

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM**

FLÁVIO DIAS SILVA

**O ENSINO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO INTERNATO
MÉDICO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS DA REGIÃO NORTE**

SÃO PAULO, 2013

FLÁVIO DIAS SILVA

**O ENSINO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO INTERNATO
MÉDICO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS DA REGIÃO NORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde - Modalidade Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Otília M. L. B. Seiffert

SÃO PAULO, 2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista De Enfermagem

Silva, Flávio Dias

O ensino da Atenção Primária à Saúde no Internato Médico das Universidades públicas da Região Norte do Brasil / Flávio Dias Silva – São Paulo, 2013.

150 páginas

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS.

Título em inglês: Teaching of Primary Health Care during medical internship in the Northern Region of Brazil public universities

Orientadora: Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert.

Palavras chave/keywords: 1. Internato. 2. Formação médica. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Universidades públicas da região norte. 5. Educação médica. 6. Saúde da Família. / 1. Internship; 2. Medical training; 3. Primary Health Care; 4. Public universities in the northern region; 5. Medical education; 6. Family Health.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
CEDESS**

Diretora do CEDESS
Profa. Dra. Irani Gerab

Coordenadora do Programa de Mestrado
Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

SILVA, FLÁVIO DIAS. **O Ensino da atenção primária à saúde no internato médico das universidades públicas da região norte.** Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem (UNIFESP/EPE), para obtenção do título de Mestre em “Ensino em Ciências da Saúde”- Modalidade Profissional.

Presidente da Banca

Profa. Dra. Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert (orientadora)

Banca Examinadora

Prof. Dr. Gustavo Diniz Ferreira Gusso

Instituição: Universidade de São Paulo (USP)

Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Prof. Dr. Valdes Bollela

Instituição: Universidade de São Paulo (USP)

Aprovação em: ____/____/____

À minha esposa Danitsa, amor verdadeiro, pelo companheirismo nos desafios, pela tolerância às minhas ausências, pelo estímulo ao meu crescimento e por me provar a cada dia que a vida é a arte do encontro;

Aos meus filhos Arthur e Rafaela, donos dos sorrisos mais lindos, que me lembram a cada segundo que a felicidade e a plenitude existem em minha vida;

Aos meus pais e irmãos, por me darem o berço aconchegante de cuidados que me permite correr atrás de meus sonhos e ideais.

Agradecimentos

Meu primeiro agradecimento especial vai para os professores do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (CEDESS-UNIFESP), que executaram, com o Mestrado Profissional para a Região Norte (MPNorte), um dos projetos mais ousados da história da educação de profissionais de saúde do Brasil. A coragem e o entusiasmo de atravessar um país continental a cada um ou dois meses, de visitar todas capitais da região Norte, e o companheirismo recheado de sincera alegria nos momentos de confraternização que tivemos, tudo isto entrou em nossos corações para sempre. Mais do que conhecimentos e habilidades, aprendemos muito sobre atitudes. Um especial agradecimento ao Dr. Nildo Batista, uma pessoa excepcional, que com a simplicidade que só os gênios possuem, capitaneou este projeto, plantando e cuidando e regando uma árvore frondosa que dará muito frutos à região Norte do país. Professor Nildo, muito obrigado,

À professora Otilia Seiffert, minha orientadora, com a qual tive o privilégio de discutir ideias, partilhar projetos, lamentar angústias e ser confortado sabiamente. Apesar de no auge de seu amadurecimento profissional, professora Otilia persiste com a euforia, a paciência, o carinho e a disposição de um recém-iniciado em sua profissão apaixonante. Professora, se aqui cheguei foi pela sua imensa colaboração.

Às Universidades que participaram da pesquisa, pela disponibilidade de expor transparentemente as suas realidades, e aos Coordenadores de Internato, por dedicarem parte de seu escasso tempo, em muito tomado pelas numerosas tarefas que a função exige.

Aos professores Gustavo Gusso, Valdes Bollela, Maria Cecília Sonzogno e Sigisfredo Brenelli, por me darem o privilégio de sua presença na banca de defesa deste trabalho.

Aos colegas do inesquecível MPNorte, de todos Estados, de todas origens, de todas crenças, de todas profissões. Em especial aos neotocantinenses como eu, Itamar, Lisy, e Elizângela. Colegas, juntos ainda faremos muito por esta região, é fantástico caminhar ao lado de vocês.

Ao amigo professor Itágores I Coutinho, maior incentivador de meu projeto de dedicar-me a vida acadêmica, liderança nata, garimpador de oportunidades para aqueles que se

dedicam à causa de um Tocantins e de um Brasil mais desenvolvido; parceiro de ideias, meu muito obrigado.

À dra. Gecilda e dr. Nilton, pelo auxílio voluntário nas tarefas da UFT, pelo entusiasmo na luta por uma APS mais digna para nosso povo, e pelo carinho espontâneo que temos nutrido entre nossas famílias . Parafrazeando Vinícius de Moraes, “amigos novos, parceiros novos, com quem compus estes samba e muitos outros hei de compor”.

Ao Renato Moreno, amigo novo, que muito me auxiliou nos movimentos operacionais necessários para os deslocamentos necessários no Mestrado, companheiro em outros projetos que derivam deste, e de muitos outros que virão – e virão pela facilidade de sintonia que temos em trabalhar juntos.

À professora Gessy Carvalho, tutora local, que sempre manteve a paciência com nossas desculpas, mas que sempre nos confortou com seu olhar atento, estando à disposição para qualquer chamado.

Ao José Mauro Ceratti Lopes e ao Luis Felipe Mattos (*in memoriam*), que me ensinaram a ser médico, quando outros apenas haviam me ensinado sobre medicina; e aos demais da saudosa turma da Unidade Conceição, companheiros de trupe no primeiro palco de minhas experimentações na arte perdida de curar e na ciência de aprender e ensinar.

Aos internos e residentes que passam ou algum dia passaram comigo e me despertaram o desejo de me enveredar pelos rumos da educação médica, certamente por compartilharmos o sentimento de que muitos há de se aperfeiçoar no ser docente. Agradecimento especial ao estudante Nilvan Junior, monitor de minhas disciplinas, ajuda constante nas minhas lidas.

À Fátima Damaso, minha coordenadora em meus trabalhos na Saúde Mental de Palmas, e a toda turma do CAPS AD, pela tolerância às minhas ausências e pelas surpreendentemente inspiradoras reuniões das quartas-feiras.

Por fim, dedico um agradecimento especial às pessoas que em algum momento de minha vida atendi, principalmente aos usuários da Unidade Conceição – estes porque me ensinaram que a medicina é uma excelente oportunidade para se tornar uma pessoa melhor. Muito obrigado também aos que hoje ainda procuro ajudar, todos os dias, no consultório e nos ambulatórios, e que me ajudam muito mais do que imaginam.

SILVA, FLÁVIO DIAS. **O Ensino da atenção primária à saúde no internato médico das universidades públicas da região norte.** 2013. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

RESUMO

Desde 1996 o Brasil optou por investir na Atenção Primária à Saúde (APS) como base estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta decisão implicou em um aumento significativo da demanda de médicos generalistas. A escassez de médicos especialistas (Médicos de Família e Comunidade – MFC's) tem feito com que boa parte dos postos de trabalho na ESF esteja sendo ocupada por recém-graduados e/ou médicos não especialistas em APS. Este cenário mostra e demanda às escolas médicas a formação de profissionais aptos ao trabalho nesta área da saúde. O objetivo desta pesquisa foi avaliar como está sendo realizado o ensino das competências necessárias para o trabalho em APS durante o Internato nas escolas públicas da região Norte do Brasil. Sete escolas públicas da região Norte participaram da pesquisa. Optou-se por uma abordagem quanti-qualitativa, que foi realizada por três métodos: pesquisa documental dos projetos pedagógicos dos cursos (PPCs) e programas de Internato; aplicação de questionário semi-estruturado aos coordenadores dos programas de Internato; e, por fim, entrevista com estes coordenadores. Os dados documentais e empíricos obtidos permitem evidenciar que o ensino das competências no Internato ainda está distante de ser adequado às necessidades do médico que trabalhará na ESF. Apesar dos PPCs revelarem que as escolas estudadas buscam formar profissionais com perfil generalista e identificados com as necessidades da comunidade amazônica, nota-se que o percurso formativo não está fortemente orientado para a APS. Os achados indicam programas de Internato com uma carga horária insuficiente para o ensino da APS; estágios em outras áreas da saúde não voltados ao ensino de competências generalistas uma vez que o enfoque ainda é em medicina hospitalar e atenção secundária ou terciária; ausência de definição de uma matriz de competências a ser desenvolvidas ao longo do Internato; não explicitação clara nos PPCs dos métodos de avaliação de competências dos internos; dificuldades de encontrar preceptores qualificados e disponíveis; estrutura precária das Unidades de Saúde; obstáculos na integração entre universidade e serviços de saúde; e a insignificante atratividade do campo da APS para o interno. Apesar destas sinalizações todos os programas de Internato estudados contemplam estágio na ESF, correspondendo no máximo a vinte por cento da carga total. Ao menos metade das escolas tem realizado estágio em municípios do interior (estágio Rural), iniciativa com potencial indutor de interiorização dos profissionais médicos. Apreende-se das manifestações dos Coordenadores que há necessidade de uma reorientação do currículo da graduação e do próprio Internato em direção a uma maior ênfase no ensino da APS. Frente aos desafios de mudanças na formação do médico no país, este trabalho culmina com uma proposta de diretrizes para orientação do internato médico para a atenção primária à saúde, ganhando especial significância com o recém-lançado Programa Mais Médicos (2013), que, entre outras ações, sugere uma maior aproximação com a APS durante a formação médica.

Palavras-chave: 1. Internato. 2. Formação médica. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Universidades públicas da região norte. 5. Educação médica. 6. Saúde da Família.

SILVA, FLÁVIO DIAS. **Teaching of Primary Health Care during medical internship in the Northern Region of Brazil public universities.** 2013. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

ABSTRACT

Since 1996, Brazil chose to invest in Primary Health Care (PHC) as a basis for organization of the Unified Health System (SUS) through the Family Health Strategy (FHS). This decision resulted in a significant increase in demand for general practitioners. The low number of specialized doctors (Family and Community Physicians – FCP's) has made much of the jobs in the FHS is being occupied by recent graduates and/or non-expert general practitioners. This scenario demands for medical schools to train professionals able to work in this area of health. The objective of this research was to assess how it is being done teaching the skills needed to work in APS during the medical internship in the public schools of northern Brazil. Seven public schools in the northern region participated. We opted for a quantitative and qualitative approach, which was performed by three methods: desk research of the pedagogical projects (PPs) and internship programs, application of semi-structured questionnaire to the coordinators of the internship programs, and, finally, interview with these coordinators. The data obtained allow documentary and empirical evidence that the teaching of skills in the internship is still far from adequate to the needs of the physician who will work in the FHS. Despite PPs reveal that the studied schools seek to prepare students with generalist profile and identified with community needs of Amazon region, we note that the training path is not strongly oriented to PHC. The findings indicate internship programs with insufficient workload for teaching PHC ; placements in other health areas not geared to teaching generalist skills since the focus is still in hospital medicine and secondary or tertiary care; lack of definition of an array of skills to be developed during the internship; no clear explanation of the skills assessment methods; difficulties to find qualified and available preceptors ; precarious structure of the Health Units; obstacles in the integration between university and health services; low attractiveness of the field of PHC. Despite all these caveats internship programs studied include the FHS rotation, corresponding to a maximum of twenty percent of the total internship load. At least half of the schools have performed rotation municipalities (Rural rotation), initiative with the potential to induce inner country migration of medical professionals. Coordinators of internship programs said that there's a need for a reorientation of the undergraduate curriculum and the internship itself toward a greater emphasis on teaching PHC. The challenges of change in medical training in the country, this work culminates with a proposal of guidelines for medical internship orientation to primary health care, gaining special significance with the newly launched Program "Mais Médicos" (2013) , which, among other actions, suggests a closer relationship of medical training with PHC.

Keywords: 1. Internship; 2. Medical training; 3. Primary Health Care; 4. Public universities in the northern region; 5. Medical education; 6. Family Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Síntese dos dados coletados e analisados nesta pesquisa.....	51
Tabela 2 - Objetivos dos Cursos de Medicina, segundo os PPC's.....	56
Tabela 3 – Características do perfil profissional do egresso desejado pelas escolas estudadas.....	58
Tabela 4 – Tendências observadas nos cursos em relação à integração entre disciplinas.....	60
Tabela 5 – Carga horária de cada curso de Medicina.....	65
Tabela 6 – Características dos componentes curriculares das instituições analisadas.....	66
Tabela 7 – Caracterização das diretrizes curriculares de cada curso quanto à elaboração do trabalho de conclusão de curso.....	67
Tabela 8 – Carga horária de cada programa de Internato.....	72
Tabela 9 – Condições facilitadoras para a estruturação do Internato em APS, segundo os Coordenadores.....	110
Tabela 10 – Dificuldades relacionadas à preceptoria do Internato em APS, segundo os Coordenadores.....	111
Tabela 11 – Dificuldades relacionadas à estrutura da APS e à integração ensino-serviço, segundo os Coordenadores.....	113
Tabela 12 – Dificuldades relacionadas à estrutura da APS e à integração ensino-serviço, segundo os Coordenadores.....	114
Tabela 13 – Sugestões para o aperfeiçoamento do Internato em APS, segundo os Coordenadores.....	117
Tabela 14 – Sugestões para a reorientação do Internato para a APS, segundo os Coordenadores.....	119

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo curricular de uma instituição que organiza o currículo em quatro eixos longitudinais.....	61
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Representação gráfica do modo como cada instituição organiza a divisão da carga horária de seu internato entre as diferentes áreas do conhecimento.....	74
Gráfico 2 – Representação gráfica acerca da relação entre a carga horária de ensino de Saúde Coletiva e a carga horária total do internato.....	75
Gráfico 3 – Representação gráfica acerca da composição dos rodízios optativos em quatro instituições.....	78
Gráfico 4 – Representação gráfica acerca do local do estágio em ESF nas seis instituições.....	79
Gráfico 5 – Comparação gráfica entre a carga horária do Internato Rural em relação à carga horária total do internato.....	80
Gráfico 6 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 4 do questionário <i>online</i>	88
Gráfico 7 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 9 do questionário <i>online</i>	89
Gráfico 8 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 10 do questionário <i>online</i>	91
Gráfico 9 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 7 do questionário <i>online</i>	92
Gráfico 10 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 15 do questionário <i>online</i> . O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.....	93
Gráfico 11 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 5 do questionário <i>online</i>	94
Gráfico 12 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 2 do questionário <i>online</i>	96
Gráfico 13 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 1 do questionário <i>online</i>	97

Gráfico 14 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 3 do questionário <i>online</i>	98
Gráfico 15 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 12 do questionário <i>online</i>	100
Gráfico 16 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 11 do questionário <i>online</i>	102
Gráfico 17 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 6 do questionário <i>online</i>	103
Gráfico 18 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 8 do questionário <i>online</i>	104
Gráfico 19 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 13 do questionário <i>online</i>	105
Gráfico 20 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 14 do questionário <i>online</i>	106
Gráfico 21 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 16 do questionário <i>online</i>	107
Gráfico 22 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 17 do questionário <i>online</i>	108
Gráfico 23 – Quantitativo de sugestões para o aperfeiçoamento do Internato, segundo os Coordenadores, por categoria temática.....	121

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Valor do Alpha de Cronbach extraído dos resultados do software estatístico.....	50
Quadro 2 – Diretrizes para orientação do Internato médico para a APS.....	127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEDESS/UNIFESP	Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHA's	Conhecimentos, Habilidade e Atitudes
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ERSC	Estágio Rural de Saúde Coletiva
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMED	Faculdade de Medicina
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MP	Metodologia da Problematização
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBL	Problem Based Learning
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPC	Projetos Pedagógicos dos Cursos
PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RNP	Rede Nacional de Pesquisa
SIAB	Sistema de Informação Atenção Básica
SPSS	Statistical Packet for Social Sciences

SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UEA	Universidade Estadual do Amazonas
UEPA	Universidade Estadual do Pará
UFAC	Universidade Federal do Acre
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRR	Universidade Federal de Roraima
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIR	Universidade Federal de Rondônia
UR's	Unidades de Registro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 Justificativa.....	23
1.2 Problematização.....	25
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 Objetivo Geral.....	28
2.2 Objetivos Específicos.....	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
3.1 SUS, APS e competências essenciais do médico	29
3.2 Educação Médica no Brasil.....	36
3.3 O Internato médico: diretrizes, experiências e reflexões.....	42
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	45
4.1 Contexto e abordagem da pesquisa.....	45
4.2 Procedimentos de Coleta de Dados.....	47
4.3 Análise dos Dados.....	52
4.4 Procedimentos Éticos.....	53

5 PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE MEDICINA.....	54
5.1 Justificativas dos Projetos Pedagógicos dos Cursos.....	54
5.2 Objetivos dos Cursos.....	56
5.3 Perfil Profissional do Egresso.....	57
5.4 Estrutura Curricular dos Cursos.....	59
6 PROGRAMAS DE INTERNATO.....	69
6.1 Objetivos do Internato.....	69
6.2 Estrutura do Internato.....	71
6.3 Áreas do Conhecimento no Internato e a Inserção da APS.....	72
6.4 Cenários do Internato e o Estágio Rural.....	78
6.5 Preceptoría.....	80
6.6 Avaliação dos Internos.....	82
6.7 PPC's: projeto e realidade.....	84
7 O INTERNATO EM APS NA VISÃO DOS COORDENADORES.....	87
7.1 Oportunidades de aprendizado das competências necessárias para o trabalho em APS.....	87
7.2 Facilidades e dificuldades no Internato em APS.....	109
7.3 Os alunos estão preparados para o trabalho em APS?.....	115
7.4 O que mudar no Internato para uma melhor orientação à APS?.....	117
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122

9 PRODUTO.....	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	132
ANEXOS.....	140
Anexo 1.....	140
Anexo 2.....	141
Anexo 3.....	144
Anexo 4.....	145
Anexo 5.....	148
Anexo 6.....	150

1 INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa

Algumas inquietações a respeito de como eu vinha presenciando a educação médica, especialmente em relação ao Internato dos cursos de medicina, foram cruciais para minha decisão de cursar o mestrado profissional em “Ensino de Ciências da Saúde”. Essas inquietações emergiram de meu contato, como médico preceptor, com os internos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), quando estes passavam pelo estágio em Medicina de Família e Comunidade. Eu, na época integrante da equipe da Unidade de Medicina de Família do Hospital Conceição, em Porto Alegre, me questionava se estávamos sendo competentes em promover o aprendizado que aqueles alunos, em alguns meses, iriam necessitar para trabalharem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) - realidade comum do recém-formado em medicina.

Para analisar e refletir sobre minhas dúvidas de maneira mais crítica e transformadora, notei a necessidade de maior aporte teórico. Desta maneira, cursar um mestrado na área do ensino superior em saúde me pareceu a maneira mais adequada de aperfeiçoar-me.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido entendida como a parte fundamental e estruturante de um sistema de saúde. Países que possuem seus sistemas de saúde orientados pela APS apresentam melhores resultados em saúde com menos custos (STARFIELD, 2002). No Brasil a principal política visando à qualificação da APS surgiu em 1994, com o Programa Saúde da Família, rebatizado em 1996 como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1996). Conforme sua concepção, cada equipe de Saúde da Família deve contar com um médico generalista, que deve realizar assistência integral aos indivíduos e famílias que vivem em um determinado território.

Nesse contexto surge o problema da escassez de médicos com formação especializada em APS no Brasil, ou seja, com titulação ou residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Em 2011, dados do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2011) apontavam apenas 1923 médicos especialistas nesta área. Tomando-se em conta a

proporção preconizada de um médico para cada 3.500 habitantes, e a população atual do país em torno de 180 milhões de pessoas (IBGE, 2011), tem-se uma deficiência estimada de quase 50.000 profissionais para este campo de atuação.

Estes dois fatores, um mercado de trabalho amplo e a escassez de mão-de-obra especializada, fazem com que a APS, representada principalmente pela ESF, absorva rapidamente os médicos não especialistas, em especial os recém-formados.

Ao dar-se conta desta situação, e em consonância com a política de fortalecimento da ESF, diversas iniciativas dos Ministérios da Educação e da Saúde têm incentivado a remodelação dos currículos das escolas médicas, fomentando a formação de um profissional médico generalista, com perfil capaz de realizar uma abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na APS. Em 2001 foram formuladas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001a), e logo a seguir, lançado o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – o PROMED (BRASIL, 2001b). Mais recentemente, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005) dá sequência a estas ideias, estimulando a integração entre academia, serviços de saúde e comunidades.

No âmbito das mudanças curriculares, todos os processos educativos que compõem a graduação devem ser analisados e reinventados oportunamente. Entretanto, o estágio prático é um período que oferece oportunidade ímpar para aperfeiçoamento do futuro profissional. O estágio obrigatório do curso de Medicina é conhecido como Internato, e, em sua concepção, é um processo educativo majoritariamente prático, que permite o aprendizado através do exercício tutorado da profissão.

Apesar da importância do Internato, reconhece-se que as Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) dão pouca ênfase à estruturação desta fase da graduação. Em um estudo que trata da importância da construção de diretrizes nacionais para o internato médico, os autores apontam que o internato é a parte da formação médica que teve um tratamento mais superficial nas Diretrizes (STREIT; MACIEL; ZANOLLI, 2009).

Considerando este contexto, decido realizar o curso de mestrado na área do Ensino em Ciências da Saúde com a intenção de aprofundar em referenciais teóricos que dizem respeito à formação do médico generalista. Em especial, vejo a necessidade de se buscar

modelos de Internato que contemplem, satisfatoriamente, o desenvolvimento das competências essenciais para o trabalho médico na ESF.

1.2 Problematização

O internato médico ou estágio prático do curso de medicina é um momento fundamental na graduação médica. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina definem que:

(...) a formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade; a carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina... o estágio incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio (BRASIL, 2001a, p.4).

Meu interesse por esta temática se intensifica quando tive a oportunidade de prestar concurso para docente na Universidade Federal do Tocantins (UFT), instituição em que hoje atuo. A UFT possui um curso de medicina jovem, criado em 2008, sendo que a primeira turma de internato iniciou suas atividades em agosto de 2011. O Plano Pedagógico do curso de Medicina (UFT, 2008) estabelece que:

(...) a integralização do curso confere ao médico, competências para assumir responsabilidades técnico-científicas, para exercer atividades nos diferentes níveis e serviços de saúde, principalmente na atenção às necessidades da população, expressas nos programas prioritários do SUS, atualmente, na estratégia do Programa de Saúde da Família (p.27).

A UFT idealizou um curso que prioriza justamente a preparação do aluno para o trabalho em APS, com ênfase na ESF. Neste contexto, também por minha formação de Médico de Família e Comunidade, fui convidado a exercer a função de Coordenador Geral

do Internato, e senti então que era o momento de aprofundar meus estudos neste tema. A concepção de um programa de Internato orientado para APS, e a definição clara das competências necessárias para o trabalho médico neste nível de atenção são tarefas que têm me exigido constante estudo e reflexão.

Deste modo, e considerando as experiências que tenho tido como docente e coordenador do Internato, assumo as seguintes questões norteadoras para a minha pesquisa:

1. Os projetos pedagógicos dos cursos de medicina têm contemplado, em seus programas de Internato, o desenvolvimento das competências essenciais para o trabalho na APS?

2. Em que cenários estas competências têm sido ensinadas e que estratégias de ensino-aprendizagem têm sido empregadas?

3. Quais as facilidades e dificuldades enfrentadas na estruturação do ensino da APS no Internato médico do ponto de vista dos coordenadores de Internato?

4. Qual a percepção dos coordenadores de Internato acerca das oportunidades de aprendizagem das competências essenciais para o trabalho na ESF ?

Para a busca de respostas a estas indagações, fiz a escolha de pesquisar as instituições universitárias públicas de ensino médico da região Norte do país. Esta escolha foi influenciada principalmente pela oportunidade de participar de uma edição especial do programa de mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde, do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (CEDESS/UNIFESP) promovido pelos Ministérios da Educação e Saúde. Nesta edição, os mestrandos são oriundos de Universidades públicas da região Norte e/ou profissionais dos serviços parceiros destas universidades.

Espero, portanto, produzir conhecimentos que possam contribuir para o aprimoramento do Internato médico da Universidade Federal do Tocantins e de outras instituições Brasil afora, e desta maneira auxiliar na formação de médicos mais capacitados e sintonizados com as atuais demandas da sociedade.

Para atender aos objetivos estabelecidos, esta dissertação foi assim estruturada:

1 Introdução: justificativa e problematização

- 2 Objetivos gerais e específicos;
- 3 Referencial teórico, que contempla uma abordagem sobre o SUS e as competências essenciais do médico em Atenção Primária à Saúde, a Educação Médica no Brasil e o Internato médico - diretrizes, experiências e reflexões;
- 4 Percurso metodológico;
- 5 Projetos Pedagógicos dos Cursos de Medicina na Região Norte;
- 6 Projetos de Internato dos Cursos de Medicina na Região Norte;
- 7 O Internato em APS na visão dos coordenadores;
- 8 Considerações Finais;
- 9 Produto da pesquisa.

Por fim, as referências bibliográficas e os anexos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as experiências dos programas de Internato dos cursos de medicina de instituições públicas da região Norte do Brasil em relação ao desenvolvimento das competências para o trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF).

2.2 Objetivos Específicos

- Mapear os modelos de projeto pedagógico dos cursos de Medicina, com ênfase no Internato;
- Conhecer a estrutura e dinâmica de funcionamento do Internato, identificando os cenários e as estratégias de ensino-aprendizagem, especialmente relacionadas ao desenvolvimento das competências essenciais para o trabalho na ESF;
- Apreender a percepção dos coordenadores do Internato e dos internos sobre as oportunidades de aprendizagem dessas competências;
- Elaborar diretrizes para o Internato médico no que diz respeito ao ensino da APS e da ESF, tomando como ponto de partida os resultados desta pesquisa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para uma compreensão do objeto desta pesquisa, é fundamental que se revise o processo histórico que coloca hoje, como necessidade prioritária para a saúde pública brasileira, a formação de médicos generalistas com sólidos conhecimentos em Atenção Primária à Saúde (APS).

Desta forma, aborda-se no referencial teórico deste trabalho, primeiramente: a conquista, por parte dos brasileiros, do Sistema Único de Saúde (SUS); a proposta da APS, especialmente da Estratégia Saúde da Família, como eixo estruturante do SUS; e a definição das competências necessárias para o trabalho médico na ESF.

Em um segundo momento, faz-se uma recapitulação da evolução recente da educação médica no Brasil, revisando-se as resoluções e programas que têm incentivado a reorientação dos processos educativos com o objetivo de formar profissionais generalistas resolutivos.

Por fim, reflete-se, com base em algumas experiências de diversas escolas, sobre o Internato médico, seus modelos curriculares, e sua importância no processo de graduação.

3.1 SUS, APS e competências essenciais do médico

As políticas de saúde de um país são parte da essência, da visão de mundo e da ideia de coletividade que sua população possui. Definir o modo pelo qual um povo cuidará da sua saúde é fundamental em uma sociedade de direitos. O Brasil começa a debater estas questões a partir de 1923, mas leva ao menos 65 anos para chegar numa proposta de um sistema de saúde universal, na constituição de 1988 (COHN, 1996).

Partindo dos tempos que o atendimento médico era privilégio de poucos que tinham recursos para pagá-lo, a evolução do sistema de saúde brasileiro tem seu primeiro esboço com o surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Estas instituições nasceram do interesse de operários e empregadores das primeiras empresas do país – destacando-se o pioneirismo dos ferroviários. As CAP's prestavam serviços previdenciários e

médicos às pessoas que pagavam uma cota periódica, sendo sustentadas também por recursos da empresa (COHN, 1996).

Posteriormente, as CAP's foram agrupadas por categorias de empresa, formando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que começam a contar com participação efetiva do governo em seu custeio e gestão. Em 1966 estes Institutos são agrupados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), estrutura que centraliza a gestão da previdência e dos planos de saúde no país. O INPS posteriormente se desdobra em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados (SOUZA, 2002).

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal e seus dependentes, ou seja, não existia caráter de universalidade de acesso neste sistema. Nesta época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias: os que podiam pagar pelos serviços; os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS e; os que não tinham nenhum direito (SOUZA, 2002).

Em meados da década de 1970, o INAMPS inicia a enfrentar dificuldades de financiamento, e diversas medidas, ao longo dos anos 1970 e 1980, acabam por torna-lo mais universal, como a equivalência dos trabalhadores rurais (antes assistidos pelo FUNRURAL) aos trabalhadores urbanos, e a celebração de convênios de atendimento com municípios e Estados – que à época davam assistência aos não empregados. Estas medidas culminam no surgimento, na década de 1980, do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), fruto de parceria do INAMPS com os governos estaduais (SOUZA, 2002). Assim, segundo Souza (2002, p.13):

(...) podemos verificar que começava a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde), que instituiu o SUS. Isso foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do

modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país.

Em 1988, com a nova Constituição Federal que celebrou o fim do regime militar e a redemocratização do Brasil, surge o Sistema Único de Saúde (SUS). A Carta Magna (BRASIL, 1988) assume:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (p.1).

E que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (p. 1).

O SUS nasce constitucionalmente, portanto, compromissado com responsabilidades amplas. É interessante ressaltar que, conforme exposto em “ABC do SUS: Doutrinas e Princípios” (BRASIL, 1990a), o SUS é baseado em boa parte nas recomendações da Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Neste manual, reforça-se que o SUS:

(...) incorpora o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultura (ocupação renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso implica que, para se ter saúde são necessárias ações em vários setores...isto só uma política governamental integrada pode assegurar ... a Constituição também legitima o direito de todos sem qualquer discriminação às ações de saúde em todos os níveis, assim como, explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Governo, isto é, do poder público. Isto significa que, a

partir da nova constituição, a única condição para se ter direito de acesso, aos serviços e ações de saúde, é precisar deles. (BRASIL, 1990a, p. 3)

Impõe-se a partir daí o grande desafio da estruturação do SUS. A lei orgânica da saúde, ou Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990b) vem complementar a regulamentação essencial da realização de ações e prestação de serviços de saúde no país. Nesta lei, reforçam-se os princípios do SUS como um sistema de acesso universal, integral, com permanente controle social, organizado de forma descentralizada e hierarquizada. O SUS é planejado de forma coerente com as necessidades históricas e perspectivas políticas do país. Porém, é no cotidiano de construção do sistema que aparecem diferentes problemas, e felizmente, diferentes propostas de soluções.

Kerr White, um médico canadense, professor da Universidade de John's Hopkins, publicou um estudo sobre a utilização de serviços médicos, no qual mostrou, com seu famoso “cubo”, que, num grupo de mil pessoas, no período de um mês, 250 procuraram cuidado médico; destas, nove chegaram a ser hospitalizadas, mas somente uma necessitava atenção de alta especialização num hospital universitário (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1961).

O estudo de White, associado ao modelo de sistema de saúde da Inglaterra, baseado em médicos generalistas que resolviam até 95% dos problemas de saúde de uma população (FERREIRA, 2006), estimula que vários países iniciem o debate sobre a reestruturação de seus sistemas de saúde tendo como novo paradigma a Atenção Primária à Saúde (APS). Essas idéias são, em 1978, intensamente discutidas na Conferência Internacional de Cuidados Primários promovida pela Organização Mundial de Saúde, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, de onde os países participantes saem com a ideia de fortalecimento da APS, visando atingir “Saúde para todos no ano 2000” (OMS, 1978).

A APS de fato possui características que satisfazem necessidades essenciais do SUS. São atributos inerentes à APS ser a porta de entrada do sistema, proporcionar integralidade do cuidado às pessoas, e coordenar este cuidado ao longo do tempo, continuamente. Starfield (2002) mostrou que os países com maiores escores de APS em seus sistemas apresentam melhor eficiência, efetividade, equidade e resultados de saúde. Recentemente um trabalho norte-americano sugeriu que o acesso a serviços com atributos de APS como

acesso fácil, integralidade e cuidado centrado na pessoa estiveram associados a menor mortalidade (FENTON et al, 2012).

No Brasil, a APS organiza-se historicamente com características próprias e endógenas, a partir de experiências locais de diversas regiões do país (GUSSO; LOPES, 2012). Uma das iniciativas mais significativas neste campo é o Programa de Agentes de Saúde, iniciado no Ceará, em 1987, visando à diminuição emergencial da mortalidade infantil neste Estado. Posteriormente, em 1991, com base nos resultados positivos obtidos, o Ministério da Saúde decide adotar o programa para todo país, rebatizando-o como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 1993 reunindo esta e outras experiências no campo da APS, como o Programa Médico de Família de Niterói/RJ, a Medicina Geral Comunitária do Grupo Conceição e do Centro de Saúde Murialdo de Porto Alegre/RS, o Programa Médico da Família de São Paulo e o Projeto de Equipes de Saúde da Família de Quixadá/CE, o Ministério da Saúde define as bases do que seria o Programa de Saúde da Família (PSF) (GUSSO; LOPES, 2012). O PSF era constituído de uma equipe de profissionais, incluindo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, responsáveis pelos cuidados primários de saúde de uma população que vive em um determinado território. Em 2000, a equipe ganha o reforço das equipes de saúde bucal, compostas por odontólogo e auxiliares dentários (BRASIL, 2004).

O PSF, fomentado inicialmente por verbas de convênio entre Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e treze municípios, é rebatizado em 1996 como Estratégia Saúde da Família. Progressivamente a ESF vai ganhando espaço na estruturação da APS brasileira, atingindo já no início de 1998 cerca de 2000 municípios. Em 2006 o Ministério da Saúde cria, em parceria com Estados e municípios, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), visando consolidar a ESF como modelo de APS e centro coordenador das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006)¹.

¹ Os termos Atenção Primária, Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são usados neste texto como sinônimos, e referem-se ao primeiro nível de atenção de um sistema de saúde. No Brasil, os governos têm optado majoritariamente pelo termo “Atenção Básica”. Internacionalmente “Atenção Primária” ou “Cuidados Primários” (Primary Care) têm sido os termos mais utilizados. Entretanto há divergências históricas entre estes termos, que podem representar correntes ideológicas opostas, na visão de alguns pensadores. Para uma discussão aprofundada sobre o tema, vide Mello et.al (2009).

A partir daí, a ESF ganha força para buscar avanços em relação ao princípio doutrinário da integralidade (GUSSO; LOPES, 2012). O ano de 2008 ficou marcado como o ano da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – compostos por profissionais de diferentes formações que desempenham suas atividades em parceria com as equipes da ESF, sob os mesmos princípios de vínculo comunitário. Também se destaca, no campo da intersetorialidade, a articulação da ESF com programas sociais, como o Bolsa Família, e com outras instituições como o Programa Saúde na Escola, com o objetivo de garantir atenção à saúde e educação integral para os estudantes de Ensino Fundamental e Médio.

A expansão da ESF não ocorreu sem motivos. A Estratégia tem sido associada a inúmeros resultados positivos em saúde. Análise realizada por Rajaratnam e colaboradores (2010 apud GUSSO; LOPES, 2012) entre 1990 e 2002 demonstrou que um aumento de 10% na cobertura da ESF (isto é, na taxa de pessoas com acesso a equipe de ESF) reduzia em 4,6% a mortalidade infantil; entre 1999 e 2006, anos em que a ESF esteve em plena expansão, as taxas de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária foram reduzidas em 20%; e por fim, a ESF tem sido associada a maior acesso a serviços de saúde pela população, bem como a melhor qualidade destes serviços e melhor satisfação dos usuários (GUSSO; LOPES, 2012).

Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revista (BRASIL, 2011a) e diversas alterações nas formas de gestão da ESF foram realizadas, considerando-se as quase duas décadas desta forma de se fazer APS. Entretanto, as atribuições dos profissionais que compõem as equipes seguem sendo essencialmente as mesmas.

No contexto de nossa pesquisa, é essencial ter como foco as atribuições e competências necessárias ao exercício médico na ESF. Este referencial é de suma importância para o estudo sobre o desenvolvimento do ensino médico em nossas escolas.

A PNAB define como atributos comuns a todos profissionais da equipe:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;

XV - participar das atividades de educação permanente;

XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2011a, p.50).

Em relação às atribuições específicas do médico, a PNAB determina que este deve:

- I - realizar atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;
- II - realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;
- V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- VI - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e
- VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB (BRASIL, 2011a, p.50)

Enfim, considerando-se toda a importância da ESF na estruturação e na consecução dos objetivos do SUS, bem como o amplo mercado de trabalho neste campo, parece fundamental que as escolas que formam profissionais de saúde preparem seus egressos para o desempenho das atribuições exigidas pela Política Nacional de Atenção Básica. Cabe ressaltar que a PNAB não é o único e nem o melhor referencial de competências essenciais do médico que trabalha na APS. Há outros documentos que propõem estas competências, como a Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar, escrita pela Organização Mundial de Medicina de Família (WONCA, 2002). Entretanto, levando-se em conta que a PNAB é o marco legal vigente no Brasil, é este referencial que tomamos, a partir de agora, para definir as competências essenciais para o trabalho médico na ESF.

3.2 Educação Médica no Brasil

Desde 2001, os Ministérios da Educação e da Saúde no Brasil já haviam chegado a uma constatação: a prática médica vigente estava preparada para justificar uma graduação médica orientada à atenção primária, pois ofertava um mercado de trabalho com possibilidade imediata de absorção dos graduandos. Com esta constatação, dois

acontecimentos importantes ocorrem no ano de 2001, ambos com a finalidade de redirecionar a educação médica no Brasil.

O primeiro consiste na elaboração e promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001a).

Em seu artigo terceiro, as DCN regulamentam que:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Nota-se que já de início as DCN assumem o compromisso de que o graduado médico esteja apto a uma prática generalista e que vise o cuidado integral do ser humano – aspectos fundamentais para o trabalho em APS.

Em seu artigo quarto, as DCN assumem:

A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Estas seis competências gerais são comuns a outros cursos da saúde, como Farmácia, Odontologia, Enfermagem (BRASIL, 2001a), e de fato parecem traduzir o desejo do Ministério da Educação em formar profissionais não apenas competentes em seus aspectos técnicos, mas protagonistas na luta pela melhoria das condições estruturais do sistema de saúde do país.

Retornando às competências relacionadas à atenção à saúde, no artigo quinto as DCN ressaltam que o médico deve saber:

(...) diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica.

E, no mesmo artigo, detalham as competências específicas que são esperadas do profissional médico:

- I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
- V - realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
- IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
- X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;
- XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
- XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
- XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;
- XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;
- XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;
- XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;
- XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;
- XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
XXI - atuar em equipe multiprofissional; e
XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Interessante observar que a leitura cuidadosa da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a) permite perceber que as atribuições que esta exige do médico são semelhantes às competências preconizadas pelas DCN. De fato, não haveria como ser diferente, pois a APS, por suas características de ser a porta de entrada do sistema de saúde e a coordenadora do cuidado (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004), constitui-se o campo principal de exercício da medicina generalista e integral. O segundo acontecimento de 2001 é o “Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina”, o PROMED (BRASIL, 2001b), iniciativa do governo brasileiro para fazer frente à necessidade de um novo profissional que se ajuste mais facilmente às equipes de Saúde da Família. O PROMED teve como seu objetivo geral “reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados –, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica” (BRASIL, 2001b, p.4).

Mais recentemente, no contexto destas políticas indutoras de mudança na formação médica, não se pode deixar de citar o Pró-Saúde (BRASIL, 2007a). O Pró-Saúde é um projeto cuja primeira edição foi concebida em 2005 em uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação e teve como objetivo geral:

(...) a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2007a, p.13).

Através do lançamento de edital, os Ministérios convidaram instituições de ensino a apresentar propostas de projetos que visassem mudanças em três eixos da formação

acadêmica: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica. Os projetos contemplados receberam então substancial aporte financeiro para sua execução.

O Pró-Saúde, em 2011, lançou sua terceira edição, desta vez em edital conjunto a outra política indutora de mudanças na formação, o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde – BRASIL, 2010a). O PET-Saúde existe desde 2010, e foi inspirado pelo Programa de Educação Tutorial concebido pelo Ministério da Educação em 2005 (BRASIL, 2005). Tem como objetivo principal fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS. O PET disponibiliza bolsas para tutores (docentes), preceptores (profissionais da rede SUS) e estudantes, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho. O PET tem como perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino, e por isso, está sintonizado com a reorientação da formação profissional.

Passados mais de dez anos do estabelecimento das DCN e destes outros movimentos citados, faz-se necessário avaliar o impacto destes na reorientação da formação médica. A avaliação destas políticas não pode ser reducionista, em função da dimensão das mudanças que propuseram. Entretanto, é fundamental que se tenha ideia do grau de aprimoramento que se obteve na formação de médicos mais preparados para o trabalho generalista, especialmente em Atenção Primária à Saúde.

Oliveira e Alves (2011) visitaram treze cursos de medicina em seis estados brasileiros, aplicando questionários *in loco* a 1.004 alunos do Internato (estágio prático) de Medicina, e realizaram entrevistas com alunos, professores e gestores de saúde, numa pesquisa quanti-qualitativa, realizada entre 2004 e 2007. Entre os resultados encontrados, apenas 19% dos alunos dizem se sentir aptos ao exercício imediato da medicina; além disso, 63% desejam ser especialistas, ao passo que somente 20% querem ser generalistas. Apenas 5% desejam trabalhar em municípios de pequeno porte (com menos de 20.000 habitantes), diga-se de

passagem, onde vivem cerca de 70% da população brasileira. E 59% dos internos ao menos sabem se o seu curso aplica as diretrizes curriculares nacionais.

Os achados de Oliveira e Alves sugerem que muito há de se fazer em relação aos currículos das instituições de ensino médico no País. Considerando o exposto sobre a política nacional de saúde no tocante ao fortalecimento da atenção primária, estes autores alertam para a necessidade do aprimoramento da formação médica generalista, visando tornar o egresso do curso mais apto e confiante a ingressar no mercado de trabalho, inclusive seguindo carreira generalista e exercendo a profissão em municípios pequenos.

3.3 O Internato médico: diretrizes, experiências e reflexões

Segundo Streit, Maciel e Zanolli (2009), o Internato é a parte da formação médica de graduação que teve um tratamento mais superficial nas DCN. Estes autores discorrem sobre a importância da construção de diretrizes nacionais para o Internato médico e relatam as experiências dos Fóruns do Internato realizados pela Associação Brasileira de Educação Médica. Estes fóruns faziam parte de um projeto desta associação denominado “Contribuição para a Formação de Médicos de acordo com as Necessidades da Sociedade”. Em 2011, foi lançado o “Projeto ABEM 50 anos – Dez anos de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina” (ABEM, 2011), no qual, em um subprojeto sobre o Internato, pretende-se elaborar uma proposta de Diretrizes Nacionais para o Internato. O subprojeto ainda não publicou seus resultados, mas provavelmente será o documento mais importante sobre Internato nos próximos anos.

Há o reconhecimento que o Internato não deve ser o único foco de mudança nos cursos de medicina quando se pensa aperfeiçoar a formação graduada em APS. É verdade, porém, que o Internato, justificado por seu aspecto de semelhança com a prática médica real, mereça uma atenção privilegiada por parte dos educadores médicos.

O Internato da maioria das instituições ainda segue em um modelo tradicional, conhecido como terminal. Neste modelo, que não deixa de ser herdado das idéias flexnerianas de dividir a graduação em ciclo básico e ciclo clínico (PAGLIOSA; DA ROS,

2008), o aluno de medicina ingressa em seu estágio prático apenas nos dois últimos anos de uma graduação que dura seis.

Neste período, como preconizam as DCN:

(...) o estágio incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio (BRASIL, 2001a, Art. 7, parágrafo primeiro).

A construção do programa do internato, por sua vez, é de livre opção das instituições de ensino.

Muito há de se estudar em relação ao internato, a começar pela adequação do modelo terminal. Demarzo et al. (2010) refletem sobre uma proposta de internato longitudinal, ao invés do modelo terminal que é utilizado na grande maioria das escolas médicas. Os autores defendem que a inserção do aluno, desde o primeiro ano do curso, em um internato que se inicia na atenção básica, pode despertar no estudante um maior envolvimento cognitivo, favorecendo a construção de seu conhecimento. Os estudantes executarão, de forma progressiva e sob orientação, atividades de cuidado à saúde das pessoas, nos contextos individual, familiar e comunitário, em especial daquelas famílias que acompanharão longitudinalmente durante os seis anos de curso. Na atenção básica, pela proposta dos autores, os alunos se manterão três turnos por semana, pelos seis anos do curso de medicina, vinculados à mesma equipe e aos mesmos usuários do SUS. No terceiro e quarto anos, incorporarão dois turnos semanais de ambulatórios de atenção secundária. Por fim, nos últimos dois anos do curso, passarão a passar cinco turnos por semana em hospitais, além de manterem as atividades anteriores. Defendem os autores:

(...) consideramos que é na atenção básica que se pode aprender plenamente o raciocínio clínico e epidemiológico ao ser utilizado o instrumental semiotécnico para o levantamento de hipóteses frente a problemas que ainda podem se apresentar como indiferenciados. Trabalha-se também com a convicção de que as condições que afetam a saúde das pessoas não são definidas apenas pelas características biológicas, mas são fortemente determinadas por variáveis socioeconômicas, familiares, culturais, ambientais,

comportamentais e da própria condição de assistência local e regional (DEMARZO et al, 2010, p. 433).

A experiência da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com o Internato Rural (POLIGNANO et al, 2004) tem sido uma fonte inesgotável de inspiração para os que almejam a formação de um médico com as habilidades gerais preconizadas pelas DCN. O Internato Rural, cuja denominação correta é internato em Saúde Coletiva, é uma iniciativa da UFMG com mais de 30 anos de existência, e que, resumidamente, leva os internos para viverem por três meses em uma cidade do interior do Estado, desenvolvendo e dando continuidade a projetos de políticas públicas que visam a melhoria da qualidade de vida e da saúde da população destes municípios. É um projeto que parece orientar o aluno a não apenas utilizar o serviço de saúde como campo de estágio, mas sim a participar ativamente na mudança da realidade de uma população. Neste sentido, talvez esteja aí uma das iniciativas mais adequadas ao ensino da atenção primária no contexto do internato médico.

Outra experiência interessante é a do Internato Regional da Universidade Federal de Santa Maria, no Rio Grande do Sul (RUIZ; FARENZENA; HAEFFNER, 2010). Esta iniciativa foi implantada em 2004, e consiste num período de oito semanas em que o aluno atua em unidades de atenção primária de municípios vizinhos à cidade-sede da universidade. O estudo sobre esta iniciativa consistiu numa investigação quanti-qualitativa, não comparativa, da percepção da primeira turma a realizar esta prática educativa. De uma maneira geral, para mais de 75% dos alunos, a experiência contribuiu para um maior conhecimento da realidade social e profissional, aprimoramento da relação médico-paciente e desenvolvimento de autoconfiança no exercício da profissão. Por outro lado, ressaltou-se como ponto negativo o despreparo dos médicos preceptores. Importante apontar que a experiência da UFSM, ao contrário daquela da UFMG, parece ter focado a integração docente-assistencial apenas no sentido de os alunos aprenderem com a realidade dos serviços, e não na participação dos alunos na construção de mudanças sociais dos municípios (POLIGNANO et al, 2004)

Ao considerar o referencial teórico abordado, constatamos que a elaboração de diretrizes para um Internato com enfoque em Atenção Primária à Saúde é fundamental. Neste sentido, nosso trabalho deseja contribuir para o aperfeiçoamento deste importante

momento da graduação médica, visando qualificar a preparação dos futuros médicos para o desempenho das atribuições exigidas pela Política Nacional de Atenção Básica na Estratégia Saúde da Família.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Contexto e abordagem da pesquisa

Nossa pesquisa abrangeu as escolas médicas públicas da região Norte do Brasil, que, atualmente, são em número de nove. Foram excluídas as escolas que não formariam a primeira turma de médicos até o fim do ano de 2012. Este critério justificou-se porque os alunos dessas escolas ainda não teriam concluído nem ao menos 75% do Internato, o que dificultaria uma visão de conjunto desta etapa do curso. Assim sendo, foram contatadas sete escolas médicas, a saber: Universidade Federal do Pará (UFPA), Universidade Estadual do Pará (UEPA), Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Universidade Estadual do Amazonas (UEA), Universidade Federal de Roraima (UFRR), Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e Universidade Federal do Acre (UFAC).

O estudo pretendeu investigar as características do Internato de cada escola, bem como revelar a percepção de alunos e coordenadores de Internato sobre este momento da graduação. Pelo número reduzido de alunos que participaram da pesquisa, optamos por excluir da análise os dados desses sujeitos. Desta maneira, a pesquisa delimitou-se às perspectivas institucional e docente acerca do objeto de estudo.

Ao investigar as características de um programa educacional como o Internato médico, bem como buscar apreender a percepção de sujeitos (coordenadores) sobre este processo, entendemos a abordagem quanti-qualitativa como o método mais adequado para responder às questões orientadoras da pesquisa.

A pesquisa quantitativa tem, segundo Landin et al (2006, p. 55), como objetivo “trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, gerando medidas confiáveis, generalizáveis e sem vieses”. Segundo os autores, “A técnica mais comum de coleta de dados nos métodos quantitativos é o questionário, composto por questões fechadas

previamente estabelecidas e codificadas; o que torna a coleta e processamento dos dados bastante simplificados e rápidos” (p.55).

Para Minayo e Sanches (1993, p. 240), “um conhecimento considerado suficientemente preciso não teria sido atingido e aplicado sem as noções básicas de contar e medir, acompanhadas de um adequado instrumento matemático para manipulá-las”. A questão fundamental, porém, seria “decidir que espécies de arrazoados matemáticos são relevantes para determinados problemas, que limitações estão impostas e como tais métodos podem ser ampliados e generalizados” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 241).

A abordagem qualitativa, por outro lado, visa “adentrar na subjetividade dos fenômenos, voltando a pesquisa para grupos delimitados em extensão, porém possíveis de serem abrangidos intensamente” (LANDIN et al, 2006, p. 55). Os autores lembram:

(...) para coletar os dados nos métodos qualitativos usam-se as técnicas da observação, entrevista em profundidade, entrevista em grupo. Essas técnicas permitem, entre outras coisas, o registro do comportamento não verbal, e são aplicadas sempre a um grupo pequeno de pessoas, escolhido conforme objetivos do estudo. Trabalha-se sempre com um elevado número de questionamentos suscitados no contato do pesquisador com a realidade estudada, e os dados novos não previstos por estes questionamentos são sempre considerados.

Minayo e Sanches (1993), ao aprofundar seus argumentos sobre a pesquisa qualitativa, afirma:

A compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam é radicalmente diferente do agrupamento dos fenômenos sob conceitos e/ou categorias genéricas dadas pelas observações e experimentações e pela descoberta de leis que ordenariam o social (p. 244).

Os autores ressaltam que o positivismo de Comte “não nega os significados, mas recusa-se a trabalhar com eles, tratando-os como uma realidade incapaz de se abordar cientificamente” (p. 244). Comentam ainda que o trabalho qualitativo “caminha sempre em duas direções: numa, elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e toma direções privilegiadas” (p. 245). E concluem: “É exatamente esse nível mais profundo (em constante

interação com o ecológico) — o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana — o objeto da abordagem qualitativa” (p. 245).

Definir os procedimentos metodológicos de uma pesquisa envolve refletir sobre o seu papel na geração de conhecimento. Segundo Landim et al (2006, p. 54), “o método é, pois, considerado bom sempre que permita construção correta dos dados obtidos e ofereça elementos teóricos para a análise”. Os autores defendem que:

(...) em síntese, todo método encontra seu limite ante a grandeza dos fenômenos e a subjetividade humana. Descrições extremamente precisas de todos os fatos conhecidos a partir da subjetividade humana podem não dispensar uma representação matemática útil. Por outro lado, a utilização de sofisticados recursos matemáticos, para cálculos numéricos de todos os coeficientes, pode ser totalmente infrutífero se muitos fatos relevantes da problemática permanecem desconhecidos (LANDIM et al, 2006, p. 54).

A integração entre métodos quantitativos e qualitativos tem sido debatida por diversos autores. Minayo (1993, p. 247) considera que, “do ponto de vista metodológico, não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa. Ambas são de natureza diferente”. Landim et al (2006, p.56), por sua vez, argumentam que é preciso “mais que integrar, certificar-se da contribuição dessa integração para o objeto investigado, bem como da clareza sobre que tipo de análise ela possibilita construir”.

4.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Este estudo compreendeu dois momentos de coleta de dados, distintos, mas interligados. Primeiramente procedemos à **pesquisa documental** dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) das escolas médicas participantes e respectivos programas de Internato. Segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 5), “pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos”. Um dos métodos mais comuns de análise de documentos é a análise de conteúdo. De acordo com Appolinário (2009 apud SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p.11), esta técnica compreende um:

(...) conjunto de técnicas de investigação científica utilizadas em ciências humanas, caracterizadas pela análise de dados lingüísticos. [...] Normalmente, nesse tipo de análise, os elementos fundamentais da comunicação são identificados, numerados e categorizados. Posteriormente as categorias encontradas são analisadas face a uma teoria específica.

A partir destes pressupostos, a análise dos PPC's e dos programas de Internato foi realizada com o auxílio de uma matriz de análise (Anexo 1), que focalizou aspectos referentes à concepção do curso de Medicina, bem como às características dos cenários e estratégias de ensino-aprendizagem utilizados, especialmente durante o Internato.

Num segundo momento, executou-se uma **pesquisa empírica** que consistiu de dois procedimentos de coleta de dados juntos aos Coordenadores dos programas de Internato: questionário semi-estruturado e entrevista semi-estruturada, ambos aplicados via internet.

O **questionário semi-estruturado** (Anexo 2) foi construído objetivando-se apreender a percepção dos Coordenadores sobre as oportunidades e condições de aprendizado das competências necessárias para o trabalho na APS durante o Internato. Foram elaboradas dezoito questões de resposta fechada e duas de resposta aberta. Utilizou-se o meio eletrônico para aplicação do questionário, através da internet. Os respondentes foram informados sobre o endereço da página do questionário na Internet através de um e-mail personalizado. Eles acessaram a *home page do website Zoomerang – Online Surveys & Pools* (<http://www.zoomerang.com/>), responderam as questões e, ao final, as informações foram enviadas diretamente para o banco de dados do próprio website, armazenado no software Microsoft Excel.

As questões fechadas foram construídas utilizando-se como referencial as atribuições definidas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a) ao profissional médico que trabalha na ESF. As respostas foram dadas através de uma escala tipo Likert, que avalia o grau de concordância ou discordância às declarações (BRANDALISE, 2005). Esta autora ressalta que nas escalas tipo Likert:

Atribui-se valores numéricos e/ou sinais às respostas para refletir a força e a direção da reação do entrevistado à declaração. As declarações de concordância devem receber valores positivos ou altos enquanto as

declarações das quais discordam devem receber valores negativos ou baixos. As escalas podem ir, por exemplo, de 1 a 5, de 5 a 1, ou de +2 a -2, passando por zero (p.4).

As principais vantagens das Escalas Likert parecem ser sua simplicidade e o fato de que “sua amplitude de respostas permitidas apresenta informação mais precisa da opinião do respondente em relação a cada afirmação” (BRANDALISE, 2005, p.4).

Optou-se por construir o questionário com uma escala Likert de intensidade 1 a 4, sendo que o número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior. Esta construção tomou como base o estudo de Garland et al (1998, apud ALEXANDRE et al, 2003), que demonstraram, em um estudo da área da engenharia de produção, que a escala de quatro categorias parece ser melhor do que uma escala de cinco, pois “a categoria do meio pode distorcer o resultado global” (p.4).

Visando a avaliação da confiabilidade do questionário utilizado, optou-se pela realização do teste Alpha de Cronbach. Este teste é uma ferramenta estatística que visa avaliar a consistência interna de um questionário, o que aumenta seu grau de confiabilidade e possibilita sua validação como instrumento de pesquisa.

Desenvolvido em 1951 por Lee Cronbach, este teste é uma ferramenta estatística frequentemente utilizada entre pesquisadores que buscam aumentar o grau de confiabilidade no questionário que utilizarão para coletar seus dados, uma vez que com este teste é possível verificar quais variáveis devem ser eliminadas do instrumento para aumentar a sua consistência interna, possibilitando sua validação como instrumento de pesquisa.

Maroco e Garcia Marques (2006, p. 66) explicam:

A maioria dos investigadores, talvez com exceção daqueles que dedicam alguma atenção à área da psicometria, tende não apenas a considerá-lo o índice universalmente aconselhável para o estudo métrico de uma escala (qualquer que sejam as suas características) como tendem a percebê-lo como fornecendo “estimativas fiáveis” da “fiabilidade de uma escala”.

O índice α “estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento” (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006, p. 69) e variam numa escala de 0 a 1. De modo geral, um instrumento é considerado de confiabilidade satisfatória

quando o valor de α é maior ou igual a 0,7 (NUNNALLY, 1978). No entanto, muitos autores atualmente (BOWLING, 2005; DEVELLIS, 1991; MALHOTRA, 2001) tem defendido que um α acima de 0,6 deve ser considerado satisfatório, especialmente no âmbito das ciências humanas e se o instrumento testado apresentar poucas assertivas e/ou poucos respondentes.

Após a aplicação do instrumento de coleta de dados e tabulação dos resultados, o teste Alpha de Cronbach foi realizado. Para isso, foi utilizado o *software* estatístico SPSS (Statistical Packet for Social Sciences), versão 20. O quadro 1 mostra o valor do Alpha de Cronbach extraído dos resultados do *software*.

Quadro 1 – Valor do Alpha de Cronbach extraído dos resultados do software estatístico.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,630	18

O resultado do teste revelou que o instrumento apresenta uma consistência interna de 0,630. Por tratar-se de um instrumento com apenas 18 assertivas, e por ter sido respondido somente por 7 indivíduos, pode-se considerar, com base nos autores supracitados (BOWLING, 2005; DEVELLIS, 1991; MALHOTRA, 2001), um grau de confiabilidade satisfatório.

Nas duas questões abertas, os participantes tiveram a oportunidade de escrever sobre as dificuldades percebidas no ensino da APS e da ESF durante o Internato, assim como puderam dar sugestões para a melhoria destas dificuldades.

O segundo momento da pesquisa empírica, a **entrevista semi-estruturada** com os Coordenadores (Anexo 3), foi realizada com a intenção de aprofundar a compreensão acerca dos modelos de Internato das escolas estudadas. A escolha deste método fundamentou-se na premissa que a entrevista permite uma aproximação maior com a realidade vivenciada pelos atores de um processo. O roteiro da entrevista estruturou-se a partir de eixos

referentes ao desenvolvimento do ensino das competências necessárias para o trabalho em APS durante o Internato, as facilidades e as dificuldades encontradas neste processo. Focalizou ainda a percepção do Coordenador acerca da preparação do futuro médico de sua Universidade para o trabalho em APS, e, por fim, buscou apreender as necessidades percebidas para aperfeiçoamento desde momento educativo.

As entrevistas foram realizadas por internet, via plataforma *Adobe Connect* – uma ferramenta de conversação virtual, em áudio e vídeo, disponibilizada à Universidade Federal do Tocantins pela Rede Nacional de Pesquisa (RNP). Os encontros foram gravados.

No processo de coleta de dados, apenas uma instituição não forneceu acesso ao Projeto Pedagógico do Curso e ao Programa do Internato. Todos sete coordenadores de Internato responderam o questionário (*survey online*). Entretanto, apenas quatro concordaram em serem entrevistados, apesar de diversas tentativas por e-mail e telefone. Foi oferecida até mesmo a possibilidade de entrevista presencial, mas não obtivemos resposta a estes convites.

A tabela 1 sumariza os dados coletados e analisados nesta pesquisa.

Tabela 1 – Síntese dos dados coletados e analisados nesta pesquisa.

Instrumento de Coleta	Instituições participantes	Instituições não participantes
Projeto Pedagógico de Curso / Programa de Internato	06	01
Questionário aplicado a Coordenadores	07	00
Entrevista com Coordenadores	04	03

4.3 Análise dos Dados

A análise documental dos PPC's e dos respectivos programas de Internato foi realizada pela Técnica de Análise de Conteúdo. Esta técnica também foi utilizada na análise das respostas às questões abertas do questionário, bem como na apreciação das entrevistas.

Quanto a esta técnica, Moraes (1999, p. 2) afirma:

A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

Este autor ressalta que:

A matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não-verbal, como cartas, cartazes, jornais, revistas, informes, livros, relatos auto-biográficos, discos, gravações, entrevistas, diários pessoais, filmes, fotografias, vídeos, etc. (MORAES, 1999, p. 2)

O processo de Análise de Conteúdo envolve as etapas de preparação das informações, transformação do conteúdo em unidades de análise, classificação das unidades em categorias, descrição dos achados e por fim interpretação destes (MORAES, 1999).

Na análise dos documentos referentes aos Projetos Pedagógicos dos Cursos e respectivos programas de Internato, as unidades de análise estão definidas *a priori*, conforme expressa a Matriz de Pesquisa Documental. Mesmo assim, reconhecemos, conforme recomenda Moraes (1999, p. 6), que “é preciso compreender que a análise do material se processa de forma cíclica e circular, e não de forma seqüencial e linear”. Desta forma, as categorias foram reconstruídas durante e após a análise dos dados.

Moraes (1999) defende que a análise de conteúdo pode dar-se em relação ao conteúdo manifesto e ao conteúdo latente. A análise de conteúdo no nível manifesto restringe-se ao que é dito, sem buscar os significados ocultos. Ao nível latente, o

pesquisador procura captar sentidos implícitos. Na análise dos achados da pesquisa documental, optamos por dar ênfase aos aspectos manifestos do conteúdo; já na análise das entrevistas com os coordenadores de Internato e dos questionários, buscamos apreciar ambos os níveis.

As respostas das questões fechadas dos questionários aplicados a Coordenadores, por sua vez, foram interpretadas de maneira qualitativa, indicando as tendências de concordância em relação às assertivas. Consideramos as respostas 1 e 2 na escala de Likert como tendência à fraca concordância com a assertiva, e respostas 3 e 4 como tendência à forte concordância. Os resultados foram organizados em gráficos.

Finalmente, ressalta-se que todos os instrumentos desta investigação foram testados previamente.

4.4 Procedimentos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (anexo 4).

As pesquisas documentais e empíricas (entrevistas e questionários) foram realizadas após assinatura de autorização expressa das Instituições de Ensino (escolas médicas) envolvidas (anexo 5).

A pesquisa empírica foi realizada após a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes (anexo 6).

5 PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE MEDICINA

Para uma compreensão dos programas de Internato das escolas estudadas consideramos importante primeiramente familiarizar-se com a concepção político-pedagógica de cada curso.

Segundo Maia (2004) o termo currículo vem do latim *curriculum*, que significa um caminho, um percurso. Entretanto, mais do que uma trajetória, Maia defende que “é por meio do currículo que a escola coloca em prática todo seu ideário educacional” (p. 104).

A justificativa do projeto, os objetivos do curso, o perfil profissional do egresso são características fundamentais para se determinar o modelo de estrutura curricular a ser adotado pela instituição de ensino – e, portanto, influenciarão no direcionamento do programa de Internato. Portanto, abordamos neste capítulo aspectos essenciais dos PPC's das escolas estudadas.

5.1 Justificativas dos Projetos Pedagógicos dos Cursos

As justificativas dos PPC's dos diferentes cursos públicos de Medicina da região Norte não são idênticas; porém nota-se, sim, a predominância de algumas motivações em comum.

Um dos contextos mais recorrentes nos PPC's é a necessidade de desenvolvimento da chamada região da Amazônia Legal.

(...) A Amazônia representa uma das últimas fronteiras onde existem as condições que podem se comportar como favoráveis para a qualidade de vida no mundo, representadas por um conjunto de ecossistemas... Pode ser considerada uma região ímpar no mundo devido as suas características físicas e culturais e pela grande biodiversidade, diferindo-se de regiões assemelhadas... gostaríamos de lembrar uma que pode ser considerado de grande importância: a ocupação dos espaços... A Amazônia brasileira, com sua área de 5.109.000 quilômetros quadrados (59% do território nacional), está habitada por não mais que 18 milhões de pessoas (10,7% da população)... Um projeto para formar recursos humanos nos leva à profundas reflexões sobre desenvolvimento (PPC 1, p.19).

É justificável assim o desejo das escolas médicas em formar um profissional com perfil orientado para as necessidades de saúde da comunidade amazônica, ao contrário da tradicional formação hospitalocêntrica em nível terciário:

(...) O currículo da maioria das escolas médicas existentes no país é organizado por disciplinas, geralmente estanques, não correspondentes às estruturas de saúde e sem relevar atenção à saúde integral da pessoa e à comunidade, especialmente quanto aos agravos à saúde mais freqüentes, associado às técnicas de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde. (PPC 2, p.1).

(...) O Curso de Medicina objetiva a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares – para um outro processo em que a formação esteja sintonizada com o SUS, em especial com a atenção básica, e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população na esfera familiar e comunitária e não apenas na instância hospitalar. (PPC 3, p.19).

(...) Em dezembro do ano de 2008 a FAMED iniciou o processo de transformação e busca de um Projeto Pedagógico alinhado às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina e voltado às necessidades de saúde da população amazônica. (PPC 4, p.8).

(...) O curso tem como características fundamentais a sua profunda vinculação com a realidade epidemiológica local, que conduz necessariamente a um curso voltado para a Saúde coletiva e a Saúde Comunitária (...) além da formação hospitalar, os alunos desenvolvem atividades ambulatoriais importantes, em unidades de atenção básica e em equipes de saúde da família (...) (PPC 6, p.1).

Dada a preocupação com o desenvolvimento amazônico, aparece em dois PPC'S a intenção de fomentar o provimento e fixação de profissionais médicos na região.

(...) Fundada em 1993, a Escola de Medicina da Universidade Federal (...), surgiu com a proposta de formar profissionais capazes de atuar no cenário amazônico em que se inseria, e que oferecia uma série de desafios, dentre os quais a fixação de profissionais identificados com a realidade local. (PPC 5, p.6)

(...) Para contemplar uma maior fixação desses profissionais no interior do Estado, para cada entrada de acadêmicos deverá ser definido um percentual de vagas destinadas a candidatos do interior, garantindo assim um melhor retorno e fixação de médicos nesses municípios. (PPC 1, p.29)

Portanto, evidencia-se que as escolas compartilham a visão da necessidade de contribuir para o desenvolvimento da Amazônia através da formação de médicos identificados com as características regionais.

5.2 Objetivos dos Cursos

Considerando o contexto de necessidades regionais que embasam as justificativas da criação das escolas de Medicina estudadas, nota-se que também os objetivos dos cursos apresentam muitas semelhanças. A tabela 2 sumariza as Unidades de Registro (UR's) mais encontradas e sua respectiva frequência.

Tabela 2 – Objetivos dos Cursos de Medicina, segundo os PPC's .

Unidades Temáticas	Ocorrências
Formar médicos identificados com necessidades regionais	06/06
Formar médicos com visão preventiva e de promoção da saúde	06/06
Formar médicos com preparação para pesquisa	06/06
Formar médicos com compromisso com a saúde pública/coletiva	05/06
Formar médicos generalistas, com visão integral e compreensão dos determinantes sociais das doenças	05/06
Formar médicos em integração com o SUS	05/06
Formar médicos com inserção precoce na prática	05/06
Formar médicos na perspectiva interdisciplinar	04/06
Atingir a integração Ciclo Básico com Profissional	04/06

Destaca-se novamente a busca pela formação de um médico identificado com as necessidades locais e regionais em termos de saúde, com visão preventiva, generalista, e integrado com o Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns trechos dos PPC's ilustram os objetivos gerais dos cursos:

(...) O Curso de Medicina da Universidade... não se restringe a mais uma escola médica no país, mas a uma proposta ampla e diferenciada, voltada para as necessidades regionais e locais, formando profissionais com caráter generalista e, particularmente, com o conhecimento do quadro nosológico da Amazônia. (PPC 1, p.29).

(...) MISSÃO: Promover o saber em todas as áreas da formação, por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, contribuindo para a formação de médicos com postura ética, forte senso de cidadania e comprometidos com o desenvolvimento da Amazônia... VISÃO: Ser reconhecida como centro de excelência alcançada, enquanto instituição pública, na formação de médicos comprometidos com as questões regionais. (PPC 3, p.11).

Interessante ainda ressaltar que, como objetivos, as escolas citam frequentemente a formação de um profissional com inserção precoce na prática, com aptidão para trabalhar numa perspectiva interdisciplinar; logo veremos que estas metas formativas têm sido atingidas por alguns dos cursos estudados, mas nem por todos.

5.3 Perfil Profissional do Egresso

O perfil do egresso representa o produto final que uma escola deseja gerar para a sociedade. Mesmo sabendo-se que muitas vezes o ideal é inatingível, a definição de perfil do egresso torna-se essencial para o planejamento de um curso, pois torna mais claro os objetivos deste.

Em relação ao perfil profissional do egresso, mais uma vez notamos anseios em comum. A tabela 3 relaciona as características mais frequentemente desejadas pelas instituições.

Tabela 3 – Características do perfil profissional do egresso desejado pelas escolas estudadas. A instituição 6 não contempla o perfil profissional do egresso em seu PPC, portanto apenas 5 PPC's são levados em conta nesta análise.

Unidades Temáticas	Ocorrências
Qualidades Técnicas e Humanistas	05/05
Conhecedor das patologias mais prevalentes/relevantes	05/05
Apto para Educação Permanente	05/05
Entendimento da saúde e de sua promoção	04/05
Entendimento da prevenção de doenças	04/05
Capaz para trabalhar em equipe	04/05
Visão integralista dos determinantes sociais/ambientais das doenças	04/05
Valorizador das necessidades de saúde da população	03/05
Sintonia com o SUS	03/05
Habilidades de docência	02/05
Foco na Atenção Básica/Atenção Primária	02/05
Conhecedor de métodos de pesquisa	01/05
Sintonizado com o mercado de trabalho	01/05

Evidencia-se que, em boa parte, o perfil desejado pelos cursos estudados reflete, em parte, o posicionamento das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001a), considerando que estas preconizam o desenvolvimento de competências relacionadas à atenção à saúde (“aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde”), liderança (“no trabalho em equipe multiprofissional”), e educação permanente (“devem ser capazes de aprender continuamente responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais”). De fato, duas instituições citam *ipsis literis* o texto das DCN em seus PPC's.

Finalmente cabe dizer que, apreciando-se em conjunto a justificativa dos cursos, seus objetivos e o perfil do egresso, percebemos que há clara intenção das escolas médicas

nortistas em formar profissionais com competências voltadas à Atenção Primária à Saúde (APS). Tal intenção é apreendida principalmente nas citações frequentes do desejo de se formar médicos generalistas, conhecedores das patologias mais prevalentes. Portanto, acreditamos que está justificada uma proposta de estrutura curricular com olhos voltados a este nível de atenção.

5.4 Estrutura Curricular dos Cursos

Considerando os objetivos deste estudo, primeiramente buscamos avaliar a presença de disciplinas e/ou atividades relacionadas à formação em APS (saúde da família, saúde coletiva) no currículo dos cursos. No entanto, mais do que determinar os conteúdos com os quais o aluno deve ter contato, é essencial que a estrutura curricular programe de que maneira estes devem ser trabalhados e articulados. Neste sentido, um desafio que se tem posto aos cursos de Medicina é a superação da fragmentação do ensino, com a construção de um currículo que leve em conta a sintonia entre as disciplinas de um mesmo período (integração vertical), mas também a integração entre os períodos (integração longitudinal). Portanto, na análise da estrutura curricular dos cursos, iniciamos abordando como o desafio da fragmentação tem sido enfrentado.

As seis instituições estudadas aderem ao modelo que contempla um ciclo básico inicial e um posterior ciclo profissional (o estágio ou internato). Em cinco instituições, o ciclo básico dura quatro anos e o Internato, dois anos; em uma instituição o ciclo básico dura quatro anos e meio, e o Internato apenas um ano e meio.

Na apreciação do ciclo básico das escolas estudadas, notamos que há uma tendência à superação do modelo fragmentado, de estrutura curricular disciplinar pouco integrada. Optamos por construir a tabela 4 com as tendências observadas nos cursos, que ilustra que ao menos quatro escolas têm propostas integradoras.

Tabela 4 – Tendências observadas nos cursos em relação à integração entre disciplinas.

Tipo de Organização Curricular do Ciclo Básico	N de Instituições	Características
Tendência à fragmentação	02	Apesar de defender a integração no PPC, não explicitam os mecanismos utilizados; seguem a tendência de disciplinas básicas nos 3 primeiros períodos, e disciplinas clínicas do quinto a oitavo período; um dos cursos tenta superar a fragmentação básico-clínica com inserção de disciplinas de Saúde da Família / Saúde Comunitária em todos períodos, sempre com créditos de estágio.
Integração Longitudinal	02	Uma instituição apresenta uma proposta de integração longitudinal, inserindo disciplinas de Atenção Primária em todos semestres, e definindo três eixos que agrupam, cada um, disciplinas semelhantes; no terceiro e quarto ano, estes eixos dão espaço a dois outros eixos. Entretanto, o PPC não cita como é feita a integração dentro de cada período. Outra instituição propõe quatro eixos longitudinais ao longo dos oito períodos do ciclo básico, defende a integração vertical, mas não explicita como esta é realizada – e de fato esta parece não existir.
Integração Longitudinal e Vertical	02	Uma instituição propõe quatro eixos longitudinais, que agrupam as disciplinas conforme suas características. A integração vertical se dá pela sintonia de conteúdos no mesmo semestre e pela disciplina “Casos Motivadores” que tenta integrar todo conteúdo do mesmo período. No segundo curso, o modelo curricular é de “Aprendizado Baseado em Problemas”; onde cada ano é composto por módulos (que agrupam disciplinas); são oito módulos subsequentes em um ano, de complexidade crescente; além disso, há módulos longitudinais ao longo do ano, destacando-se o módulo de Integração Ensino Serviço Comunidade, que visa antecipar a transição ciclo básico – internato.

Dois modelos merecem especial atenção, por buscarem a integração nos eixos longitudinal e vertical. O primeiro exemplo é o de uma instituição que organiza o currículo em quatro eixos longitudinais, conforme a figura 1.



Figura 1 – Modelo curricular de uma instituição que organiza o currículo em quatro eixos longitudinais.

Por outro lado, transversalmente esta escola propõe duas formas de integração:

- que os eixos trabalhem temas semelhantes ao mesmo tempo – o que fica evidente, por exemplo, quando ao sétimo período, no eixo Habilidades Médicas o aluno estuda as habilidades propedêuticas do sistema neurossensorial, e no eixo Teórico Prático Integrado aprende a fisiopatologia e manifestações clínicas das doenças relacionadas a esse sistema;
- a inserção em todos semestres de uma disciplina chamada “Casos Motivadores”, que teria um enfoque problematizador, buscando a aprendizagem significativa e a articulação “*teoria-prática, básico-clínico e preventivo-curativo*” entre os conteúdos de um mesmo semestre.

Por fim, a escola também define claramente os objetivos de aprendizado em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para cada ano do curso.

O segundo modelo curricular que destacamos é o modelo de Aprendizado Baseado em Problemas (tradução do inglês *Problem Based Learning* – PBL), adotado por uma das instituições.

Segundo Sakai e Lima (1996 *apud* BERBEL, 1998, p.145)

O PBL é o eixo principal do aprendizado teórico do currículo de algumas escolas de Medicina, cuja filosofia pedagógica é o aprendizado centrado no aluno. É baseado no estudo de problemas propostos com a finalidade de fazer com que o aluno estude determinados conteúdos. Embora não constitua a única prática pedagógica, predomina para o aprendizado de conteúdos cognitivos e integração de disciplinas. Esta metodologia é formativa à medida que estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento e não meramente informativa como é o caso da prática pedagógica tradicional.

A escola a que nos referimos estrutura o seu ciclo básico em quatro séries (ou quatro anos). Cada série/ano é composta de oito módulos verticais, de duas a seis semanas de duração, que abordam problemas de complexidade crescente. Além disso, há sempre um ou dois módulos longitudinais, que duram 36 semanas. Em três das quatro séries, um destes módulos é denominado integração ensino-serviço-comunidade, sendo realizado na Estratégia Saúde da Família.

O modelo pedagógico no PBL é, nas palavras do PPC da escola a que nos referimos, “(...) centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de ensino-aprendizagem (...)”. O PBL é, portanto, um método ativo de aprendizagem, no qual o aluno é apresentado a problemas e, discutindo com seus colegas e tutores, traça um caminho de estudo para propor soluções.

Outro modelo pedagógico, que tem sido por vezes confundido com o PBL, é a Metodologia da Problematização (MP). Apesar de não ser objetivo desta pesquisa aprofundar o entendimento sobre modelos pedagógicos, é importante esclarecer que MP e PBL são modelos diferentes. Segundo Berbel (1998):

Nas duas propostas, o ensino e a aprendizagem ocorrem a partir de problemas. Na Metodologia da Problematização, enquanto alternativa de metodologia de ensino, os problemas são extraídos da realidade pela observação realizada pelos alunos. Na Aprendizagem Baseada em Problemas, enquanto proposta curricular, os problemas de ensino são

elaborados por uma equipe de especialistas para cobrir todos os conhecimentos essenciais do currículo (p.139).

Paulo Freire (2006 apud MITRE et al, 2008, p.2137) ressalta que:

(...) a ação de problematizar enfatiza a práxis, na qual o sujeito busca soluções para a realidade em que vive e o torna capaz de transformá-las pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma. Nessa ação, ele detecta novos problemas num processo ininterrupto de buscas e transformações.

A MP é, portanto, uma metodologia ativa que utiliza a problematização

(...) como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas (MITRE et al, 2008, p.2136).

Buscando entender como a APS está inserida nos cursos estudados, pesquisamos a presença de disciplinas de APS e/ou Saúde da Família no currículo do ciclo básico das escolas.

Em documento elaborado pela Associação Brasileira de Educação Médica e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (GUSSO et al, 2009), é proposto que o ensino da APS na graduação:

- Deve ser uma inserção desde o início do curso e com continuidade ao longo de todo o curso, num modelo em espiral crescente de complexidade e de preferência com atividades na APS em todos os períodos (semestre ou anos) do curso (p.6);
- Deve incluir, desde o primeiro ano, as atividades que envolvem as abordagens do indivíduo, família e comunidade, de forma integrada (p.7);
- Deve introduzir módulos, disciplinas ou unidades educacionais de Medicina de Família e Comunidade e de estágio centrado na clínica de Medicina de Família e Comunidade nos ciclos e anos intermediários (3º e 4º anos e períodos correspondentes) (p.7).

Nos PPC's analisados encontramos que:

- Apenas duas instituições desenvolvem disciplinas sobre saúde da família/saúde coletiva permanentemente do primeiro ao oitavo períodos do ciclo básico; uma delas conta com disciplinas teórico-práticas, enquanto a outra possui atividades eminentemente práticas, de inserção na atenção básica, integradas longitudinalmente;
- Uma terceira desenvolve uma disciplina permanente nos seis primeiros períodos – integração ensino-serviço-comunidade – predominantemente prática, em cenário de equipes de Saúde da Família;
- Uma quarta desenvolve atividades em cinco períodos, levando em conta disciplinas de introdução a atenção básica, saúde coletiva e medicina preventiva, de cunho teórico-prático;
- Uma quinta desenvolve disciplinas de saúde coletiva em quatro períodos, de orientação predominantemente teórica, sendo que em dois deles há ênfase em saúde da família;
- A sexta instituição desenvolve apenas uma disciplina de saúde coletiva e nenhuma de saúde da família durante o ciclo básico.

É importante diferenciar Saúde Coletiva de APS. Frequentemente atividades de ensino sobre APS são ofertadas em disciplinas de saúde coletiva, mas é necessário reconhecer que são conceitos distintos. O conceito de Saúde Coletiva tem suas origens históricas nas relações entre a Medicina Preventivista, a Medicina Social e a Saúde Pública, e tem como objetivo “compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde”. (NUNES, 1994, p.19). Já a APS é um nível de um sistema de saúde “que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros” (STARFIELD, 2002, p.28). Portanto, a APS tem relações com a Saúde Coletiva, mas não é sinônimo desta. Assim, para se garantir o ensino de APS, é importante que as disciplinas tratem especificamente deste saber.

Também verificamos três outros aspectos dos PPC's: a carga horária de cada curso, a oferta de atividades complementares, e a exigência de trabalho de conclusão de curso (TCC).

Interessante citar que todas as instituições superam o mínimo de 7200 horas estabelecido para os cursos de Medicina (BRASIL, 2007b), com ao menos 15% a mais da carga horária que seria necessário. A carga horária de cada curso é exposta na tabela 5.

Tabela 5 – Carga horária de cada curso de Medicina analisado.

Instituição	CH Total**
PPC 1	9765h
PPC 2	8655h
PPC 3	8815h
PPC 4	8960h
PPC 5	8362h
PPC 6	8640h

A resolução do CNE/CES de 07/08/2001 (BRASIL, 2001c) que institui as diretrizes curriculares, em seu artigo 8º, estabelece que o PPC de uma escola médica deverá contemplar atividades complementares; as Instituições de Ensino devem:

(...) criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelos estudantes, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou à distância, como monitorias e estágios, programa de iniciação científica,

programa de extensão, estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Algumas das instituições incluídas nesta pesquisa também oferecem disciplinas optativas. A tabela 6 sumariza as características destes componentes curriculares.

Tabela 6 – Características dos componentes curriculares das instituições analisadas.

Instituição	Atividades Complementares	CH exigida de Disciplinas Optativas	Comentários
PPC 1	Sim, sem detalhes	Sim, 120h	15 optativas ofertadas, nenhuma na área de SC/SF
PPC 2	Sim, sem detalhes	Sim, cursar 4 de 5 disciplinas ofertadas	05 optativas ofertadas, nenhuma na área de SC/SF
PPC 3	Sim, 100 horas	Sim, sem detalhes	-----
PPC 4	Sim, 476horas	Sim, 34 horas/semestre	Optativas são consideradas complementares; não relaciona quais optativas disponíveis
PPC 5	Sim, 45 horas/ano	Não relatado	-----
PPC 6	Não relatado	Sim, 200 horas/total	80horas no ciclo básico; 13 opções de disciplinas, 1 em Saúde da Família

Mesmo sendo complementares, estas atividades poderiam ser boa oportunidade para orientar o aluno em direção a uma formação mais robusta em atenção primária. Analisando-se as disciplinas optativas oferecidas, notamos que, nas três escolas que detalham as disciplinas ofertadas no PPC, apenas uma disponibiliza optativa na área de saúde da família.

A elaboração de trabalho de conclusão de curso (TCC) e/ou monografia, por sua vez, é também obrigatória em alguns cursos. A tabela 7 caracteriza as diretrizes curriculares de cada curso quanto à elaboração deste trabalho.

Tabela 7 – Caracterização das diretrizes curriculares de cada curso quanto à elaboração do trabalho de conclusão de curso.

Instituição	Exigência de Trabalho de Conclusão	Modalidade	Comentários
PPC 1	Não definido	-----	-----
PPC 2	Sim	Monografia	Apresentação escrita e oral
PPC 3	Sim	Artigo Científico	Apresentação escrita e oral
PPC 4	Sim	Não definido	PPC diz que emitirá resolução específica
PPC 5	Sim	Monografia	Apresentação escrita e oral
PPC 6	Não definido	-----	-----

Notamos que não há, nos PPC's, uma definição de linhas temáticas às quais o TCC deve reportar-se; desta maneira perde-se outra oportunidade de estimular uma formação mais direcionada aos objetivos gerais e específicos dos cursos.

A análise geral dos PPC's nos permite dizer que, apesar do objetivo de formar profissionais médicos identificados com necessidades regionais, conhecedores das patologias locais mais prevalentes, e com visão preventiva, o modelo curricular de algumas das escolas ainda merece significativos aperfeiçoamentos. Destacam-se como pontos prioritários de trabalho a superação da fragmentação entre as disciplinas; maior inserção longitudinal das disciplinas ligadas à APS durante o currículo; o aproveitamento das atividades complementares para estímulo ao contato com a APS; e a discussão da incorporação das metodologias ativas de aprendizado, como a problematização, no processo pedagógico dos cursos.

Obviamente a APS não deve ser o único foco dos cursos de graduação – pois há realidades regionais nas quais é importante que o médico não especialista desempenhe atividades de nível secundário, e eventualmente, terciário.

Da mesma forma, o ensino da APS não deve ser restrito a professores especialistas nesta área – principalmente porque praticamente todas as especialidades médicas contam com aspectos de APS em sua prática. Assim sendo, o ensino de competências em APS deve ser realizado em todas as oportunidades de aprendizado que houverem.

Finalmente, consideramos que não inserir a APS no currículo desde o início da graduação pode sobrecarregar o Internato com responsabilidade ainda maior na formação do médico generalista. Entretanto, se o programa de Internato não estiver suficientemente voltado para a APS, todo processo formativo pode ficar comprometido.

6 PROGRAMAS DE INTERNATO

Neste capítulo, considerando nosso objetivo de conhecer aspectos do ensino da APS durante o Internato, optamos por apresentar os dados coletados nas seguintes categorias: objetivos do Internato; estrutura; áreas do conhecimento e a inserção da APS no Internato; cenários de aprendizagem; preceptoria; e avaliação dos internos.

6.1 Objetivos do Internato

A concepção do Internato deve ser uma das prioridades das escolas médicas, pois é o momento em que o aluno coloca em prática aquilo que aprendeu ao longo do curso, e começa a fazer frente aos desafios da vida profissional que logo assumirá. Portanto, o Internato deve ter o objetivo claro de preparar o aluno para o iminente exercício da profissão. De acordo com isso, notamos que ao menos cinco das seis instituições explicitam, em seus documentos, os objetivos do Internato.

(...) caracteriza-se como treinamento em serviço, orientado e supervisionado pelos professores, tutores e médicos assistenciais, tendo como objetivo específico fazer com que o aluno atinja o PERFIL DO EGRESSO (...) com vista de torná-lo capaz de resolver problemas de maior prevalência, além de capacitar-se na orientação de indivíduos e grupos, na busca de atenção especializada (...) é o último ciclo de Graduação em Medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, sob supervisão docente, e orientação de Preceptores no campo de estágio (PPC 1).

Treinamento integrado, com o objetivo principal de aprimorar o raciocínio clínico, a relação médico-paciente ou família, através de rodízios nas áreas básicas (PPC 2).

Integrar e desenvolver na prática diária conhecimentos, habilidades e atitudes relevantes para o exercício profissional, visando à formação de um médico capaz de abordar o paciente como um todo, identificando suas necessidades

e as da comunidade para amenizar o sofrimento e promover a recuperação e/ou melhoria da saúde (PPC 3).

Formar o médico com visão geral e integral do binômio saúde-doença; Formar profissionais competentes, compromissados e éticos; Formar profissionais proativos e que tenham capacidade de resolutividade frente aos agravos da comunidade (PPC 4).

Tem por objetivo capacitar os alunos da medicina para a prática dos ensinamentos adquiridos durante os anos anteriores de estudo, e torna-los médicos generalistas e capazes de promover a saúde básica e atendimentos gerais nas áreas de pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia, medicina interna, e estágio rural (PPC 5).

Apesar da definição clara dos objetivos gerais do internato, apenas três instituições dispõem sobre os objetivos específicos, seja no PPC, seja no Programa de Internato. Como exemplifica o trecho abaixo, extraído de um PPC, os objetivos específicos são desdobramentos dos objetivos gerais:

Oferecer ao discente a oportunidade na ampliação, integração e aplicação dos saberes adquiridos durante o curso de graduação em Medicina; (...) promover o aperfeiçoamento ou a aquisição de atitudes adequadas à assistência ao paciente através do treinamento do raciocínio lógico requerido para o bom diagnóstico e conduta médica; (...) permitir experiências em atividades resultantes da interação escola médica/comunidade, pela participação em trabalhos extra-hospitalares ou de campo; (...) (PPC 4).

Entretanto, notamos que em nenhum dos PPC's ou Programas de Internato contempla um detalhamento das competências específicas que devem ser adquiridas pelos alunos ao longo desta etapa. Uma das instituições tenta definir os objetivos específicos de cada ano, mas está longe de relacionar os conhecimentos, habilidade e atitudes (CHA's) a serem desenvolvidos:

5º. Ano: - Possibilitar a prática médica com as interfaces de outras áreas da saúde, compreendendo os níveis hierárquicos, com forte inserção no aprendizado em urgência e a emergência; - Incentivar o desenvolvimento do conteúdo teórico, preferencialmente com métodos ativos de aprendizagem em até 20% da carga horária total do módulo; - Avaliar a aquisição de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) necessárias à graduação profissional.

6º. Ano: · Possibilitar o aprendizado na prática médica em níveis crescentes de complexidade, estabelecendo conexões na rede de assistência à saúde municipal, estadual e regional; · Incentivar o desenvolvimento do conteúdo teórico, preferencialmente com métodos ativos de aprendizagem em até 20% da carga horária total do módulo; · Avaliar a aquisição de (conhecimentos, habilidades e atitudes) necessárias à graduação profissional (PPC 4).

O ementário das disciplinas (ou áreas de conhecimento) está disponível em apenas dois dos PPC's/Programas de Internato analisados; no entanto, também estes são bastante superficiais em relação à definição das competências a serem ensinadas durante o Internato como um todo. Como exemplo a ementa do internato em um dos PPC's:

Treinamento em serviço: a) Medicina Geral do Adulto, durante 10 meses (de forma integrada em Clínica Médica, Cirurgia Geral e Toco-ginecologia); b) Medicina Geral da Criança e do Adolescente: 4 meses. c) Programa de Saúde da Família: 2 meses (PPC 2).

A falta de clara definição dos objetivos específicos do Internato de certa forma reflete o mesmo silêncio encontrado nas Diretrizes Curriculares Nacionais, que dedicam apenas três parágrafos para o Internato, conforme já citado no referencial teórico desta pesquisa.

Bollela e Machado (2010) propõem um modelo que chama de “Internato Baseado em Competências”. Neste, defendem que um passo fundamental é “escrever os resultados esperados e os objetivos específicos de aprendizagem a serem alcançados pelo estudante ao final da experiência educacional” (p.12). A partir disto, planejar-se-á a melhor oportunidade de aprendizagem (cenário, método) e definir-se-á o melhor método de avaliação. Portanto, a definição clara dos objetivos específicos do Internato parece ser fundamental para a qualidade deste momento formativo.

6.2 Estrutura do Internato

A estrutura do Internato, em quatro das seis instituições, é composta de dois anos de duração; em outras duas, esta etapa dura um ano e meio. Uma destas escolas já programou aumento do Internato para dois anos a partir do ano de 2014.

Todas as instituições estudadas executam seus programas de internato como última etapa da graduação, ao final do ciclo básico; portanto nenhuma adotou até o momento outro modelo, como o internato longitudinal proposto por Demarzo et al (2010).

A carga horária de cada programa de Internato está disposta na tabela 8. Nota-se que há considerável variação entre a duração do internato, mas todas instituições atingem o mínimo de 35% em relação à carga horária total do curso, parâmetro preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001a).

Tabela 8 – Carga horária de cada programa de Internato.

Instituição	CH Ciclo Básico	CH Internato	CH Total**	%CH internato em relação à CH total
PPC 1	4125h	5640h	9765h	57,75%
PPC 2	5265h	3330h	8655h	38,47%
PPC 3	4095h	4500h	8815h	51,09%
PPC 4	4964h	3520h	8960h	39,28%
PPC 5	3742h	4560h	8362h	54,53%
PPC 6	4920h	3520h	8640h	40,74%

6.3 Áreas do Conhecimento no Internato e a Inserção da APS

Durante o Internato, os alunos realizam rodízios entre diferentes cenários e áreas de conhecimento. As áreas de conhecimento abordadas pelos internatos devem respeitar as DCN, isto é, devem incluir “necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva” (BRASIL, 2001a). Tradicionalmente os cursos de Medicina seguem esta orientação dividindo o Internato em períodos nos quais o aluno se dedicará ao aprendizado específico de cada área. O aluno então realiza rodízios entre estas diferentes áreas durante o período do internato.

A área de Saúde Coletiva torna-se objeto maior de nosso estudo pela relação que as escolas têm feito entre esta área e a Atenção Primária à Saúde (APS). Veremos que é esta área que se encarrega da maior parte do ensino-aprendizagem das competências para o trabalho em APS nas diferentes escolas estudadas. Entretanto, como já comentado, Saúde Coletiva e APS são campos diferentes e confundir os dois pode levar a erros importantes na elaboração de um programa de Internato. Por exemplo, uma instituição pode realizar seu Internato em Saúde Coletiva sem qualquer atividade clínica de APS – e limitar-se a atividades de cunho sanitário. Por outro lado, no mesmo Internato, as outras áreas podem não contemplar atividades de APS por serem de responsabilidade da Saúde Coletiva. Portanto, corre-se o risco da escola desenvolver um programa de Internato sem atividades de APS – frequentemente fundamentais para o exercício profissional.

Importante destacar que a área de Saúde Coletiva tem sido identificada de maneira diferente por cada instituição: encontramos as denominações Estágio Rural em Saúde Coletiva (PPC 1), Programa Saúde da Família (PPC 2), Medicina Preventiva e Social (PPC 3), Medicina de Família e Comunidade (PPC 4), Internato Rural (PPC 5) ou simplesmente Saúde Coletiva (PPC 6).

Considerando a heterogeneidade possível na concepção do módulo de Saúde Coletiva pelas instituições, buscamos analisar quais projetos pedagógicos contemplam estágio específico na Estratégia Saúde da Família (ESF) durante o período de Saúde Coletiva. Quatro das seis instituições analisadas deixam explícitos documentalmente que há estágio específico em ESF ou Atenção Básica/Primária ou Medicina de Família e Comunidade (MFC) durante o internato; na análise das entrevistas, as outras duas instituições confirmam que todos os internos passam ao menos algum tempo estagiando na ESF. Portanto, apesar das diferentes denominações recebidas, de maneira geral, a área de Saúde Coletiva contempla estágio na ESF em todas as instituições.

Além disso, em uma das instituições há experiência em outros modelos de APS:

“(...) a gente também tem experiências diferentes, (...) é dentro do internato rural com a saúde indígena, então eles estão dentro dos distritos sanitários especiais indígenas, (...) temos algumas experiências no sistema prisional também (...) também de atenção primária em unidades tradicionais, e não

saúde da família, então temos municípios que estão nesse modelo. (...) Temos agora aqui na região (...)a primeira unidade fluvial do Brasil” (Coordenador Instituição 1).

Como comentado anteriormente, os programas de Internato consistem em rodízios entre diferentes áreas do conhecimento médico. Passemos a analisar agora a composição dos programas de Internato em relação a estas áreas.

O gráfico 1 ilustra como cada instituição organiza a divisão da carga horária de seu internato entre as diferentes áreas do conhecimento.

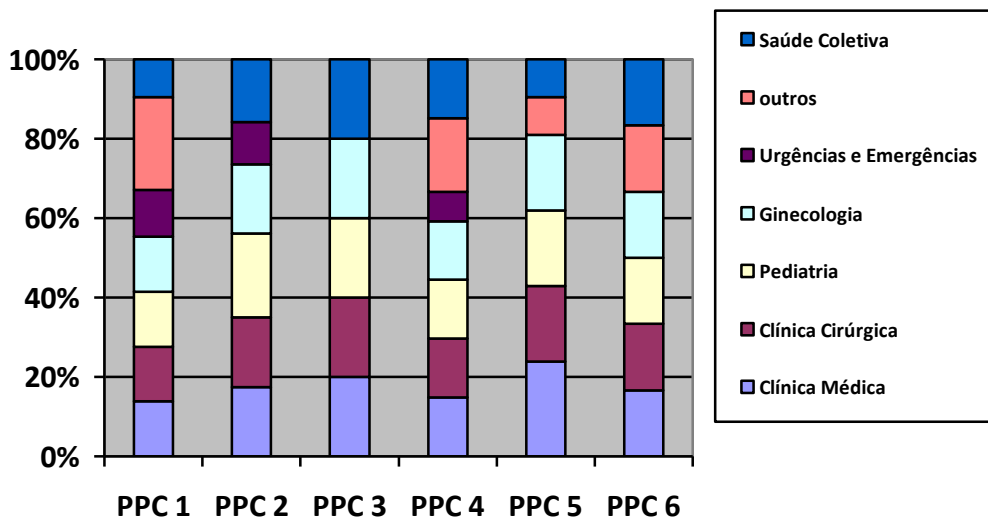


Gráfico 1 – Representação gráfica do modo como cada instituição organiza a divisão da carga horária de seu internato entre as diferentes áreas do conhecimento.

Interessante ressaltar que a carga horária dedicada ao ensino de Saúde Coletiva e/ou Saúde da Família e/ou Internato Rural é de no máximo 20%, na melhor das situações. Ou seja, considerando as necessidades do país em termos de médicos para APS, o Internato, na maioria das instituições, parece não dedicar devida importância a esta área de conhecimento. O gráfico 2 dá destaque à relação entre a carga horária desta área de ensino e a carga horária total do internato, tornando mais claro esta relação.

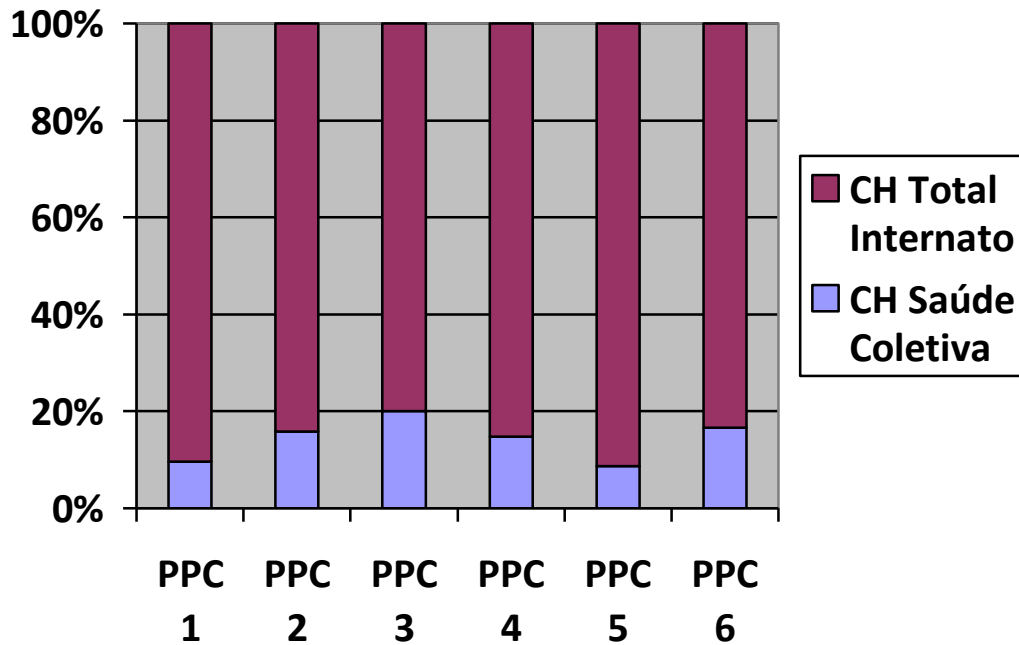


Gráfico 2 – Representação gráfica acerca da relação entre a carga horária de ensino de Saúde Coletiva e a carga horária total do internato.

Durante as entrevistas, surge a opinião de um dos coordenadores do Internato sobre a carga horária de ensino de Atenção Primária no Internato:

“Nós fazemos questão de fixa-los na estratégia da saúde da família. É um módulo de 540 horas (...) parece uma carga horária robusta, mas se você pegar a carga horária geral do internato você vê que nós estamos com uma dívida enorme ai com a Atenção Primária” (Coordenador da Instituição 1).

Se o estágio em ESF é onipresente nas instituições estudadas, não sabemos se ele é suficiente para proporcionar o aprendizado das competências exigidas do médico que irá trabalhar na APS. Não faz parte do escopo deste capítulo avaliar o aprendizado dos alunos. Porém, sabemos que as competências para o trabalho podem ser aprendidas, em parte, em estágios de outras áreas – como aprender a realizar puericultura no estágio de pediatria, ou acompanhamento pré-natal no de ginecologia. Como vimos nos gráficos, a maior parte da

carga horária do Internato ainda é dedicada ao ensino das áreas tradicionais (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia e Clínica Cirúrgica). Então, durante as entrevistas com os coordenadores, perguntamos se, durante os outros estágios, não haveria momentos de ensino voltados para habilidades essenciais para o trabalho em APS. As respostas variaram:

“Olha, Atenção Primária no internato, ela fica restrita ao internato rural, não há outro modulo que dê conta da atenção primária. A própria pediatria que poderia “tá” na atenção primária “tá” em centros e unidades especializados de enfermaria, ambulatórios especializados. A GO que é uma especialidade básica também fica dentro (...) da sua especialidade (...) não vai pra Atenção Primária. O único elo com a atenção primária é o internato rural nos municípios do interior do estado, na lógica da estratégia da saúde da família” (Coordenador Instituição 1).

Outro coordenador diz:

“Na cirurgia, eles não tem nada de saúde básica, na clínica médica também não, tá, assim, não vão pra unidades periféricas, (...) o problema do nosso aluno é que (...) eles já desenvolvem essas atividades do primeiro ao quarto ano. Aí chega no quinto ano, eles não querem ir pra unidade básica, eles querem ir para o hospital! (...)” (Coordenador da Instituição 5).

Um terceiro coordenador concorda:

“Então, além do Saúde da Família (...) parte (...) da obstetrícia, essa parte da ginecologia, tem uma (...) parte ambulatorial... é...que tem um contato mais primário, né, de prevenção, de orientação, isso aí tem (...) na clínica, tem alguns ambulatórios também (...) a maioria, na verdade, são ambulatórios de especialidade (...) A gente não tem, assim, o clínico, clínico mesmo. (...) a gente “tá” (...) fazendo a clínica médica meio fatiada, realmente (...)... na cirurgia de repente, (...) naquela manhã tá tendo três, quatro pequenas cirurgias que ele pode tá participando. Mas não é uma coisa (...) não é regularizada (...)” (Coordenador Instituição 6).

Este coordenador tenta justificar os cenários de prática de seu internato:

“Atualmente, daqui pra frente, é muito difícil você... você ter o clínico, aquele “clincão”, pra tá passando clínica geral, digamos assim. Hoje em dia tá muito difícil, então a gente acaba passando meio fatiado, mas com a visão sempre primária. Não é uma coisa só terciária, né? Às vezes você tá atendendo o

paciente que tem uma comorbidade, mas (...) tem essa reflexão (...) o que poderia ter sido feito para ele não chegar ali. (...)
 (...) na cirurgia não tem como ter essa atenção primária. Na gineco, como eu te falei, tem sim. Na gineco e na pediatria, talvez é que se aproximam mais, né, da atenção primária. Mas... o... nós temos um grande problema, um grande gargalo, que é ambulatório, né. Primeiro, falta gente (...) pros ambulatórios” (Coordenador Instituição 6).

O quarto entrevistado chega a afirmar que ao menos na pediatria há um enfoque no ensino das competências necessárias para o trabalho em APS:

“(...) então, na pediatria a gente aproveita um pouquinho pra aprofundar aquelas questões básicas do crescimento, o acompanhamento (...) da criança, do desenvolvimento, da imunização, (...) aleitamento materno, alimentação infantil, né, aquelas doenças mais prevalentes como anemia, diarreia, pneumonia, aqui no nosso caso, nós temos a malária, temos a dengue, (...) É, nós não temos ambulatórios de especialidades, até porque... nós achamos que isso é mais pro médico residente, então todo o enfoque da pediatria ambulatorial é voltado pra atenção básica à saúde” (Coordenador da Instituição 3).

Apesar disso, quando se analisa as outras áreas, pode evidenciar que o enfoque que predomina não é o de atenção primária:

“(...) se você me perguntar se a atenção básica que (...) nós fazemos na pediatria, do jeito que nós fazemos, é feito na GO (ginecologia-obstetrícia), não, eu não vejo... eu vejo que não... Da mesma forma, na cirurgia (...) é toda concentrada nos hospitais terciários e no hospital universitário (...), então eu não vejo, até o momento eu não vi aluno indo pra unidade básica de saúde, né, e, assim, (...) aquelas coisas mais simples que todos os médicos deveriam saber ao sair da faculdade (...)” (Coordenador da Instituição 3).

Notamos também a presença de outras áreas de ensino no Internato, como a de urgências e emergências, em três instituições. De certa forma, sabendo que é papel do médico da atenção básica “realizar atividades (...) de atenção à demanda espontânea” (BRASIL, 2011b), o aprendizado neste campo contribuiria para as competências para o trabalho em APS, ainda que o treinamento seja em cenário diferente.

Quatro instituições reservam carga horária para rodízios que chamamos de “outros”. O gráfico 3 analisa a composição deste rodízio.

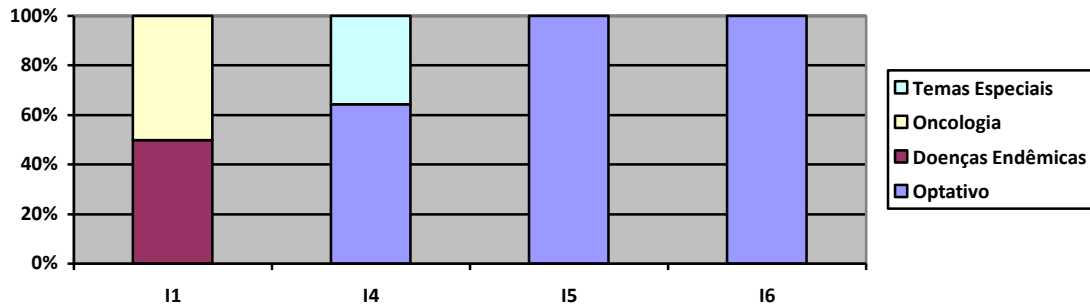


Gráfico 3 – Representação gráfica acerca da composição dos rodízios em quatro instituições.

Vemos que a maioria oferta este tempo como de livre escolha do aluno (estágio optativo). Ou seja, não há como se afirmar que estes estágios necessariamente contribuirão para formação em atenção primária, ou talvez estejam estimulando a especialização precoce.

6.4 Cenários do Internato e o Estágio Rural

Os PPC's revelam pouca informação, de maneira geral sobre os cenários de aprendizagem no Internato. Um aspecto que se destaca em todas as escolas é a inserção dos internos em hospitais ou centros de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS); neste contexto, também é importante considerar que apenas duas das instituições públicas da região norte possuem hospital universitário.

O estágio em ESF, por sua vez, ocorre em pelo menos dois cenários diferentes. Alguns cursos oferecem este estágio na cidade sede da instituição, outros, durante o chamado Estágio Rural. O Estágio Rural é um momento do Internato no qual os alunos se deslocam para municípios do interior dos Estados, passando ali um período, realizando práticas supervisionadas em uma realidade distinta da capital, frequentemente no âmbito da ESF.

O gráfico 4 demonstra o local do estágio em ESF nas seis instituições. Em duas escolas, há um período de estágio na ESF da cidade sede e outro período em município do interior.

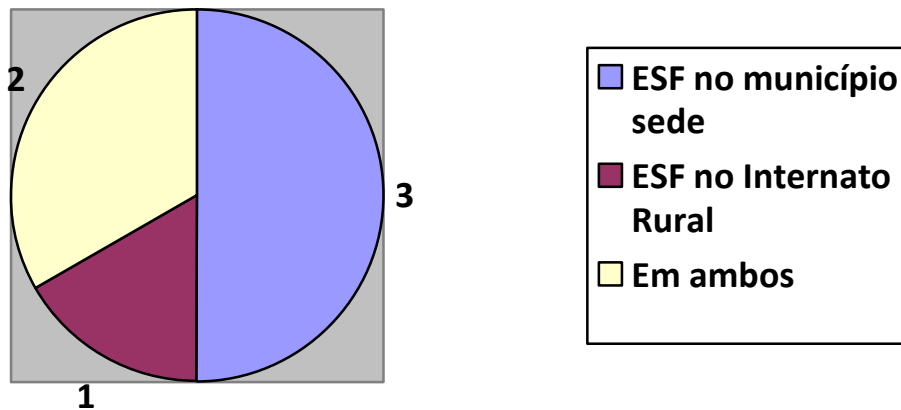


Gráfico 4 – Representação gráfica acerca do local do estágio em ESF nas seis instituições.

Por sua íntima relação com a Atenção Primária, e por ser potencialmente um fator de estímulo à desejada interiorização dos profissionais médicos, o Estágio Rural merece algum destaque em nossa análise. O Estágio Rural está presente em quatro dos seis PPC's apreciados. Entretanto, ouvindo um dos coordenadores, a dificuldade de estruturar o Estágio Rural impediu sua realização:

“(...) eles teriam o internato rural, mas o internato rural com a dificuldade que nós temos de profissionais fixos no interior do estado ou em lugares que não sejam a capital, teve muita, e questão de infraestrutura também, ai ficou muito difícil de mandar eles pra o internato rural, nós acabamos transformando o internato rural em saúde comunitária (...)” (Coordenador Instituição 5).

Uma das instituições que conta com Estágio Rural ressalta a dificuldade na preceptoria, e como isto muda o processo pedagógico, impedindo o aluno de realizar atendimentos clínicos:

“(...) é que o aluno, quando está no interior, ele não atende paciente, praticamente, né? Ele faz apenas um diagnóstico situacional do município, dos problemas que o município tem.... é melhor desta forma, do que o aluno ter uma (...) preceptoria indesejada, aprender condutas que não são as mais adequadas (...)” (Coordenador da Instituição 3).

Portanto, apenas três instituições contam com espaço reservado especificamente para Estágio Rural. Ainda, como ilustra o gráfico 5, a carga horária deste em relação à carga horária total do internato ainda é bastante pequena – o que traduz uma baixa utilização desta potencial ferramenta indutora de interiorização da medicina.

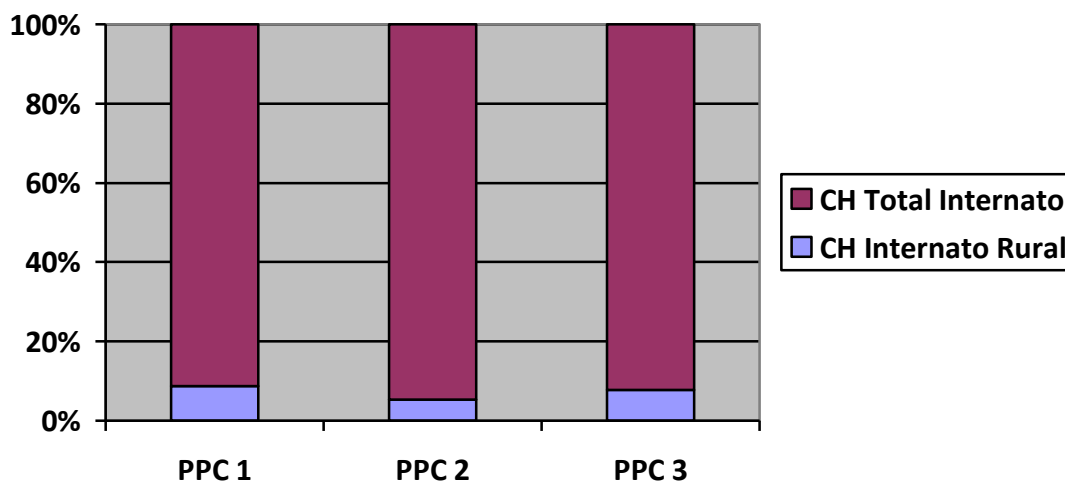


Gráfico 5 – Comparação gráfica entre a carga horária do Internato Rural em relação à carga horária total do internato.

6.5 Preceptoria

Um aspecto de destaque relacionado aos cenários de aprendizagem é a preceptoria. O preceptor é o profissional que recebe o aluno, permitindo que este o acompanhe e tenha

oportunidade de aprender, na prática, o exercício da profissão. Entretanto, quanto às características desejadas para os preceptores, pouco se encontra nos PPC's.

Uma das instituições especifica a função do professor supervisor e do preceptor local durante o internato rural; o professor supervisor tem como principais atribuições:

(...) Planejar atividades inerentes ao Estágio com os gestores, preceptores e coordenadores dos programas de saúde dos municípios juntamente com os acadêmicos (...) orientar o(s) estagiário(s) na elaboração de um plano de estágio (...). Avaliar a atuação e o aproveitamento dos acadêmicos (...) (PPC 1).

Por outro lado o preceptor deve:

(...) Facilitar o processo de aprendizagem do acadêmico e Informar formalmente ao professor supervisor sobre o desempenho do acadêmico nas atividades propostas no cronograma, bem como sobre quaisquer situações que lhe parecer importantes (...) (PPC 1).

Durante as entrevistas com os coordenadores, surgem algumas falas sobre a preceptoria: No Estágio rural, por exemplo, há uma visão ampliada do papel do preceptor:

“(...) temos dificuldade de preceptoria, só que a gente trabalha de uma forma diferente, o preceptor pra gente é o facilitador no município, ele é o que faz o contato com a escola, com as equipes, ele é o que vê moradia, o que se preocupa com aluno, ele é o que apoia na confecção de pesquisa, na confecção de relatório, ele é o que enfim, apresenta o município e dá apoio, esse é o que a gente entende como preceptor” (Coordenador Instituição 1).

O mesmo entrevistado comenta o papel de preceptoria exercido por profissionais não médicos:

“E aí vale destacar por exemplo o papel importante, as vezes, do enfermeiro dentro desse processo de acompanhamento e de proximidade com as equipes, né. Os médicos às vezes ficam um pouco mais afastados, mais...porque a gente também não coloca os alunos...somente na questão ambulatorial da atenção primaria (...)”.

Outro coordenador reforça o papel do enfermeiro no estágio rural:

“É, nem sempre vão ser médicos (os preceptores). Nós temos os enfermeiros, né? Ah... Principalmente enfermeiros, né... nós temos. No interior, então, principalmente, nós temos enfermeiros” (Coordenador Instituição 3).

Um entrevistado queixa-se do número insuficiente de preceptores:

“(...) falta preceptores, falta melhor regularizar preceptores, que esse é outro problema sério também, né, a regularização da preceptoria. a gente tem concorrência com duas (...) faculdades, né, particulares, que acabam roubando determinados professores ou preceptores da... da Universidade (...) eles tem toda uma... uma... uma ginástica pra pagar preceptoria, pra arrumar estágio, pra bancar entrada de aluno no hospital e a gente não tem isso (...)” (Coordenador da Instituição 6).

As dificuldades com a preceptoria, pelas dimensões que assumiram em nossa pesquisa, serão retomadas no capítulo “O Internato em APS na visão dos Coordenadores”.

6.6 Avaliação dos Internos

Um ponto que os PPC's não abordam com profundidade é o método de avaliação dos internos. É importante ressaltar que este não parece ser um problema incomum. Segundo Zeferino et al (2009, p.30):

O cenário atual da educação médica brasileira, ainda que heterogêneo, permite caracterizar o predomínio de uma cultura avaliativa relativamente pobre, que privilegia os aspectos cognitivos e os procedimentos somativos, e pouco considera o impacto educacional da avaliação sobre os estudantes e as instituições. Em especial, raramente são abordadas as características pessoais dos estudantes, bem como seu progresso no domínio de habilidades, competências e atitudes favoráveis à prática da profissão.

Notamos que apenas quatro das seis instituições tecem alguns poucos comentários sobre o processo avaliativo do interno:

(...) no ERSC (Estágio Rural de Saúde Coletiva) (...) a semana avaliativa (...) - A nota do acadêmico é o resultado da média aritmética, conforme equação:

nota do professor supervisor (nota do preceptor local + nota relatório final = peso 02) + nota da banca (apresentação oral = peso 01) / (dividido) por 2 (...” (PPC 1).

(...) avaliação é Sistemática, o aluno deverá ser observado quanto os conhecimentos teóricos, relacionamento médico-paciente, raciocínio clínico e urbanidade (PPC 2).

A avaliação do desempenho do aluno no internato é feita por rodízio e incide sobre a frequência e o aproveitamento. As frequências às atividades previstas são obrigatórias, sendo vedado o abono de faltas. A verificação e o registro das frequências são de total responsabilidade do Professor Supervisor do Rodízio e da secretaria dos departamentos que são os responsáveis por documentar, controlar e enviar à Comissão Coordenadora do Internato todas as informações (...). O aproveitamento no estágio é avaliado através do acompanhamento contínuo do aluno pela equipe de docentes (professores e preceptores), dos resultados que estes obtenham nas atividades previstas nas respectivas áreas de estágio, incluindo avaliações práticas e na prova de conhecimentos gerais (PPC 3).

A avaliação do aprendizado será feita através de nota de avaliação formativa equivalendo a um peso 4, envolvendo habilidade prática, atitudes e responsabilidade, além de avaliações cognitivas periódicas, e uma avaliação somativa sob a forma de prova de avaliação cognitiva de peso 6. As provas somativas serão sempre realizadas ao final do respectivo semestre, abrangendo os conhecimentos adquiridos naquele semestre (PPC 5).

Diversos métodos de avaliação têm sido estudados para auxiliar na verificação da aquisição de competências médicas. Domingues, Amaral e Zeferino (2009) propõem, por exemplo, a utilização do Conceito Global, método de avaliação de qualidades técnicas e humanistas; em artigo sobre este instrumento, argumentam que:

(...) rotineiramente, a competência clínica tem sido avaliada pelos docentes por meio de um conceito subjetivo. Essa nota, dada por um especialista, não é objetiva e está sujeita a vieses. O uso de um instrumento bem delineado, com diversos itens pontuados numa escala, oferece a vantagem de especificar o que deve ser avaliado, auxiliando os avaliadores a distinguir os diferentes níveis do desempenho (DOMINGUES; AMARAL; ZEFERINO, 2009, p.148).

Portanto, talvez o silêncio dos PPC's reflita uma necessidade das instituições de investirem no desenvolvimento de instrumentos de avaliação estruturados para aplicação durante o Internato.

6.7 PPC's: projeto e realidade

Finalmente, sabe-se que um projeto pode ser executado de maneira bastante diferente de seu planejamento, em função de vários fatores. Durante a entrevista com os coordenadores, questionamos acerca do desenvolvimento do Internato frente aos objetivos e metas previstas no projeto pedagógico.

Um entrevistado defende que o PPC (que chama de PPP) está sendo executado conforme planejado, mas o corpo docente sente necessidade de rever o próprio PPC:

“Eu acho que o internato como um todo, se a gente for pegar, ver os objetivos previstos no PPP, estão coerentes assim, né. Na realidade é o próprio PPP precisa ser revisto, é o que nós estamos fazendo hoje através do Núcleo de Pesquisa Estruturante nós estamos revendo a estrutura curricular (...) Mas eu acho se for responder essa pergunta de uma forma bem pragmática ...o nosso internato tá de acordo sim ao que tá proposto dentro do Projeto Político Pedagógico da minha universidade (...) Eu acho que é o Plano Político Pedagógico que não tá muito adequado às necessidades, não tá ainda muito realista com o que a gente precisa, né (...)” (Coordenador Instituição 1).

Outro coordenador crê que ainda não há coerência entre o PPC e a realidade:

“Ainda não. Ainda não. Eu não vejo ainda... eu acho que nós estamos caminhando pra isso, né, nós estamos caminhando (...)” (Coordenador Instituição 3).

Um terceiro coordenador defende que o PPC está sendo bem executado, pois os alunos têm se saído bem na residência médica:

“Se eu “tô” conseguindo formar naquele molde que se espera de formar um médico com a visão integral, aquela coisa toda. Olha, (...) não é dizer que meu aluno não sai sem uma noção boa em relação a isso, então a gente procura sensibilizar da necessidade, né, da atenção básica, necessidade também de se comportar dentro do hospital, de ter um bom relacionamento com os pacientes, todas aquelas atitudes. E assim, a gente tenta colocar o internato dentro do que se espera, porque como a universidade aqui é pequena, não tenho muitas unidades de saúde nem nada, as unidades que ele tem pra trabalhar também, pra desenvolver também a prática, mesmo, médica, é essa.

E eu dependo muito, assim, de colaboradores ainda. Então, assim, eu acredito que a gente consegue fazer um aluno com boa qualidade. Tanto que assim, o que tem demonstrado quando meus alunos saem pra fazer residência fora, tudo, a maioria tem se dado muito bem em relação a programa de residência, tudo. Então, eu acredito que a gente faça uma formação dentro do que se espera, dentro do que é possível” (Coordenador Instituição 5).

Um entrevistado se queixa da falta de clareza no PPC de sua instituição em relação às competências essenciais a serem desenvolvidas.

“(...) mas, assim... na verdade, não tem uma, uma meta específica ou um objetivo específico do internato. Tem as “(...) diretrizes, foi pedido pra formar um médico generalista, reflexivo, crítico...aquela situação nossa lá. Mas alguma coisa mais específica do internato no projeto pedagógico não tem. Nós fizemos... nós não fizemos um manual do internato, mas fizemos é... planos de ensino, que foi aquilo que foi te repassado. Plano de ensino para cada área do internato, para pelo menos dá o norte, o que a gente quer, né, do..no internato...Atendendo as temáticas básicas, as competências básicas, que são necessárias para um médico generalista. É basicamente isso, mas o... no projeto pedagógico mesmo não tem (...)” (Coordenador Instituição 6).

Desta maneira, a análise dos programas de Internato permite inferir que o ensino das competências para o trabalho em APS não tem sido prioridade maior neste momento da graduação. Apesar do interesse das instituições em formar um médico apto para a prática generalista e integral, os programas de internato parecem oferecer pouca carga horária ao ensino da APS; além disso, os programas ainda são fragmentados em estágios em diferentes áreas do conhecimento que parecem não dialogar entre si. Apesar de todos os projetos contemplarem estágio na ESF, o cenário de aprendizagem predominante do Internato ainda é o hospital; o estágio em municípios do interior (estágio Rural) também é pouco utilizado. A preceptoria ainda é frágil, mesmo com o apoio de profissionais não médicos. A avaliação dos internos, por sua vez, não é planejada de maneira clara, direcionada à verificação da aquisição de competências, habilidades e atitudes bem definidas.

Não é de se surpreender, portanto, que haja diferentes opiniões dos entrevistados em relação ao cumprimento do PPC de suas instituições. De fato, ao menos três dos quatro

entrevistados creem que o PPC de sua escola ou não está sendo cumprido conforme o planejado, ou deve ser revisado e reestruturado.

7 O INTERNATO EM APS NA VISÃO DOS COORDENADORES

Neste capítulo apresentaremos, primeiramente, os achados provenientes dos questionários *online* respondidos pelos Coordenadores de Internato. A seguir, organizamos a análise das entrevistas com os Coordenadores, onde são apreciadas as reflexões sobre as facilidades e dificuldades encontradas na estruturação do Internato, bem como sobre as melhorias sugeridas ao programa.

7.1 Oportunidades de aprendizado das competências necessárias para o trabalho em APS

O questionário foi composto por questões que avaliam diferentes competências a serem adquiridas pelo interno na área de Atenção Primária à Saúde. Optamos por apresentar os resultados considerando as categorias temáticas nas quais agrupamos as questões, sendo elas: atenção às doenças; orientação comunitária; atividades preventivas; atividades educativas; articulação com a rede de serviços; administração e gerenciamento; e educação permanente.

O desenvolvimento de competências relacionadas à **atenção às doenças** é tradicionalmente priorizado na formação médica em detrimento de outras competências, como gerenciamento e administração. Esse enfoque em parte é justificável; segundo Luis Pisco no prefácio da obra “A consulta em 7 passos” (RAMOS, 2008, p. 13), “a consulta é, pois, um acontecimento central na prática da medicina”; ainda, segundo Ramos, “um médico de família em tempo completo (...) pode realizar entre 3000 e 5000 consultas, de vários tipos, em cada ano” (p. 7). Em relação à oportunidade de realizar consultas clínicas, fica bem claro uma tendência à forte concordância, como ilustra o gráfico 6.

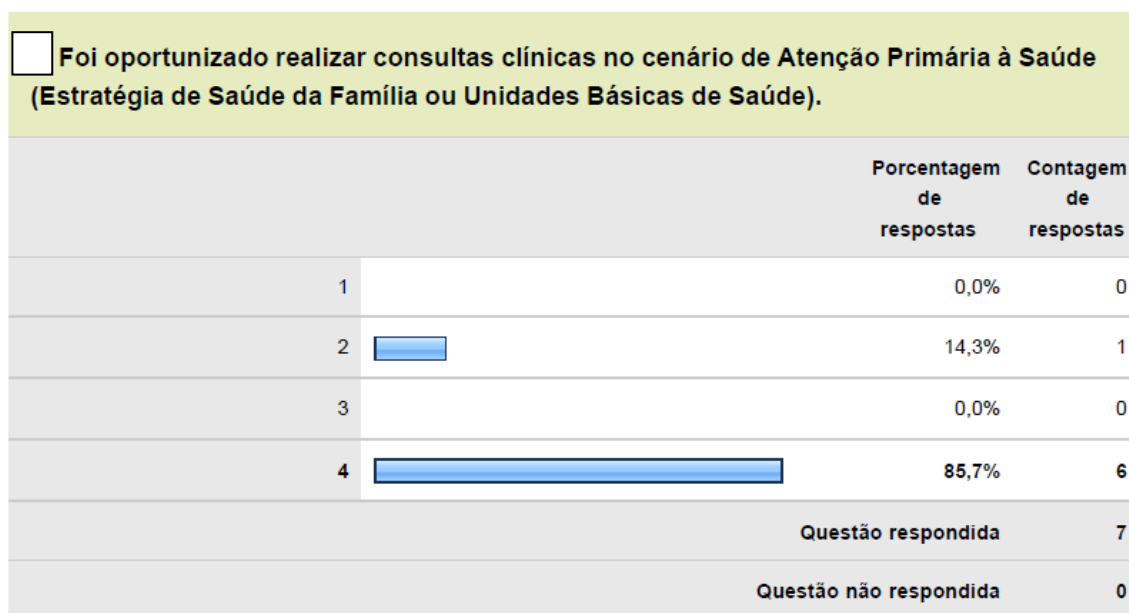


Gráfico 6 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 4 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

Ao analisar a natureza destas consultas, nota-se que em casos de atendimentos programados ou de demanda espontânea, há uma tendência das oportunidades de aprendizado terem sido oferecidas de maneira satisfatória, na maioria das instituições. Este resultado pode ser visualizado no gráfico 7.

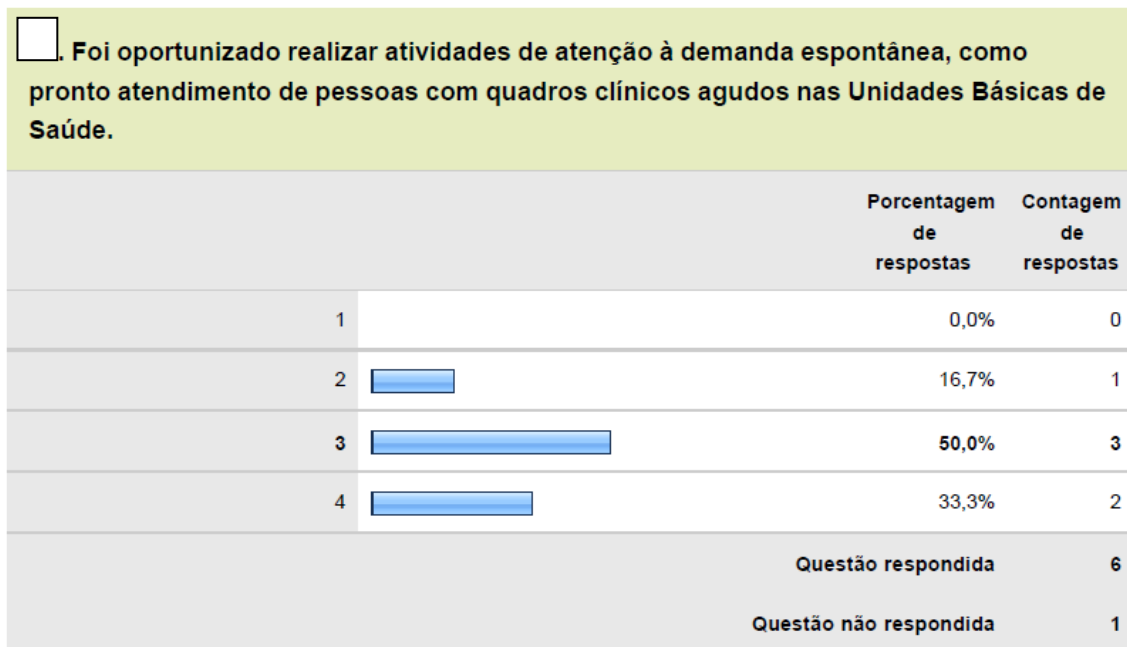


Gráfico 7 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 9 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

A demanda espontânea é uma realidade frequente na APS, e o médico deve estar preparado a atender estes casos. Segundo o Caderno de Atenção Básica sobre Acolhimento (BRASIL, 2011b, p. 20):

(...) apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais (sob pena de a atenção básica se reduzir a um pronto-atendimento), também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos.

É lembrado também que “mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado” (BRASIL, 2011b, p. 20).

As atividades programadas, por outro lado, constituem-se característica essencial da APS, pois são estratégias para o cumprimento aos atributos de coordenação do cuidado, integralidade e longitudinalidade. Uma das atividades que devem ser programadas é o cuidado às condições crônicas, como hipertensão arterial e diabetes. As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes (BRASIL, 2013a). Segundo o Ministério da Saúde 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal, e estima-se que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva e 21% do infarto do miocárdio; ainda, segundo dados publicados em 2011, Diabetes e Hipertensão arterial atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2013a), representando a primeira causa de mortalidade e hospitalizações.

Diante dessa realidade, o Brasil tem tomado algumas iniciativas, destacando-se a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS); segundo as “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas” publicadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a, p. 3) a RAS surge “como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS”. As RAS:

(...) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011c, sem paginação).

Portanto, é fundamental que o médico que trabalha na APS se sinta apto para enfrentar estes frequentes problemas de saúde. O gráfico 8 refere-se à oportunidade ofertada para o aprendizado de como realizar atividades programadas em APS.

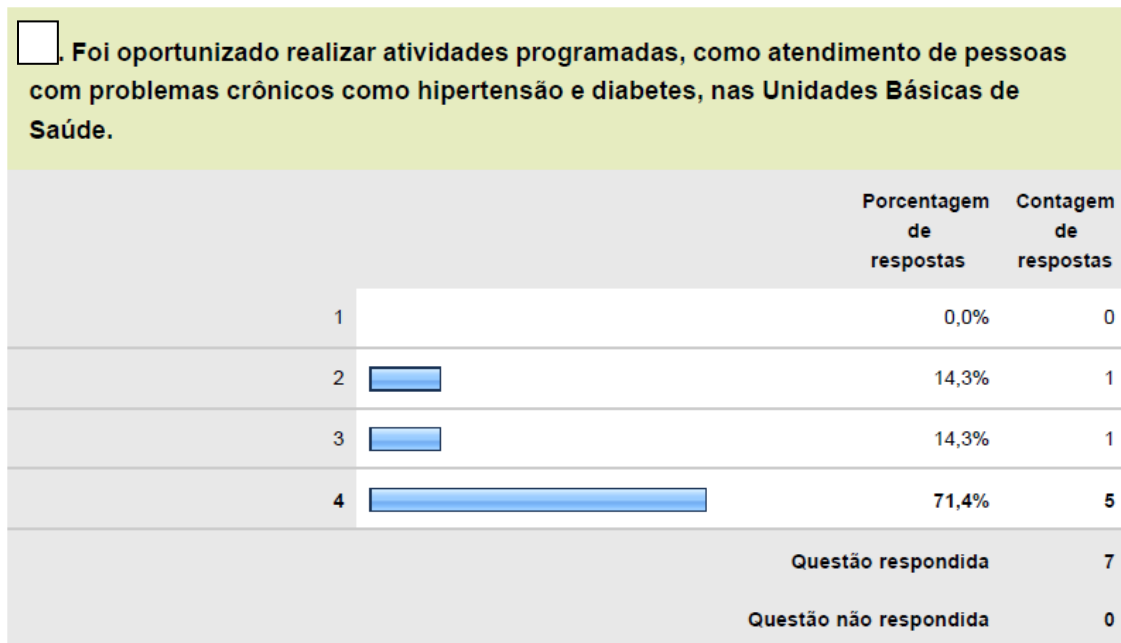


Gráfico 8 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 10 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

O atendimento domiciliar é competência a ser desenvolvida pelos médicos que trabalharão na APS. Segundo Mendes (apud BRASIL, 2012a), o envelhecimento da população é um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio, pois está associado ao aumento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, bem como ao número sequelados de acidentes e/ou vítimas de violência. Estas pessoas, em determinado momento de suas doenças, podem ter dificuldade de locomoção até uma Unidade de Saúde, portanto podem necessitar de atendimento em seus domicílios. Analisando as opiniões dos coordenadores sobre a oportunidade do interno realizar atendimentos domiciliares, há uma forte concordância com a assertiva, indicando que esta atividade tem sido oportunizada. Este resultado pode ser visualizado no gráfico 9.

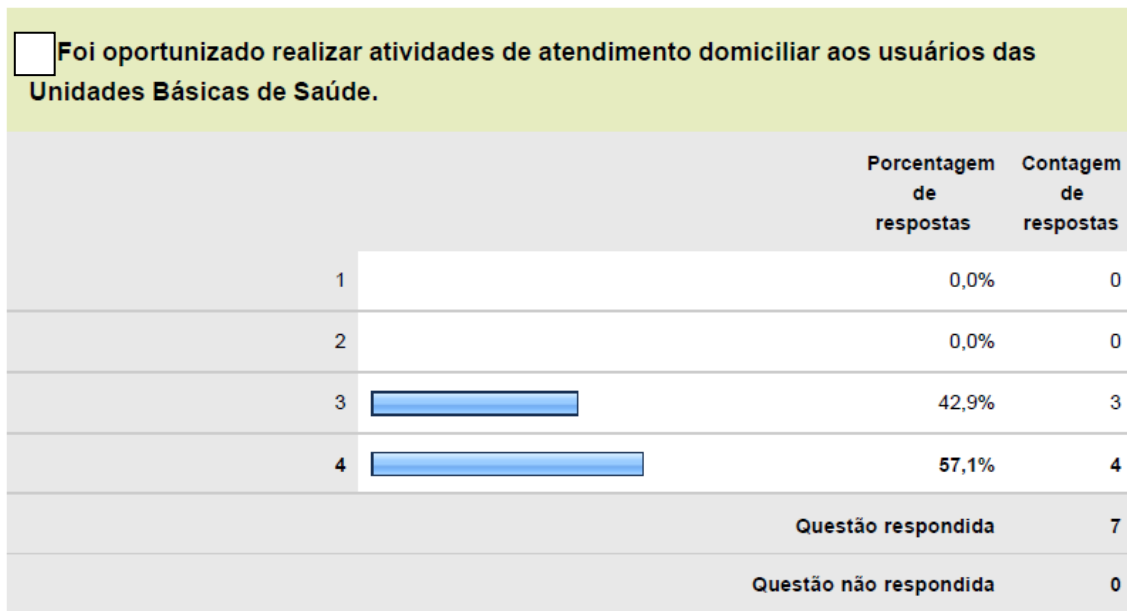


Gráfico 9 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 7 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

Quanto ao acompanhamento de uma internação domiciliar, por outro lado, os coordenadores tendem a concordar fracamente com a assertiva, indicando que esta é uma atividade que não é tão corriqueira como as anteriores. Em relação a esta competência, é importante lembrar que a “desospitalização” é um dos eixos da Atenção Domiciliar (AD).

Em publicação recente do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a, p. 10), defende-se que a AD:

(...) proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; institui o papel do cuidador, que pode ser um parente, um vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital.

Apesar do termo “internação domiciliar” ser pouco utilizado, de fato há pessoas que necessitarão de cuidados domiciliares mais intensivos, temporária ou permanentemente. Reconhecendo a necessidade de qualificar a atenção básica para esta função, em 2011 o Governo Federal cria o programa Melhor em Casa, que visa oferecer suporte à prática da AD pelas equipes de atenção básica (BRASIL, 2011d).

O gráfico 10 refere-se à oferta de oportunidades de aprendizado sobre internação domiciliar durante o internato.

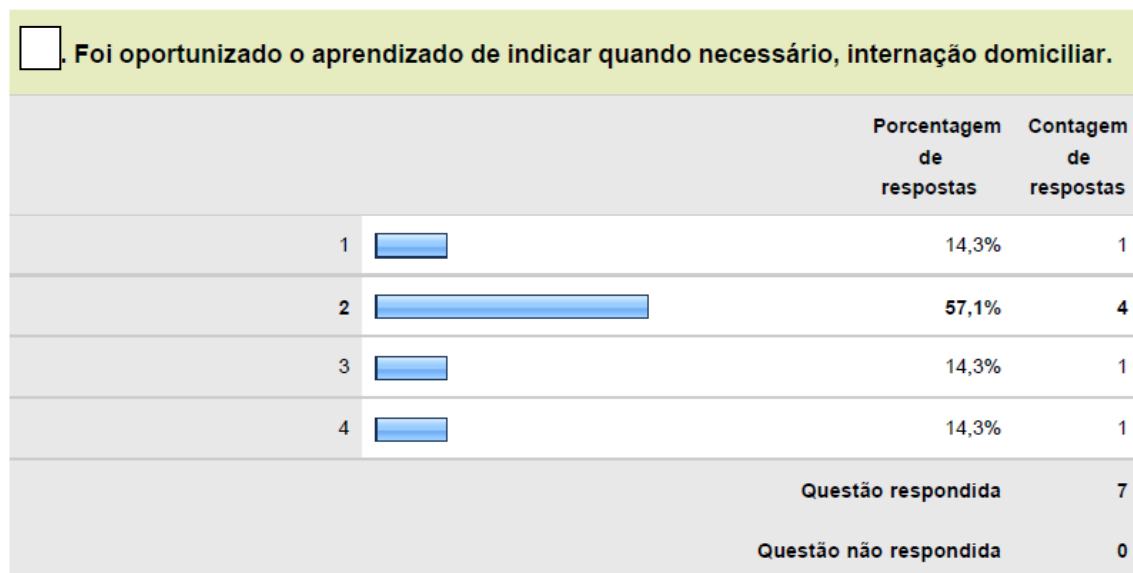


Gráfico 10 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 15 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

Segundo publicação recente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011e):

(...) alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos, tais como retirada de nevos, corpos estranhos, cistos e lipomas, e o tratamento de feridas, pela menor complexidade de técnica, materiais, insumos e medicamentos, também podem e devem ser realizados pelas equipes que trabalham nas UBS, a fim de evitar estrangulamento dos serviços dos outros níveis de atenção e, com isso,

contribuir para o aumento da resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS).

Em relação à realização pequenos procedimentos cirúrgicos, não há claras tendências para concordância forte ou fraca, notando-se que 57,2% assinalaram grau de concordância 1 e 2 e 42,8%, graus 3 e 4. Na assertiva, consideramos que a oportunidade de aprendizado poderia ter sido oferecida em qualquer momento do Internato; mesmo assim, fica claro que esta é uma competência a ser melhor oportunizada. Os resultados podem ser visualizados no gráfico 11.

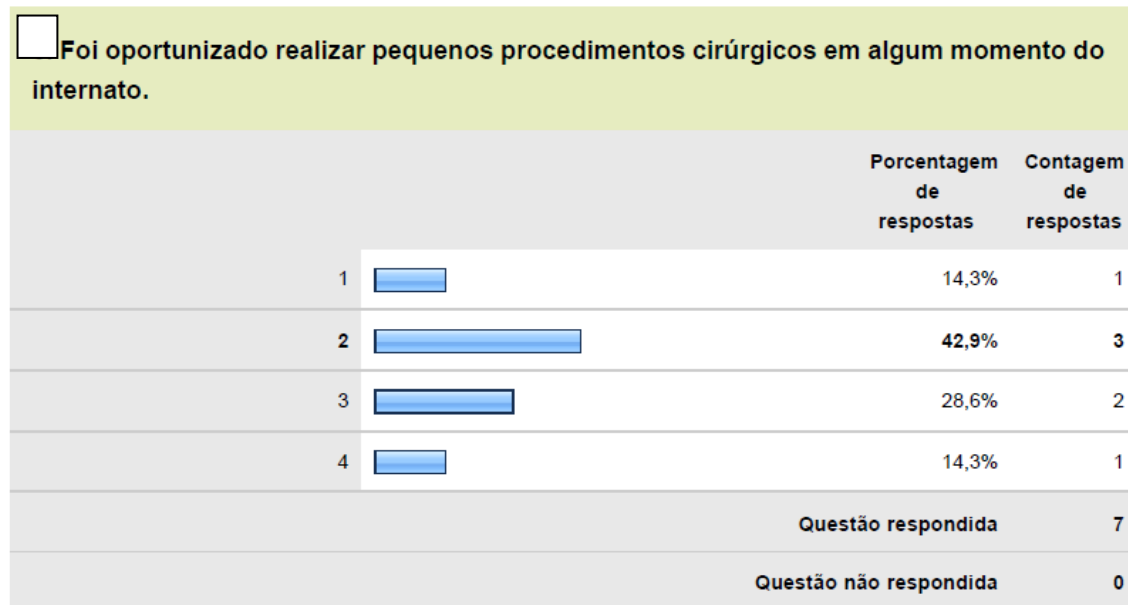


Gráfico 11 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 5 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

Alguns autores têm proposto o que chamam de princípios da Medicina de Família e Comunidade. Segundo Lopes (GUSSO; LOPES, 2012, p. 6) “(...) a prática do médico de família e comunidade é influenciada significativamente por fatores da comunidade onde ele atua, o que determina que deva ser capaz de responder às necessidades das pessoas (...)”.

A **orientação comunitária**, caracterizada pelo conhecimento da população atendida e pelo uso deste saber no planejamento das atividades, portanto, é fundamental para o trabalho em APS.

No Brasil, dispomos do Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB), um sistema informatizado cujo objetivo é agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica através de informações alimentadas pelas equipes de ESF. Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB):

(...) é por meio das informações coletadas pelo software do SIAB que o Ministério da Saúde toma decisões de gestão da Atenção Básica em nível nacional. Entretanto (...) é parte necessária da estratégia de SF, pois contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sócio-sanitários alcançados (BRASIL, 2013b, sem paginação).

O DAB ainda recomenda que:

(...) todos os profissionais das Equipes de Atenção Básica devem conhecer e utilizar o conjunto de dados estruturados pelo SIAB a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe (BRASIL, 2013b, sem paginação)

Entretanto, nota-se nas respostas dos Coordenadores de Internato a tendência de fraca concordância com a assertiva sobre a oportunidade de aprender a trabalhar com os sistemas de informação da APS, como pode ser observado no gráfico 12.

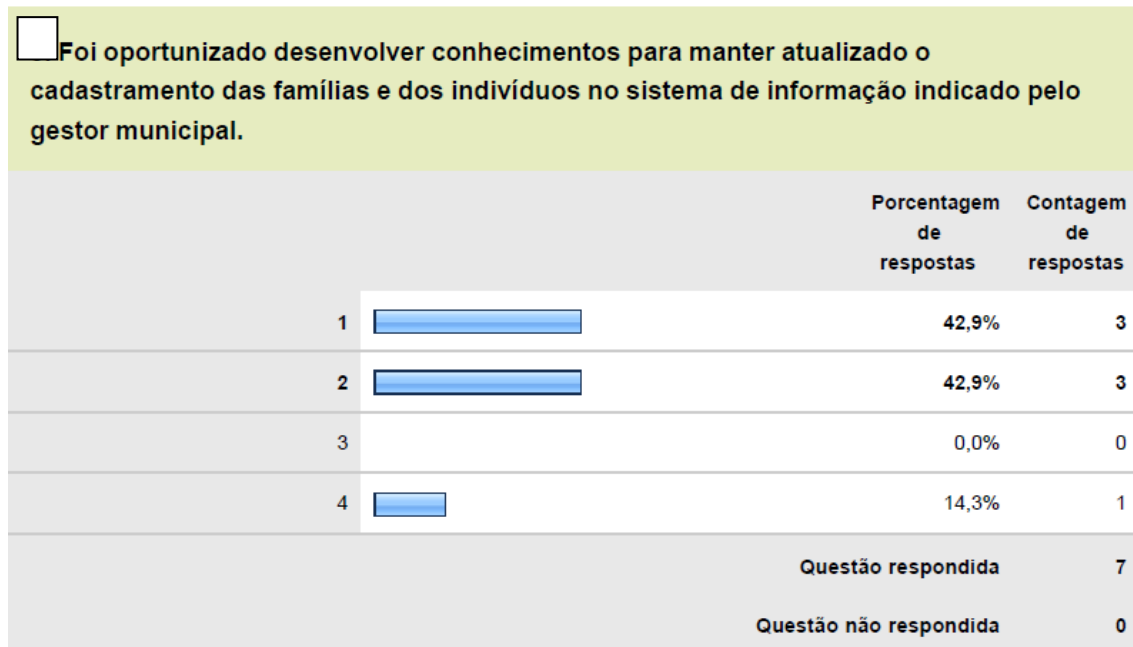


Gráfico 12 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 2 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

O conhecimento do território atendido pela Unidade de Saúde e a realização de um diagnóstico comunitário da situação de saúde local são ferramentas da mesma forma úteis para o planejamento dos serviços de saúde de APS. Conceitualmente, o diagnóstico comunitário é uma pesquisa mais complexa de delineamento transversal, que exige, além de um projeto mais robusto, o desenvolvimento de instrumentos e o treinamento de entrevistadores; já o diagnóstico de demanda é uma pesquisa mais rápida e barata, que visa identificar informações como os problemas de saúde mais frequentes, perfil dos usuários da Unidade ou até mesmo informações sobre a prestação de serviços da Unidade (GUSSO; LOPES, 2012).

A resposta dos Coordenadores à assertiva sobre diagnóstico comunitário mostra que pelo menos metade das escolas não parece estar oportunizando atividades para um aprendizado significativo destes conceitos, como pode ser visualizado no gráfico 13.

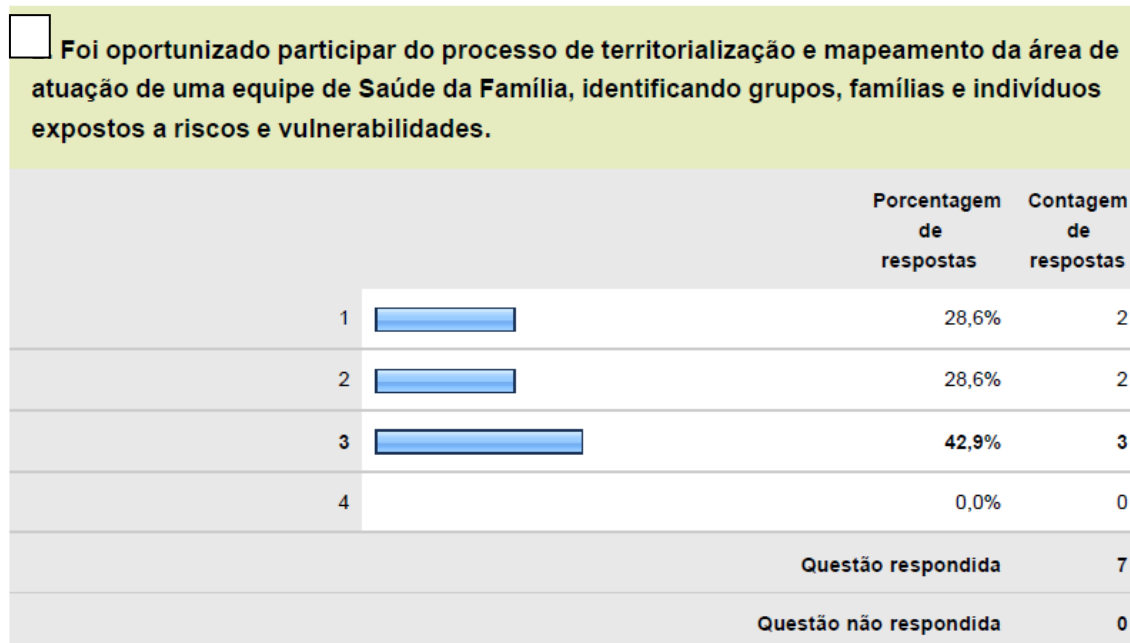


Gráfico 13 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 1 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

Quatro dos sete coordenadores também referem que aos internos foi fracamente oportunizado a utilização do diagnóstico comunitário para construção de um planejamento de atividades. Este resultado pode ser observado no gráfico 14.

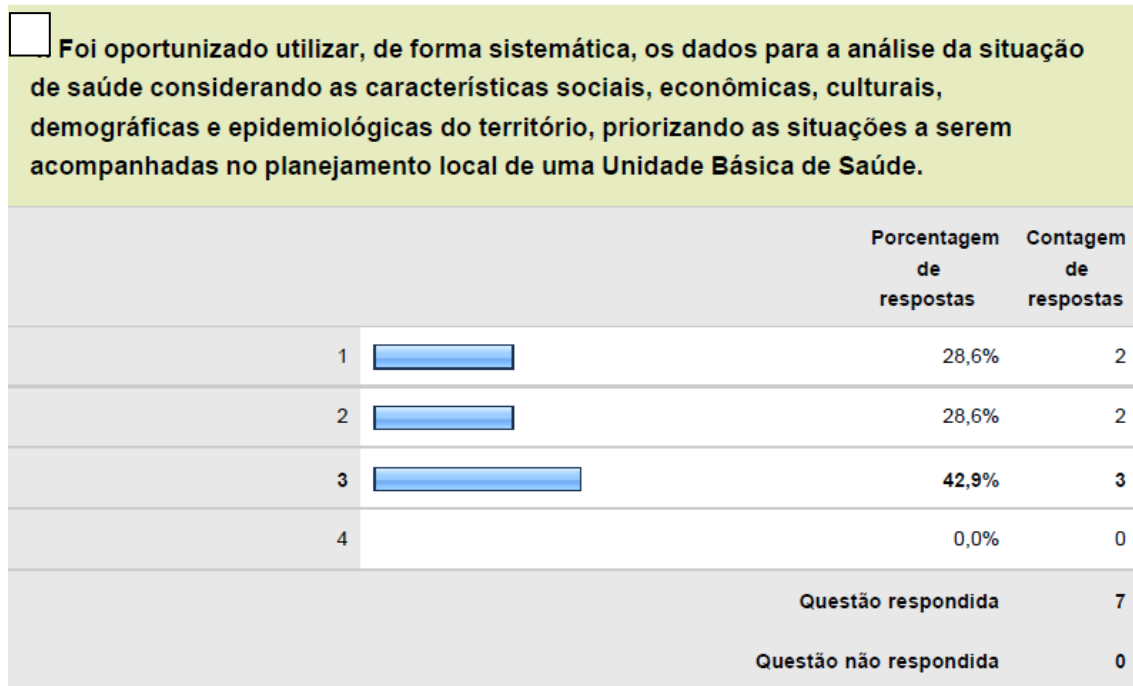


Gráfico 14 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 3 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

As respostas sinalizam não haver uma clara determinação das instituições de ensino em alertar o interno para a necessidade de conhecer o território em que está estagiando, as características da população que ali vive e utilizar estes dados demográficos para o planejamento de atividades.

A realização de **atividades preventivas** é outro eixo importante da prática do médico na APS. A APS, por sua característica de oferecer assistência integral, é o cenário apropriado para que se desenvolvam atividades de cunho preventivo de doenças e idealmente, promotoras de saúde. Segundo Czeresnia (2003 apud BRASIL, 2010b, p. 14) “a prevenção de enfermidades tem como objetivo a redução do risco de se adquirir uma doença específica por reduzir a probabilidade de que uma doença ou desordem venha a afetar um indivíduo”. O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde brasileiro assume que há quatro tipos de prevenção (BRASIL, 2010b, p. 14):

Prevenção primária é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade);

Prevenção secundária é a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (ex.: rastreamento, diagnóstico precoce);

Prevenção terciária é a ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação (ex.: prevenir complicações do diabetes, reabilitar paciente pós-infarto – IAM ou acidente vascular cerebral);

Prevenção quaternária, (...) é a detecção de indivíduos em risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas, excessivas para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis.

Uma das maiores demandas da APS é a prevenção secundária. As consultas de “check-up” e os atendimentos estruturados em grupos populacionais específicos (como hipertensos e diabéticos, gestantes, crianças) são muito comuns no dia-a-dia de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Tais atendimentos visam o rastreamento de doenças ou mesmo seu diagnóstico precoce, quando os sintomas e sinais ainda são sutis. Conforme o Ministério da Saúde:

Rastreamento é a realização de testes ou exames diagnósticos em populações ou pessoas assintomáticas, com a finalidade de diagnóstico precoce (prevenção secundária) ou de identificação e controle de riscos, tendo como objetivo final reduzir a morbidade e mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado (GATES, 2001 *apud* BRASIL, 2010b, p. 15).

Diversas entidades internacionais, como a US Preventive Services Task Force (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>) tem feito esforço para definir quais doenças devem ser rastreadas, em quais pessoas, em que momentos de suas vidas, e com qual periodicidade.

Portanto, adquirir competências sobre rastreamento de doenças, como câncer de mama ou de colo de útero, é fundamental para o médico que trabalhará na APS. Chama atenção que apenas 57,2% dos coordenadores concordaram fortemente com a assertiva

sobre a oportunidade de aprendizado sobre rastreamento no Internato, como mostra o gráfico 15.

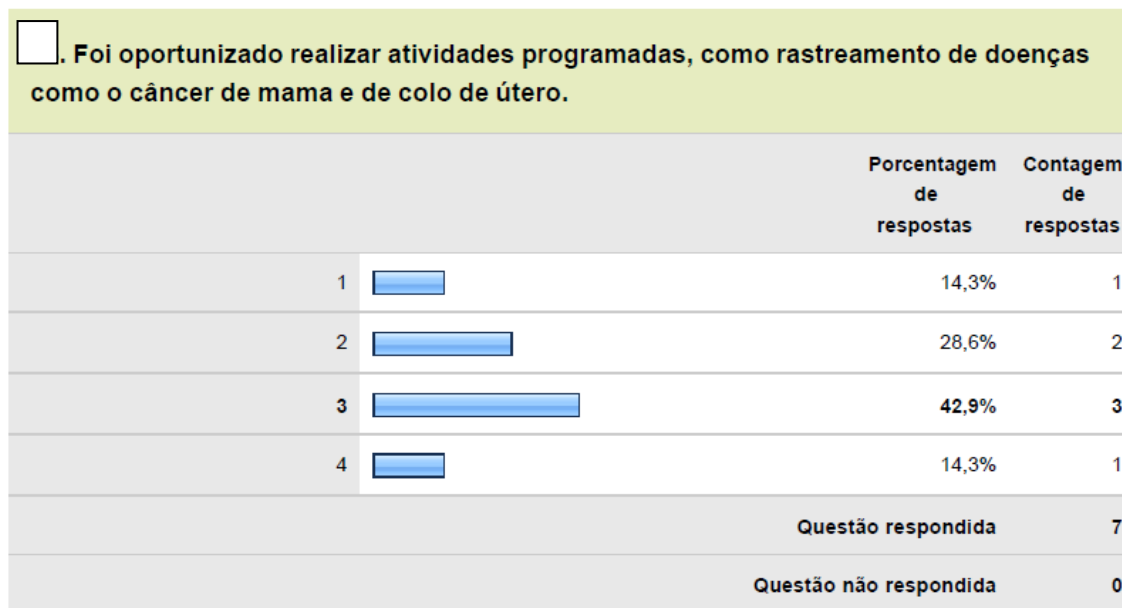


Gráfico 15 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 12 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

O atendimento prioritário a grupos populacionais específicos, como gestantes e crianças pequenas, também remete a conceitos de medicina preventiva; o recém-publicado Caderno de Atenção Básica sobre Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012b) expõe que o Brasil, em 2007, demonstrou redução de metade do índice de mortalidade materna aferido em 1990; entretanto este indicador ainda é bastante alto em relação ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde. O Caderno defende que “talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal (grau de recomendação B)” (p. 3). Além disso, com grau de recomendação A, dispõe que:

(...) o modelo de acompanhamento de pré-natal de baixo risco por médicos generalistas deve ser oferecido para as gestantes. O acompanhamento periódico e rotineiro por obstetras durante o pré-natal não traz melhoria aos desfechos perinatais em comparação com o encaminhamento destas pacientes em casos de complicações durante o acompanhamento (grau de recomendação A – nível de evidência I) (p. 6).

Portanto, é atribuição do médico generalista efetuar um competente acompanhamento pré-natal.

A puericultura também é importante atividade preventiva; é neste acompanhamento que o médico tem a oportunidade de realizar diferentes procedimentos de prevenção primária, como orientar o aleitamento materno, promover o fortalecimento do vínculo entre pais e bebê, avaliar presença de sinais de risco e vulnerabilidade na criança, e mesmo prescrever suplementos vitamínicos e/ou ferro de maneira profilática, quando indicado. Além disso, considerando o nível secundário de prevenção, é a oportunidade de se indicar a realização de exames importantes (como o teste do pezinho) e se detectar precocemente problemas de saúde em fases subclínicas, como a displasia de quadril ou alterações oculares. O Departamento de Atenção Básica publicou também recente Caderno sobre a Saúde da Criança, a fim de orientar os profissionais sobre esta prática (BRASIL, 2012c).

Analisando-se as respostas dos coordenadores, nota-se uma tendência em forte concordância com a assertiva sobre atendimento preventivo à gestantes (pré-natal) e crianças pequenas (puericultura), como mostra o gráfico 16.

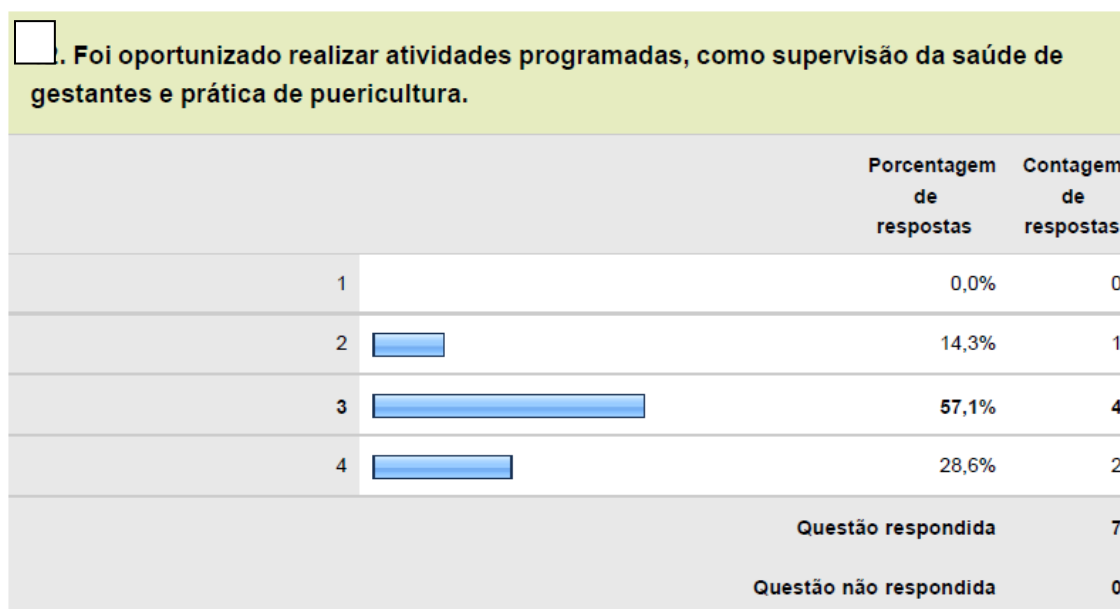


Gráfico 16 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 11 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

A realização de **atividades educativas** para a população contempla outra dimensão da prevenção de doenças. Entende-se por educação em saúde “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (CANDEIAS, 1997, p. 210). Há várias maneiras de se realizar ações educativas na APS; uma delas é o trabalho com grupos. Trabalhar com grupos pode ter diferentes objetivos; de uma forma prática, podemos identificar grupos com finalidade predominantemente terapêutica e grupos com finalidade predominantemente operativa (ZIMERMAN, 2000). Os primeiros têm como objetivo auxiliar as pessoas no enfrentamento de um problema concreto de saúde (como dependência ao álcool, por exemplo); os segundos objetivam o ensino-aprendizagem (grupos de reflexão), o trabalho em conjunto (grupos institucionais) ou a articulação da comunidade em prol de um desejo em comum (como, por exemplo, um grupo comunitário que discuta a adolescência). São estes últimos os mais utilizados de maneira educativa em APS.

Neste sentido, as respostas indicam que esta é uma prática para a qual o aluno tem sido estimulado nas Unidades de Saúde, como mostra o gráfico 17.



<input type="checkbox"/> Foi oportunizado realizar atividades educativas com grupos de usuários das Unidades Básicas de Saúde.			
		Porcentagem de respostas	Contagem de respostas
1		0,0%	0
2		0,0%	0
3		42,9%	3
4		57,1%	4
Questão respondida			7
Questão não respondida			0

Gráfico 17 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 6 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

Também fora da Unidade de Saúde, em espaços comunitários, os internos tem tido oportunidade de aprender a executar estas atividades, como mostram as respostas sintetizadas dos coordenadores no gráfico 18.

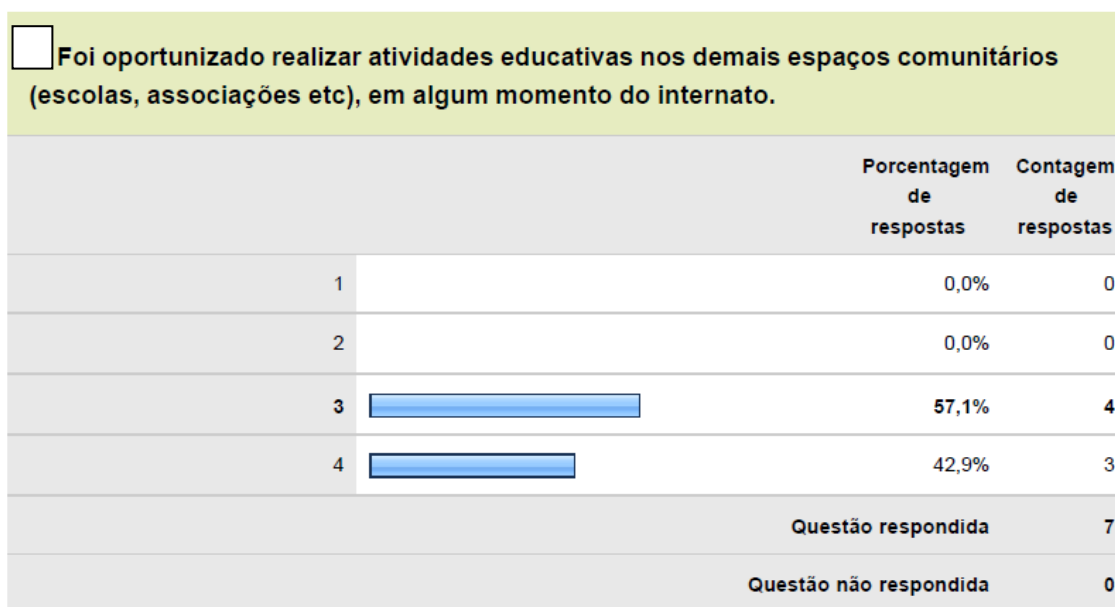


Gráfico 18 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 8 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

A PNAB (BRASIL, 2011a) determina que o médico deva estar em plena **articulação com a rede de serviços**. Em 2010 já havia sido publicada portaria pelo Ministério da Saúde sobre a constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010c, p. 7). O objetivo das RAS, de maneira simplificada, é estabelecer a cooperação entre diversos pontos do serviço de saúde a fim de aumentar a resolubilidade do sistema como um todo. A portaria ressalta que as RAS tem seu “centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde”; e explica que:

(...) são exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas (...) os hospitais (...) ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, (...) entre outros (BRASIL, 2010c, p. 7).

Nota-se nos dois gráficos seguintes (gráficos 19 e 20) uma forte tendência à concordância com as assertivas sobre oportunidade de aprender sobre encaminhamento a outros pontos de atenção do sistema de saúde, bem como à internação hospitalar.

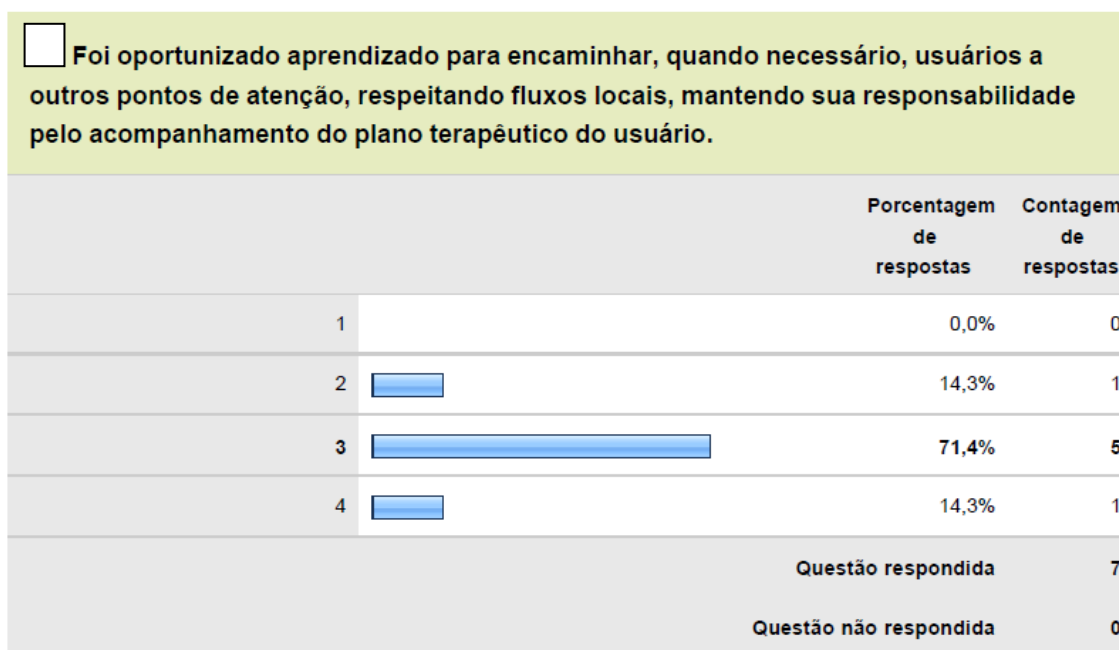


Gráfico 19 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 13 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

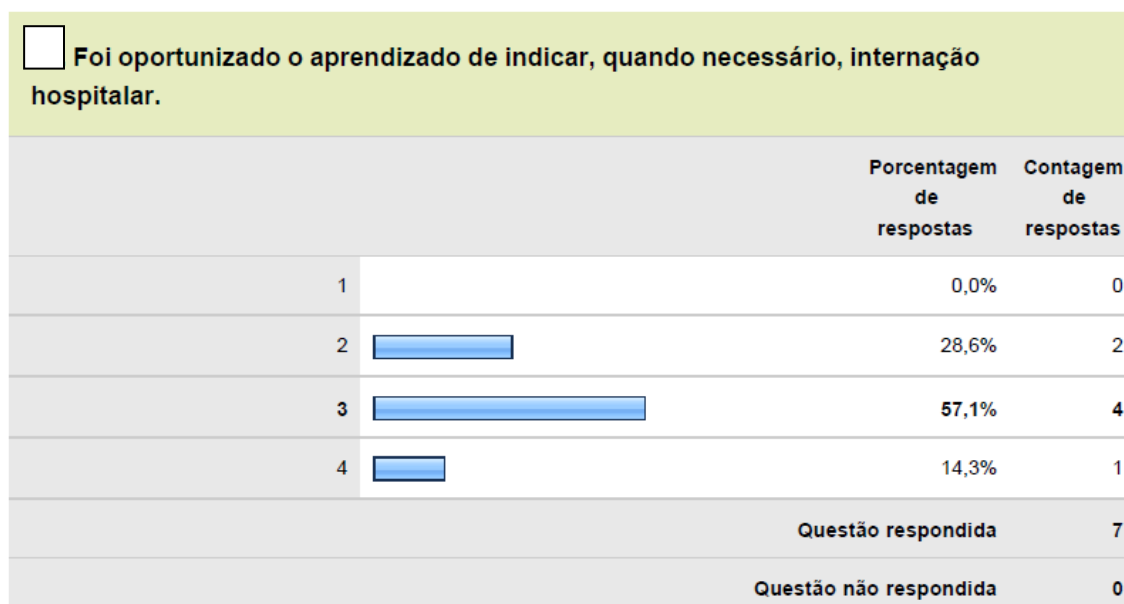


Gráfico 20 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 14 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

Por fim, as Diretrizes Curriculares nacionais (BRASIL, 2001a) preconizam, entre outras competências, que o médico deve desenvolver capacidade de **Educação Permanente** bem como **Gerenciamento e Administração** dos serviços onde atua. Em relação à assertiva sobre a participação dos internos nas atividades de Educação Permanente, há uma tendência à forte concordância por pelo menos dois terços dos entrevistados, como mostra o gráfico 21.

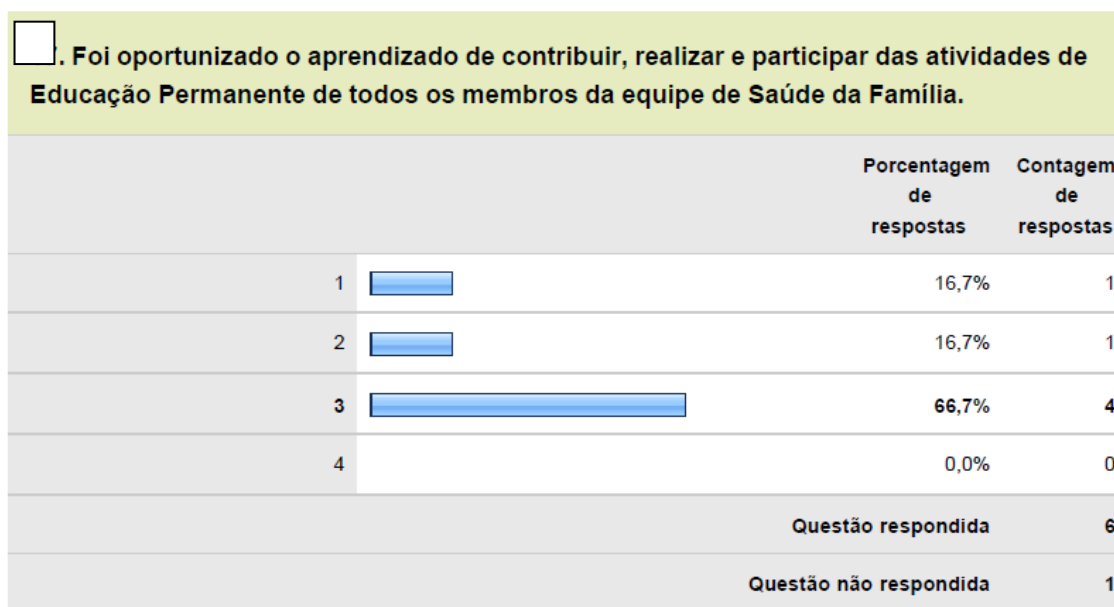


Gráfico 21 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 16 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

Ian McWhinney, em seu célebre Manual de Medicina de Família e Comunidade (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010, p. 28) afirma que:

(...) os médicos de família e comunidade tem controle sobre muitos recursos e são capazes, dentro de certos limites, controlar as hospitalizações, os pedidos de exames, as prescrição de tratamentos, (...) em toda parte do mundo os recursos são limitados (...) dessa forma é responsabilidade do médico (...) administrar estes recursos de forma que beneficie as pessoas e a comunidade como um todo.

O Conselho Federal de Medicina também atribui ao médico responsabilidades administrativas quando este é diretor técnico de uma unidade de saúde:

(...) a prestação da assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento (CFM, 1991, sem paginação).

Preocupantemente, parece haver uma tendência à concordância fraca com a assertiva sobre Gerenciamento de Unidades de Saúde, o que demonstra que os médicos, mesmo muitas vezes sendo os responsáveis técnicos pelos estabelecimentos, não desenvolvem estas habilidades adequadamente no internato. Este resultado pode ser visualizado no gráfico 22.

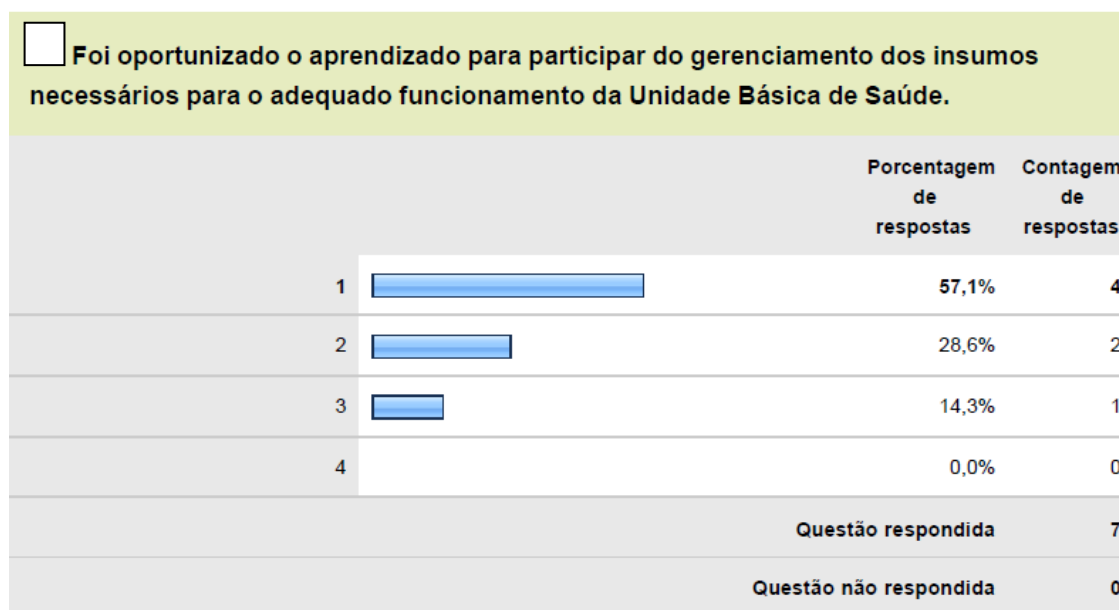


Gráfico 22 – Grau de concordância dos coordenadores em relação à assertiva número 17 do questionário *online*. O número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior.

Considerando o conjunto de respostas captadas pelo questionário, pode-se dizer, de maneira resumida, que o aprendizado das diversas competências para o trabalho em APS tem sido oportunizadas de maneira desigual. O aprendizado de competências clínicas como consultas (programadas, de demanda espontânea ou mesmo domiciliares), por exemplo, tem sido ofertado satisfatoriamente, ainda que haja necessidade de se aprimorar o ensino de internações domiciliares e cirurgia ambulatorial. Quanto às competências relacionadas à orientação comunitária, é necessário oferecer aos internos uma melhor familiarização com os

sistemas de informação, com as técnicas de diagnóstico comunitário e com a utilização destes dados para as práticas em saúde. Em relação às atividades preventivas, o rastreamento de doenças é tema a ser melhor trabalhado com os internos, ainda que o acompanhamento pré-natal e a puericultura tem sido práticas cujo oportunidade de aprendizado tem sido suficiente. As atividades educativas em grupo também parecem estar sendo oportunizadas por todas escolas. Os coordenadores também concordam que há suficientes oportunidades do interno aprender a se articular com a rede de serviços do SUS. Da mesma forma, há oportunidade de participar de atividades de educação permanente junto à equipe de saúde. Por fim, um aspecto a ser bastante melhorado é a falta de enfoque no aprendizado do gerenciamento de uma Unidade de Saúde, considerando-se que em muitas vezes, o futuro médico será o diretor técnico da Unidade onde trabalhará.

7.2 Facilidades e dificuldades no Internato em APS

Com a finalidade de identificar, por um lado, as fortalezas, e por outro, os desafios dos programas de Internato, indagamos aos Coordenadores, através de duas questões de resposta aberta no questionário *online*, quais as maiores dificuldades na estruturação do programa, e quais as sugestões para supera-las. Além disso, nas entrevistas, solicitamos novamente uma reflexão sobre quais facilidades e dificuldades encontradas neste processo.

Primeiramente, destacamos as condições facilitadoras encontradas por alguns Coordenadores. Aspectos variados foram citados: o apoio recebido da Universidade; a estrutura da APS em algumas cidades, com a presença de ex-alunos trabalhando na ESF; a articulação do programa com outros cursos de graduação durante o Estágio Rural; o interesse de alguns gestores; todos são pontos ressaltados como facilitadores da implementação do Internato em APS.

A tabela 9 sumariza os depoimentos.

Tabela 9 – Condições facilitadoras para a estruturação do Internato em APS, segundo os Coordenadores

Categoria	Depoimentos	Número	%
Apoio da Universidade	(...) eles tem acesso ao portal Capes, via universidade, (...) podem fazer pesquisa, né (...) (...) também tem dado apoio logístico, financeiro (...) alunos recebem bolsa, se paga viagem (...) (...) ainda é uma coisa incipiente, mas que já tá tomando (...) uma proporção muito boa na universidade é o “laboratório de habilidades”.(...)	3	23%
Estrutura da Atenção Primária	(...) número de equipes de saúde da família que a gente tem bastante (...) outra coisa que facilita é que eu muito ex-aluno da universidade trabalhando como médico de programa de saúde da família (...) (...) a residência em programa de saúde da família tem (...) facilitado esse trânsito do aluno (...)	3	23%
Interdisciplinariedade	(...) modelo que nós criamos (...) pro internato (...) é interdisciplinar (...)medicina, odonto e enfermagem (...) nós fazemos em equipe (...) o papel importante, as vezes, do enfermeiro dentro desse processo de acompanhamento (...)	2	15,4%
Integração Ensino-Serviço	(...) o interesse de gestores que a universidade se insira, inclusive fazendo... assinando termos de convenio com a universidade para que os estudantes se insiram na Atenção Primária (...) Já conseguimos sanar várias (dificuldades) dessas aqui. (...) temos, é, grandes parceiros agora. (...) a secretaria de saúde do estado e do município já se tornaram muito parceiros (...)	2	15,4%

continua

Tabela 9 – Condições facilitadoras para a estruturação do Internato em APS, segundo os Coordenadores

		conclusão	
Categoria	Depoimentos	Número	%
Aspectos dos Discentes	(...) a participação das ligas, dos nossos alunos nas ligas acadêmicas, né? “Tamo” tentando juntar aqui, a liga acadêmica com alunos do internato, pra ver se... os alunos da liga já chegam mais estimulados no internato mais adiante. (...)	2	15,4%
Outras	(...) eu tenho o <i>facebook</i> da disciplina... porque eu ponho um comunicado, na mesma hora, vinte, trinta já visualizaram (...) (...) não tem facilidade (...)	1	7,7%
TOTAL DE UNIDADES DE REGISTRO		13	100%

Apesar destes aspectos positivos, as dificuldades foram bem mais numerosas nas falas. Problemas como a estrutura precária das Unidades de Saúde, pobre integração entre universidade e serviços de saúde, pouco suporte aos acadêmicos e mesmo a resistência de alunos ao estágio em APS foram bastante comentados. Entretanto, houve grande destaque aos obstáculos na estruturação da preceptoria: dificuldade de se contratar preceptores, bem como a qualificação insuficiente destes, foram tópicos frequentes nos discursos dos Coordenadores. A tabela 10 dá realce às opiniões sobre a unidade de contexto preceptoria.

Tabela 10 – Dificuldades relacionadas à preceptoria do Internato em APS, segundo os Coordenadores.

Categoria	Respostas
Preceptoria	(...) Falta de preceptores . Enquanto que nas outras áreas, como pediatria e clínica médica, encontram-se mais de 15 preceptores (...), no Internato de MFC são apenas 6 (...) para uma demanda de 50 alunos na prática (...)

continua

Tabela 10 – Dificuldades relacionadas à preceptoria do Internato em APS, segundo os Coordenadores.

conclusão

Categoria	Respostas
Preceptoria	<p>(...) Dependemos muito dos médicos assistentes da rede, sendo a maioria sem perfil para a proposta de trabalho, com falta de compromisso, com relações trabalhistas desgastadas, com salários baixos A maioria dos médicos da rede não aceitam os alunos e alegam não receber nenhuma contrapartida financeira (...)</p> <p>(...) Falta de médicos qualificados ou especialistas em MFC (...)</p> <p>(...) Falta de um espaço de educação permanente entre os preceptores docentes para discutir tais demandas do Internato em MFC. (...)</p> <p>(...) Perfil de professores com formação que não potencializam a ESF na formação. (...)</p> <p>(...) Dificuldade de preceptoria (...)</p> <p>(...) a instituição não tem, não pode oferecer salário para essas pessoas (...)</p> <p>(...) é preceptor porque nós não temos professores, alguns se aposentaram, as vagas se perderam (...)</p> <p>(...) falta professores em determinadas áreas (...)</p> <p>(...) falta preceptores, falta melhor regularizar preceptores, que esse é outro problema sério também, né, a regularização da preceptoria (...)</p> <p>(...) dificuldade hoje no internato, é termos professores, né (...)</p> <p>(...) Exatamente! (...) tem muitos que não querem (...) falta de preceptoria (...) “Ah, eu não tô aqui pra trabalhar de graça pra universidade nem pra formar ninguém”</p> <p>(...) você tem um sistema que não tá preparado pra receber os alunos, falta mais... falta mais professores ou falta qualidade também nos próprios professores. (...)</p> <p>(...) a pouca formação do corpo docente - boa parte dos profissionais tem uma formação em saúde coletiva muito superficial (...)</p> <p>(...) não há uma formação específica, às vezes dificilmente trabalhamos com profissional que tem uma formação específica na saúde de família (...)</p> <p>(...) você tem um sistema que não tá preparado pra receber os alunos, falta mais... falta mais professores ou falta qualidade também nos próprios professores. (...)</p> <p>(...) se o aluno cai numa equipe de PSF que o médico não é muito presente, o aluno fica muito inseguro (...)</p>

A estrutura deficiente das Unidades de Saúde e a frágil relação entre universidade e serviços de saúde foram lembradas com frequência. A tabela 11 dispõe os depoimentos sobre estas dificuldades.

Tabela 11 – Dificuldades relacionadas à estrutura da APS e à integração ensino-serviço, segundo os Coordenadores.

Categoria	Respostas
Estrutura da APS	(...) O que se observa: falta de segurança, USF sem estrutura física adequada, condições de trabalho precárias (...)
	(...) Estrutura das unidades (...)
	(...) as unidades básicas aqui são básicas mesmo. Não fazem absolutamente nada disso (...) Nem um curativo na unidade básica de criança não é feito. (...) Quando muito tem vacina. (...)
	(...) é tudo muito feio! Eu acho muito feio. Não tem nada muito bonitinho pra trabalhar lá, então não é atrativo (...)
	(...) aqueles cenários que nós queremos que os alunos é... tenham vivência. Nem todos nós conseguimos na realidade (...)
	(...) de você fazer um rodízio que você não consegue porque o sistema tá alheio a você, o sistema não tá... A gente tenta se adequar ao sistema, não é o sistema que se adequa ao ensino, e aí tem o prejuízo (...)
	(...) assistência nem sempre sai boa, e o aluno tá vendo aquela assistência, né? (...)
(...) seja na UBS, que você não... você não...não consegue limitar o número de consultas pra ter uma melhor discussão (...)	
(...) você tem um problema sério, porque existe uma concorrência com o próprio mercado... concorrência com duas... com duas faculdades, né, particulares (...)	
Integração com Serviços	(...) A administração dos Distritos é das Secretarias Municipais de Saúde de suas respectivas cidades (cenários de prática) e não da Instituição de Ensino Superior (...) conveniada. Portanto, as IES não podem intervir nos processos de trabalho das Equipes, na estrutura física, de pessoal, de medicamentos e insumos da Unidade de Saúde (...)
	(...) Convênios existentes (...)

continua

Tabela 11 – Dificuldades relacionadas à estrutura da APS e à integração ensino-serviço, segundo os Coordenadores.

conclusão

Categoria	Respostas
Integração com Serviços	<p>(...) o escalão superior muito distante do serviço público de saúde (...) uma tramitação de documentos, que acabam dificultando a gente acelerar esse processo (...)</p> <p>(...) mudou prefeito, mudou secretário de saúde, então se muda, o jogo muda. E aí tivemos dificuldades pra inserção (...)</p> <p>(...) o excesso de burocracia pra colocar o nosso aluno É preciso muita conversa, é preciso muito tato. Ah... porque as pessoas as vezes se sente donas, se sentem donas dos cargos (...)</p>

Por fim, apareceram também duas unidades de contexto que dialogam entre si: a resistência dos alunos ao estágio em APS; e, por outro lado, a falta de suporte, acadêmico e logístico, a estes estudantes – o que pode, em parte, intensificar o desgosto dos internos por este estágio. Os comentários listados na tabela 12 detalham estas percepções.

Tabela 12 – Dificuldades relacionadas aos discentes, segundo os Coordenadores.

Categoria	Respostas
Resistência dos Alunos	<p>(...) resistência dos próprios alunos que consideram "desnecessário" a passagem pelo PSF neste momento (...)</p> <p>(...) Resistência dos acadêmicos (...) de medicina com práticas na Atenção Básica</p> <p>(...)o que eu vejo nos alunos é o seguinte: quantos deles viram pra mim e falam assim: não, então eu vou trabalhar no programa de Saúde na Família."... né? (...)</p> <p>(...) muitos estão preocupados com a apostila do MedCurso, né? É MedCurso pra cá (...)</p> <p>(...) resistência dos alunos (...)</p> <p>(...) Quando lê, quer só decorar, não quer entender (...)</p>

continua

Tabela 12 – Dificuldades relacionadas aos discentes, segundo os Coordenadores.

conclusão

Categoria	Respostas
Suporte ao acadêmico	(...) Falta de planejamento das atividades junto às equipes do PSF. (...)
	(...) Falta de supervisão sistemática da Coordenação do Internato da MFC por acúmulo de demandas (...)
	(...) Falta de programação específica com orientação do papel do interno nestes locais (...)
	(...) Dificuldades de agregar equipes da estratégia saúde da família com perfil pró ativo no processo de formação (...)
	(...) a locomoção, né? A distância (...)
	(...) não tem alimentação nos locais pro aluno (...)
	(...) eles não sabem muito bem o que que eles vão fazer lá (...)

Desta maneira, pode-se dizer que as dificuldades apontadas centram-se principalmente nos problemas relacionadas à preceptoria dos internos, à estrutura das Unidades de Saúde, à pobre integração ensino-serviço e ao desinteresse dos alunos pelo Internato em APS.

7.3 Os alunos estão preparados para o trabalho em APS?

A penúltima pergunta da entrevista com os Coordenadores procurou apreender a percepção acerca da preparação do futuro médico para o trabalho em Atenção Primária à Saúde. Um coordenador revela:

“(...) ele (o interno) não tem uma formação robusta, uma formação que seja adequada pra exercer com habilidades e competências seu papel de generalista.

(...) respondendo de forma pragmática, nós não temos, nós não estamos conseguindo preparar com esse foco. Nossa formação, ela ainda é

excessivamente especialista, ela é fragmentada (...)” (Coordenador Instituição 1)

Outro coordenador concorda que os alunos não têm sido adequadamente preparados para o trabalho na APS:

“Eu acho que ainda falta uma campanha, digamos assim, dentro da instituição, né, das instituições... universidades em relação ao papel da Estratégia Saúde da Família, né? Qual é o papel do médico na saúde da família? Que que ele tem que fazer? Ele não tem só que medicar, né? Não é só medicar. Ele tem que orientar, e eu acho que o nosso aluno, ele sai ainda da instituição com dificuldade em fazer orientação (...)
 (...) ele fica muito tempo fazendo disciplinas, assim, aqui, que não tem nada a ver com a realidade do médico, né, com a realidade do médico lá na frente (...)
 (...) Muito carentes (em Medicina ambulatorial) (...). Exatamente. E a Estratégia Saúde da Família, ela usa muito da metodologia da medicina ambulatorial (...) eu vejo ainda que o pessoal perde muito paciente, então parece que não cria aquele... aquele vínculo, aquela, aquele compromisso (...)” (Coordenador da Instituição 3)

O terceiro dos quatro entrevistados coloca que uma boa formação em APS depende muito do interesse do aluno:

“(...) Não, sinceramente eu não acho não (percepção acerca da preparação do futuro médico para trabalhar na ESF). Eu não acho não. Mesmo porque, eu acho assim, que... que... é... precisava realmente de um estímulo pra ele ir pra essa unidade de saúde e se integrar mesmo na equipe e fazer um trabalho mais voltado praquela coisa (...)
 (...) Então, agora, de maneira geral eu acho que, assim, o aluno da Universidade (...) poderia sair mais... se ele tiver interesse ele sai... ele consegue tocar uma... uma equipe de Saúde na Família (...) O cara tem que ter interesse, né, como eu disse (...)” (Coordenador da Instituição 5)

Um entrevistado afirma que os alunos de sua instituição estão sendo preparados adequadamente:

“(...) Eu acho... eu acho que eles estão... eles estão sendo preparados... é... dentro do que o sistema consegue oferecer, dentro do que... dentro das possibilidades que nós conseguimos dentro do sistema a gente consegue sim ter uma percepção boa, porque nós temos ex alunos...na UBS trabalhando aqui (...) e, com certeza, tem boas (...) boas avaliações institucionais

(...) foram formados numa ideia de Saúde da Família (...) Então, ele consegue vivenciar muito a Unidade Básica de Saúde e, com certeza, saindo do sexto ano, ele consegue perfeitamente desempenhar as funções de um médico no Saúde da Família (...)" (Coordenador da Instituição 6)

Importante notar que a certeza de estar formando médicos com competências suficientes para o trabalho em APS é assumida apenas por um dos entrevistados. Esta percepção torna-se especialmente importante considerando que, recentemente, o governo brasileiro lançou dois programas visando suprir a carência de profissionais médicos na atenção básica: o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB (BRASIL, 2011g) e o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013c). Este último, inclusive, propõe mudanças na formação médica: na graduação, defende que o Internato dedique o mínimo de 30% de sua carga horária ao ensino de urgências/emergências e APS. No entanto, é preciso refletir se apenas esta mudança será suficiente para modificar o perfil de profissional que está sendo formado pelas escolas médicas brasileiras.

7.4 O que mudar no Internato para uma melhor orientação à APS?

Questionamos os Coordenadores sobre o que, diante de sua vivência, mudariam na realização do Internato na área de APS. A tabela 13 sumariza o conteúdo das respostas, onde se destacam principalmente os anseios por maior integração universidade-serviços de saúde, a reorientação do currículo da graduação em Medicina para ênfase no ensino da APS, e a melhor estruturação das Unidades de Saúde.

Tabela 13 – Sugestões para o aperfeiçoamento do Internato em APS, segundo os Coordenadores.

Categoria	Respostas	Número	%
Mais integração ensino-serviço	(...) Gestores de Saúde mais comprometidos com a Atenção Primária em Saúde, e com a relação ensino-serviço em APS (...)	9	

continua

Tabela 13 – Sugestões para o aperfeiçoamento do Internato em APS, segundo os Coordenadores.

continuação

Categoria	Respostas	Número	%
Mais integração ensino-serviço	(...) Maior integração entre a Rede de Assistência do SUS e as IES (...)	9	
	(...) Maior integração ensino - serviço (gestão e assistência) (...)		
	(...) Maior integração entre a Universidade e as equipes de PSF no que diz respeito ao internato (...)		
	(...) Realizar planejamento das atividades, conjuntamente, com as equipes, personalizando o programa em cada USF (...)		
	(...) Melhorar convênios (...)		
	(...) aumento do número de preceptores (...)		
Reorientação do Currículo	(...) Então ele ainda se sente protegido dentro da... (...) dentro da unidade hospitalar! Ainda é um ambiente protegido de aprendizado (...)	7	
	(...) Mais escola. Mais escola. Essa pra mim é a palavra. Mais escola. Né? Não fosse tanto serviço, mas fosse mais escola (...)		
	(...) Maior investimento das IES nas Práticas de MFC (...)		
	(...) Melhorar currículo (...)		
	(...) Estruturação do estágio em Saude da Família, com objetivos traçados pelos profissionais que atuam no programa em conjunto com as necessidades do currículo médico (...)		
	(...) Início das práticas na comunidade e na ESF em períodos iniciais do curso de Medicina (...)		
(...) Ter um fórum permanente do Internato em MFC para discussões dos problemas encontrados. Criarmos um grupo de discussão sobre o tema entre os docentes da Região Norte que lecionam no Internato para troca de experiências (...)			
(...) o aluno deveria dispensar bastante tempo dele na unidade básica, que é o que a gente tem frisado com o aluno, durante a fo... a sua formação mais acadêmica mesmo, do primeiro ao quarto ano, né?			
(...) revendo a nossa estrutura curricular (...)			

continua

Tabela 13 – Sugestões para o aperfeiçoamento do Internato em APS, segundo os Coordenadores.

conclusão

Categoria	Respostas	Número	%
Melhoria na estrutura da Atenção Primária	(...) investimentos estruturais na Atenção Básica (...)		
	(...) melhoria nas condições físicas das unidades do PSF (...)		
	(...) Melhorar estrutura (...)		
	(...) a valorização do profissional de PSF (...)		
	(...) melhoria na... nas condições das unidades de saúde (...)	7	20%
	(...) Então, elas tinham uma estrutura pra receber aluno tal como: sala de reunião, sabe, onde a gente podia fazer uma reunião legal, que aqui não tem! (...)		
	(...) condições que... que é exercida, que é realizada, eu acho que tem como melhorar (...)		
TOTAL DE UNIDADES DE REGISTRO		15	100%

Surge nas entrevistas depoimentos não manifestados nas respostas à questão aberta do questionário. Por suas características, agrupamos estas falas em uma categoria que nomeamos como “Reorientação do Internato para a APS”. A tabela abaixo sumariza estes comentários. Nota-se sugestões como a aproximação entre as outras áreas de conhecimento do Internato e a APS; o aumento da carga horária específica para a APS; e a inserção de mais professores neste campo de estágio.

Tabela 14 – Sugestões para a reorientação do Internato para a APS, segundo os Coordenadores.

Categoria	Depoimentos
Reorientação do internato	(...) especialidades básicas: a médica, a cirúrgica, a pediátrica, e a gineco, (...) elas precisariam também é perpassar a atenção primária, (...)
	(...) aumentar carga horaria do internato voltado pra atenção primária (...)

continua

Tabela 14 – Sugestões para a reorientação do Internato para a APS, segundo os Coordenadores.

conclusão

Categoria	Depoimentos
Reorientação do internato	(...) não ficar em enfermaria vendo casos raros ou pneumonia hospitalar (...)
	(...) outras areas precisam também incorporar a atenção primaria dentro de suas práticas (...)
	(...) professores em todas as unidades básicas e que todos os alunos passassem em todas as áreas... em todas as cinco áreas que eles tivessem um momento, tá, uma carga horária alta... do paciente na atenção, ali, no <i>tête-à-tête</i> , num consultório, numa unidade básica de saúde (...)
	(...) Falta essa coisa, essa integração, essa coisa de aprender o que que é mesmo, sabe? E sair pro campo...uma ação combinada entre os médicos que tão lá, entre as equipes de Saúde da Família, (...) os propósitos que se espera dentro do... do curso, do que se espera do aluno, (...)
	(...) levar professores pra lá, então eu consigo levar um professor de cirurgia que goste de fazer pequena cirurgia, e ele vá desenvolver essa atividade lá dentro (...)
	(...) fica faltando é aquela coisa de unidade de saúde da família, onde o médico vai à comunidade, o médico se disponibiliza pra comunidade, ele conhece a comunidade onde ele tá, sabe? (...)

Para se ter uma visão do conjunto das sugestões captadas tanto pelo questionário *online* quanto pelas entrevistas, construímos o gráfico 23, que dispõe uma síntese do quantitativo de sugestões por categoria.

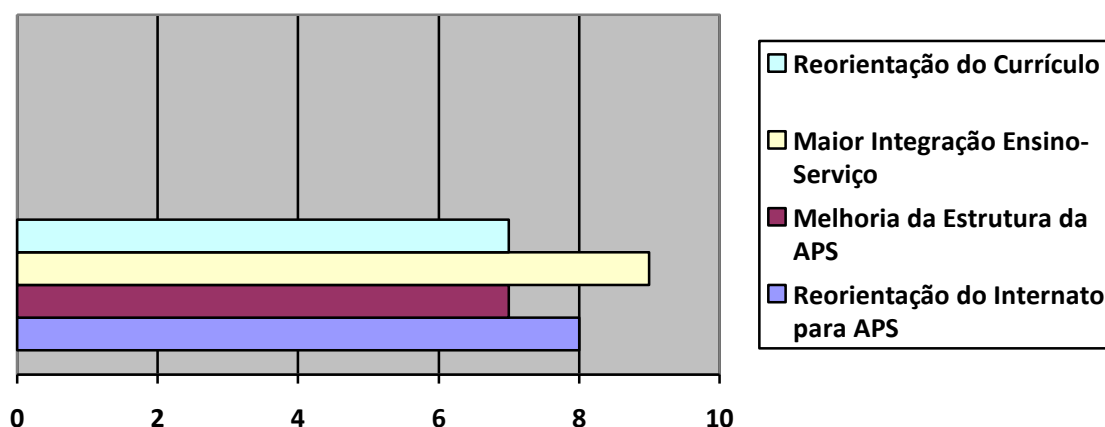


Gráfico 23 – Quantitativo de sugestões para o aperfeiçoamento do Internato, segundo os Coordenadores, por categoria temática.

Finalmente, observamos que não apareceram sugestões concretas para a mudança de algumas das maiores dificuldades relatadas no Internato, como os problemas com preceptoria, o desinteresse dos alunos pela APS e o pouco suporte aos acadêmicos em aspectos logísticos do estágio. Entretanto, é bastante óbvio que estes são pontos que merecem intenso trabalho por parte das instituições de ensino, e põem-se como imenso desafio para as escolas médicas – e, talvez, mesmo para o Ministério da Educação.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil passa por um momento histórico especial. A opção por um sistema de saúde com Atenção Primária à Saúde (APS) como base estruturante foi realizada em 1996, com a Estratégia Saúde da Família (ESF), e persiste até os dias atuais. Apesar das dificuldades encontradas, como financiamento insuficiente, falta de gestores qualificados, e carência de profissionais especialistas em APS, o caminho é correto, pois vimos que em muitos países do mundo uma APS fortalecida se traduz em um sistema eficiente e com boa relação custo-efetividade.

A escassez de especialistas faz com que os postos de trabalho médico sejam frequentemente ocupados por médicos recém-graduados. A prática como docente no Internato permite observar que alguns alunos dedicam-se a aprender a medicina generalista, pois consideram exercer a profissão logo que recém-formados. Outros, entretanto, optam por cursar residência médica imediatamente ao final da graduação. Estes últimos, muitas vezes, preterem o aprendizado do Internato em detrimento do estudo para seleção em programas de residência. Desta forma, é papel principalmente das escolas médicas assumir o compromisso de formar profissionais aptos para o trabalho em APS.

Nossa principal questão motivadora para esta pesquisa foi saber se as escolas médicas públicas da região Norte estão oportunizando, no Internato, o aprendizado de competências suficientes para o trabalho em APS. Os achados da pesquisa evidenciam que esta formação não está acontecendo de maneira adequada. Apesar dos projetos pedagógicos (PPC's) revelarem que as escolas médicas estudadas buscam formar profissionais com perfil generalista e identificados com as necessidades da comunidade amazônica, o percurso formativo mostra-se distante da APS.

Os programas de Internato necessitam, a nosso ver, de uma série de melhorias. A começar pelo aumento da carga horária dedicada ao ensino da APS; atualmente, no máximo vinte e cinco por cento da carga total do Internato são dedicadas a esta área. Os resultados de nossa pesquisa ainda revelam que os programas também são, em todas as instituições, fragmentados em estágios em diferentes áreas do conhecimento; ademais, estes parecem

não estar voltados ao ensino de competências generalistas - ao contrário, o enfoque parece ainda ser, conforme a própria opinião dos coordenadores de Internato, em medicina hospitalar e atenção secundária ou terciária.

É ainda notada a ausência de definição clara de uma matriz de competências que contenha os conhecimentos, habilidades e atitudes que o interno deve desenvolver ao longo do Internato. Ainda que alguns PPC's definam objetivos gerais e específicos do Internato, estes, via de regra, são superficialmente estabelecidos. Ter clareza sobre quais competências devem ser desenvolvidas ao longo do Internato é passo fundamental para o sucesso do processo formativo, pois permite à escola encontrar os melhores cenários de aprendizado para cada competência.

Além disso, fica evidenciado que também os métodos de avaliação dos internos não estão claramente definidos nos PPC's. E mesmo nas instituições que estes métodos são explicitados no PPC, nota-se que há pouca utilização de instrumentos validados para avaliação de competências. Contar com processos avaliativos bem estruturados é essencial para se verificar o aprendizado.

Apesar destas observações, é positivo notar que todos os programas de Internato contemplam estágio na Estratégia Saúde da Família, modelo principal de APS no Brasil atualmente. A percepção de que ao menos metade das escolas tem realizado estágio em municípios do interior dos Estados (Estágio Rural), é uma constatação da mesma forma animadora. Entretanto, consideramos esta uma iniciativa ainda timidamente utilizada, levando em conta o seu potencial indutor de interiorização dos profissionais médicos.

Os Coordenadores de Internato comentaram sobre os desafios a serem enfrentados. Dentre estes, as dificuldades de encontrar preceptores disponíveis e qualificados foram os mais lembrados. A estrutura precária das Unidades de Saúde e os contratemplos na integração entre universidade e serviços de saúde também são bastante citados. Por fim, apresenta-se também como desafio tornar o campo da APS atraente para o interno.

Compartilhamos dos anseios dos coordenadores entrevistados. É necessário uma reorientação do currículo da graduação e do próprio Internato para ênfase no ensino da APS. Além disso, é preciso uma melhor estruturação das Unidades de Saúde, bem como uma maior integração universidade-serviços de saúde. Enquanto os hospitais forem mais

atraentes e contarem com processos de ensino melhor estruturados do que as Unidades de Atenção Primária, teremos dificuldades de aumentar o interesse dos alunos pela APS.

Entendemos que a construção desta investigação ganhou especial significância em função do momento atual no Brasil. Durante a concepção, elaboração e execução desta pesquisa, o governo brasileiro intensificou os esforços para a provisão de médicos para a APS com dois programas: o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB (BRASIL, 2011g), e o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013), este último criado através de Medida Provisória (MP) – uma ferramenta de gestão utilizada em casos de emergência. Os dois programas têm uma justificativa em comum: a carência de profissionais médicos na Estratégia Saúde da Família. Este problema possui múltiplas razões, e não é nosso objetivo discuti-las aqui. Entretanto, o Programa Mais Médicos, além de propor mecanismos de contratação de médicos para regiões carentes, sugere uma série de mudanças na formação médica – certamente porque acredita que a educação médica ainda é demasiadamente afastada da APS. Uma das propostas da MP é o aumento de carga horária de APS no Internato – o que está, de certo modo, consoante com os achados da nossa pesquisa.

Não se sabe se reorientando a formação médica para a APS teremos um maior número de profissionais interessados nesta área de atuação. No entanto, é função da Universidade pública, também, responder às demandas da sociedade. Desta forma, redirecionar o currículo de graduação e os programas de Internato para a APS é uma maneira de formar profissionais aptos a oferecer maior resolubilidade aos problemas de saúde da população brasileira.

Considerando o referencial teórico abordado e os resultados desta pesquisa, elaboramos, como produto deste trabalho, um conjunto de diretrizes que reconhecemos essenciais para a reorientação do Internato médico em direção a uma sólida formação em APS. Este foi um dos objetivos específicos de nossa pesquisa do mestrado. Esperamos que, desta forma, possamos contribuir na reestruturação dos programas de Internato de Universidades que desejem formar médicos com perfil para a APS.

Verificar o impacto destas adaptações na formação médica fica como desafio para novas pesquisas. Como sugestão, seria interessante um estudo que ouvisse a opinião de médicos recém-graduados, trabalhando na ESF; comparando o desempenho daqueles que

se formaram em modelos tradicionais de Internato com os que passaram por modelos reorientados pelas diretrizes que propomos.

9 PRODUTO

DIRETRIZES PARA ORIENTAÇÃO DO INTERNATO MÉDICO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O desenvolvimento da humanidade e a busca por melhores condições de vida tem gerado um contexto de necessidades crescentes em termos de provisão de serviços de saúde. Por outro lado, a evolução das ciências médicas tem trazido custos cada vez maiores para a população. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem se mostrado fundamental na estruturação de sistemas de saúde, pois tem sido associada a resultados satisfatórios com custos acessíveis. Desta maneira, cada vez mais países e instituições optam por ter, como base estruturante de seu sistema, uma APS forte e resolutive.

O Brasil assumiu este posicionamento com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Entretanto, uma das dificuldades encontradas é a carência de médicos especialistas nesta área. Desta maneira, a ESF tem contado com a força de trabalho de muitos médicos recém-graduados. Sendo assim, é essencial que o médico não especialista tenha uma sólida formação em APS.

O Internato médico, como fase formativa predominantemente prática, cumpre papel ímpar na oferta de oportunidades de aprendizado para o aluno de medicina. Considerando o que expomos, é importante então que as escolas médicas orientem seus programas de Internato para uma robusta aquisição de competências na área da APS.

Evidencia-se que, até o presente momento, não dispomos no Brasil de diretrizes para a elaboração de programas de Internato. Tampouco dispomos de orientações a respeito de como orientar o Internato para o aprendizado das competências essenciais para o trabalho em APS. A Associação Brasileira de Educação Médica vem desenvolvendo trabalho para elaborar diretrizes para o Internato desde 2009. Este provavelmente será um documento de fundamental importância para a educação médica do país – mas ainda não está concluído.

Ao tomar os resultados da pesquisa “Ensino das competências para o trabalho médico em Atenção Primária à Saúde no Internato das Universidades Públicas da Região Norte”, realizada no Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), propomos um conjunto de diretrizes para orientar a organização e o desenvolvimento do Internato que defendemos como ideal. Temos a expectativa que estas diretrizes possam auxiliar as escolas médicas no desafio de formar profissionais generalistas com orientação comunitária.

Para uma leitura mais clara, construímos o quadro 2 onde agrupamos as diretrizes por categorias que representam os distintos enfoques a serem trabalhados na estruturação do Internato orientado para a APS. Além de considerar os achados da pesquisa, a elaboração destas diretrizes fundamentou-se em outros documentos oficiais, que serão referenciados no rodapé do quadro.

Quadro 2 – Diretrizes para orientação do Internato médico para a APS.

Currículo Pré-Internato
<p>Estrutura Curricular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incluir disciplinas relacionadas à APS em todos os períodos - Articular as disciplinas curriculares de maneira vertical (em um mesmo período) e longitudinal (ao longo do curso), buscando uma formação direcionada à medicina generalista - Inserir o aluno precoce e continuamente na APS - Ofertar atividades complementares e disciplinas optativas vinculadas à APS <p>Trabalho de Conclusão de Curso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir linhas de pesquisa prioritárias, com forte estímulo em APS - Estimular trabalhos que surjam da problematização de situações vivenciadas em APS durante a graduação

continua

Quadro 2 – Diretrizes para orientação do Internato médico para a APS.

continuação

Programa de Internato
<p>Matriz de competências</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir claramente uma matriz de competências essenciais a serem adquiridas nos níveis de atenção primária, secundária e terciária - Considerar como referencial, para a matriz de competências referentes à APS, a Política Nacional de Atenção Básica, as recomendações da Sociedade Brasileira e Organização Mundial de Medicina de Família e Comunidade e da Associação Brasileira de Educação Médica, bem como as Diretrizes Curriculares Nacionais - Definir os cenários de aprendizagem mais adequados para o aprendizado de cada competência - Criar instrumento de registro de atividades do interno, que servirá para a verificação das competências progressivamente adquiridas <p>Estrutura dos Estágios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inserir o estágio em APS como atividade principal do último semestre do internato, contabilizando no mínimo 25% da carga horária total do Internato - Inserir, como única atividade paralela ao estágio de APS, plantões semanais de emergências/urgências, o que tornará o último semestre do curso muito semelhante à prática profissional do médico não especialista - Dedicar o restante da carga horária para rodízios entre clínica médica, pediatria, clínica cirúrgica e ginecologia/obstetrícia - Priorizar, nestes estágios, o ensino de competências necessárias para o trabalho em APS - Oferecer estágio optativo de um mês no último ano do Internato a fim de criar condições para o aperfeiçoamento desejado em área da atenção secundária/terciária e oportunizar o contato com a APS em outras cidades/Estados/países <p>Preceptoría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vincular oficialmente a preceptoría à Universidade, coordenada por tutor acadêmico - Aumentar o número de professores especialistas em Medicina de Família e Comunidade nas Universidades, para atuarem como tutores - Promover continuamente a formação e educação permanente para preceptores

continua

Quadro 2 – Diretrizes para orientação do Internato médico para a APS.

continuação

Programa de Internato
<p>Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir claramente os métodos de avaliação, escolhendo-se os instrumentos mais adequados para cada competência a ser avaliada - Utilizar instrumentos validados como Conceito Global, Portfólio e Mini-Ex, de maneira formativa e somativa² - Avaliar conhecimentos, habilidades e atitudes em cada estágio
Estágio em APS
<p>Cenário</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estruturar este estágio preferencialmente em Estratégia Saúde da Família - Dedicar parte da carga horária do estágio em APS em municípios do interior dos Estados <p>Logística de apoio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Providenciar transporte e alimentação ao aluno em todos os estágios - Providenciar transporte para visita de tutores às Unidades

continua

² Diversos instrumentos têm sido validados para avaliação estruturada de competências médicas. Com o Conceito Global, por exemplo:

(...) os docentes podem expressar sua percepção global dos alunos, de forma mais objetiva, em relação a duas esferas distintas da competência: técnica (contendo itens como história clínica, exame físico, conhecimento médico, julgamento clínico, solução de problemas e hábitos no trabalho) e humanista (incluindo comunicação com pacientes e familiares, respeito, habilidades reflexivas, sensibilidade ao contexto e trabalho em equipe) (DOMINGUES et al, 2009, p.148).

O Portfólio reflexivo, por sua vez, é instrumento que parece ter grande valor na avaliação formativa. Segundo Gomes (2010, p. 393):

Reconhecendo-se o enfoque problematizador como uma resposta inovadora frente aos desafios presentes na formação dos profissionais de saúde...o objetivo majoritário de sua utilização, nestas situações, seria o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática e, a partir desta, da possibilidade de articular conhecimentos teóricos e aplicar/intervir no processo de trabalho, completando o circuito da problematização.

O Miniexercício Clínico Avaliativo (MiniEx), é por sua vez, “instrumento de avaliação de competências clínicas que consiste na observação feita pelo professor em uma consulta focada, realizada pelo interno, no ambiente de trabalho” (MEGALE, 2009, p.166).

Quadro 2 – Diretrizes para orientação do Internato médico para a APS.

continuação

Estágio em APS
<p>Preceptorial e tutoria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oferecer transporte e reservar carga horária para que o tutor visite as Unidades periodicamente - Reunir preceptorial periodicamente com os tutores, no mínimo mensalmente - Envolver ativamente a preceptorial na concepção da dinâmica do estágio, no planejamento e na elaboração dos materiais pedagógicos (fichas de avaliação, materiais educativos para internos, etc) - Propiciar educação permanente para os preceptores através da própria Universidade, e/ou fomentando participação em eventos científicos - Atrair preceptores para outros projetos universitários, como PET-Saúde, ou editoração de publicações
Integração Ensino-Serviço
<p>Integração acadêmica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrar o Internato médico com o estágio final dos demais cursos de graduação em saúde <p>Integração com profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oficializar a participação da Universidade e dos internos nas políticas de educação permanente dos profissionais da rede - Oferecer cursos de preparação dos demais profissionais da rede pública para a função de preceptorial <p>Integração com a comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oficializar a participação da Universidade nas instâncias de pactuação do SUS, como Conselhos Municipais de Saúde e Comissões de Integração Ensino-Serviço³

continua

³ Os Conselhos Municipais de Saúde e Comissões de Integração Ensino-Serviço são, respectivamente, dispositivos para fomentar o controle social do Sistema único de Saúde, e a articulação entre este e as instituições de ensino. Estão previstos na lei federal 8080/90 (BRASIL, 1990).

Quadro 2 – Diretrizes para orientação do Internato médico para a APS.

conclusão

Estrutura das Unidades de Saúde
<p>Estrutura física</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular e auxiliar a adesão dos municípios aos programas de qualificação de Unidade de Saúde, como o Requalifica⁴ - Envidar esforços para investimentos estruturais em parceria Universidade – Serviços de Saúde, através de termos de cooperação <p>Estrutura de ensino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar, nas Unidades de Saúde, biblioteca mínima, acesso a Internet e tecnologias de informação e comunicação em Saúde, como o Telessaúde e o portal de periódicos da CAPES⁵

⁴ O Requalifica – ou Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011f) – é iniciativa do Ministério da saúde para fomentar financeiramente a adequação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde.

⁵ O Projeto Telessaúde Brasil Redes visa fornecer aos profissionais da APS, através de tecnologias de informação e comunicação, ferramentas de educação permanente e de suporte à dúvidas. O portal de periódicos CAPES é uma iniciativa do da Comissão de Aperfeiçoamento do Pessoal do Ensino Superior (vinculado ao Ministério da Educação) que disponibiliza acesso a milhares de revistas científicas eletrônicas. Para saber mais, acesse <http://www.telessaudebrasil.org.br/> e <http://www.periodicos.capes.gov.br/>, respectivamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEM - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Projeto ABEM 50 anos: dez anos das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.** 2011. 38 p. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf/50anos.pdf>

ALEXANDRE, J. W. C. et al. Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 23, 2003, Ouro Preto. Resumos... Ouro Preto: Associação Brasileira de Engenharia de Produção, 2003.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, online, 139-154, 1998.

BOLLELA, V. R.; MACHADO, J. L. M. O Currículo por competências e sua relação com as diretrizes curriculares nacionais para a graduação em medicina. **Science in Health**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 126-142, 2010.

BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales.** 3rd ed. Philadelphia: Open University Press, 2005. 211 p.

BRANDALISE, L. T. **Modelos de medição de percepção e comportamento: uma revisão.** 2005. Disponível em: <<http://www.lgti.ufsc.br/brandalise.pdf>>

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica, 2013a. 28 p.

BRASIL. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.** 2013b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>

BRASIL. **Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. 2013c. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm

BRASIL. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica, 2012a.

BRASIL. **Diretrizes de assistência ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_de_pre-natal_2012_1__1_final_1.pdf

BRASIL. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 33, 2012c. 272 p.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, v. 1, n. 28 n. 28, 2011b.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011c. Disponível em:

<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

BRASIL. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011d. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html

BRASIL. Procedimentos. **Cadernos de Atenção Primária**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 30, 2011e. 64 p.

BRASIL. **Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. 2011f. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2011/prt2206_14_09_2011_rep.html

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011.** Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. 2011g. Disponível em http://189.28.128.99/provab/docs/geral/PORTARIA_INTERMINISTERIAL_n2087_de_01_de_setembro_de_2011.pdf.

BRASIL. **PET portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. 2010a. BRASIL. Rastreamento. **Cadernos de Atenção Primária.** Brasília: Ministério da Saúde, n. 29, 2010b. 95 p.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010c. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>.

BRASIL. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 86 p.

BRASIL. **Parecer CNE/CES Nº 8/2007, de 31 de janeiro de 2007.** Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. 2007b. Disponível em: http://www.unb.br/administracao/decanatos/dex/formularios/Documentos%20normativos/DEX/pces008_07.pdf

BRASIL. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

BRASIL. **PET tutorial lei nº 11.180, de 23 de setembro de 2005.** Institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza a concessão de bolsas de permanência a estudantes beneficiários do Programa Universidade para Todos – PROUNI, institui o Programa de Educação Tutorial – PET, altera a Lei no 5.537, de 21 de novembro de 1968, e a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providências.

BRASIL. **Projeto SB Brasil**: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 2004.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 2001a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Brasília: Ministério da Saúde / Ministério da Educação / Secretaria de Políticas de Saúde / Secretaria de Ensino Superior, 2001b. 27 p.

BRASIL. **Parecer Nº CNE/CES 1.133/2001, de 3 de outubro de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. 2001c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>

BRASIL. **Saúde da Família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade, 1996.

BRASIL. **ABC do SUS**: Doutrinas e Princípios. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. 1990a. 10 p.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. **Constituição Federal** (Artigos 196 a 200). 1988. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf

CANDEIAS, Nelly M. F., Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública, 31 (2): 209-13, 1997. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Website oficial do Conselho Federal de Medicina**. Disponível em: <http://www.portal.cfm.org.br/>, acesso em 12/10/2011.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM No. 1.342/91, de 08 de março de 1991**. Disponível em:
<http://www.portalmédico.org.br/Regional/crmgo/RESCFM1342-91.pdf>

COHN, A. Desigualdade, desenvolvimento social e políticas sociais no Brasil. **Cadernos Cedec** - Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. São Paulo: Cedec, 1996. 46 p.

DEMARZO, M. P. R et al. Internato Longitudinal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, online, v. 34, n. 3, p. 430-437, 2010.

DEVELLIS, R. F. **Scale development: Theory and applications**. Newbury Park, CA: SAGE Publications. 1991.

DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E.; ZEFERINO, A. M. Conceito global: um método de avaliação de competência clínica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2009.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

FENTON, J. J.; JERANT, A. F.; BERTAKIS, K. D.; FRANKS, P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. **Arch Intern Med.**; v. 172, n. 5, p. 405-411, 2012.

FERREIRA J. R. A Formação do médico generalista – contextualização histórica. **Cadernos ABEM**, online, v.2, p. 41-45, 2006.

GOMES, A. P. et al. Avaliação no Ensino Médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. **Rev. bras. educ. med.**; v. 34, n. 3, p. 390-396; 2010.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade** - 2 Volumes. Porto Alegre: ARTMED, 2012. 2222 p.

GUSSO, G. et al. **Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e Abem)**. 2009. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/ingles/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Metodologia das estimativas da população residente nos municípios brasileiros para 1º de julho de 2011**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística, 2011. 28 p.

LANDIM, F. L. P.; LOURINHO, L. A.; LIRA, R. C. M.; SANTOS, Z. M. S. A. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 53-58, 2006.

MAIA, J. A. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA N. A.; BATISTA, S. H. (orgs). **Docência em Saúde: temas e experiências**. 1ª ed. São Paulo: SENAC, p. 101-133, 2004.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3ª Edição. Porto Alegre, Bookman, 2001.

MAROCCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, online, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3rd.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 472 p.

MEGALE, L.; GONTIJO, E. D.; MOTTA, J. A. C. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 2009.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. *Revista APS*, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade?** *Cad. Saúde Públ.*, v. 9, n. 1, p. 239-262, 1993.

MITRE S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NUNES, E.D. **Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito**. Saúde e Sociedade v. 3, n. 2,, p. 5-21, 1994.

NUNNALLY, J. C. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill Inc, 1978. 736 p.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, online, v. 35, n. 1, p. 26-36, 2011.

OMS - CONFERENCIA INTERNACIONAL, Alma-Ata, 6-12 Setembro 1978 – **Cuidados primários de saúde: declaração de Alma-Ata**. Lisboa: **Gabinete de Estudos e Planeamento**, 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/Coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, online, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

POLIGNANO M. V. et al. Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG – 25 Anos de Integração Docente – Assistencial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2, 2004, Belo Horizonte. *Resumos...* Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

RAMOS, V. **A consulta em 7 passos**. Lisboa: VFBM Comunicação, 2008.126 p.

RUIZ, D. G.; FARENZENA, G. J.; HAEFFNER, L. S. B. Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, online, v. 34, n. 1, p. 21-27, 2010.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n.1, p. 1-15, 2009.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. São Paulo: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. 2002. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STREIT, D. S.; MACIEL, D. T.; ZANOLLI, M. B. Contribuição para a formação de médicos de acordo com as necessidades da Sociedade: interação com as políticas de articulação ensino, serviço, sociedade implementadas pelo Ministério da Saúde. **Cadernos ABEM**, online, v. 5, p. 21-29, 2009.

UFT - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Palmas, 2008. Disponível em:
<http://www.site.uft.edu.br/graduacao/palmas/medicina.html>

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The Ecology of Medical. **The New England Journal of Medicine**, 265:885- 892, 1961.

WONCA. **A definição europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar)**. WONCA/EUROPA (Sociedade Europeia de Clínica Geral / Medicina Familiar), 2002. Disponível em:
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>

ZEFERINO, A. M. B.; TRONCON, L. E. A.; HANAMOTO FILHO, P. T.; COMES, G. T. **Avaliação do estudante de medicina**: conclusões dos fóruns sobre o tema realizados nos Congressos Brasileiros de Educação Médica em Uberlândia, MG, 2007, e Salvador, BA, 2008. 2009. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pdf/relatorio_avaliacao_estudante.pdf

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000, 182 p.

ANEXO 1



MATRIZ PARA ANÁLISE DOCUMENTAL DO PROJETO PEDAGÓGICO DOS CURSOS DE MEDICINA E RESPECTIVOS PROGRAMAS DE INTERNATO

Instituição de Ensino:

Dados Gerais do Curso

Histórico e concepção do Curso

Justificativa do Projeto Acadêmico

Objetivos do Curso

Perfil Profissional de Egresso

Competências, atitudes e habilidades

Campos de atuação profissional

Organização Curricular

Proposta de Avaliação do Processo Ensino-Aprendizagem e do Projeto Acadêmico do Curso

Proposta da Estrutura Curricular

Dados do Internato

Objetivos do Internato

Estrutura e carga horária

Ementário do Internato (conteúdo programático dos estágios, métodos de ensino-aprendizagem, integração teórico-prática)

Áreas do conhecimento

Cenários do estágio

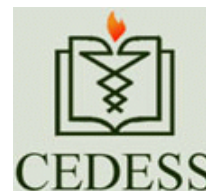
Características da Preceptoria

Coordenação do Internato e supervisão dos estágios

Avaliação dos internos

Avaliação do Internato

ANEXO 2



QUESTIONÁRIO PARA COORDENADOR

Prezado Coordenador,

Este questionário é o instrumento de coleta de dados para a pesquisa **Ensino das competências para o trabalho médico em Atenção Primária à Saúde no Internato das universidades públicas da região Norte.**

Esta pesquisa visa conhecer as experiências dos programas de Internato dos cursos de medicina de instituições públicas da região Norte do Brasil em relação ao desenvolvimento das competências para o trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF).

O questionário foi construído com base na Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece as competências e atribuições do médico que trabalha na Estratégia Saúde da Família.

Convidamos você para expressar a sua **percepção acerca do Internato no seu curso de Medicina.** Para tanto, deverá colocar um "X" na coluna que **mais corresponde ao seu grau de concordância com cada item.**

Há quatro opções para cada resposta: a escolha pelo número 1 reflete o menor grau de concordância, e o número 4, o maior grau de concordância.

Ao final das questões fechadas, você deve responder também, de maneira sucinta, duas questões abertas.

Muito obrigado por sua colaboração.

Instituição de ensino: _____

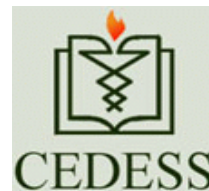
Oportunidades de aprendizado no Internato	Grau de concordância com a assertiva			
	1	2	3	4
Foi oportunizado participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação de uma equipe de Saúde da Família, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.				
Foi oportunizado desenvolver conhecimentos para manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal.				
Foi oportunizado utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local de uma Unidade Básica de Saúde.				
Foi oportunizado realizar consultas clínicas no cenário de Atenção Primária à Saúde (Estratégia de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde).				
Foi oportunizado realizar pequenos procedimentos cirúrgicos em algum momento do internato.				
Foi oportunizado realizar atividades educativas com grupos de usuários das Unidades Básicas de Saúde.				
Foi oportunizado realizar atividades de atendimento domiciliar aos usuários das Unidades Básicas de Saúde.				
Foi oportunizado realizar atividades educativas nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em algum momento do internato.				
Foi oportunizado realizar atividades de atenção à demanda espontânea, como pronto atendimento de pessoas com quadros clínicos agudos nas Unidades Básicas de Saúde.				
Foi oportunizado realizar atividades programadas, como atendimento de pessoas com problemas crônicos como hipertensão e diabetes, nas Unidades Básicas de Saúde.				
Foi oportunizado realizar atividades programadas, como supervisão da saúde de gestantes e prática de puericultura.				
Foi oportunizado realizar atividades programadas, como rastreamento de doenças como o câncer de mama e de colo de útero.				
Foi oportunizado aprendizado para encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário.				
Foi oportunizado o aprendizado de indicar, quando necessário, internação hospitalar.				
Foi oportunizado o aprendizado de indicar quando necessário, internação domiciliar.				
Foi oportunizado o aprendizado de contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe de Saúde da Família.				
Foi oportunizado o aprendizado para participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde.				

Questões abertas

1. Quais foram os três principais problemas do Internato em relação à preparação para o trabalho em Atenção Primária à Saúde?

2. Apresente, sucintamente, três sugestões para melhoria do Internato visando preparação para o trabalho em Atenção Primária à Saúde.

ANEXO 3



ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O COORDENADOR DO INTERNATO

- 1 – Como se realiza o Programa de Internato em sua Universidade?
- 2 - Como se desenvolve o ensino das competências necessárias para o trabalho em Atenção Primária à Saúde durante o Internato de sua instituição?
- 3 – Qual a sua opinião acerca do desenvolvimento desse Internato frente aos objetivos e metas previstas no PPC de Medicina da sua Universidade?
- 4 - Quais as condições facilitadoras encontradas na implantação do Internato em APS?
- 5 - Quais dificuldades têm sido enfrentadas neste contexto?
- 6 - Qual a sua percepção acerca da preparação do futuro médico de sua Universidade para o trabalho em Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família?
- 7 - Diante da sua vivência, o que você mudaria na realização do Internato na área da Atenção Primária à Saúde na sua Universidade?

ANEXO 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENSINO DAS COMPETÊNCIAS PARA O TRABALHO MÉDICO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO INTERNATO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS DA REGIÃO NORTE

Pesquisador: Flávio Dias Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08538812.7.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Apresentação do Projeto:

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido entendida como o eixo estruturante de um sistema de saúde, e o Brasil tem investido nesta área através do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse contexto surge o problema da escassez de médicos com formação especializada em APS no Brasil, ou seja, com titulação ou residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC). A APS, representada principalmente pela

ESF, absorve rapidamente os médicos não especialistas, em especial os recém-formados. Apesar das políticas públicas indutoras de mudança curricular, como o PROMED e o PROSAÚDE, a maioria dos recém-graduados em Medicina parece não se sentir apto ao exercício da profissão. É válido, portanto, estudar como anda o ensino das competências necessárias para o trabalho na APS. O Internato é o momento fundamental da graduação médica para a consolidação de competências. Este estudo busca avaliar como está o ensino das competências para o trabalho em APS durante o Internato. A coleta de dados será realizada através de três procedimentos: pesquisa documental dos projetos pedagógicos dos cursos avaliados, aplicação de questionário a internos e a coordenadores de Internato destes cursos, e, por fim, entrevista com estes últimos. A pesquisa será realizada em sete cursos públicos de Medicina da região norte do Brasil.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@epm.br; arpmeleti@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Este estudo compreende dois momentos de coleta de dados, distintos mas interligados. Primeiramente proceder-se-á a pesquisa documental do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) das escolas médicas participantes e respectivos programas de Internato. Num segundo momento, se fará uma pesquisa empírica que consistirá de dois procedimentos: -

questionário semi-estruturado a ser aplicado tanto aos Coordenadores do Internato como aos internos do último período dos cursos de Medicina. O questionário consistirá de perguntas fechadas e abertas, e será enviado por e-mail aos sujeitos da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as experiências dos programas de Internato dos cursos de medicina de instituições públicas da região Norte do Brasil em relação ao desenvolvimento das competências para o trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Objetivo Secundário:

Mapear os modelos de projeto pedagógico dos cursos de Medicina, com ênfase no Internato; Conhecer a estrutura e dinâmica de funcionamento do Internato, identificando os cenários e as estratégias de ensino-aprendizagem, especialmente no que toca ao desenvolvimento das competências essenciais para o trabalho na ESF; Apreender a percepção dos coordenadores do Internato e dos internos sobre as oportunidades de aprendizagem dessas competências; Elaborar diretrizes para o Internato médico no que diz respeito ao ensino da APS e da ESF, tomando como ponto de partida os resultados desta pesquisa.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@epm.br; arpmeleti@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo, sem procedimentos intervencionistas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa avaliando os programas de Internato dos cursos de medicina da região Norte do país. Estão descritos os procedimentos do estudo, o qual será conduzido sem financiamento externo. Estão presentes os instrumentos a serem utilizados na coleta de dados, bem como as autorizações das instituições que participarão do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto encontra-se adequada. Apresenta TCLE contemplando a resolução 196/96

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem inadequações

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator

SAO PAULO, 11 de Outubro de 2012

Assinador por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@epm.br;arpmeleti@unifesp.br

ANEXO 5



São Paulo, 11 de junho de 2012.

Ao Exmo. Sr. Prof. Coordenador do Curso de Medicina

Prezado Coordenador;

Venho, por meio deste, solicitar sua autorização para convidar os alunos do internato do curso de medicina de sua instituição, bem como os Coordenadores do Internato, para participarem da pesquisa “Ensino das competências para o trabalho médico em Atenção Primária à Saúde no Internato das universidades públicas da região Norte”.

Esta pesquisa integra minha dissertação de mestrado, e visa avaliar a contribuição do Internato na preparação para o trabalho médico na Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa contemplará três momentos: primeiramente, farei uma revisão documental do projeto pedagógico dos cursos públicos de medicina da região norte do Brasil. A seguir, agendarei entrevistas por internet com os Coordenadores de Internato das diversas instituições. Por fim, solicitarei a estes Coordenadores e aos internos do último período (último semestre) destes cursos que preencham um questionário com perguntas fechadas e perguntas abertas.

Este projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Entretanto, antes disso, é fundamental que eu tenha o aceite de vossa instituição, para que eu possa incluí-la no projeto. Em caso afirmativo, favor assinar o termo em anexo a esta solicitação.

Desde já informo que será preservado o anonimato das escolas avaliadas, bem como dos alunos. Além disso, os Coordenadores e internos deverão assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desde já, muito obrigado pela atenção, e, para maiores informações, fico disponível no telefone (63) 8104-1716 ou pelo e-mail flaviodias@uft.edu.br

Atenciosamente;

Flávio Dias Silva

Médico, Professor da Universidade Federal do Tocantins

Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde do CEDESS – Unifesp



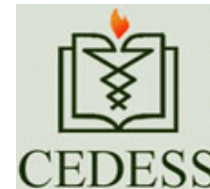
Eu, Professor _____, coordenador do Curso de Medicina da Universidade _____, autorizo os Coordenadores de Internato e os (internos) do último período/semestre do curso a serem convidados para participarem da pesquisa intitulada “Ensino das competências para o trabalho médico em Atenção Primária à Saúde no Internato das universidades públicas da região Norte”.

A pesquisa será executada através de pesquisa documental do projeto pedagógico do Curso de Medicina que coordeno, bem como por entrevista via internet aos Coordenadores, e aplicação de um questionário aos Coordenadores e internos, visando avaliar como estes tem percebido a contribuição do internato em sua preparação para trabalhar na Estratégia Saúde da Família.

Desde já autorizo a coleta de dados apenas após receber a confirmação da autorização deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), entidade responsável por esta investigação.

_____, ___ / ___ / 2012.

ANEXO 6



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho, por meio deste, convidá-lo a participar da pesquisa “Ensino das competências para o trabalho médico em Atenção Primária à Saúde no Internato das universidades públicas da região Norte”.

Esta pesquisa integra minha dissertação de mestrado, e visa avaliar a contribuição do Internato na preparação para o trabalho médico na Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa contemplará três momentos: primeiramente, farei uma revisão documental do projeto pedagógico dos cursos públicos de medicina da região norte do Brasil. A seguir, solicitarei a estes Coordenadores e aos internos do último período (último semestre) destes cursos que preencham um questionário com perguntas fechadas e perguntas abertas. Por fim, agendarei entrevistas por internet com os Coordenadores de Internato das diversas instituições.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsáveis pela pesquisa, mestrando Flávio Dias Silva, que pode ser encontrado no endereço Quadra 208 Norte, Alameda 2, Lote 4, Plano Diretor Norte, Palmas/TO, pelos telefones (63) 8104-1716 e (63) 3225-0613, ou ainda pelo e-mail flaviodias@uft.edu.br

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, você pode ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Botucatu, 572 – 1º andar - cj 14, São Paulo SP, telefone: (11) 5571 1062; Fax: (11) 5539 7162; E-mail: cepunifesp@epm.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Fica assegurado, também, o direito de manter-se atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Não há despesas pessoais aos participantes em qualquer fase do estudo nem compensação financeira pela participação. Qualquer despesa adicional será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

DECLARAÇÃO REFERENTE AO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro ter sido suficientemente esclarecido sobre a pesquisa “Ensino das competências para o trabalho médico em Atenção Primária à Saúde no Internato das universidades públicas da região Norte”.

_____, ____ de _____ de 2012.

Nome e Assinatura