - Água;
 - Telefone fixo;
 - Telefone celular.
- Condições de Ocupação da Casa – foram considerados se a propriedade do imóvel era: cedida, alugada, financiada, própria (já paga) ou outra situação especificada pelo entrevistado. No caso de aluguel foi solicitado o valor do aluguel e/ou prestações (financiamentos).

3.3.6. Serviços de Saúde:

- Em relação ao acesso aos serviços de saúde foi considerado:
 - se possuía ou não Convênio/Seguro de Saúde;
 - se a família usava Serviço Ambulatorial, Serviço Hospitalar, Serviço Odontológico, Assistência Farmacêutica (podendo ser privado ou público);
 - quando havia uso de medicamentos foi identificado o valor gasto com os mesmos.

3.3.7. Condições de Vida Familiar:

Foram analisadas de acordo com a posse ou não e a quantidade dos Bens Imóveis e Duráveis, segundo informações do IBGE - PNAD (2008):

- Casa/Apartamento
 - Terreno
 - Carro (Modelo e Ano)
 - Motocicleta
 - Bicicleta
 - Telefone (Fixo e Celular)
 - Microcomputador
 - Impressora
 - Televisão
 - DVD
 - Forno elétrico
 - Microondas
 - Filtro ou purificador de água
 - Ventilador ou circulador de ar
 - Aquecedor
 - Antena parabólica
 - Ar condicionado
 - Máquina de lavar roupa
 - Freezer
 - Equipamento de som
 - Refrigerador
 - Video game (p.ex. Play Station, Wii e X-Box)
 - MP3/MP4 Players
- Lazer - O lazer foi definido como a forma de se libertar das ocupações do dia-a-dia, seja do trabalho assalariado ou das obrigações diárias, de se satisfazer com algo que esteja relacionado a dois aspectos: tempo livre (não trabalho) e atitude (prazer). Assim, foi considerada forma de lazer frequentar clube recreativo (sócio ou não), praticar esportes, realizar atividades artísticas e participar de atividades religiosas.
 - Comunicação Social – foram consideradas a utilização de internet, assinaturas de jornais ou revistas e locação de filmes.
-

3.4. Instrumento para coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semi-estruturado (Anexo I) com questões fechadas, com base nos censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000).

3.5. Coleta de Dados

No primeiro momento realizou-se um pré-teste ou estudo piloto do instrumento utilizado em campo, de forma casual, em regiões próximas às áreas de abrangência das UBS\USF, a fim de checar se o questionário estava adequado, como também esclarecer possíveis dúvidas no seu preenchimento, tendo por objetivo revisar e direcionar aspectos da investigação.

Na fase seguinte realizou-se o primeiro contato com a família, com a finalidade de agendar junto à mesma o melhor horário, de acordo com sua disponibilidade para a entrevista (garantindo assim, melhores informações para o estudo).

Considerou-se importante a caracterização de todo o grupo familiar, a partir de informações obtidas junto ao chefe ou responsável pelo grupo, definido pelo IBGE, como a pessoa de referência responsável pela família ou que assim foi considerada pelos seus membros, segundo informações do IBGE-PNAD (2008).

3.6. Processamento e análise dos dados

3.6.1. Revisão e digitação dos Dados

A revisão dos questionários foi feita pelo próprio pesquisador no sentido de checar o preenchimento dos mesmos e detectar possíveis e eventuais dúvidas para a codificação das variáveis, como também corrigir e limpar os dados. O banco de dados foi criado no programa computacional Epi-Info 6.04 ou SPSS/Windows® (versão 10.5).

3.6.2. Análise Estatística

Foram calculadas porcentagens, médias e medianas quando pertinentes para as variáveis estudadas. Foi considerado nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Para a análise dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS/Windows® (versão 10.5).

3.7. Aspectos Éticos

Todos os indivíduos foram previamente consultados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e o caráter não obrigatório de sua participação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II) e tiveram garantia do sigilo das informações prestadas.

O Termo de consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com o Item IV da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde(30), em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, recebendo o protocolo no. 3899-2011 (Anexo III).

Resultados

4. RESULTADOS

Inicialmente foram identificadas 134 famílias do município de Botucatu – SP, que receberam visitas domiciliares dos estudantes dos cursos de graduação em Medicina e em Enfermagem da FMB-UNESP. Foram excluídas 10 famílias pelos seguintes motivos: dois chefes de família se recusaram a participar da entrevista, em três famílias o responsável/morador estava ausente após três tentativas de abordagem e cinco famílias haviam mudado de endereço. Portanto, o estudo contém informações obtidas de 124 famílias.

O cenário de ensino das disciplinas IUSC I e IUSC II foi 10 áreas de abrangência representadas na Figura 1.

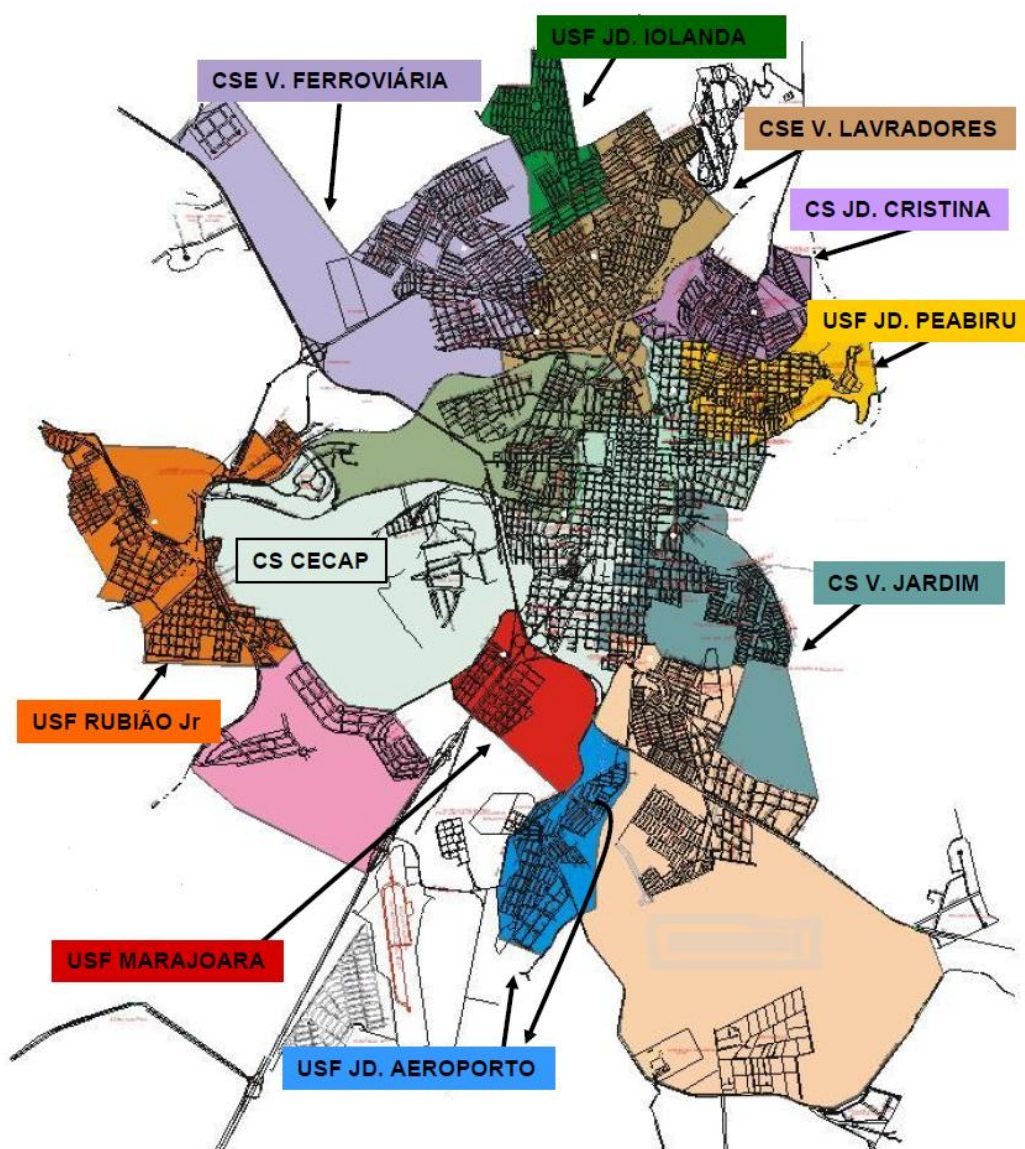


Figura 1 – Área de abrangência das unidades de saúde do município de Botucatu-SP

Tabela 1 – Distribuição do número de famílias, de acordo com as disciplinas IUSC I e IUSC II, e as unidades de saúde / área de abrangência do município de Botucatu – SP.

	Disciplinas	No. de famílias
USF – Jardim Iolanda	IUSC I	4
	IUSC II	4
UBS – CSE – UVF	IUSC I	7
	IUSC II	6
UBS – CSE – UVL	IUSC I	7
	IUSC II	3
USF – Jardim Cristina	IUSC I	-
	IUSC II	7
USF – Jardim Peabiru	IUSC I	9
	IUSC II	7
UBS – CECAP	IUSC I	9
	IUSC II	4
UBS – Vila Cidade Jardim	IUSC I	11
	IUSC II	5
USF – Parque Marajoara	IUSC I	9
	IUSC II	4
USF – Jardim Aeroporto	IUSC I	12
	IUSC II	4
USF – Rubião Júnior	IUSC I	8
	IUSC II	4

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

CSE – Centro de Saúde Escola

UVL – Unidade da Vila dos Lavradores

UVF – Unidade da Vila Ferroviária

A tabela 1 mostra a distribuição do número de famílias visitadas pelos estudantes das disciplinas IUSC I e IUSC II segundo a unidade de saúde / área de abrangência do município de Botucatu - SP. Verifica-se que a disciplina IUSC I visitou 78 (62,9%), que foram selecionadas em 2011, e a disciplina IUSC II visitou 46 (37,1%) famílias, escolhidas em 2010.

Foram entrevistados 124 chefes de família e coletados dados de 587 integrantes dessas famílias.

4.1. Características dos chefes de família

Quanto ao gênero houve predomínio do sexo masculino nos dois grupos estudados (IUSC I: 75,6% e IUSC II: 71,7%).

A faixa etária dos chefes de família, no momento da entrevista, variou de 18 a 81 anos, verificando-se maior proporção de chefes de família na idade adulta (30 a 39 anos – 31,5%) no grupo disciplina IUSC I e na idade jovem/adulta no grupo disciplina IUSC II (20 a 29 anos – 25,8%).

Não houve diferença significativa entre sexo e faixa etária dos chefes de família, de acordo com as disciplinas do IUSC.

Tabela 2 – Chefes de família distribuídos segundo sexo e faixa etária, de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II)

	IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	59	75,6	33	71,7	92	74,2
Feminino	19	24,4	13	28,3	32	25,8
Faixa Etária						
Até 19 anos	2	2,6	1	2,2	3	2,4
20 a 29 anos	21	26,9	11	23,9	32	25,8
30 a 39 anos	25	32,1	14	30,4	39	31,5
40 a 49 anos	14	17,9	6	13,0	20	16,1
50 a 59 anos	10	12,8	8	17,4	18	14,5
60 a 69 anos	1	1,3	4	8,7	5	4,0
70 anos ou mais	5	6,4	2	4,3	7	5,6

n.s.

Tabela 3 – Número e percentagem de chefes de família distribuídos segundo a escolaridade e de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).

	IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
	N	%	n	%	n	%
Analfabeto	3	3,8	0	0,0	3	2,4
Ensino fundamental incompleto	23	29,5	15	32,6	38	30,6
Ensino fundamental completo	5	6,4	5	10,9	10	8,1
Ensino médio incompleto	15	19,2	4	8,7	19	15,3
Ensino médio completo	29	37,2	20	43,5	49	39,5
Pós-graduação completa	3	3,8	2	4,3	5	4,0

n.s.

Na Tabela 3 verifica-se que o grau de escolaridade predominante dos chefes de família foi o 2º grau - ensino médio completo (IUSC I: 37,2% e IUSC II: 43,5%). Porém, destaca-se a percentagem de chefes de família que não realizaram ou não concluíram o ensino fundamental (IUSC I: 33,3% e IUSC II: 32,6%). Não se observa diferença significativa da distribuição de escolaridade dos chefes de família de acordo com as disciplinas do IUSC.

Tabela 4 – Número e percentagem de chefes de família distribuídos segundo o estado civil e de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).

	IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
	N	%	n	%	n	%
Casado(a) ou união estável	58	74,4	36	78,3	94	75,8
Solteiro(a)	8	10,3	4	8,7	12	9,7
Separado(a) ou desquitado(a) ou divorciado(a)	7	9,0	5	10,9	12	9,7
Viúvo(a)	5	6,4	1	2,2	6	4,8

n.s.

Na Tabela 4 observa-se que a maioria dos chefes de família era casado(a) ou com união estável (76,6%), tanto no grupo disciplina IUSC I (75,6%) como no grupo disciplina IUSC II (78,3%), não havendo diferença significativa entre os mesmos.

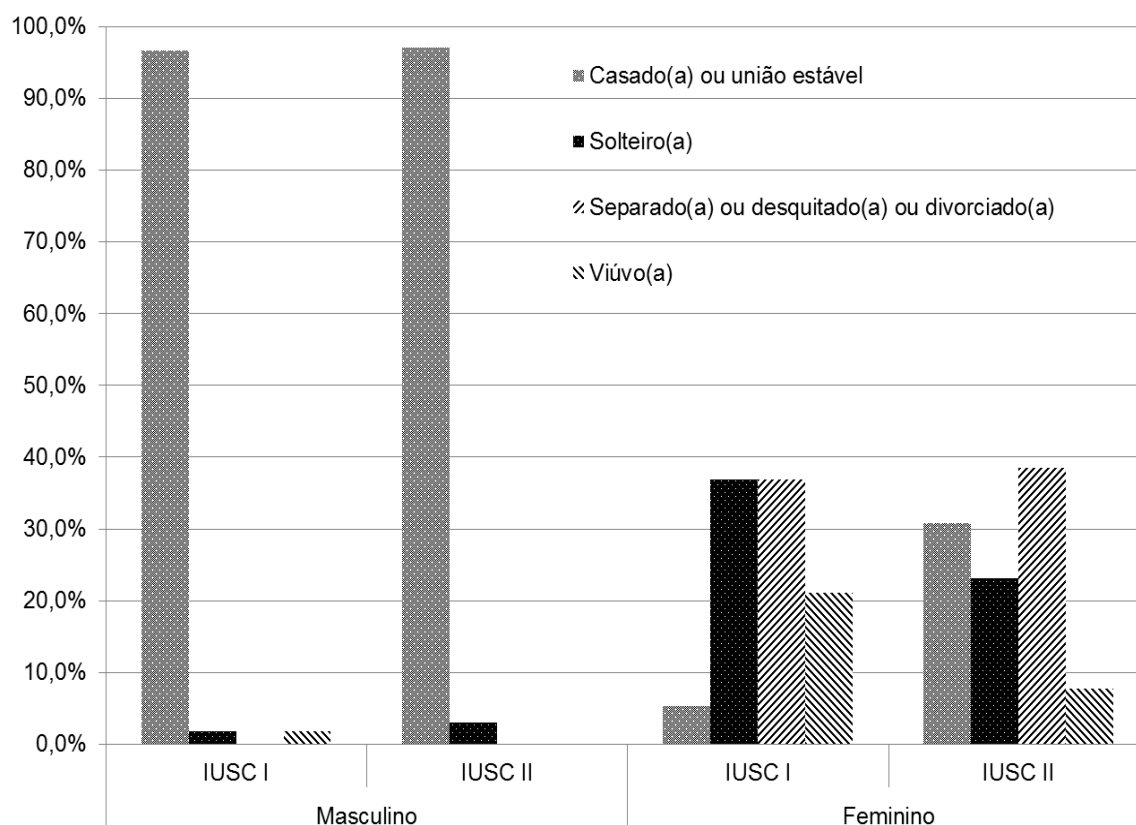


Gráfico 1 – Percentual de chefes de família segundo estado conjugal e sexo de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).

O Gráfico 1 apresenta a porcentagem de chefes de família segundo o sexo e estado civil e mostra que entre os chefes do sexo masculino nenhum apresentava-se separado e/ou divorciado nos dois grupos estudados. Por outro lado, esse perfil é diferente entre as mulheres, chefe de família, cujas porcentagens de solteiras, separadas e/ou divorciadas e viúvas chegam a aproximadamente 90% no IUSC I e 60% no IUSC II.

Tabela 5 – Distribuição da renda mensal do chefe de família de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).

	IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
	n	%	n	%	N	%
até 1,9 SM	24	32,4	16	40,0	40	35,1
de 2,0 a 4,9 SM	39	52,7	21	52,5	60	52,6
de 5,0 a 9,9 SM	11	14,9	2	5,0	13	11,4
de 10,0 a 14,9 SM	0	0,0	1	2,5	1	0,9

SM - salário mínimo vigente no Brasil em 2011

n.s.

Na tabela 5 observamos que 87,7% dos chefes de família possuem rendimento mensal de até cinco salários mínimos e que 35,1% têm renda mensal de até dois salários mínimos.

Não há diferença significativa entre a renda mensal dos chefes de família, segundo as disciplinas do IUSC.

Tabela 6 – Distribuição da renda per capita mensal, segundo o chefe de família e de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).

	IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
	n	%	n	%	n	%
Menos que 0,5 do SM	28	35,9	11	23,9	39	31,5
De 0,5 a menos que 1,0 SM	33	42,3	23	50,0	56	45,1
De 1,0 a menos que 1,5 SM	6	7,7	8	17,5	14	11,3
De 1,5 a menos que 2,0 SM	9	11,5	2	4,3	11	8,9
De 2,0 SM ou mais	2	2,6	2	4,3	4	3,2

SM - salário mínimo vigente no Brasil em 2011

n.s.

Na tabela 6 observa-se que 76,6% das famílias possuem rendimento per capita mensal de até um salário mínimo e aproximadamente um terço dessas famílias possuem renda per capita mensal menor que meio salário mínimo, não havendo diferença significativa entre os grupos estudados.

Tabela 7 – Distribuição percentual da classe econômica, segundo o chefe de família e de acordo com a renda média familiar para cada grupo estudado (disciplinas IUSC I e IUSC II)

	IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
	n	%	n	%	n	%
Classe B1	3	3,8	2	4,3	5	4,0
Classe B2	16	20,5	9	19,6	25	20,2
Classe C1	33	42,3	23	50,0	56	45,2
Classe C2	22	28,2	11	23,9	33	26,6
Classe D	4	5,1	1	2,2	5	4,0

* utilizado o CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil)
n.s.

De acordo com a classificação de classe econômica, observamos que 71,8% das famílias pertencem à classe C1 e C2. Não havia, entre elas, chefes das classes A, tanto A1 quanto A2 ou classe E (Tabela 7).

Verificou-se que 4,0% dos chefes de família pertenciam às classes B1 e classe D, com renda média familiar de R\$ 3.479,00 (6,4 salários mínimos) e R\$ 485,00 (0,9 salário mínimo), respectivamente. Entretanto, observou-se que a maioria dos chefes de família foi classificada como pertencente à classe C1 (45,2%), com renda média familiar de R\$ 1.195,00 (2,2 salários mínimos).

Tabela 8 – Distribuição da ocupação dos chefes de família de acordo com os grupos estudados (Disciplinas IUSC I e IUSC II).

	IUSC I* (n=55)		IUSC II** (n=36)		TOTAL (n=91)	
	n	%	n	%	n	%
Membros Superiores do Poder Público, Dirigentes e Gerentes	3	5,5	0	0,0	3	3,3
Profissionais das Ciências e das Artes	1	1,8	1	2,8	2	2,2
Técnicos de Nível Médio	3	5,5	4	11,1	7	7,7
Trabalhadores de Serviços Administrativos	2	3,6	2	5,6	4	4,4
Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas	11	20,0	9	25,0	20	22,0
Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais	33	60,0	19	52,8	52	57,1
Trabalhadores de Reparação e manutenção	2	3,6	1	2,8	3	3,3

* 23 chefes de família não puderam ser classificados

** 10 chefes de família não puderam ser classificados
n.s.

Na Tabela 8 observamos maior proporção (57,1%) de famílias com chefes que trabalham na produção de bens/serviços industriais, com destaque para trabalhadores com maior capacitação ou relativo nível de qualificação (pedreiros e pintores da construção civil, costureiras, motorista, etc). Observa-se também alta proporção (22%) de chefes de família que compõem o grupo de trabalhadores dos setores de prestação de serviços (empregadas domésticas, ajudante geral - pessoas com baixa qualificação, vendedores do comércio/lojas - vendedores, balconistas, etc). Os resultados demonstram que 73,4% dos chefes de família fazem parte da População Economicamente Ativa (PEA) e 26,6% não estão na força de trabalho de acordo com a definição da PEA. Não houve diferença significativa da distribuição do tipo de ocupação dos chefes de família segundo os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).

Tabela 9 – Distribuição segundo a posição da ocupação dos chefes de família de acordo com os grupos estudados (Disciplina IUSC I e IUSC II).

	IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
	n	%	n	%	n	%
Empregado	33	42,3	25	54,3	58	46,8
Conta própria ou autônomo	21	26,9	10	21,7	31	25,0
Empregador	2	2,6	0	0,0	2	1,6
Aposentado, pensionista, auxílio doença	7	9,0	5	10,9	12	9,7
Desempregado	8	10,3	1	2,2	9	7,3
Do lar	6	7,7	5	10,9	11	8,9
Membro não remunerado da família	1	1,3	0	0,0	1	0,8

n.s.

Na Tabela 9 observamos que a maioria dos chefes de família estava dentro da força de trabalho, empregado (46,8%), conta própria ou autônomo (25%) e empregador (1,6%), o que representa 73,6% do grupo analisado. Essa mesma situação se observa quando se analisam os dois grupos entre si, não havendo diferença significativa entre eles.

Merece destacar que aproximadamente 10% dos chefes de família são aposentados, pensionistas ou recebem auxílio doença. Não se observa diferença significativa entre os grupos estudados.

4.2. Características da população estudada

Considerando-se toda a população estudada, observamos que a maioria das pessoas é parente do chefe de família, sendo que 44,5% são filhos e 16,0% são cônjuges. Por outro lado, aproximadamente 20% da população têm algum tipo de relação familiar com o chefe de família, não sendo filho(a) ou cônjuge. Não houve diferença significativa quanto foram comparados os grupos estudados (Tabela 10).

Tabela 10 – Número e percentual da população estudada em relação ao grau de parentesco com o chefe da família de acordo com os grupos estudados (disciplinas IUSC I e IUSC II).

	IUSC I (n=378)		IUSC II (n=209)		TOTAL (n=587)	
	n	%	n	%	n	%
Chefe de família	78	20,6	46	22,0	124	21,1
Cônjuge	58	15,3	36	17,2	94	16,0
Filho(a)	165	43,7	96	45,9	261	44,5
Outros familiares	75	19,9	31	14,9	106	18,1
Agregado	2	0,5	0	0,0	2	0,3

n.s.

Tabela 11 – Número e percentual da faixa etária e sexo da população estudada de acordo com os grupos analisados (disciplinas IUSC I e IUSC II).

	IUSC I (n=378)		IUSC II (n=209)		TOTAL (n=587)	
	n	%	n	%	N	%
Sexo						
Masculino	171	45,2	104	49,8	275	46,8
Feminino	207	54,8	105	50,2	312	53,2
Faixa Etária						
Menor que 1 ano de idade*	73	19,3	3	1,4	76	12,9
1 a 9 anos*	64	16,9	69	33,0	133	22,7
10 a 19 anos	57	15,1	29	13,9	86	14,7
20 a 29 anos	72	19,0	44	21,1	116	19,8
30 a 39 anos	47	12,4	30	14,3	77	13,1
40 a 49 anos	33	8,7	8	3,8	41	7,0
50 a 59 anos	16	4,2	16	7,6	32	5,4
60 a 69 anos	7	1,8	5	2,4	12	2,0
70 anos ou mais	9	2,3	5	2,4	14	2,4

* $p < 0,01$.

Na tabela 11 observamos que as maiores percentagens referentes à faixa etária estão distribuídas entre crianças de um a nove anos (22,7%) nos dois grupos estudados. Em relação ao gênero predominou o sexo feminino (53,2%).

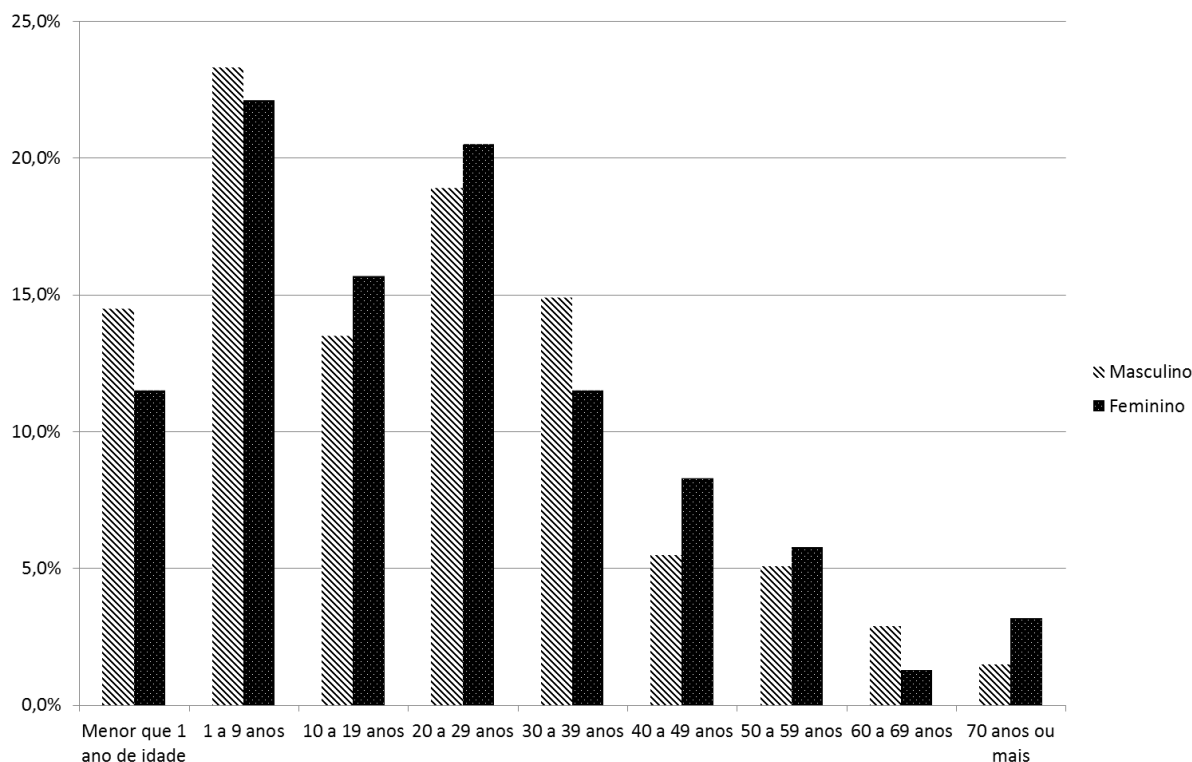


Gráfico 2 – Distribuição percentual da faixa etária da população estudada de acordo com o sexo.

O Gráfico 2 mostra que na população estudada, apesar de haver maior frequência do sexo masculino em algumas faixas etárias e do feminino em outras, não houve diferença significativa das faixas etárias quando divididas de acordo com o sexo dos moradores dos domicílios.

Tabela 12 – Número e percentual da escolaridade da população estudada de acordo com os grupos analisados (disciplina IUSC I e IUSC II).

Escolaridade	IUSC I (n=378)		IUSC II (n=209)		TOTAL (n=587)	
	n	%	n	%	N	%
Sem escolaridade / Analfabetos	92	24,3	44	21,0	136	23,2
Educação Infantil / Creche / Pré-escolar	39	10,3	17	8,2	56	9,6
Ensino fundamental ou 1o grau incompleto	95	25,1	54	25,8	149	25,4
Ensino fundamental ou 1o grau completo	19	5,0	9	4,3	28	4,7
Ensino Médio ou 2o grau incompleto	53	14,0	22	10,5	75	12,8
Ensino Médio ou 2o grau completo	69	18,3	58	27,8	127	21,6
Ensino Superior completo	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Pós-graduação completa	10	2,6	5	2,4	15	2,5

n.s.

Em relação à escolaridade (Tabela 12) observa-se maior proporção na população do grupo disciplina IUSC I que possuem, em grande parte, apenas o ensino fundamental ou 1º grau incompleto (25,1%), como também familiares considerados sem escolaridade (24,3%).

No grupo disciplina IUSC II observa-se que a maior parte da população estudada se divide em dois grandes grupos: aqueles que possuem ensino médio completo ou 2º grau (27,8%) e aqueles que possuem ensino fundamental incompleto ou 1º grau (25,8%).

Entretanto, não se observa diferenças significativas quando comparamos os resultados em relação aos grupos IUSC I e IUSC II.

4.3. Características de habitação

Na tabela 13 observa-se que 53,2% das famílias residem em habitação considerada própria, sem diferença significativa entre os grupos estudados. Aproximadamente um quarto das famílias tem despesa regular com habitação por residir em imóvel alugado (22,6%) ou financiado (4,8%).

Tabela 13 – Número e percentual das condições de ocupação da casa de moradia da população estudada de acordo com os grupos analisados (disciplina IUSC I e IUSC II).

	IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
	n	%	n	%	n	%
Cedida	12	15,4	12	26,1	24	19,4
Alugada	20	25,6	8	17,4	28	22,6
Financiada	6	7,7	0	0,0	6	4,8
Própria	40	51,3	26	56,5	66	53,2

n.s.

Tabela 14 – Número e percentual de moradores por domicílio da população estudada de acordo com os grupos analisados (disciplina IUSC I e IUSC II).

	IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
	N	%	n	%	n	%
Até 3 moradores	20	26,3	12	25,0	32	25,8
4 moradores	21	27,6	14	29,2	35	28,2
5 ou mais moradores	35	46,1	22	45,8	57	46,0

n.s.

Em relação ao número de moradores por domicílio (Tabela 14) verificou-se predomínio de famílias que possuem cinco moradores ou mais por domicílio (46,0%), não havendo diferença significativa entre os grupos estudados (IUSC I: 46,1% e IUSC II: 45,8%). Vale ressaltar que mais da metade das famílias se constituem de até quatro moradores por domicílios (54,0%), sem diferença significativa entre os grupos estudados.

A família que apresentou o menor número de moradores por domicílio (dois) foi visitada pelo grupo da disciplina IUSC II e a família com maior número de moradores por domicílio (10) foi visitada pelo grupo da disciplina IUSC I.

Tabela 15 – Número e percentual de cômodos e banheiros e de ocupantes por quartos da população estudada de acordo com os grupos analisados (disciplina IUSC I e IUSC II).

	IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
	n	%	n	%	n	%
Número de cômodos						
Três ou menos	6	7,7	6	13,0	12	9,7
Quatro a seis	53	67,9	33	71,7	86	69,4
Sete ou mais	19	24,4	7	15,2	26	21,0
Quantidade de banheiros						
Um	59	75,6	37	80,4	96	77,4
Dois	19	24,4	8	17,4	27	21,8
Três ou mais	0	0,0	1	2,2	1	0,8
Moradores por quarto						
Um	8	10,3	4	8,7	12	9,7
Dois	34	43,6	22	47,8	56	45,2
Três ou mais	36	46,2	20	43,5	56	45,2

n.s.

Na tabela 15 observamos que a maioria dos domicílios visitados têm quatro a seis cômodos (69,4%), possuem um banheiro (77,4%), cada dormitório é ocupado por dois (45,2%) e três ou mais moradores (45,2%) e que (94,4%) dos moradores dormem em dormitórios. Não houve diferença significativa entre os grupos.

4.4. Características da utilização dos serviços de saúde

Em relação aos serviços de saúde utilizados pelas famílias, observa-se maior proporção de famílias que não possuem convênio médico e que, portanto, se utilizam dos serviços públicos de saúde que se referem à assistência ambulatorial, hospitalar, odontológica, sem diferença significativa entre os grupos estudados (IUSC I e IUSC II). Entretanto, as famílias que foram visitadas pelo grupo IUSC II procuram com maior frequência assistência farmacêutica pública (63,0%) quando comparadas às famílias do grupo IUSC I (44,9%).

Tabela 16 – Número e percentual da utilização dos serviços de saúde da população estudada de acordo com os grupos analisados (disciplina IUSC I e IUSC II).

	IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
	n	%	n	%	n	%
Convênio						
Sim	23	29,5	13	28,3	36	29,0
Não	51	65,4	30	65,2	81	65,3
Sim, mas não utiliza	4	5,1	3	6,5	7	5,6
Serviços de saúde						
Ambulatorial						
Público	59	75,6	41	89,1	100	80,6
Privado	3	3,8	0	0,0	3	2,4
Público e privado	16	20,5	5	10,9	21	16,9
Hospitalar						
Público	65	83,3	44	95,7	109	87,9
Privado	7	9,0	0	0,0	7	5,6
Público e privado	6	7,7	2	4,3	8	6,5
Odontológico						
Público	48	61,5	30	65,2	78	62,9
Privado	21	26,9	14	30,4	35	28,2
Público e privado	9	11,5	2	4,3	11	8,9
Farmacêutica *						
Público	35	44,9	29	63,0	64	51,6
Privado	6	7,7	8	17,4	14	11,3
Público e privado	37	47,4	9	19,6	46	37,1

* $p < 0,01$

4.5. Características da vida familiar

Na tabela 17 observamos maior proporção (85,2%) de atividades de lazer relacionadas à participação em atividades religiosas (destaque para religião evangélica), que foi semelhante nos dois grupos estudados (IUSC I e IUSC II). A prática de esporte é realizada por 16,4% (jogar futebol e fazer caminhada), enquanto participar de atividade artística (desenvolver artesanato) e frequentar clubes foram referidos por menos de 10% da população. Não se observou diferenças significativas entre os grupos estudados.

Tabela 17 – Número e percentual da participação em atividades de lazer da população estudada de acordo com o grupos analisados (IUSC I e IUSC II)

	IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
	n	%	n	%	n	%
Frequenta clube?						
– Sim	22	5,8	5	2,4	27	4,6
– Não	356	94,2	204	97,6	560	95,4
Pratica esporte?						
– Sim	60	15,9	36	17,2	96	16,4
– Não	318	84,1	173	82,8	491	83,6
Realiza atividade artística?						
– Sim	25	6,6	21	10,0	46	7,8
– Não	353	93,4	188	90,0	541	92,2
Participa de atividade religiosa?						
– Sim	329	87,0	171	81,8	500	85,2
– Não	49	13,0	38	18,2	87	14,8

n.s.

Tabela 18 – Número e percentual do acesso à comunicação social da população estudada de acordo com os grupos estudados (IUSC I e IUSC II)

		IUSC I (n=78)		IUSC II (n=46)		TOTAL (n=124)	
		n	%	n	%	n	%
Tem acesso à internet?							
–	Sim	44	56,4	23	50,0	67	54,0
–	Não	34	43,6	23	50,0	57	46,0
Tem assinatura de jornal?							
–	Sim	3	3,8	5	10,9	75	6,5
–	Não	41	89,1	8	6,5	116	93,5
Tem assinatura de revista?							
–	Sim	4	5,1	3	6,5	7	5,6
–	Não	74	94,9	43	93,5	117	94,4
Aluga filmes?							
–	Sim	27	34,6	16	34,8	43	34,7
–	Não	51	65,4	30	65,2	81	65,3

n.s.

Na tabela 18 verificamos que mais de metade das famílias (54,0%) consideram a internet como o principal meio de acesso para sua comunicação social. A proporção de assinaturas de jornal e revistas é baixa. Quando comparados os grupos estudados não se observaram diferenças significativas.

Discussão

5. DISCUSSÃO

A disciplina Interação Universidade Serviços Comunidade (IUSC) propõe como objetivo geral "propiciar aos alunos de graduação a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde junto à comunidade, em parceria com a rede de atenção básica do município de Botucatu - UBS/USF" (plano de ensino da disciplina IUSC). Esse aprendizado, fundamentado na articulação entre o serviço e a comunidade, é uma prática educacional que neste ano completará 10 anos de atividades na FMB-UNESP.

Com o compromisso de uma aprendizagem voltada ao conhecimento de demandas e à observação das necessidades da população, é essencial que se faça um planejamento adequado para o sucesso desse processo de formação dos estudantes de medicina e de enfermagem.

Uma das estratégias propostas pela coordenação das disciplinas IUSC foi a visita domiciliar, com objetivo de integrar os profissionais em formação (médicos e enfermeiros) com as famílias e seu local de moradia, de modo a compreenderem melhor o contexto de vida das mesmas. Assim, após várias mudanças referentes aos seus reais objetivos, a visita domiciliar segue a seguinte filosofia:

"As famílias a serem visitadas são indicadas pelas unidades de saúde, a partir do olhar e necessidade das mesmas; o contato com as famílias é realizado previamente pelo professor e pela equipe das unidades para acordar o que será feito; a atividade se dá na forma de conversa com alguns temas que são indicados pelas famílias; inicialmente, o foco está na criança, com temas discutidos em cada grupo a partir da construção de um trabalho mais coletivo; para o primeiro ano, permanece um roteiro de entrevista pré-estabelecido, ao menos na fase de primeiros encontros; no segundo ano, se investiu numa construção de roteiro de acordo com o trabalho realizado em cada grupo" (ROMANHOLI, 2010).

Procurando aprimorar o papel das disciplinas IUSC, na formação dos médicos e enfermeiros, o presente estudo delineou as características socioeconômicas e demográficas das famílias que receberam os estudantes em seu domicílio, com a finalidade de analisar se as mesmas se enquadram nos objetivos das disciplinas.

O Município de Botucatu está localizado em região serrana do centro-sul do Estado de São Paulo, a 235 km da capital paulista. Segundo IBGE, o município

de Botucatu tinha, no ano de 2007, uma população de 119.857 habitantes e atualmente conta com uma população de 127.328 habitantes (Censo IBGE, 2010), o que denota um crescimento populacional de 2,04%.

A Secretaria Municipal de Saúde do município de Botucatu-SP dispõe de um Ambulatório Regional, oito Unidades Básicas de Saúde e 12 Unidades de Saúde da Família. A coleta de dados do presente estudo contemplou dez dessas áreas de abrangência, onde os estudantes realizaram suas atividades de ensino no ano de 2011.

O critério de seleção das famílias, para o desenvolvimento das disciplinas IUSC, sofreu várias mudanças ao longo dos dez anos de sua existência. Inicialmente (2003), como a intenção era o seguimento de recém-nascidos pelos alunos, durante seu curso de graduação em medicina, da primeira à sexta série, as famílias eram identificadas através das informações das fichas do Sistema de Informação de Nascidos Vivos preenchidas nas maternidades do Município de Botucatu (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Maternidade do Hospital Regional Sorocabana e Santa Casa de Misericórdia), agrupadas por área de unidade de saúde e sorteadas para participar da programação da disciplina IUSC.

No ano seguinte, novas propostas de critérios para a seleção das famílias que seriam visitadas pelos estudantes foram elaboradas pela coordenação da disciplina IUSC, intensificando ainda mais a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e com suas unidades básicas de saúde e de saúde da família, no sentido de se evitar situações que pudessem interferir negativamente no aprendizado dos estudantes, como exemplo, o contato com famílias com problemas mais graves ou que residissem em locais que pudessem oferecer riscos aos alunos.

Observa-se que entre as características dos chefes das famílias estudadas a maioria era do sexo masculino (75,6%), o que ainda é uma realidade brasileira. Entretanto, observa-se tendência de mudança no Brasil, pois em 1991 era de 18,1% (IBGE, 1991), passando para 24,8%, em 2000 (IBGE, 2000) e atualmente, conforme relatório apresentado no censo de 2010, 38,7% das unidades domésticas estavam sob a responsabilidade de mulheres (IBGE, 2010). Essa tendência de aumento de mulheres como chefes de família deve ser considerada na programação das disciplinas IUSC para as próximas turmas de alunos, ao se considerar as questões de gênero com os estudantes.

Entre as famílias chefiadas por mulheres, 84,3% destas eram solteiras, divorciadas ou viúvas, o que difere em relação aos chefes do sexo masculino, que em sua maioria era casado ou mantinha união estável (96,7%). Segundo BRITO (2008), famílias chefiadas por mulheres estão em situação de precariedade, quando comparadas com situações das famílias pobres, que têm chefe masculino presente, essas diferenças provavelmente são dadas pela forma de inserção da mulher no mercado de trabalho. Infelizmente não conseguimos corroborar ou refutar essa afirmação devido ao pequeno número de mulheres responsáveis pelo domicílio, o que impediu melhor análise.

Merece destaque a observação que a maioria dos chefes de família (61,3%) tinha menos que 40 anos de idade, dado inverso ao observado no Brasil, onde 62,4% dos responsáveis pelo domicílio tinham acima de 40 anos (IBGE, 2010).

Em relação à escolaridade encontramos maiores percentuais entre os chefes de família que cursaram o ensino médio completo (39,5%) e os que possuem o ensino fundamental incompleto (30,6%). Dos chefes de família entrevistados, 2,4% se declararam analfabetos, que está abaixo do que encontramos no Brasil, onde a taxa de analfabetismo é de 9,9% e 9,3%, respectivamente para homens e mulheres, e na região sudeste que é de 5,1% (CENSO 2010).

Fizemos uma análise das informações coletadas pela Fundação para o Vestibular da Universidade Estadual Paulista (VUNESP) sobre os estudantes no momento da inscrição para o vestibular para os cursos de graduação em medicina e em enfermagem, nos anos de 2010 e 2011, que corresponde aos anos das famílias selecionadas para a visita domiciliar das disciplinas de IUSC I e IUSC II, selecionadas em 2011 e 2010, respectivamente.

São contrastantes as informações sobre a escolaridade dos responsáveis pelo domicílio e a escolaridade dos pais dos estudantes do curso de graduação em medicina, pois em sua maioria apresentam nível superior completo (pais em 2010: 78,2% e em 2011: 70,0%; mães em 2010: 65,5% e em 2011: 78,9%). Entre os pais dos estudantes do curso de graduação em enfermagem também existe alta percentagem de pais com nível superior, porém inferior quando comparada aos estudantes de medicina (pais em 2010: 33,3% e em 2011: 20,0%; mães em 2010: 43,3% e em 2011: 33,3%). Porém, a maioria dos pais dos estudantes do curso de enfermagem apresenta, no máximo, nível médio completo. Não há pais de

estudantes dos cursos de medicina ou de enfermagem que se declararam analfabetos (VUNESP, 2010; VUNESP, 2011).

Quando analisamos a classe econômica, que tem a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas (ABEP, 2012), observamos que a maioria dos chefes de família pertence à classe econômica C1 (45,2%) e aproximadamente 24% pertencem à classe econômica B, com renda mensal de 2,0 a 4,9 salários mínimos na maioria das famílias. Entretanto, devemos nos atentar para o fato de que 76,6% das famílias possuem renda per capita mensal menor que um salário mínimo e 31,5% menor que meio salário mínimo. Não observamos famílias pertencentes aos extremos das classes econômicas (A e E) e pequena percentagem (3,2%) das famílias apresenta renda per capita maior que dois salários mínimos. Devemos reforçar que no presente estudo não houve a intenção de classificar as famílias em classes sociais, mas sim estimar o poder de compra dessas famílias.

Em relação à renda mensal das famílias dos estudantes do curso de graduação em enfermagem, que ingressaram em 2010 e 2011, observamos que 36,7% tinham renda mensal familiar entre 2,0 e 4,9 salários mínimos e a mesma porcentagem tinha renda familiar entre 5,0 e 9,9 salários mínimos. Aproximadamente 70% das famílias dos estudantes do curso de graduação em medicina apresentavam renda mensal familiar acima de 10 salários mínimos (VUNESP, 2010; VUNESP, 2011).

Geralmente, os responsáveis pelo domicílio são profissionais que estão dentro da força de trabalho (73,4%), porcentagem semelhante nas famílias do grupo IUSC I (71,4%) e do grupo IUSC II (78,3%), com destaque para trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (57,1%) e trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas (22,0%).

Quanto aos pais dos estudantes do curso de graduação em medicina, 52,2% eram profissionais liberais, professor ou técnico de nível superior e 34,1% eram proprietários ou administradores de grande ou média empresa ou de pequenos negócios. Em relação ao curso de enfermagem, os estudantes declararam que seus pais, com maior frequência, eram proprietários ou administradores de grande ou média empresa ou de pequenos negócios (58,3%) e 15% eram profissionais liberais, professores ou técnicos de nível superior (VUNESP, 2010; VUNESP, 2011).

Assim, embora nossos resultados mostrem que as famílias visitadas pelos estudantes não apresentaram problemas socioeconômicos graves, a diferença de renda familiar entre as famílias visitadas pelos estudantes e a de suas próprias famílias foi suficiente para a percepção de dificuldades dos estudantes quando vivenciavam a visita domiciliar:

"Impotência porque não têm como resolver problemas estruturais do País, como a pobreza extrema que acreditam que irão encontrar em todas as casas" (CERQUEIRA et al. 2009).

Para alguns estudantes essa percepção de extrema pobreza é equivocada, pois na realidade as diferenças importantes das características das famílias visitadas quando comparadas às suas próprias condições familiares os levam a acreditar que em sua maioria as visitas domiciliares serão realizadas em locais de graves problemas econômicos e sociais.

Porto (2003) refere que há grande dificuldade de comunicação com familiares ou pacientes analfabetos e que "um preparo adequado" na comunicação pode proporcionar efetivamente a educação em saúde a partir de alternativas metodológicas que influenciem as condutas e o aprendizado.

Habitualmente, estudantes de nível superior de cursos como os de medicina e enfermagem são provenientes de famílias com formação educacional, atividade profissional e renda muito diferentes das famílias que são visitadas por eles. Assim, entendemos que muitas vezes há dificuldade de comunicação entre os estudantes e familiares e não somente a dificuldade em comunicação com familiares ou pacientes analfabetos.

Essa diferença de realidade pode, na maioria das vezes, ser obstáculo para uma abordagem (comunicação, diálogo, criação de vínculo, escuta, entre outros) mais humanizada do estudante para com a família visitada, havendo, segundo CERQUEIRA et al. (2009), uma expectativa de grande dificuldade de comunicação com as famílias em função da diferença de condições socioeconômicas e culturais, diferença que funcionaria como uma barreira, impossibilitando qualquer escuta e entendimento entre eles e a população.

Diante da semelhança entre as características socioeconômicas e demográficas das famílias selecionadas em 2010 e 2011, nossos resultados podem orientar a coordenação das disciplinas IUSC, dos dois primeiros anos dos cursos de

graduação em medicina e em enfermagem, da necessidade de um preparo dos estudantes para as visitas domiciliares.

Há também aspectos positivos nessas diferenças, pois o contato com uma nova realidade social faz com que o estudante vivencie o conhecimento sobre saúde, no contexto em que a família está inserida, pois segundo Romanholi (2010), esta experiência vivenciada pelos alunos é valorizada pela importância do contato com uma realidade que é diferente da experiência trazida por eles ao ingressarem na faculdade.

Morita (2010) também concorda que a visita domiciliar, mesmo que apresente limitações aos estudantes por conta desse contato com uma nova realidade, favorece o conhecimento das necessidades de saúde da população:

"... a visita domiciliar mostrou-se um instrumento efetivo para o processo ensino-aprendizagem, porque aproximou os alunos da realidade socioeconômica, cultural e sanitária da população e oportunizou a construção do conhecimento em locais onde efetivamente acontecem as ações de saúde".

Houve diferença significativa para os menores de um ano e na faixa de um a nove anos de idade, que se justifica pela forma de seleção das famílias IUSC I, que obrigatoriamente tem que ter uma criança recém-nascida, enquanto os estudantes que participam do IUSC II acompanham as famílias do ano anterior, cujas crianças já têm mais de um ano. Esse resultado era esperado, pois evidenciam aquilo que é proposto como foco da visita domiciliar na disciplina IUSC, que é o acompanhamento de bebês e crianças.

A coordenação da disciplina IUSC optou por essa estratégia para propiciar aos estudantes de medicina, entre seu 1º e 6º ano de formação, e aos estudantes de enfermagem, do seu 1º ao 4º ano de formação, acompanhar o desenvolvimento do recém-nascido e o contexto de sua família.

No ano de 2007, a porcentagem de pré-adolescentes e adolescentes na cidade de Botucatu era de 16,3% (CARANDINA; ALMEIDA, 2008), porcentagem semelhante à observada no presente estudo (14,7%). Essa informação identifica a necessidade de repensar ou propor novas atividades de visita domiciliar e educação em saúde para os estudantes da disciplina IUSC, no sentido de acrescentar ações de saúde que contemplem problemas de saúde específicos dessa faixa etária.

Há maior frequência de pessoas que se declararam sem escolaridade, em educação infantil ou com ensino fundamental incompleto (58,2%), que pode ser consequência da concentração da população estudada na faixa etária com menos de 19 anos (50,3%).

Em 2008, a população do município de Botucatu era composta por 30,3% de pessoas com menos de 19 anos de idade (CARANDINA; ALMEIDA, 2008) e aproximadamente 50% da população do nosso estudo pertenciam a esse grupo etário. Isso pode ser explicado pela seleção das famílias, que são formadas por casais jovens, onde aproximadamente 60% dos chefes de família têm menos de 40 anos e que, obrigatoriamente, deveriam ter um recém-nascido para poder se enquadrar como a família padrão para a visitada por estudantes.

No presente estudo observa-se que 58,0% das famílias residem em casa própria, enquanto no estudo de Prearo (2000) 68,4% das famílias residiam em habitações consideradas próprias. Para a disciplina IUSC esse resultado significa um fator facilitador na seleção das famílias a serem visitadas, contribuindo para a permanência das mesmas famílias nos dois anos de atividade da disciplina IUSC, o que contribui com os objetivos propostos da disciplina.

Por outro lado, aproximadamente um terço das famílias vive em imóvel alugado ou cedido, o que requer certa atenção por parte dos professores, tutores e da coordenação da disciplina IUSC, pois esse fator pode dificultar o planejamento das atividades de visita domiciliar, uma vez que a rotatividade dessas famílias implicaria em busca constante por outra família, prejudicando o aprendizado do aluno.

Segundo Romanholi e Cyrino (2012), entre as atividades realizadas pelos estudantes do primeiro ano, enfatiza-se o reconhecimento do território e da área de abrangência onde os estudantes permanecerão até o terceiro ano de sua graduação. Logo, o planejamento é essencial para o sucesso do que foi proposto como objetivo da disciplina. Como nossos resultados sobre as condições de ocupação da moradia são semelhantes entre as famílias selecionadas em 2010 (IUSC I) e 2011 (IUSC II), no futuro o planejamento da seleção de famílias para visita domiciliar deve prever perda de famílias e ter um plano B para substituí-las.

De acordo com o último censo demográfico do IBGE (2010) há tendência de redução do número médio de moradores por domicílio, uma vez que esse número baixou de 3,8 moradores por domicílio em 2000 (IBGE, 2000) para 3,3 em

2010 (IBGE, 2010). Nas famílias aqui estudadas o número médio de moradores por domicílios ($4,7 \pm 1,6$) está acima da média nacional.

Na população estudada, apesar de 53,9% dos domicílios serem habitados por até quatro pessoas, uma proporção considerável de famílias (46,1%) é composta por mais de cinco pessoas. Mas ainda, em grande parte desses domicílios (45,2%) três ou mais pessoas dormem em um mesmo dormitório.

Essas informações devem ser consideradas pelos planejadores da atividades de visita domiciliar, no sentido de evitar que os estudantes tenham a falsa impressão de que as condições da habitação são inadequadas, tendo em vista que as informações declaradas por eles próprios resultaram que em aproximadamente 75% de seus domicílios habitam, no máximo, quatro pessoas (VUNESP, 2010; VUNESP, 2011).

Em relação à cobertura de saúde é importante ressaltar que a maioria da população estudada faz uso dos serviços públicos de saúde, sejam eles ambulatoriais (80,6%), hospitalares (87,9%), odontológicos (62,9%) e farmacêuticos (51,6%), mesmo que aproximadamente 35,0% dessa população possuam algum tipo de convênio médico. Essa constatação reforça a ideia de que mesmo tendo interesses diversos no processo de formação médica, um aspecto importantíssimo para se trabalhar nessa formação é a parceria com os serviços de saúde do SUS.

Ter momentos de lazer também é pensar em ter saúde. Assim, quando os alunos da disciplina IUSC I realizam o reconhecimento do território da área de abrangência, logo observam se o local dispõe de áreas de lazer para aquela comunidade. Segundo Bacheladenski e Júnior (2010), *"o lazer tem sido reconhecido como um fenômeno de grande relevância para a emancipação humana e cidadania, figurando fortemente como estratégia da promoção da saúde"*. No presente estudo, 85,2% da população referem ter seus momentos de lazer em atividades religiosas (a grande maioria pertence à religião evangélica). Uma explicação provável seria a localização das famílias em áreas periféricas da cidade que não dispõem de áreas de lazer para a comunidade. Logo, essas "instituições religiosas" realizam em seu ambiente atividades como acampamentos, gincanas, teatro, dança, festas comemorativas, etc., o que faz com que essa comunidade se aproxime da igreja, não só pela religiosidade, como também, por esse "algo a mais", que possa ter em forma de lazer e/ou divertimento.

Segundo Cerqueira et al. (2009), o respeito às crenças é uma das dificuldades que se apresentam aos que iniciarão a prática da visita domiciliar, pois os alunos se mostram impacientes e insistem com a mãe sobre a “conduta correta” e sobre os prejuízos de levar o bebê à “curandeira”. Por outro lado, esse pode ser um momento de se ampliar o vínculo e de acolher as demandas trazidas pelas famílias. Segundo Romanholi (2010), *"há o foco no respeito às culturas e diferentes crenças e na possibilidade de percepção de que a família tem mais conhecimento do que o estudante sobre diversos temas"*. Como, no geral os estudantes não estão adequadamente preparados para enfrentar situações que envolvam ciência e crenças religiosas, esta também é uma temática que a disciplina IUSC deve aprimorar em suas atividades de ensino na comunidade.

Os resultados mostram que a atividade de visita domiciliar traz oportunidade de aprendizado aos estudantes da disciplina IUSC, no contexto da educação na área da saúde. Entretanto, outros temas ou estratégias podem ser propostos para que o ensino esteja realmente voltado a conhecer, de fato, a realidade das famílias visitadas e assistidas pelo Sistema Único de Saúde.

Conclusão

6. CONCLUSÃO

Nosso estudo permite concluir que o conhecimento prévio das condições socioeconômicas e demográficas pode auxiliar no planejamento das visitas domiciliares realizadas por estudantes e na compreensão de suas dificuldades durante essas atividades.

Entretanto, como houve semelhança entre as características socioeconômicas e demográficas das famílias por dois anos consecutivos, acreditamos que as informações trazidas nesse estudo possam colaborar com o planejamento futuro das atividades da IUSC.

Referências

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.5, p.1103-1112, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2005. São Paulo: ABEP, 2008. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 22 out. 2012.

BACHELADENSKI, M.S.; MATIELLO JÚNIOR, E.M. Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Colet.**, v.15, n.5, p. 2569-2579, 2010.

BOTUCATU. SEHAB - Secretaria Municipal de Habitação do Município de Botucatu. **Plano Nosso Sonho**. Disponível em: <www.botucatu.sp.gov.br/habitacao>. Acesso em: 18 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde - PRÓ-SAÚDE**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRITO, F.S. Mulher chefe de família: um estudo de gênero sobre a família monoparental feminina. **Rev. Urutaguá. Rev. Acad. Mult. (DCS/UEM)**, n. 15, abr-jul. 2008.

CARANDINA, L.; ALMEIDA, M.A.S. (Coords.). **Botucatu em dados: 2008**. Botucatu: FMB- UNESP; Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, 2009.

CERQUEIRA, A.T.A.R. et al. Um estranho à minha porta: preparando estudantes de medicina para visitas domiciliares. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.33, n.2, p.276-281, 2009.

CYRINO, A.P.; MAGALDI, C. (Orgs). **Saude e comunidade: 30 anos de experiência de extensão universitária em saude coletiva**. Botucatu: Cultura Acadêmica, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2002. p. 20-62.

CYRINO, E.G.; RIZZATO, A.B.P. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Rev. Brás. Saúde Matern. Infant.**, v.4, n.1, p.59-69, 2004.

CYRINO, E.G. et al. (Org). **A universidade na comunidade**: educação médica em transformação. Botucatu, 2005. p. 21-26.

FUNDAÇÃO PARA O VESTIBULAR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – VUNESP: **questionário sócioeconômico:medicina e enfermagem**. 2010. 2011. disponível em: <<http://www.vunesp.com.br/>>;

<http://www.vunesp.com.br/QuestionarioUnesp/curso%5Cpdf%5C2010%5C2010_122.pdf>;

<http://www.vunesp.com.br/QuestionarioUnesp/curso%5Cpdf%5C2010%5C2010_129.pdf>;

<http://www.vunesp.com.br/QuestionarioUnesp/curso%5Cpdf%5C2011%5C2011_129.pdf>. - Acesso em: 28 jan 2013.

GARCIA, D.S.O.; GATTI, G.; COSTA, D.L. Visitas domiciliares a crianças com doenças crônicas: influência na formação do estudante de medicina. **Mundo Saúde**, v.34, n.3, p.327-335, 2010.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.2, p.645-653, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). População. Censo Demográfico 1991. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censodem/default_censo1991.shtm>. Acesso em: 30 janeiro 2013.

_____. **PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios)**. Síntese de Indicadores 2008. PNAD 31/05/2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>>. Acesso em: 12 maio 2011.

_____. **Censo Demográfico 2000**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>>. Acesso em: 12 maio 2011.

_____. **PNAD 2011 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios)**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/default.shtm>>. Acesso em: 03 jan. 2013.

MORITA, M.C. et al. Visita domiciliar: oportunidade de aprendizagem na graduação em odontologia. **Rev. Odontol. Unesp**, v.39, n.2, p. 75-79, 2010.

PEREIRA, J.G. **Articulação ensino-serviço para a construção do modelo da vigilância da saúde**: em foco o Distrito do Butantã. 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEREIRA, J.G. et al. Integração Academia, Serviço e Comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em medicina na atenção básica no Município de São Paulo. **Mundo Saúde**, v.33, n.1, p.99-107, 2009.

PORTO, T.M.E. A comunicação na escola e a formação do professor em ação. In: _____. (Org.). **Redes em construção**: meios de comunicação e práticas educativas. Araraquara: JM Editora, 2003. p. 79-110.

PREARO, A.Y. **Estudo da utilização de serviços de saúde por mães e crianças no primeiro ano de vida - Centro de Saúde Escola de Botucatu-SP - 1997**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP. Botucatu, 2000.

ROMANHOLI, R.M.Z. **A visita domiciliar como estratégia de ensino aprendizagem na integralidade do cuidado**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP. Botucatu, 2010.

ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface Comunic., Saúde Educ.**, v.16, n.42, p.693-705, 2012.

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Condições de vida**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>>. Acesso em: 12 maio 2011.

SILVA, R.O.L. **A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família: um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

ULIANA, M.R.P. **O ensino de graduação médica na comunidade: vivências e percepções de alunos da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Botucatu, 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Faculdade de Medicina de Botucatu. Conselho de Curso. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED)**. Anexo III – Gestão do Projeto. Botucatu: Unesp, 2002.

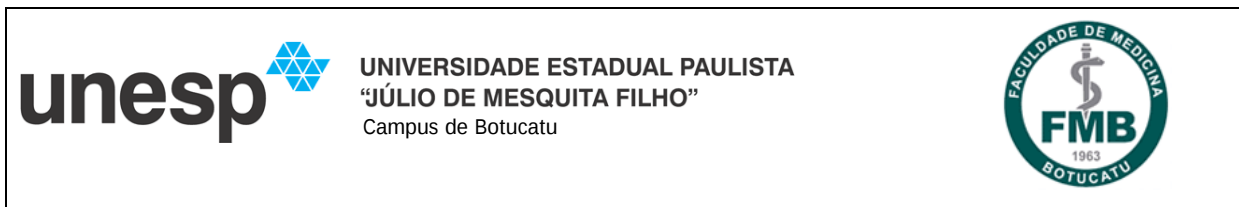
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde). **Ampliando parcerias no ensino, pesquisa e trabalho significativos no contexto da Estratégia Saúde da Família: a Interação Universidade, Serviço e Comunidade – IUSC da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP**. Botucatu: Unesp, 2008. Folder.

VASCONCELLOS, C.S. **Coordenação do trabalho pedagógico: do projeto político pedagógico ao cotidiano da sala de aula**. 6.ed. São Paulo: Libertad, 2006. p.147.

Anexos

ANEXOS

Anexo I – QUESTIONÁRIO



**ENSINO NA COMUNIDADE E O PERFIL DAS FAMÍLIAS VISITADAS POR ESTUDANTE
DE MEDICINA E ENFERMAGEM: ASPECTOS SOCIO-ECONÔMICOS E
DEMOGRÁFICOS. BOTUCATU, SP – 2011**

NÚMERO DA ENTREVISTA: ____ ____ ____

ENDEREÇO DA FAMÍLIA:

**DANIELA CRISTINA RODRIGUES
ALUNA DA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CARACTERÍSTICAS DOS MORADORES DO DOMICILIO									
Nome	Relação com Chefe	Id	Sexo	Estado Conjugual	Escolaridade	Ocupação	Posição na Ocupação	Ramo de Atividade Econômica	Renda Mensal
Rendimento Mensal de Trabalho e de Outras Fontes						Total da Renda Mensal Familiar			
Rendimentos de Trabalho									
Rendimentos de Outra s Fonte (Especificar)									
						TOTAL R\$			

CONDIÇÕES DE VIDA FAMILIAR			
Características da Habitação			
Número de cômodos da Habitação:			
Quantos banheiros existem no domicílio? (Considere somente os que contêm chuveiro, banheira e aparelho sanitário):			
Dormitórios usados para dormir:			
Moradores por dormitórios:			
Todos dormem em dormitórios: () Sim Não ()			
Custo Mensal com:			
Energia Elétrica: R\$..... Água: R\$..... Telefone R\$.....			
Condições de Ocupação da Casa			
Propriedade: () Cedida () Alugada () Financiada () Própria (já paga) () Outra Situação Especificar			
Valor do Aluguel e/ou Prestações (Financiamentos): R\$			
Serviços de Saúde			
Convênio/Seguro de Saúde: Sim () Não ()			
Serviços	Públicos	Privados	
Serviço Ambulatorial			
Serviços Hospitalares			
Serviços Odontológicos			
Assistência Farmacêutica			
Gastos com medicamentos (se for o caso): R\$.....			
Bens Imóveis e Duráveis			
	SIM	NÃO	NÚMERO
- Casa/Apartamento			
- Terreno			
- Carro (Modelo e Ano)			
- Motocicleta			
- Bicicleta			
- Telefone (Fixo e Celular)			
- Microcomputador			

- Impressora			
- Televisão			
- DVD			
- Forno elétrico			
- Microondas			
- Filtro ou purificador de água			
- Ventilador / circulador de ar			
- Aquecedor			
- Antena parabólica			
- Ar condicionado			
- Máquina de lavar roupa			
- Freezer			
- Equipamento de som			
- Refrigerador			
- Video game (Tipo Play Station)			
- MP3/MP4 Players			
Lazer			
Clube Recreativo: é sócio	() Sim	() Não	
Clube Recreativo: Frequenta?	() Sim	() Não	
Prática de Esportes?	() Sim	() Não	Qual
Atividade Artística?	() Sim	() Não	Qual:
Atividades religiosas?	() Sim	() Não	Qual:
Comunicação Social			
Faz uso de Internet?	() Sim	() Não	
Assinatura de Jornal?	() Sim	() Não	
Assinatura de revista?	() Sim	() Não	
Locação de filmes?	() Sim	() Não	

Anexo II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Botucatu

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da Pesquisa: “Ensino na comunidade e o perfil das famílias visitadas por estudantes de medicina e enfermagem: aspectos sócio-econômicos e demográficos”

Pesquisadora Responsável: Daniela Cristina Rodrigues – Pç. Dib Jorge Saad, 460 COHAB I
email: danifuba@hotmail.com

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável: Departamento de Saúde Pública -
Faculdade de Medicina de Botucatu / UNESP

Telefones para contato: (14) 3881-3423/ (14) 3811-6200 / (14) 9143-6506

Você está sendo convidado(a) à participar, como voluntário, em uma pesquisa.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via será sua e uma da pesquisadora responsável.

O objetivo da pesquisa será o de conhecer a realidade das famílias que são visitadas pelos alunos de medicina e enfermagem na Disciplina IUSC. Será realizada uma entrevista, pela própria pesquisadora, onde posteriormente, será aplicado um questionário sócio-econômico.

- I. Declaro estar ciente de que é de responsabilidade da pesquisadora Daniela Cristina Rodrigues preservar o sigilo de minha identificação pessoal sobre as informações que fornecerei e que serão utilizadas para este estudo. Após o término da pesquisa e divulgação dos resultados, sem a identificação dos participantes, esse material será destruído.
- II. Declaro concordar em participar deste estudo e que estou ciente que a pesquisadora estará disponível para responder a quaisquer perguntas e de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo. Não haverá nenhum custo para mim, ou seja, não pagarei nada, em nenhum momento. Caso seja solicitado algum tipo de pagamento ou em caso de dúvidas, devo entrar em contato com a pesquisadora pelos telefones acima. Para eventuais informações entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (14) 3811-6143.

Nome Voluntário Participante: _____ Assinatura: _____

Nome Pesquisadora Responsável: Daniela Cristina Rodrigues

RG nº :28.162.033-7

Assinatura: _____

Anexo III – PARECER COMITÊ DE ÉTICA

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 06 de junho de 2011.

Of. 243/11-CEP

Ilustríssimo Senhor
Prof. Titular José Carlos Peraçoli
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da
Faculdade de Medicina de Botucatu.

Prezado Prof. Peraçoli

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa (**Protocolo CEP 3899-2011**) "**Ensino na comunidade e o perfil das famílias visitadas por estudantes de medicina e enfermagem: aspectos sócio-econômicos e demográficos**", a ser conduzido por Daniela Cristina Rodrigues, orientada por Vossa Senhoria, co-orientada pelo Prof. Dr. Joélcio Francisco Abbade, com a colaboração de Maria Luiz Nérís Caldas, recebeu do relator **parecer favorável**, aprovado em reunião de 06 de junho de 2011.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao finalizar este projeto o CEP aguarda o envio do "**Relatório Final de Atividades**", para finalização do processo junto a este Colegiado.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.