

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

ALLAN MIKE VIEIRA BRASIL

**ESTÁGIO RURAL NA FORMAÇÃO MÉDICA: UMA ANÁLISE
DO PONTO DE VISTA DISCENTE**

**MACEIÓ
2015**

ALLAN MIKE VIEIRA BRASIL

ESTÁGIO RURAL NA FORMAÇÃO MÉDICA: UMA ANÁLISE
DO PONTO DE VISTA DISCENTE

Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Mércia Lamenha Medeiros

Coorientadora: Profa. Dra. Lenilda Austrilino

MACEIÓ

2015

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

B823e Brasil, Allan Mike Vieira.
Estágio rural na formação médica: uma análise do ponto de vista discente / Allan Mike Vieira Brasil. - 2015.
79 f. : il.
Orientadora: Mércia Lamenha Medeiros.
Coorientadora: Lenilda Austrilino.
Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Maceió, 2015.

Inclui bibliografia.
Apêndices: f. 57-74.
Anexos: f. 75-79.

1. Medicina – Estudo e ensino. 2. Atenção primária à saúde. 3. Formação médica.
4. Internato e residência. 5. Estágio rural. I. Título

CDU: 61:378



Universidade Federal de Alagoas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde

FAMED - UFAL - Campus A. C. Simões
Av. Lourival Melo Mota, S/N
Cidade Universitária - Maceió-AL
CEP: 57072-970
E-mail:mpesufal@gmail.com

Defesa do Trabalho Acadêmico de Mestrado do aluno **Allan Mike Vieira Brasil**, intitulado: **"Estágio Rural na Formação Médica: Uma Análise do Ponto de Vista do Discente"**, orientado pela **Profª. Drª. Mércia Lamenha Medeiros** e coorientado pela **Profª. Drª. Lenilda Austrilino Silva**, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Universidade Federal de Alagoas, em 25 de setembro de 2015.

Os membros da Banca Examinadora consideraram o candidato Aprovado.

Banca Examinadora:

Profª. Drª. Mércia Lamenha Medeiros - (UFAL)

Prof. Dr. Francisco José Passos Soares - (UFAL)

Prof. Dr. Paulo José Medeiros de Souza Costa (UNCISAL)

Profª. Drª. Lenilda Austrilino Silva - (UFAL)

Dedico este trabalho ao meu pai Armando Nunes Brasil e a minha mãe Maria Vieira Brasil, os mestres mais importantes da minha vida e exemplos maiores de amor e bondade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, inteligência suprema e causa primeira de todas as coisas.

Agradeço aos meus colegas de pós-graduação e professores tão dedicados à construção do conhecimento.

Aos professores Francisco Passos Soares, Rosana Brandão Vilela e Paulo José Medeiros de Souza Costa por terem aceito participar das bancas para avaliação deste trabalho, contribuindo efetivamente com observações valiosas. E em especial ao professor Francisco, por participar tanto da etapa de qualificação quanto da defesa, ao contribuir com direcionamentos necessários e correções criteriosas.

À minha orientadora Mércia Lamenha Medeiros e minha co-orientadora Lenilda Austrilino, pela perseverança e confiança de sempre. Minha caminhada neste mestrado foi possível graças a generosidade e boas energias que emanam. Ofertaram de fato educação transformadora, quando assumiram papel de professoras facilitadoras excepcionais. Muito obrigado pela construção de saber compartilhada e em equipe possibilitada.

Quero registrar ainda agradecimento à Maria das Graças Monte Mello Taveira, que me impulsionou literalmente às atividades de preceptoria, ofertando oportunidade ímpar de aprendizado diário e renovação a cada passo.

Agradeço à Luciana Rúbia, Maria do Carmo e Noélia Lira que se empenharam em oficializar minha liberação das atividades laborais, para os dias em que participei das atividades acadêmicas obrigatórias do mestrado.

A todos que fazem a equipe de estratégia saúde da família do Canaã - Arapiraca, pela parceria e apoio de sempre.

Ao meu irmão Államo Max Vieira Brasil e minha irmã Amanda Ellen Vieira Brasil pelas oportunidades de aprendizado e amor incondicional.

Agradeço em especial ao meu amigo e companheiro Ademir, sempre paciente e dedicado, tornando menos árdua toda esta caminhada.

O aprendizado é o resultado de um processo cognitivo, político, ético, histórico, cultural e social, que se estabelece na relação dialógica e dialética entre aquele que aprende e aquele que ensina. A educação é transformadora para os dois, aquele que aprende e aquele que ensina. Aquele que forma ao formar se re-forma.

Nita Freire e Paulo Freire

RESUMO GERAL

Introdução: o estágio rural possibilita vivências em assistência à saúde de regiões que apresentam menor cobertura preventiva, frente aos índices de saúde e determinantes sociais que impactam essas áreas. A denominação rural não depende dos limites geográficos, mas das características do sistema de saúde e comunidades específicas. **Objetivos:** analisar como o discente percebe sua vivência no estágio rural, identificando as contribuições para formação médica, metodologias utilizadas e apoio institucional. **Métodos:** estudo híbrido de abordagem quantitativa, exploratório e descritivo, desenhado como estudo de caso. Um link para o questionário semiestruturado foi enviado aos discentes de medicina de uma Instituição de Ensino Superior Federal, com 23 questões, analisadas segundo unidade de registro: diferenças de condições entre os diversos cenários de prática, contribuições da atenção primária à saúde (APS) para graduação em medicina, processos de ensino aprendizagem, e momento formativo do estágio no curso. **Resultados:** a diversidade de cenários favoreceu o desenvolvimento de atividades de ensino aprendizagem nos diversos programas de saúde pública que compõem a proposta desse estágio. O contato com o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus atores oportunizou o desenvolvimento de habilidades específicas, ressaltando a importância da APS; estimulou a prática profissional integrada; e proporcionou vivências quanto à realidade política, socioeconômica e cultural da região. As metodologias mais utilizadas foram: projetos de intervenções comunitárias, práticas médicas na APS e discussão de casos; e como argumentos para realizar o estágio no 11º período tivemos: conhecimento prévio adequado, maturidade, autonomia e outra realidade, sendo os contrários: estágio repetitivo, tardio, estrutura semelhante à capital e residência médica. **Conclusão:** as contribuições provenientes da realidade e diversidade dos cenários - acerca dos determinantes sociais e culturais dos indivíduos, a disponibilidade dos preceptores, a possibilidade do exercício da autonomia e da interprofissionalidade, influenciam favoravelmente fortalecendo a formação médica na perspectiva do SUS. O apoio institucional insuficiente, formação dos preceptores e supervisores, ausência da devolutiva da avaliação de forma adequada e subutilização de cenários como creches e outros socialmente importantes, são limitações a serem superadas para o fortalecimento da formação médica.

Palavras chaves: Estágio curricular. Atenção primária. Internato. Estágio rural.

GENERAL ABSTRACT

Introduction: rural internships enable experiences in health care in regions with lower preventive coverage, compared to the indexes of health and social determinants that impact these areas. The epithet "rural" does not depend solely on geographical boundaries, but on the characteristics of its health systems and its specific communities. **Objectives:** To analyse how students perceive their experience in rural internship programs, identifying the contributions to medical training, methodologies used and institutional support. **Methods:** Hybrid study of quantitative and qualitative approach, exploratory and descriptive, designed as a case study. A link to the semi-structured questionnaire was sent to students of medicine from a Federal Institution of Higher Education, with 23 questions, analysed according to each record unit: differences in conditions between the various practice settings, contribution of primary health care (PHC) to graduates in medical sciences, teaching learning processes, and training time apprenticeship in the course. **Results:** the diversity of scenarios favoured the development of teaching and learning activities in various public health programs that make up the purpose of this internship program. Contact with the Unified Health System (SUS) and its executors provided an opportunity to develop specific skills, emphasising the importance of PHC; stimulated integrated professional practice; and provided experiences about the political, socioeconomic and cultural aspects of that region. The methodologies used were: Community action projects, medical practices PHC and discussion of cases; and as arguments to perform the internship on the 11th period were: adequate prior knowledge, maturity, autonomy and other reality, being the contrary: Repetitive stage, late, structure similar to capital and medical residency. **Conclusion:** contributions from the reality and diversity of all scenarios – regarding the social and cultural determinants of individuals, the availability of preceptors, the possibility of the exercise of autonomy and interprofessionalism (IPE) they influence favourably, strengthening medical education in the SUS perspective. Other key findings were the insufficient institutional support, training of tutors and supervisors, lack of proper evaluation of feedback forms, and the underuse of scenarios such as day care and other socially important elements are limitations to be overcome for the strengthening of medical education.

Key words: Traineeship. Primary care. Boarding. Rural internship.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da frequência de respostas recebidas ao longo do período da pesquisa.....	44
Gráfico 2 – Forma de escolha do cenário.....	45
Gráfico 3 – Condições estruturais nos cenários de prática em que o estágio se Desenvolveu.....	45
Gráfico 4 – Cenários de prática em que as atividades do estágio foram desenvolvidas.....	46
Gráfico 5 – Formas de auxílio proporcionadas pela instituição.....	47
Gráfico 6 – Identificação do desenvolvimento de uma prática clínica ampliada.....	49
Gráfico 7 - Vivências proporcionadas quanto a realidade política, socioeconômica e cultural da região.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sumário das diretrizes para o ensino na APS na graduação em Medicina.....	17
Quadro 2 – Argumentos prós, elaborados diante da análise das respostas Discentes.....	29
Quadro 3 – Argumentos contra, elaboradas diante da análise das respostas Discentes.....	30

LISTA DE TABELAS

PRODUTO

Tabela 1 – Municípios em que se desenvolveu o Estágio Rural no período da Pesquisa.....	44
Tabela 2 – Contribuição para a formação médica.....	48
Tabela 3 – Identificação do desenvolvimento de uma prática clínica integrada.....	48
Tabela 4 – Vivências quanto às epidemias e endemias.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
COBEM	Congresso Brasileiro de Educação Médica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMED	Faculdade de Medicina
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNAPPS	A Learner-centered Model for Outpatient Education
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	13
2	ARTIGO – ESTÁGIO RURAL NA FORMAÇÃO MÉDICA: UMA ANÁLISE DO PONTO DE VISTA DISCENTE.....	14
2.1	Introdução.....	14
2.2	Metodologia.....	19
2.3	Resultados e discussão.....	21
2.4	Considerações finais.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32
3	PRODUTO.....	35
3.1	Apresentação.....	40
3.2	Introdução.....	40
3.3	Metodologia.....	42
3.4	Resultados.....	43
3.5	Recomendações.....	55
3.6	Considerações finais.....	56
	REFERÊNCIAS.....	56
	APÊNDICES.....	57
	ANEXOS.....	75

1 APRESENTAÇÃO

Desde o início de minha vida acadêmica na medicina, envolvi a maior parte do tempo com atividades direcionadas à clínica cirúrgica. No entanto, quando cursei o estágio rural no município de Arapiraca, descortinaram-se novos horizontes, e o exercício imperioso da clínica ampliada fez surgir em mim o desejo de trabalhar em atenção primária à saúde. O empenho da minha preceptora no período, Dra. Luciana Rúbia, foi essencial para este entendimento, não obstante o cenário de prática e demais determinantes que circundam o estágio.

Logo, ao refletir minha experiência durante o estágio rural, e por ouvir relatos semelhantes de outros discentes no período, o tema sempre me encantou. O trabalho “Estágio Rural na Formação Médica: uma análise do ponto de vista discente” surge diante da busca por respostas às minhas observações acerca deste período.

Tendo como eixos norteadores as diretrizes para o ensino em APS na graduação em medicina e o projeto político pedagógico do curso da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, para analisar a dinâmica do estágio rural, buscamos compreendê-lo a partir do ponto de vista dos discentes envolvidos.

Durante o caminhar desta pesquisa, desenvolvemos uma experiência com o uso do modelo mnemônico SNAPPS, durante o estágio rural do internato do curso de medicina, o que gerou um relato apresentado no COBEM 2014.

2 ARTIGO – ESTÁGIO RURAL NA FORMAÇÃO MÉDICA: UMA ANÁLISE DO PONTO DE VISTA DISCENTE

2.1 Introdução

A formação médica brasileira tem passado por momentos de reformulação nos últimos anos, na tentativa de responder as necessidades em saúde do país, e acompanhar o movimento mundial de mudanças para o setor. Movimento este iniciado com a Conferência de Alma-Ata (1978), e com as Conferências de Edinburgh, referentes a educação médica e ocorridas em 1988 e 1993. No Brasil, o movimento se caracterizou com as atividades da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), na década de 90, e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001), sendo estes os fatos nacionais mais relevantes para as mudanças na formação na área de saúde (MARTINS, 2008).

A Conferência Internacional de Atenção Primária, realizada em Alma-Ata no ano de 1978, representa a primeira declaração com referência ao tema,

[...] enfatiza a importância da atenção primária à saúde, tendo influência decisiva na organização de sistemas de saúde de vários países, incluindo o Brasil, e na redefinição dos objetivos da formação dos profissionais de saúde, com destaque para os médicos. (MARTINS, 2008).

Conforme Feuerwerker (2006), as Conferências de Edinburgh marcam o crescente movimento referente às mudanças na educação médica internacionalmente. No Brasil, durante a preparação para a 1ª Conferência Mundial, os documentos relacionados às reuniões regionais e nacionais que ocorreram, deixaram claros aspectos relacionados diretamente aos pensamentos que tentavam responder à indagação da Federação Mundial de Educação Médica, de como preparar os profissionais de saúde para o papel que desempenhariam em um sistema de cuidados de saúde, em transformação, visando às perspectivas referentes ao lema: "Saúde para Todos no ano de 2000".

Os documentos preparatórios das conferências apresentavam clara distinção entre os projetos para países desenvolvidos e para países em desenvolvimento, de acordo com Feuerwerker (2006). Para os primeiros, buscava-se uma formação de graduandos com perfil científico, sem preocupação de formar médicos para o exercício imediato da profissão. Para os segundos, ficava evidente a preocupação

de firmar o compromisso da medicina com o sistema de saúde vigente, sendo a formação baseada em disciplinas tradicionais, direcionada as necessidades básicas e patologias epidemiologicamente mais significativas, formando-se um médico apto a trabalhar imediatamente nos serviços de saúde.

Para Feuerwerker (2006), neste período surge também a preocupação com os custos crescentes referentes ao setor saúde, e como uma estratégia de contenção de gastos, busca-se definir maior inserção dos graduandos na promoção à saúde e prevenção de doenças, com ênfase na importância da atenção primária à saúde (APS). Assim, a medicina surge no âmbito da formação para o serviço, destacando as necessidades das populações em risco e as patologias epidemiologicamente significativas.

As propostas de mudanças na formação dos profissionais de Saúde, orientadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001) e apoiadas pelo Ministério da Saúde (MS) estão norteadas para a superação de obstáculos na saúde pública. Pretende-se, com elas, formar profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, que levem em conta a realidade social, para prestar assistência humanizada e de qualidade. Pretende-se que a universidade esteja aberta às demandas sociais e seja capaz de produzir conhecimento relevante e útil, para a construção do sistema de saúde, a fim de transformar o modelo de atenção, fortalecendo a promoção e a prevenção, oferecendo atenção integral e empoderando os sujeitos na produção da saúde (FEUERWERKER, 2003).

A Resolução CNE/CES nº. 3 de 20 de junho de 2014 instituiu as novas DCN do Curso de Graduação em Medicina, estabelecendo os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em medicina. Desta forma, ressalta-se no Art. 3º:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014).

Para Gusso et al. (2009) ao instituir a ordenação da formação de recursos humanos como competência do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS é um ponto de convergência destas duas políticas, já que as DCN propõem uma integração entre o sistema de saúde, as necessidades de saúde da população, com a

descentralização do modelo de ensino em medicina dos hospitais para toda a rede de saúde, ao apontar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como caminho para reorganizar a atenção à saúde no Brasil.

Segundo Henriques (2005), a partir da reflexão sobre o vivido em um cenário de aprendizagem, o conhecimento pode se difundir por intermédio dos sujeitos que por ali passam como estudantes. Dessa forma, a ESF se constitui com espaços privilegiados para a transformação e consolidação do modelo de atenção à saúde pautado pelos valores do SUS. Mas, é também neles que se explicitam conflitos, dificuldades, estratégias e táticas desencadeadas para a ocupação de espaços na rede de cuidados que vai sendo configurada.

A realidade vivenciada pelos discentes nos serviços, de acordo com Albuquerque et al. (2008), não deve ser ponto de partida para críticas taxativas aos serviços e aos profissionais; deve funcionar como um elemento investigador para uma atividade prática problematizadora no sentido da aprendizagem e também da reflexão sobre a produção de cuidados.

Conforme Demarzo et al. (2011) em 2009 iniciou-se a construção das Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina, a partir de esforços conjuntos da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). A participação de professores e preceptores atuantes na APS e Medicina de Família e Comunidade (MFC) resultou em um documento, cuja construção coletiva e democrática se deu, por consulta pública, através de portais virtuais das referidas entidades, concluído em 2010.

Os resultados foram organizados por Demarzo et al. (2011) como Contribuições da Atenção Primária à Saúde para a Graduação em Medicina. O quadro a seguir mostra um sumário dessas diretrizes abordando: o porquê ensinar na APS; (o quê) objetos de aprendizagem; (como) metodologias e estratégias didáticas; (quando) momentos; (onde) espaços formativos; e (quem) os principais atores envolvidos.

Quadro 1 – Sumário das diretrizes para o ensino na APS na graduação em medicina

Por que ensinar na APS?
- Contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada e contextualizada, que é centrada nas pessoas e comunidades, possibilitando a interdisciplinaridade.
O que ensinar?
- Abordagem individual e coletiva, com orientação familiar e comunitária, como eixos estruturantes de formação médica.
Quando ensinar?
- Deve ser uma inserção longitudinal e com continuidade ao longo do curso, em um modelo em espiral crescente de complexidade, e de preferência, com atividades na APS em todos os períodos (semestre ou anos) do curso.
Como ensinar?
- Com metodologias dialógicas e ativas de ensino-aprendizagem, integrando prática e teoria, problematizando e possibilitando uma reflexão sobre a prática profissional, trabalhando em pequenos grupos e com diversidade de cenários e atividades.
Onde ensinar?
- Em Unidades de Saúde da Família, ou similares, integradas à rede municipal, articuladas com a rede de atenção à saúde, com estrutura adequada para o recebimento de estudantes e para um efetivo processo de ensino-aprendizagem.
Quem deve ensinar?
- É fundamental a participação do médico especialista em MFC como docente e preceptor, em parceria com outros profissionais com vivência e competência em APS.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Reconheceu-se desta forma, a necessidade de mudanças referentes às metodologias de ensino-aprendizagem e organização do currículo, considerando-se ainda a busca por diversidade nos cenários de prática para que a formação requerida fosse contemplada.

Nesse sentido, para Ando et al. (2011), a importância do Estágio Rural é possibilitar ao discente vivenciar a realidade em saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Em relação à saúde, o conceito de rural deve ser compreendido em sua amplitude por envolver diferentes realidades dos profissionais e população assistida. Dessa maneira, os limites e a denominação de rural não necessariamente serão geográficos ou fixos, eles dependem das características do sistema de saúde e das comunidades específicas.

A saúde rural pode incluir as populações de áreas tradicionalmente reconhecidas como rurais, mas também comunidades ribeirinhas; áreas indígenas; populações quilombolas, de pescadores, mineradores, de alguns trabalhadores temporários; migrantes; áreas remotas e locais de difícil acesso, mesmo dentro de grandes cidades, como favelas, áreas rurais incrustadas, municípios muito pequenos etc. (ANDO et al., 2011).

Na Universidade Federal de Alagoas (UFAL), o projeto de Estágio Rural é proposto, desde 1974, com o objetivo de favorecer a uma formação médica adequada à realidade do contexto socioeconômico e cultural das comunidades.

Aprovado pelo MS foi, inicialmente financiado pela Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). As atividades oficialmente começaram pelos municípios de Arapiraca, Viçosa, Penedo, Pão de Açúcar e São Miguel dos Campos.

Em 2013, conforme o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Medicina da Faculdade de Medicina (FAMED) / UFAL, o Estágio Rural é considerado:

[...] um programa de ensino que possibilita a integração dos estudantes junto às diversas formações sociais, o aprofundamento das relações entre Medicina e Sociedade e a vivência da realidade sanitária dos municípios envolvidos.

O Estágio Rural Obrigatório é considerado um campo de prática muito útil para uma boa formação do profissional médico. Propicia não só uma aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos no decorrer do curso, mas também passa a ser um processo contínuo de avaliação desse curso, quando observado o efetivo desempenho dos alunos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, 2013).

Evidencia-se, desta forma, o papel singular do Estágio Rural na formação médica devendo contemplar as diretrizes para o ensino na APS na graduação em medicina. Compreender a dinâmica do estágio e visualizar seu funcionamento, a partir da concepção dos discentes que estão envolvidos, possibilita intervenções para melhorias pertinentes.

Regulamentando esta dinâmica e demais atores envolvidos no processo, a Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 dispõe sobre o estágio de estudantes, com referências ao papel do supervisor e do preceptor:

CAPÍTULO II - DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Art. 7^o São obrigações das instituições de ensino, em relação aos estágios de seus educandos:

[...]

III – indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;

CAPÍTULO III - DA PARTE CONCEDENTE:

Art. 9^o As pessoas jurídicas de direito privado e os órgãos da administração pública direta, autárquica e fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como profissionais liberais de nível superior devidamente registrados em seus respectivos conselhos de fiscalização profissional, podem oferecer estágio, observadas as seguintes obrigações:


[...]

III – indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente (BRASIL, 2008).

Considerando o momento de inserção curricular do Estágio Rural como a etapa de convergência de conhecimentos adquiridos durante os períodos anteriores do curso para desenvolvimento de uma prática clínica integrada, buscamos observar as contribuições provenientes da realidade dos cenários acerca dos determinantes sociais, culturais e psicológicos do ponto de vista discente.

Visando responder à questão, como se desenvolve o estágio rural, na visão dos discentes, os objetivos dessa pesquisa foram: analisar como se desenvolve o estágio rural, identificando os pontos de convergência e divergência entre o proposto e o vivenciado, as contribuições do estágio rural para a formação médica, as metodologias utilizadas neste cenário de aprendizagem, o papel do preceptor e do supervisor do estágio, as condições de funcionamento dos cenários e o apoio institucional.


2.2 Metodologia

 Tipo de estudo e local da pesquisa:

Trata-se de um estudo híbrido de abordagem quanti-qualitativa, exploratório e descritivo, desenhado como estudo de caso, desenvolvido no Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas no ano de 2014.

 Contexto:

O Estágio Rural é desenvolvido com o objetivo de favorecer a uma formação médica adequada à realidade do contexto socioeconômico e cultural das comunidades. Desta forma, conforme o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) FAMED/UFAL é estágio obrigatório, no 11º período (momento do internato em que se encontrava inserido na matriz curricular, durante a pesquisa), e distribuído em oito semanas (320h).

 População e amostra:

Este estudo foi desenvolvido com 16, dos 34 discentes matriculados regularmente no Estágio Rural, desenvolvido em cenários diversos e distintos, em cinco municípios representativos das três mesorregiões que compõem o Estado – Leste, Agreste e Sertão – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(1990). A cidade de atuação foi escolhida por sorteio para 56,25 % e para 43,75 % por escolha própria dos discentes.

Estratégia de coleta de dados:

Como estratégia de investigação os discentes foram contatados através de endereço eletrônico com o envio de carta-convite (Apêndice A) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), explicando sobre a pesquisa e disponibilizado um link para acesso ao questionário (Apêndice C), construído com recursos do Google Docs, o qual teve elaboração baseada em nosso Marco Lógico (Apêndice D). O envio dos convites ocorreu durante 3 meses seguidos, e os picos de respostas recebidas pelo instrumento on-line coincidem com tais períodos. Na última tentativa, aliou-se ainda contato telefônico, a fim de ampliar a adesão inicial (Apêndice E).

O instrumento de coleta foi um questionário semiestruturado composto de perguntas abertas, de múltiplas escolhas, e outras escalonadas que aferiam o grau de concordância com as afirmativas, totalizando vinte e três questões. Analisadas segundo as unidades de registro: caracterização dos sujeitos, diferenças das condições entre os diversos cenários de prática, contribuições da atenção primária a saúde e objetivos de ensino aprendizagem para a formação médica, processos de ensino aprendizagem e momento formativo.

Análise dos dados:

A análise estatística descritiva incluiu as frequências das variáveis. Os dados resultantes dos questionários foram sistematizados e categorizados.

Aspectos éticos:

A pesquisa foi desenvolvida após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL, obtendo a Certidão de Aprovação em 1 de julho de 2014, conforme parecer CEP/Plataforma Brasil: 770.582 e CAE: 31593914.3.00005013 (Anexo A). Só participaram da pesquisa os discentes que assinaram o TCLE.

2.3 Resultados e discussão

Os discentes que responderam o questionário tinham idade variando entre 23 e 27, sendo a média de 25 anos, a maioria do gênero feminino (68,75%), em sua completude residentes da Unidade Federativa das Alagoas antes de ingressar na UFAL.

Diferenças de condições entre os diversos cenários de práticas

Consultados sobre as condições estruturais dos cenários onde a prática do estágio rural havia se desenvolvido, a maioria dos discentes avaliou que estas eram adequadas.

É válido ressaltar que não somente elementos ambientais do contexto rural podem influenciar e diferenciar os cenários de prática. Conforme Reid et al. (2014), forças políticas e econômicas podem apresentar especificidades em decorrência da região em que se insere, influenciando de formas diferentes cada comunidade rural. Os municípios em que os discentes estavam inseridos diferem entre si, desta forma, as diferenças nos resultados refletem a variação de estrutura dos cenários de práticas, de acordo com influências e determinantes regionais específicos.

Os cenários de práticas devem ser espaços que disponibilizem estrutura adequada ao desenvolvimento das atividades formativas. Para tanto, conforme as Diretrizes para o ensino na APS, estes espaços são compreendidos como unidades, equipamentos de saúde e redes de apoio próprios de APS, incluindo o sistema suplementar (ao possibilitar o desenvolvimento das competências almejadas pelas diretrizes), com estrutura adequada para receber atividades de ensino e discentes. Leva-se em conta desde o número e tamanho de salas para atendimento individual à existência de meio de transporte público para acesso dos estudantes ao cenário. Para Gusso et al. (2009), a estrutura é considerada adequada com base no pacto entre os atores da integração ensino-serviço-gestão e comunidade, com alicerce nas diretrizes de qualidade do Ministério da Saúde e Educação.

Indagados sobre os cenários em que suas atividades do estágio foram desenvolvidas, a unidade básica de saúde com estratégia saúde da família foi assinalada por todos os discentes, seguida por ambulatório de hanseníase e tuberculose; unidade de pronto-atendimento; unidade de emergência e saúde do trabalhador; escola e ambulatório de saúde do homem; unidade básica de saúde,

hospital, dispostas em ordem decrescente de marcação. A creche foi assinalada como cenário de prática utilizado por apenas um discente.

Nenhum discente identificou associação comunitária como espaço formativo, embora sejam equipamentos comunitários importantes enquanto cenário de formação em um estágio desta magnitude. Conforme sinaliza o PPC, o estágio rural deve possibilitar a integração dos discentes junto às diversas formações sociais com aprofundamento das relações entre medicina e sociedade e, não obstante, a associação comunitária seria um espaço oportuno não utilizado durante o estágio, bem como a unidade móvel e a unidade básica de saúde indígena.

Outros cenários, como a creche e a escola, são subutilizados, possibilitando comprometimento não só do caminhar dentro da proposta de aprofundamento destas relações com a sociedade, como também da contemplação de objetivos específicos do estágio, desde o desenvolvimento do olhar da clínica ampliada à possibilidade de concreta vivência da realidade nosológica, política, socioeconômica e cultural das comunidades.

Percebe-se que a diversidade de cenários é evidente, possibilitando maior facilidade ao desenvolvimento de atividades relacionadas aos diversos programas de saúde pública que fazem especificamente parte da proposta deste estágio. Quando mencionaram ambulatórios específicos para hanseníase, tuberculose, saúde do homem e saúde do trabalhador evidenciaram oportunidade ímpar de aprendizado, por serem ambulatórios referência de doenças prevalentes e ainda negligenciadas.

Identificamos que a instituição de ensino e município proporcionam auxílio para os discentes durante o estágio, seja para hospedagem, alimentação ou deslocamento. Entretanto, ao analisarmos as respostas referentes a este item, encontramos discordância quanto ao recebimento de tais benefícios, que pode estar correlacionada a demora no tempo do pagamento, valores desatualizados, ameaças constantes de cortes de orçamentos, ou até mesmo sua suspensão, o que difere do que é preconizado no PPC, quando se definem itens mínimos de condições para o campo de estágio.

constituem campos de estágio deste Programa, os municípios do Estado de Alagoas que apresentem, no mínimo, as seguintes condições [...] 4.3. Disponham de condições para oferecer alojamento e alimentação aos estagiários; 4.4 A Universidade deverá disponibilizar bolsa para o

deslocamento dos alunos até os municípios. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, 2013).

A observação e contemplação das condições elencadas no PPC são importantes para o estágio transcorrer adequadamente.

Contribuições da atenção primária à saúde para a graduação em medicina e objetivos de ensino aprendizagem

Perguntados se concordavam com a afirmação: o estágio rural contribuiu na sua formação médica, o número de discente que assinalou que concorda e concorda parcialmente foi superior em relação aos indiferentes e aos que não concordam parcialmente que o estágio tenha contribuído com sua formação, sendo válido observar que nenhum dos discentes optou pelo item não concordo.

Ratifica-se assim sua importância na matriz curricular, quando oportuniza ao discente contato circunscrito ao SUS e seus atores, em cenários que exaltam as habilidades delineadas pelas DCN do curso de medicina, e em consonância com a importância da APS para este desenhar, conforme Anderson, Demarzo e Rodrigues (2007), em que a MFC apresenta potencialidades diante dos novos rumos do ensino médico brasileiro.

Questionados se identificavam o desenvolvimento de uma prática clínica integrada com demais profissionais da área de saúde, a maioria dos discentes concorda parcialmente que esta acontece, sendo coerente com o PPC do curso de medicina da FAMED que tem como objetivo específico estimular a prática profissional integrada com os demais profissionais da área da saúde.

Percebemos que uma das contribuições do Ensino na APS tem sido contemplada, pois, para Gusso et al. (2009), um dos porquês do estágio em APS consiste em contribuir para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada, possibilitando a interprofissionalidade. Quando citam ainda as diretrizes metodológicas e estratégias didáticas que devem ser utilizadas no ensino em APS, Gusso et al. (2009) enfatizam como fundamental o favorecimento de ambiente multi e interdisciplinar, e atuação conjunta com discentes e profissionais de outras áreas.

Ceccim e Feuerwerker (2004) trazem a ideia de integralidade da atenção à saúde, como eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais dessa área de conhecimento. Para ser possível a compreensão da

integralidade com totalidade, é necessário formar um profissional de saúde generalista capacitado para a clínica integral.

No entanto, ainda conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), para que não ocorram interpretações errôneas em detrimento da totalidade, deve-se partir do pressuposto que a possibilidade de atenção integral à saúde traz em ampliação o reconhecimento da limitação da ação enquanto trabalhador em saúde individual, para que seja possível contemplar as necessidades em saúde de indivíduos e populações. Desta forma, rompem-se barreiras, com mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde, para concretização de uma equipe multiprofissional que se alicerça em um trabalho interdisciplinar, de fato mais resolutivo.

É preocupante que alguns discentes, cinco em dezesseis, não identifiquem evidências do desenvolvimento de uma prática clínica ampliada, condição tão singular e pertinente ao ensino em APS. Tal achado encontra-se em concordância com estudo anterior sobre o estágio rural desta instituição, realizado por Taveira (2014), quando se apercebe dos limites impostos pela estrutura da formação médica atual, a fim de se concretizar o uso da clínica ampliada nos diversos cenários de prática rural.

A clínica ampliada é essencial na construção do perfil profissional almejado pelas DCN (2014) do curso de medicina, quando serve de ferramenta imprescindível para a compreensão adequada do processo saúde-doença em sua complexidade, diante de uma abordagem que privilegia a singularidade do sujeito e as particularidades do meio e da comunidade em que se encontra inserido. Desta forma, beneficia ainda o trabalho interdisciplinar, pois, explicita a necessidade da integração entre os demais profissionais, para maior eficácia de uma ação em saúde.

Em um documento base, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde traz definições pertinentes à clínica ampliada:

O conceito de clínica ampliada deve ser entendido como uma das diretrizes impostas pelos princípios do SUS. A universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde obrigam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. A modificação das práticas de cuidado se faz no sentido da ampliação da clínica, isto é, pelo enfrentamento de uma clínica ainda hegemônica que: 1) toma a doença e o sintoma como seu objeto; 2) toma a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo; 3) realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade positivista clínica ou

epidemiológica; 4) define a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos. (BRASIL, 2008).

A WONCA Europa (WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS, 2011) considera que a abordagem centrada na pessoa, direcionada para o indivíduo, sua família e comunidade que a contém, faz parte das competências nucleares do Médico de Família (entendendo-se nucleares como essenciais à disciplina). Logo, a visão de um problema deve abordar o contexto das circunstâncias em que este se insere, ressaltando e confirmando a importância do exercício da clínica ampliada. Cita ainda que o denominador comum é o resultado da interação de um indivíduo com suas crenças, medos, expectativas e necessidades.

Ao assinalarem concordando com a afirmativa - o estágio rural proporciona vivências quanto à realidade política, socioeconômica e cultural da região - ficou evidente que o estágio rural proporciona essas vivências, atendendo aos objetivos planejados no PPC e nas DCN. Entretanto, ainda há discentes que não compreendem a importância deste cenário de prática. O não reconhecimento da realidade ampliada do local onde o estágio rural está inserido impede ao discente desenvolver a capacidade de relacionar os processos específicos gerenciais e políticos de decisão, com a prevalência e a incidência das doenças na comunidade.

No decorrer deste processo de aprendizagem se faz necessário aprender a conciliar as necessidades dos pacientes, com a saúde da comunidade em que ele vive, e com os recursos disponíveis na APS, conforme Gusso et al. (2009).

Quando indagados sobre se o estágio rural proporcionou vivências quanto às epidemias e endemias da região, os discentes não associaram adequadamente a relação existente entre epidemiologia e realidade social. As respostas estão em concordância com dados obtidos por estudos anteriores sobre o estágio rural desta instituição, conforme Taveira (2014), que apontam para uma prática médica centrada na enfermidade.

As respostas demonstram que o estágio proporcionou vivência, mas, não o reconhecimento adequado quanto à realidade sanitária dos municípios envolvidos, conforme preconizado no PPC do curso. A observação e constatação deste item são importantes, pois, conforme Demarzo et al. (2011), na APS, para o desenvolvimento de promoção de saúde e prevenção de doenças se faz necessário que o discente compreenda a prevalência e incidência destas afecções na comunidade, aliando-se

aos recursos disponíveis para o enfrentamento de uma situação em saúde. Permanece implícito neste entendimento, principalmente quando lidamos com epidemias e epidemias, a relevância de se aperceber que o território é vivo, a fim de que se programem ações em saúde, apropriando-se do entendimento popular em relação a determinado processo de adoecimento para maior efetividade desta abordagem.

Em relação à aquisição de habilidades, atitudes e competências, durante o estágio rural, os discentes revelam que as vivências em clínica médica, saúde da família e pediatria favoreceram a aprendizagem em predomínio às vivências em clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia. Experiências em acolhimento e atendimento de urgência em APS também foram vivenciadas.

A saúde em ambientes rurais gera a necessidade de competências específicas, conforme Ando et al. (2011), e desta forma, precisa haver ampliação de habilidades relacionadas com manejo clínico integral, sócio familiar e competência dialógica intercultural.

Processo de ensino aprendizagem

A problematização consiste em um caminho essencial à produção de conhecimento e fixação deste, e para Mitre et al. (2008) sua finalidade é solucionar os impasses e promover desenvolvimento, possibilitada no estágio rural pelos projetos de intervenção comunitários citados neste estudo e demais caminhos utilizados para construção do conhecimento.

Sobre as metodologias utilizadas, foram identificadas pelos discentes as práticas médicas na atenção básica à saúde, projetos de intervenções comunitárias e discussões de casos, enquanto outros não identificaram nenhuma estratégia metodológica de ensino aprendizagem. Compreendendo-se as metodologias citadas como estratégias que possibilitam aliar prática e teoria, com problematização da realidade e reflexão sobre a prática médica, entendemos que estas contemplam as diretrizes para o ensino na APS, conforme Demarzo et al. (2011) e os pressupostos metodológicos do PPC do curso de medicina.

As capacitações durante o estágio foram pouco citadas pelos discentes. As que ocorreram, foram organizadas pelo Conselho Federal de Medicina ou Prefeitura, em temas próprios da atenção básica como hanseníase, aleitamento materno,

parasitoses e antibióticos. No PPC do curso de medicina, é previsto que o discente deverá participar de atualizações em que o preceptor seja convidado. A baixa citação de capacitações ocorrida sugere que elas foram escassas naquele período, o que implica em deficiências na aquisição das habilidades de aprender a aprender, aprender com autonomia, e com a percepção da necessidade da educação continuada, conforme preconizado pelas DCN (BRASIL, 2014).

Quanto à organização e planejamento dos estágios, aos discentes foram entregues os objetivos e os cronogramas, de forma impressa, eletrônica e verbalmente pelos preceptores e supervisores. Tal afirmação, encontra-se em consonância com o preconizado no PPC, em relação a preceptoria, a qual deverá ser regida por um Programa Anual do Internato do Curso de Medicina, conforme PPC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, 2013).

Os discentes referem que foram avaliados por meio dos relatórios, diários de campo, fichas de avaliação individual final (usada pelos preceptores) e seminários de apresentação dos projetos de intervenção, mas não receberam feedback, e eram informados das notas na plataforma disponível na página eletrônica da UFAL. De acordo com o PPC, a avaliação deve ser utilizada para monitorar o processo ensino aprendizagem, promovendo feedback contínuo, sugerindo diversas formas de avaliação. Pelo relato dos discentes, a avaliação encontra-se parcialmente de acordo com o preconizado pela instituição de ensino, devido a vários fatores, entre eles a fragilidade na devolutiva.

Segundo os discentes os preceptores estimularam o desenvolvimento de habilidades e competências, na seguinte ordem de identificação: atenção à saúde, tomada de decisões e comunicação justificadas nas seguintes falas:

"[...] formas de fazer um bom atendimento e um bom acompanhamento do paciente, com uma abordagem exemplar e um seguimento real de acordo com o motivo da consulta; busca constante do conhecimento de acordo com cada caso a ser discutido[...]."

"[...] dando dicas de quando iniciar a medicação, dose, exames a serem pedidos, disponíveis no município [...]."

"[...] atendimento sozinha com discussão das condutas [...]."

As demais habilidades e competências definidas pelas DCN não foram adquiridas plenamente conforme assinalaram os discentes. Segundo Demarzo et al.

(2011) o ensino na APS deveria ser realizado por um quadro de preceptores com formação em MFC ou que possua o título de especialista em MFC, em parceria com outros profissionais clínicos com formação e/ou vivência em tal cenário.

Há recomendações de que caso não exista no quadro da instituição de ensino o especialista em MFC, a instituição deve estimular um programa de desenvolvimento profissional contínuo, e uma educação permanente para a docência em APS, incluindo docentes e preceptores.

Quando perguntados sobre o supervisor ter-lhes proporcionado experiências de aprendizagem, estímulo ao desenvolvimento de habilidades durante o estágio e sobre a frequência da supervisão, os discentes responderam que o contato com o supervisor aconteceu de forma pontual, em geral no início e/ou no final do estágio. Afirmaram que houve estímulo ao desenvolvimento de habilidades, citando:

"[...] nos poucos momentos em que nos reunimos sim, através de conversas sobre a importância da clínica ampliada [...]".

"[...] discutimos sobre clínica ampliada e sobre os projetos de intervenção desenvolvidos durante o estágio [...]".

A presença do supervisor estava associada a fiscalização da estrutura física, e a garantia do estágio, como relatam os discentes:

"[...] através da fiscalização da unidade básica [...]".

"[...] visitou pouco a unidade [...]".

De acordo com o PPC é papel da supervisão a realização de inspeções bimestrais em cada município participante do programa. Realizando um encontro anual para avaliação geral do estágio incluindo a participação dos secretários municipais de saúde, preceptores, discentes, docentes, coordenação e supervisão do internato.

Momento formativo do estágio rural no curso de medicina

Quando analisamos as respostas ao questionamento: "você acredita ser este o momento adequado para o estágio rural no curso de medicina?", foram criadas duas classificações, a partir dos argumentos prós e contras a realização do estágio rural no 11º período do curso. Os argumentos prós foram fundamentados em: conhecimento prévio adequado; maturidade; autonomia e outra realidade, enquanto

os argumentos contra foram: estágio repetitivo, estrutura semelhante a capital, tardio e residência médica.

Quadro 2 – Argumentos prós, elaborados diante da análise das respostas discentes

Argumentos prós	Citações referidas
Conhecimento Prévio Adequado	<p>“o aluno já possui um maior conhecimento clínico”;</p> <p>“devido à carga teórica adquirida até esse momento, permitindo um maior aproveitamento do estágio”;</p> <p>“... esse avançar dentro do curso também facilita o atendimento dos pacientes e a discussão com o preceptor...”;</p> <p>“é o momento em que já vimos clínica médica e podemos associar aos conhecimentos novos de médicos de família...”;</p> <p>“pois, já teríamos passado pela atenção primária durante o quinto ano nas diversas áreas... o que ajudou durante as práticas do estágio rural no sexto ano”;</p> <p>“é quando já terminamos os conteúdos teóricos”;</p> <p>“o estudante já tem... conhecimento para melhor proveito do estágio”.</p>
Maturidade	<p>“o aluno já possui maturidade...”;</p> <p>“possibilita maior desenvoltura, maturidade e segurança no período em que ocorre...”;</p> <p>“no último ano o estudante já tem maturidade...”.</p>
Autonomia	<p>“pois o estágio rural acontece em um período em que devemos ter mais autonomia na condução dos casos...”.</p>
Outra Realidade	<p>“o estágio rural ajuda a conhecer uma outra realidade da estratégia atual do SUS para atendimento da população...”.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Entre os argumentos prós, o conhecimento prévio adequado surge com maior frequência em expressões e pensamentos citados. Esta constatação ressalta de forma sutil que os discentes compreendem em parte o estágio rural, conforme descrito no PPC do curso.

O Estágio Rural Obrigatório... Propicia não só uma aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos no decorrer do curso, mas também passa a ser um processo contínuo de avaliação desse curso, quando observado o efetivo desempenho dos alunos. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, 2013).

Quadro 3 – Argumentos contra, elaboradas diante da análise das respostas discentes.

Argumentos contra	Citações referidas
Estágio Repetitivo	"deveria... escolher entre o PSF ou estágio rural"; "não percebi diferenças entre o estágio rural na UBS na capital e na do interior"; "acho que o estágio se torna repetitivo, já que passamos três meses em um PSF em Maceió...".
Estrutura Semelhante à Capital	"acho que dentro da cidade de Maceió tem estrutura e campo de trabalho semelhante ao utilizado no estágio rural, sendo desnecessário o deslocamento..."; "...mesma infraestrutura, dificuldades de atendimento...".
Tardio	"deveria ser no quinto ano junto com o PSF..."; "deveria ser inserido ou ainda durante as aulas teóricas ou no início do internato..."; "deveria ser no começo do quinto ano".
Residência Médica	"sexto ano é ano de focar na residência médica, e o estágio rural traz pouco retorno quanto a isso".

Fonte: Elaborado pelo autor.

Entre os argumentos contra, surgiram dois posicionamentos: estágio repetitivo, e tardio. Este aspecto pode ser compreendido como uma referência ao estágio supervisionado clínica médica 1 da matriz curricular, que ocorria em regime de internato no 11º período, no qual os discentes desenvolviam suas atividades em cenários de práticas com dinâmicas semelhantes às do estágio rural, já que são utilizadas unidades básicas de saúde da capital, em busca também de desenvolver no discente a prática da clínica médica ampliada em ambiente ambulatorial. Em conjunto com as equipes de saúde da família, possui uma carga horária total de 480 horas, distribuídas em 12 semanas, que pode corroborar ainda mais com o sentimento exposto.

Os argumentos: estágio repetitivo, estrutura semelhante a capital e tardio, explicitam um dado preocupante, pois, podemos inferir que o estágio não permite aos discentes perceber as diferenças na realidade nosológica, política, socioeconômica e cultural entre a capital e as comunidades do interior do Estado, sendo este um objetivo específico do estágio no PPC que não é por vezes, desta forma, contemplado.

Revela-se assim, que ao final do estágio muitos discentes não compreendem ainda as contribuições da APS para a formação de oportunização da atuação em relação ao indivíduo e ao coletivo de forma contextualizada à realidade local, respeitando o saber do outro e da comunidade local, conforme preconizado pelas Diretrizes para o Ensino em APS.

Estudo realizado na Turquia por Spiers e Harris (2015) destacou as dificuldades sobre a presença dos discentes da área da saúde em áreas remotas. Mesmo sendo realidades distintas da nossa, alguns argumentos devem ser ponderados, como o isolamento social associado à distância do lar, que é mais intensamente sentido por estes discentes quando o apoio administrativo é inadequado, com conseqüente desilusão.

O estágio pode contribuir na formação médica para permanência dos profissionais no nível da atenção básica à saúde e no ambiente rural. Alguns estudos mostram que a região geográfica afeta a preferência dos médicos. Os que trabalham em regiões desenvolvidas eram relutantes em trabalhar em áreas rurais, conforme estudo na Turquia, por Mollahalilođlu et al. (2015), mas os médicos que vivenciaram províncias menos desenvolvidas têm uma abordagem mais positiva em relação ao trabalho em áreas rurais.

O estudo desenvolvido por Aydin et al. (2015) demonstraram que as condições de vida difíceis foram a principal razão para a ansiedade dos discentes, ao trabalhar em uma área rural da Austrália. A maioria deles aponta que o currículo afetou positivamente sua perspectiva, e sugere que as escolas médicas devem proporcionar aos discentes a experiência rural em ambiente de cuidados primários, o que seria responsável por diminuir a sua ansiedade

2.4 Considerações finais

O estudo mostra do ponto de vista discente que a experiência acumulada pela FAMED, com o desenvolvimento do estágio rural no internato, tem evidenciado que ele se constitui como instrumento importante para a aquisição de algumas das competências definidas pelo PPC e DCN, tais como: atenção à saúde, tomada de decisão e comunicação.

Acreditamos que os fatores diversidade de cenários, capacitação e disponibilidade dos preceptores, possibilidade do exercício da autonomia e da interprofissionalidade, além da possibilidade de vivenciar nas clínicas básicas, mais intensamente em clínica médica, saúde da família e pediatria influenciam favoravelmente a formação médica na perspectiva do SUS

Apoio institucional insuficiente, formação dos preceptores e supervisores, indisponibilidade de carga horária com ausência da presença física do supervisor,

ausência da devolutiva da avaliação de forma adequada, subutilização de cenários como creches e outros socialmente importantes são limitações a serem superadas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M. M. P.; RODRIGUES, R. D. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 157-172, 2007.

ANDO, N. M. et al. DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA “O conceito de rural e o cuidado à saúde”. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 142-144, 2011.

AYDIN, S. et al. Effect of rural practice observation on the anxiety of medical students. **Rural and Remote Health**, n. 2893, maio, 2015. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_2893.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2015.

BRASIL. Lei n. 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 set. 2008. p. 3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em: 4 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192. Acesso em: 8 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. Edição. Brasília, DF, 2010.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2015.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 145-150, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje-problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, Brasília, DF, p. 24-27, 2003.

_____. O Movimento Mundial de Educação Médica: As Conferências de Edinburgh. **Cadernos ABEM**, Manguinhos, p. 30-38, 2006.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 2 fev. 2015.

GUSSO, G. et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina - SBMFC e ABEM. **Cadernos ABEM**, Manguinhos, v. 5, p. 13-20, 2009.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. PINHEIRO R., MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

MARTINS, M. de A. Novas tendências do Ensino Médico. **Gazeta Médica da Bahia**, n. 78, supl. 1, p. 22-24, 2008.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez., 2008. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2014.

MOLLAHALILODLU, S. et al. Factors affecting the work of physicians in rural areas of Turkey. **Rural and Remote Health**, Geelong, n. 3048, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3048>> Acesso em: 9 ago. 2015.

REID, S. et al. What brings us together': the values and principles of rural medical education. In: CHATER, A. B. et al. (Ed.). **WONCA Rural Medical Education Guidebook**. 12th. Silom: World Organization of Family Doctors (WONCA), WONCA Working Party on Rural Practice, 2014. cap. 1.1.1, p. 1-13, 2014. Disponível em: <www.globalfamilydoctor.com>. Acesso em: 8 out. 2015.

SPIERS, M. C.; HARRIS M. Challenges to student transition in allied health undergraduate education in the Australian rural and remote context: a synthesis of barriers and enablers. **Rural and Remote Health**, Geelong, n. 3069, abr., 2015. Disponível em: <<http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3069>>. Acesso em: 4 jul. 2015.

TAVEIRA, M. das G. M. M. **Clínica ampliada**: as oportunidades de vivência discente no estágio rural em Arapiraca. 2014. Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Faculdade de Medicina. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Maceió, 2013.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). European definition of general practice family medicine. 3. ed. **WONCA Europe**, 2011. Disponível em: <www.woncaeurope.org/>. Acesso em: 6 out. 2014.

3 PRODUTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

ALLAN MIKE VIEIRA BRASIL

**RELATÓRIO SOBRE O ESTÁGIO RURAL NA FORMAÇÃO MÉDICA: UMA
ANÁLISE DO PONTO DE VISTA DISCENTE**

MACEIÓ

2015

ALLAN MIKE VIEIRA BRASIL

RELATÓRIO SOBRE O ESTÁGIO RURAL NA FORMAÇÃO MÉDICA: UMA
ANÁLISE DO PONTO DE VISTA DISCENTE

Produto resultante da pesquisa “Estágio Rural na Formação Médica: uma Análise do Ponto de Vista Discente”, elaborado como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Mércia Lamenha
Medeiros

Coorientadora: Profa. Dra. Lenilda Austrilino

MACEIÓ

2015

3.1 Apresentação

Os resultados da pesquisa realizada com discentes, do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, FAMED/UFAL, sobre o tema “Estágio Rural na Formação Médica” apontam a necessidade de relatar os achados desse trabalho, na perspectiva de contribuir para a melhoria da formação discente e, para auxiliar a gestão da instituição e do curso na tomada de decisão.

Buscando identificar as convergências e divergências existentes entre o proposto e o vivenciado no estágio rural, a pesquisa foi realizada utilizando como eixos norteadores, as diretrizes para o ensino em Atenção Primária à Saúde (APS) na graduação em medicina e o projeto político pedagógico do referido curso para analisar a dinâmica do estágio rural e do seu funcionamento.

Os resultados da pesquisa mostraram as diferenças das condições entre os diversos cenários de prática, as contribuições da atenção primária à saúde e objetivos de ensino aprendizagem para a formação médica, os processos de ensino aprendizagem, momentos formativos, além da caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa.

Os resultados encontrados apontam a necessidade de mudanças referentes às metodologias de ensino aprendizagem e organização do currículo e, a diversificação dos cenários de prática para que a formação requerida seja contemplada.

3.2 Introdução

A Universidade Federal de Alagoas (UFAL) encontra-se instalada no Campus A.C. Simões, em Maceió, e possui atualmente mais dois campi no interior do Estado, implantados nos Campus Arapiraca e suas unidades em Viçosa, Penedo e Palmeira dos Índios; e Campus do Sertão, com sede em Delmiro Gouveia, e unidade em Santana do Ipanema. É uma Instituição de Ensino Superior (IES) Federal.

O Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFAL possui modalidade bacharelado, tipo presencial, oportunizando 80 vagas/ano, com duração prevista entre 06 e 09 anos, e carga horária total de 8.917h, sendo para o estágio supervisionado 4.228h. Deste total direcionado ao estágio

supervisionado, 320h são de estágio rural, distribuídas em 08 semanas, e que atualmente ocorre no 12º período.

O curso 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.

Entre os cenários de prática formativa encontra-se o Estágio Rural. Nesse sentido, para Ando et al. (2011), a importância do Estágio Rural é possibilitar ao discente vivenciar a realidade em saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Em relação à saúde, o conceito de rural deve ser compreendido em sua amplitude por envolver diferentes realidades dos profissionais e população assistida. Dessa maneira, os limites e a denominação de rural não necessariamente serão geográficos ou fixos, eles dependem das características do sistema de saúde e das comunidades específicas.

A saúde rural pode incluir as populações de áreas tradicionalmente reconhecidas como rurais, mas também comunidades ribeirinhas; áreas indígenas; populações quilombolas, de pescadores, mineradores, de alguns trabalhadores temporários; migrantes; áreas remotas e locais de difícil acesso, mesmo dentro de grandes cidades, como favelas, áreas rurais incrustadas, municípios muito pequenos etc. (ANDO et al., 2011)

Na UFAL, o projeto de Estágio Rural é proposto, desde 1974, com o objetivo de favorecer a uma formação médica adequada à realidade do contexto socioeconômico e cultural das comunidades. Aprovado pelo Ministério da Saúde, foi inicialmente financiado pela Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). As atividades oficialmente começaram pelos municípios de Arapiraca, Viçosa, Penedo, Pão de Açúcar e São Miguel dos Campos.

Em 2013, conforme o PPC de Medicina da FAMED / UFAL, o Estágio Rural é considerado:

[...] um programa de ensino que possibilita a integração dos estudantes junto às diversas formações sociais, o aprofundamento das relações entre Medicina e Sociedade e a vivência da realidade sanitária dos municípios envolvidos.
O Estágio Rural Obrigatório é considerado um campo de prática muito útil para uma boa formação do profissional médico. Propicia não só uma

aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos no decorrer do curso, mas também passa a ser um processo contínuo de avaliação desse curso, quando observado o efetivo desempenho dos alunos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, 2013).

Evidencia-se, desta forma, o papel singular do Estágio Rural na formação médica devendo contemplar as diretrizes para o ensino na APS na graduação em medicina. Compreender a dinâmica do estágio e visualizar seu funcionamento, a partir da concepção dos discentes que estão envolvidos, possibilita intervenções para melhorias pertinentes.

Considerando o momento de inserção curricular do Estágio Rural como a etapa de convergência de conhecimentos adquiridos durante os períodos anteriores do curso para desenvolvimento de uma prática clínica integrada, buscamos observar as contribuições provenientes da realidade dos cenários acerca dos determinantes sociais, culturais e psicológicos do ponto de vista discente.

3.3 Metodologia

Esse relatório expressa os resultados de um estudo híbrido de abordagem quanti-qualitativa, exploratório e descritivo, desenhado como estudo de caso. Como estratégia de investigação os discentes foram contatados através de endereço eletrônico com o envio de carta-convite (Apêndice A) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), explicando sobre a pesquisa e disponibilizado um link para acesso ao questionário (Apêndice C), construído com recursos do Google Docs, o qual teve elaboração baseada em nosso Marco Lógico (Apêndice D). O envio dos convites ocorreu durante 3 meses seguidos.

O instrumento de coleta foi um questionário semiestruturado composto de perguntas abertas, de múltiplas escolhas, e outras escalonadas que aferiam o grau de concordância com as afirmativas, totalizando vinte e três questões. Analisadas segundo as unidades de registro: caracterização dos sujeitos, diferenças das condições entre os diversos cenários de prática, contribuições da atenção primária a saúde e objetivos de ensino aprendizagem para a formação médica, processos de ensino aprendizagem e momento formativo.

Os resultados foram organizados por Demarzo et al. (2011) como Contribuições da Atenção Primária à Saúde para a Graduação em Medicina. O quadro a seguir mostra um sumário dessas diretrizes abordando: o porquê ensinar

na APS; (o quê) objetos de aprendizagem; (como) metodologias e estratégias didáticas; (quando) momentos; (onde) espaços formativos; e (quem) os principais atores envolvidos.

Quadro 1 - Sumário das diretrizes para o ensino na APS na graduação em medicina

Por que ensinar na APS?
- Contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada e contextualizada, que é centrada nas pessoas e comunidades, possibilitando a interdisciplinaridade.
O que ensinar?
- Abordagem individual e coletiva, com orientação familiar e comunitária, como eixos estruturantes de formação médica.
Quando ensinar?
- Deve ser uma inserção longitudinal e com continuidade ao longo do curso, em um modelo em espiral crescente de complexidade, e de preferência, com atividades na APS em todos os períodos (semestre ou anos) do curso.
Como ensinar?
- Com metodologias dialógicas e ativas de ensino-aprendizagem, integrando prática e teoria, problematizando e possibilitando uma reflexão sobre a prática profissional, trabalhando em pequenos grupos e com diversidade de cenários e atividades.
Onde ensinar?
- Em Unidades de Saúde da Família, ou similares, integradas à rede municipal, articuladas com a rede de atenção à saúde, com estrutura adequada para o recebimento de estudantes e para um efetivo processo de ensino-aprendizagem.
Quem deve ensinar?
- É fundamental a participação do médico especialista em MFC como docente e preceptor, em parceria com outros profissionais com vivência e competência em APS.

Fonte: Elaborado pelo autor.

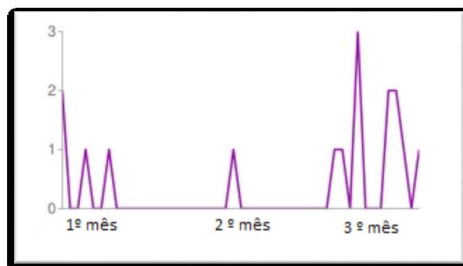
Este estudo foi desenvolvido com 16, dos 34 discentes matriculados regularmente no Estágio Rural, no 11º período (momento do internato em que se encontrava inserido na matriz curricular).

A pesquisa foi desenvolvida após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL, conforme parecer nº 770.582 (Anexo A). Só participaram da pesquisa os discentes que assinaram o TCLE.

3.4 Resultados

O gráfico a seguir mostra a distribuição da frequência de respostas recebidas, durante o período de coleta de dados.

Gráfico 1 – Distribuição da frequência de respostas recebidas ao longo do período da pesquisa.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Caracterização dos sujeitos

Os discentes que responderam o questionário tinham idade variando entre 23 e 27, sendo a média de 25 anos, a maioria do gênero feminino (68,75%), em sua completude residentes da Unidade Federativa das Alagoas antes de ingressar na UFAL.

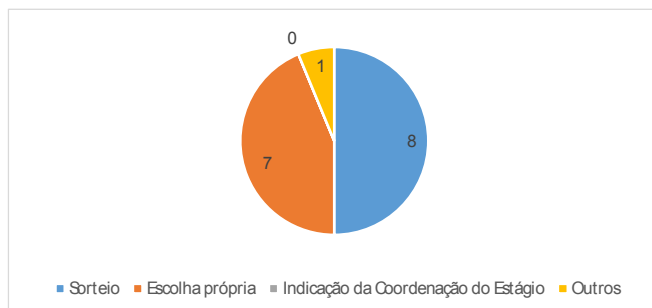
Diferenças das condições entre os diversos cenários de prática

O Estágio Rural durante o período deste estudo foi desenvolvido em cenários diversos e distintos, de cinco municípios representativos das três mesorregiões que compõem o Estado – Leste, Agreste e Sertão – IBGE (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1990). A cidade de atuação foi escolhida por sorteio para 56,25 % e para 43,75 % por escolha própria dos discentes.

Tabela 1 - Municípios em que se desenvolveu o Estágio Rural no período da pesquisa

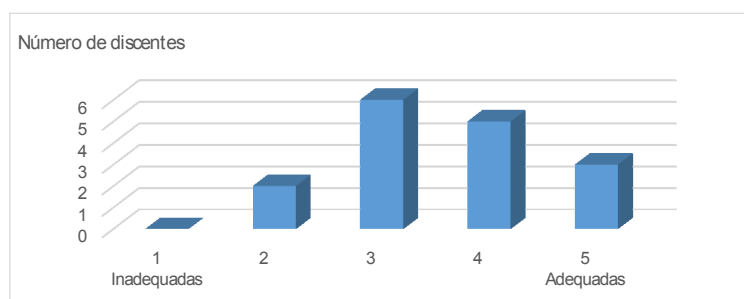
Municípios	Número de Discentes
Arapiraca	6
Santana do Ipanema	2
Penedo	3
Messias	3
Satuba	2
União dos Palmares, Maribondo, Delmiro Gouveia, Marechal Deodoro, Quebrangulo e Outros	0

Fonte: Elaborada pelo autor.

Gráfico 2 – Forma de escolha do cenário

Fonte: Elaborado pelo autor.

Consultados sobre as condições estruturais dos cenários onde a prática do estágio rural havia se desenvolvido, a maioria dos discentes avaliou que estas eram adequadas, conforme mostra o quadro a seguir.

Gráfico 3 – Condições estruturais nos cenários de prática em que o estágio se desenvolveu

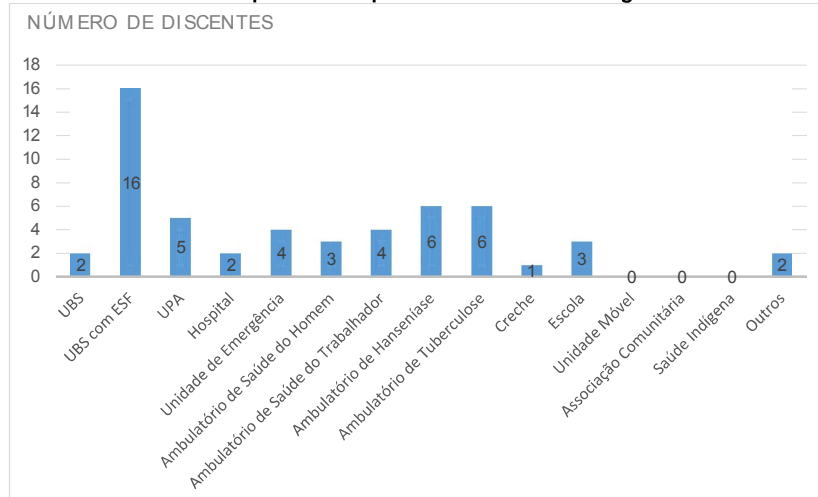
Fonte: Elaborado pelo autor.

Os cenários de práticas devem ser espaços que disponibilizem estrutura adequada ao desenvolvimento das atividades formativas. Para tanto, conforme as Diretrizes para o ensino na APS, estes espaços são compreendidos como unidades, equipamentos de saúde e redes de apoio próprios de APS, incluindo o sistema suplementar (ao possibilitar o desenvolvimento das competências almejadas pelas diretrizes), com estrutura adequada para receber atividades de ensino e discentes. Leva-se em conta desde o número e tamanho de salas para atendimento individual à existência de meio de transporte público para acesso dos estudantes ao cenário. Para Gusso et al. (2009), a estrutura é considerada adequada com base no pacto

entre os atores da integração ensino-serviço-gestão e comunidade, com alicerce nas diretrizes de qualidade do Ministério da Saúde e Educação.

Os cenários de prática que os discentes tiveram acesso estão registrados no quadro a seguir.

Gráfico 4 – Cenários de prática em que as atividades do estágio foram desenvolvidas



Fonte: Elaborado pelo autor.

Indagados sobre os cenários em que suas atividades do estágio foram desenvolvidas, a unidade básica de saúde com estratégia saúde da família foi assinalada por todos os discentes, seguida por ambulatório de hanseníase e tuberculose; unidade de pronto-atendimento; unidade de emergência e saúde do trabalhador; escola e ambulatório de saúde do homem; unidade básica de saúde, hospital, dispostas em ordem decrescente de marcação. A creche foi assinalada como cenário de prática utilizado por apenas um discente.

Nenhum discente identificou associação comunitária como espaço formativo, embora sejam equipamentos comunitários importantes enquanto cenário de formação em um estágio desta magnitude. Conforme sinaliza o PPC, o estágio rural deve possibilitar a integração dos discentes junto às diversas formações sociais com aprofundamento das relações entre medicina e sociedade e, não obstante, a associação comunitária seria um espaço oportuno não utilizado durante o estágio, bem como a unidade móvel e a unidade básica de saúde indígena.

Outros cenários, como a creche e a escola, são subutilizados, possibilitando comprometimento não só do caminhar dentro da proposta de aprofundamento destas relações com a sociedade, como também da contemplação de objetivos específicos do estágio, desde o desenvolvimento do olhar da clínica ampliada à possibilidade de concreta vivência da realidade nosológica, política, socioeconômica e cultural das comunidades.

Percebe-se que a diversidade de cenários é evidente, possibilitando maior facilidade ao desenvolvimento de atividades relacionadas aos diversos programas de saúde pública que fazem especificamente parte da proposta deste estágio. Quando mencionaram ambulatórios específicos para hanseníase, tuberculose, saúde do homem e saúde do trabalhador evidenciaram oportunidade ímpar de aprendizado, por serem ambulatórios referência de doenças prevalentes e ainda negligenciadas.

Gráfico 5 – Formas de auxílio proporcionadas pela instituição



Fonte: Elaborado pelo autor.

Nas respostas referentes a este item (formas de auxílio), encontramos discordância quanto ao recebimento de tais benefícios, que pode estar correlacionada a demora no tempo do pagamento, valores desatualizados, ameaças constantes de cortes de orçamentos, ou até mesmo sua suspensão, o que difere do que é preconizado no PPC, quando se definem itens mínimos de condições para o campo de estágio.

constituem campos de estágio deste Programa, os municípios do Estado de Alagoas que apresentem, no mínimo, as seguintes condições:... 4.3. Disponham de condições para oferecer alojamento e alimentação aos estagiários; 4.4 A Universidade deverá disponibilizar bolsa para o deslocamento dos alunos até os municípios. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, 2013).

A observação e contemplação das condições elencadas no PPC são importantes para o estágio transcorrer adequadamente.

☐ Contribuições da atenção primária à saúde para a graduação em medicina e objetivos de ensino aprendizagem

Tabela 2 – Contribuição para a formação médica

O Estágio Rural contribuiu na sua formação médica.	Número de Discentes	Frequência da citação dentre o total dos discentes
Não concordo	0	0%
Não concordo parcialmente	1	6%
Indiferente	1	6%
Concordo parcialmente	4	25%
Concordo	10	63%

Fonte: Elaborada pelo autor.

Perguntados se concordavam com a afirmação: o estágio rural contribuiu na sua formação médica, o número de discente que assinalou que concorda e concorda parcialmente foi superior em relação aos indiferentes e aos que não concordam parcialmente que o estágio tenha contribuído com sua formação, sendo válido observar que nenhum dos discentes optou pelo item não concordo.

Ratifica-se assim sua importância na matriz curricular, quando oportuniza ao discente contato circunscrito ao SUS e seus atores, em cenários que exaltam as habilidades delineadas pelas DCN do curso de medicina, e em consonância com a importância da APS para este desenhar, conforme Anderson, Demarzo e Rodrigues (2007), em que a MFC apresenta potencialidades diante dos novos rumos do ensino médico brasileiro.

Tabela 3 – Identificação do desenvolvimento de uma prática clínica integrada

Foi possível identificar o desenvolvimento de uma prática clínica integrada com demais profissionais da área de saúde.	Número de Discentes	Frequência da citação dentre o total de discentes
Não concordo	1	6%
Não concordo parcialmente	4	25%
Indiferente	1	6%
Concordo parcialmente	9	56%
Concordo	1	6%

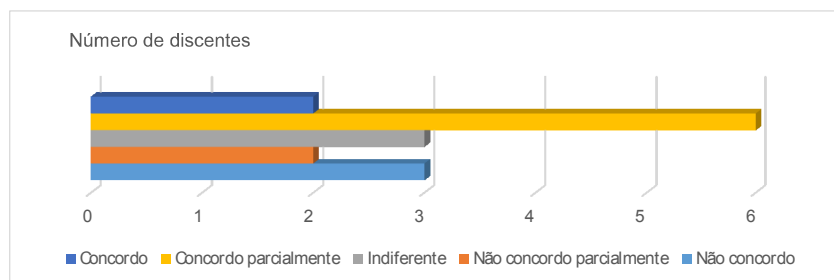
Fonte: Elaborada pelo autor.

Questionados se identificavam o desenvolvimento de uma prática clínica integrada com demais profissionais da área de saúde, a maioria dos discentes concorda parcialmente que esta acontece, sendo coerente com o PPC do curso de

medicina da FAMED que tem como objetivo específico estimular a prática profissional integrada com os demais profissionais da área da saúde.

Ceccim e Feuerwerker (2004) trazem a ideia de integralidade da atenção à saúde, como eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais dessa área de conhecimento. Para ser possível a compreensão da integralidade com totalidade, é necessário formar um profissional de saúde generalista capacitado para a clínica integral.

Gráfico 6 - Identificação do desenvolvimento de uma prática clínica ampliada

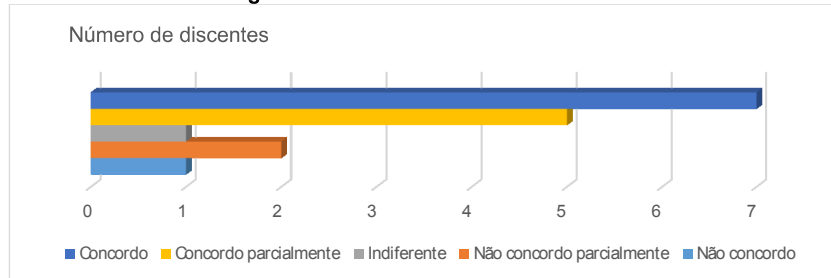


Fonte: Elaborado pelo autor

É preocupante que alguns discentes, cinco em dezesseis, não identifiquem evidências do desenvolvimento de uma prática clínica ampliada, condição tão singular e pertinente ao ensino em APS. Tal achado encontra-se em concordância com estudo anterior sobre o estágio rural desta instituição, realizado por Taveira (2014), quando se apercebe dos limites impostos pela estrutura da formação médica atual, a fim de se concretizar o uso da clínica ampliada nos diversos cenários de prática rural.

A clínica ampliada é essencial na construção do perfil profissional almejado pelas DCN (2014) do curso de medicina, quando serve de ferramenta imprescindível para a compreensão adequada do processo saúde-doença em sua complexidade, diante de uma abordagem que privilegia a singularidade do sujeito e as particularidades do meio e da comunidade em que se encontra inserido. Desta forma, beneficia ainda o trabalho interdisciplinar, pois, explicita a necessidade da integração entre os demais profissionais, para maior eficácia de uma ação em saúde.

Gráfico 7 – Vivências proporcionadas quanto a realidade política, socioeconômica e cultural da região



Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao assinalarem concordando com a afirmativa - o estágio rural proporciona vivências quanto à realidade política, socioeconômica e cultural da região - ficou evidente que o estágio rural proporciona essas vivências, atendendo aos objetivos planejados no PPC e nas DCN. Entretanto, ainda há discentes que não compreendem a importância deste cenário de prática. O não reconhecimento da realidade ampliada do local onde o estágio rural está inserido impede ao discente de desenvolver a capacidade de relacionar os processos específicos gerenciais e políticos de decisão, com a prevalência e a incidência das doenças na comunidade.

Tabela 4 – Vivências quanto às epidemias e endemias

O estágio proporcionou vivências quanto às epidemias e endemias da região.	Número de Discentes	Frequência da citação dentre o total dos entrevistados
Não concordo	0	0%
Não concordo parcialmente	3	19%
Indiferente	3	19%
Concordo parcialmente	7	44%
Concordo	3	19%

Fonte: Elaborada pelo autor..

Quando indagados sobre se o estágio rural proporcionou vivências quanto às epidemias e endemias da região, os discentes não associaram adequadamente a relação existente entre epidemiologia e realidade social. As respostas estão em concordância com dados obtidos por estudos anteriores sobre o estágio rural desta instituição, conforme Taveira (2014), que apontam para uma prática médica centrada na enfermidade.

As respostas demonstram que o estágio proporcionou vivência, mas, não o reconhecimento adequado quanto à realidade sanitária dos municípios envolvidos,

conforme preconizado no PPC do curso. A observação e constatação deste item são importantes, pois, conforme Demarzo et al. (2011), na APS, para o desenvolvimento de promoção de saúde e prevenção de doenças se faz necessário que o discente compreenda a prevalência e incidência destas afecções na comunidade, aliando-se aos recursos disponíveis para o enfrentamento de uma situação em saúde. Permanece implícito neste entendimento, principalmente quando lidamos com endemias e epidemias, a relevância do se aperceber que o território é vivo, a fim de que se programem ações em saúde, apropriando-se do entendimento popular em relação a determinado processo de adoecimento para maior efetividade desta abordagem.

Processo de ensino aprendizagem

Sobre as metodologias utilizadas, foram identificadas pelos discentes as práticas médicas na atenção básica à saúde, projetos de intervenções comunitárias e discussões de casos, enquanto outros não identificaram nenhuma estratégia metodológica de ensino aprendizagem. Compreendendo-se as metodologias citadas como estratégias que possibilitam aliar prática e teoria, com problematização da realidade e reflexão sobre a prática médica, entendemos que estas contemplam as diretrizes para o ensino na APS, conforme Demarzo et al. (2011) e os pressupostos metodológicos do PPC do curso de medicina.

As capacitações durante o estágio foram pouco citadas pelos discentes. As que ocorreram, foram organizadas pelo Conselho Federal de Medicina ou Prefeitura, em temas próprios da atenção básica como hanseníase, aleitamento materno, parasitoses e antibióticos. No PPC do curso de medicina, é previsto que o discente deverá participar de atualizações em que o preceptor seja convidado. A baixa citação de capacitações ocorrida, sugere que elas foram escassas naquele período, o que implica em deficiências na aquisição das habilidades de aprender a aprender, aprender com autonomia, e com a percepção da necessidade da educação continuada, conforme preconizado pelas DCN (2014).

Quanto à organização e planejamento dos estágios, aos discentes foram entregues os objetivos e os cronogramas, de forma impressa, eletrônica e verbalmente pelos preceptores e supervisores. Tal afirmação, encontra-se em consonância com o preconizado no PPC, em relação a preceptoria, a qual deverá

ser regida por um Programa Anual do Internato do Curso de Medicina, conforme Universidade Federal de Alagoas (2013).

Os discentes referem que foram avaliados por meio dos relatórios, diários de campo, fichas de avaliação individual final (usada pelos preceptores) e seminários de apresentação dos projetos de intervenção, mas não receberam feedback, e eram informados das notas na plataforma disponível na página eletrônica da UFAL. De acordo com o PPC, a avaliação deve ser utilizada para monitorar o processo ensino aprendizagem, promovendo feedback contínuo, sugerindo diversas formas de avaliação. Pelo relato dos discentes, a avaliação encontra-se parcialmente de acordo com o preconizado pela instituição de ensino, devido a vários fatores, entre eles a fragilidade na devolutiva.

Segundo os discentes os preceptores estimularam o desenvolvimento de habilidades e competências, na seguinte ordem de identificação: atenção à saúde, tomada de decisões e comunicação justificadas nas seguintes falas:

"[...] formas de fazer um bom atendimento e um bom acompanhamento do paciente, com uma abordagem exemplar e um seguimento real de acordo com o motivo da consulta; busca constante do conhecimento de acordo com cada caso a ser discutido[...]."

"[...] dando dicas de quando iniciar a medicação, dose, exames a serem pedidos, disponíveis no município [...]."

"[...] atendimento sozinha com discussão das condutas [...]."

As demais habilidades e competências definidas pelas DCN não foram adquiridas plenamente conforme assinalaram os discentes.

Quando perguntados sobre o supervisor ter-lhes proporcionado experiências de aprendizagem, estímulo ao desenvolvimento de habilidades durante o estágio e sobre a frequência da supervisão, os discentes responderam que o contato com o supervisor aconteceu de forma pontual, em geral no início e/ou no final do estágio. Afirmaram que houve estímulo ao desenvolvimento de habilidades, citando:

"[...] nos poucos momentos em que nos reunimos sim, através de conversas sobre a importância da clínica ampliada [...]."

"[...] discutimos sobre clínica ampliada e sobre os projetos de intervenção desenvolvidos durante o estágio [...]."

A presença do supervisor estava associada a fiscalização da estrutura física, e a garantia do estágio, como relatam os discentes:

"[...] através da fiscalização da unidade básica [...]"

"[...] visitou pouco a unidade [...]"

De acordo com o PPC é papel da supervisão a realização de inspeções bimestrais em cada município participante do programa. Realizando um encontro anual para avaliação geral do estágio incluindo a participação dos secretários municipais de saúde, preceptores, discentes, docentes, coordenação e supervisão do internato.

Momento formativo do estágio rural no curso de medicina

Quando analisamos as respostas ao questionamento: "você acredita ser este o momento adequado para o estágio rural no curso de medicina?", foram criadas duas classificações, a partir dos argumentos prós e contras a realização do estágio rural no 11º período do curso. Os argumentos prós foram fundamentados em: conhecimento prévio adequado; maturidade; autonomia e outra realidade, enquanto os argumentos contra foram: estágio repetitivo, estrutura semelhante a capital, tardio e residência médica.

Quadro 1 – Argumentos prós, elaborados diante da análise das respostas discentes

Argumentos prós	Citações referidas
Conhecimento Prévio Adequado	"o aluno já possui um maior conhecimento clínico"; "devido à carga teórica adquirida até esse momento, permitindo um maior aproveitamento do estágio"; "... esse avançar dentro do curso também facilita o atendimento dos pacientes e a discussão com o preceptor..."; "é o momento em que já vimos clínica médica e podemos associar aos conhecimentos novos de médicos de família..."; "pois, já teríamos passado pela atenção primária durante o quinto ano nas diversas áreas... o que ajudou durante as práticas do estágio rural no sexto ano"; "é quando já terminamos os conteúdos teóricos"; "o estudante já tem... conhecimento para melhor proveito do estágio".
Maturidade	"o aluno já possui maturidade..."; "possibilita maior desenvoltura, maturidade e segurança no período em que ocorre..."; "no último ano o estudante já tem maturidade...".
Autonomia	"pois o estágio rural acontece em um período em que devemos ter mais autonomia na condução dos casos...".
Outra Realidade	"o estágio rural ajuda a conhecer uma outra realidade da estratégia atual do SUS para atendimento da população...".

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 2 – Argumentos contra, elaboradas diante da análise das respostas discentes

Argumentos contra	Citações referidas
Estágio Repetitivo	"deveria... escolher entre o PSF ou estágio rural"; "não percebi diferenças entre o estágio rural na UBS na capital e na do interior"; "acho que o estágio se torna repetitivo, já que passamos três meses em um PSF em Maceió...".
Estrutura Semelhante à Capital	"acho que dentro da cidade de Maceió tem estrutura e campo de trabalho semelhante ao utilizado no estágio rural, sendo desnecessário o deslocamento..."; "...mesma infraestrutura, dificuldades de atendimento...".
Tardio	"deveria ser no quinto ano junto com o PSF..."; "deveria ser inserido ou ainda durante as aulas teóricas ou no início do internato..."; "deveria ser no começo do quinto ano".
Residência Médica	"sexto ano é ano de focar na residência médica, e o estágio rural traz pouco retorno quanto a isso".

Fonte: Elaborado pelo autor.

Entre os argumentos prós, o conhecimento prévio adequado surge com maior frequência em expressões e pensamentos citados.

Entre os argumentos contra, surgiram dois posicionamentos: estágio repetitivo, e tardio. Este aspecto pode ser compreendido como uma referência ao estágio supervisionado clínica médica 1 da matriz curricular, que ocorria em regime de internato no 11º período, no qual os discentes desenvolviam suas atividades em cenários de práticas com dinâmicas semelhantes às do estágio rural, já que são utilizadas unidades básicas de saúde da capital, em busca também de desenvolver no discente a prática da clínica médica ampliada em ambiente ambulatorial. Em conjunto com as equipes de saúde da família, possui uma carga horária total de 480 horas, distribuídas em 12 semanas, que pode corroborar ainda mais com o sentimento exposto.

Os argumentos: estágio repetitivo, estrutura semelhante a capital e tardio, explicitam um dado preocupante, pois, podemos inferir que o estágio não permite aos discentes perceber as diferenças na realidade nosológica, política, socioeconômica e cultural entre a capital e as comunidades do interior do Estado, sendo este um objetivo específico do estágio no PPC que não é por vezes, desta forma, contemplado.

Revela-se assim, que ao final do estágio muitos discentes não compreendem ainda as contribuições da APS para a formação de oportunidade da atuação em relação ao indivíduo e ao coletivo de forma contextualizada à realidade local,

respeitando o saber do outro e da comunidade local, conforme preconizado pelas Diretrizes para o Ensino em APS.

3.5 Recomendações

- ☐ Uniformizar as bolsas de estágio para evitar as diferenças entre as condições oferecidas em cada município.
- ☐ Criar mecanismos que garantam ao discente a utilizarem todos os aparelhos comunitários disponíveis durante o estágio, como creches, escolas, associações comunitárias e saúde indígena, entre outras.
- ☐ Evidenciar abordagens que contemplem a interprofissionalidade durante o estágio, ressaltando a importância da clínica integrada.
- ☐ Estimular uma abordagem contextualizada evidenciando a singularidade do sujeito, as particularidades do meio e da população em que se encontra inserida esse ser.
- ☐ Ressaltar a importância do reconhecimento da realidade nosológica do cenário de prática para subsidiar a tomada de decisão frente ao processo saúde doença.
- ☐ Oportunizar vivências em todas as clínicas específicas da APS.
- ☐ Possibilitar vivências em capacitações, principalmente as direcionadas aos programas de saúde pública.
- ☐ Fortalecer o processo avaliativo do estágio, evidenciando adequada devolutiva.

3.6 Considerações finais

O estudo mostra do ponto de vista discente que a experiência acumulada pela FAMED, com o desenvolvimento do estágio rural no internato, tem evidenciado que ele se constitui como instrumento importante para a aquisição de algumas das competências definidas pelo PPC e DCN, tais como: atenção à saúde, tomada de decisão e comunicação.

Acreditamos que os fatores diversidade de cenários, capacitação e disponibilidade dos preceptores, possibilidade do exercício da autonomia e da interprofissionalidade, além da possibilidade de vivenciar nas clínicas básicas, mais intensamente em clínica médica, saúde da família e pediatria influenciam favoravelmente a formação médica na perspectiva do SUS

Apoio institucional insuficiente, formação dos preceptores e supervisores, indisponibilidade de carga horária com ausência da presença física do supervisor, ausência da devolutiva da avaliação de forma adequada, subutilização de cenários como creches e outros socialmente importantes são limitações a serem superadas.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M. M. P.; RODRIGUES, R. D. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 157-172, 2007.
- ANDO, N. M. et al. DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA “O conceito de rural e o cuidado à saúde”. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 142-144, 2011.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.
- DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 145-150, 2011.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 2 fev. 2015.
- GUSSO, G. et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina - SBMFC e ABEM. **Cadernos ABEM**, Manguinhos, v. 5, p. 13-20, 2009.
- TAVEIRA, M. das G. M. M. **Clínica ampliada: as oportunidades de vivência discente no estágio rural em Arapiraca**. 2014. Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Faculdade de Medicina. **Projeto Pedagógico do Curso De Medicina**. Maceió, 2013.

APÉNDICES

APÊNDICE A - Carta-convite

CARTA-CONVITE DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Prezado(a) discente,

Temos a honra de convidá-lo(a) a participar da pesquisa **Estágio Rural na Formação Médica: uma análise do ponto de vista do discente**. Esta pesquisa está relacionada às atividades do meu mestrado em Ensino na Saúde pela FAMED/UFAL, e sua colaboração é muito importante para que analisemos como se desenvolve o Estágio Rural na graduação em medicina. Sua participação é voluntária, e para tanto, envio o link abaixo para acesso a um formulário eletrônico. As respostas ao questionário são importantes para subsidiar os resultados desta pesquisa, e ao aceitar participar, estará contribuindo para que ao observarmos o desenvolvimento do Estágio Rural, identifiquemos se há fragilidades, a fim de que se encontrem soluções.

Sua identidade será preservada, e desta forma, os dados deste formulário são sigilosos e estão sob a responsabilidade dos pesquisadores.

Seu número identificador (que será solicitado no questionário):

Segue o Link para o questionário:

https://docs.google.com/forms/d/1RmQZ3ymduiVGt6YzpCT9dyh5EEglsAb2PdIZS20N8o/viewform?usp=send_form

Gratos desde já!

Atenciosamente,

Allan Mike Vieira Brasil – Pesquisador

Mércia Lamenha Medeiros e Lenilda Austrilino da Silva - Orientadoras

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Alagoas
Faculdade de Medicina – FAMED



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr. (a) a participar da Pesquisa - Estágio Rural na formação médica: desenvolvimento e percepção discente, sob a responsabilidade dos pesquisadores Allan Mike Vieira Brasil, Mércia Lamenha Medeiros e Lenilda Austrilino da Silva, a qual pretende conhecer a compreensão dos discentes do curso de Medicina da UFAL a respeito do Estágio Rural.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista individual. O encontro será único e por um período de, em média, uma hora e meia e, para que o Sr. (a) não seja identificado, lhe será atribuído um nome fictício escolhido a seu critério. A entrevista terá perguntas abertas a respeito de sua concepção sobre o Estágio Rural do curso de medicina e seu desenvolvimento na Estratégia de Saúde da Família. A sua participação é de fundamental importância porque não há outra maneira de obter os dados, e as informações pessoais serão sigilosas.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos por seu desenho e dados a serem coletados. Visualiza-se apenas a mobilização de emoções ao avaliar sua disciplina do curso de Medicina e se isto acontecer o pesquisador Allan Mike Vieira Brasil, como médico, realizará o seu atendimento inicial e apoio. Se você aceitar participar, estará contribuindo para que possamos observar o desenvolvimento do Estágio Rural, e se há fragilidades, a fim de que se encontrem soluções.

Se depois de consentir a participação o Sr. (a) desistir de continuar aprovando a mesma, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr. (a) não receberá nenhuma remuneração e será ressarcido caso ocorra alguma despesa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. O (a) Sr. (a) poderá ser indenizado por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo garantida a existência de recursos para essas despesas. Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com os pesquisadores no endereço Universidade Federal de Alagoas, localizada à Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins - Maceió - AL, CEP: 57072-900, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAL, na Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins - Maceió - AL, CEP: 57072-970 BR 104 - KM 14.

Consentimento Pós-Infomação

Eu, _____, fui informado sobre o que os pesquisadores querem fazer e porque precisam da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Allan Mike Vieira Brasil

Mércia Lamenha Medeiros

Lenilda Austrilino

APÊNDICE C – Questionário**ESTÁGIO RURAL NA FORMAÇÃO MÉDICA**

Pesquisadores: Allan Mike Vieira Brasil

Mércia Lamenha Medeiros

Lenilda Austrilino da Silva

*Obrigatório

Idade: *

Qual o seu número identificador? *

Refere-se ao número enviado ao seu e-mail.

Gênero: *

- Masculino
- Feminino

Em qual Unidade Federativa você residia antes de ingressar na UFAL? *

- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Distrito Federal
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Paraná
- Paraíba
- Pará

- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- Sergipe
- São Paulo
- Tocantins
- Outro País

Se em outro País, qual?

Qual o Município em que se desenvolveu o seu Estágio Rural? *

- Arapiraca
- Santana do Ipanema
- União dos Palmares
- Penedo
- Messias
- Satuba
- Maribondo
- Delmiro Gouveia
- Marechal Deodoro
- Quebrangulo
- Outro:

Como foi escolhido este cenário? *

- Sorteio
- Escolha própria
- Indicação da Coordenação do Estágio
- Outro:

Quais as condições estruturais nos cenários de prática em que o estágio se desenvolveu? *

Em uma escala de 1 a 5, marque 1 para condições inadequadas, e 5 para condições adequadas.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Quais os cenários em que as suas atividades do estágio foram desenvolvidas? *

- Unidade Básica de Saúde
- Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família
- UPA
- Hospital
- Unidade de Emergência
- Ambulatório de Saúde Do Homem
- Ambulatório de Saúde do Trabalhador
- Ambulatório de Hanseníase
- Ambulatório de Tuberculose
- Creche
- Escola
- Unidade Móvel
- Associação Comunitária
- Saúde Indígena
- Outro:

A UFAL proporcionou alguma forma de auxílio quanto à: *

- Hospedagem
- Alimentação
- Deslocamento
- Outro:

Assinale as alternativas de acordo com o seu grau de concordância. *

Não Não Indiferente Concordo Concordo
concordo concordo parcialmente parcialmente totalmente

	Não concordo	Não concordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo
O Estágio Rural contribuiu na sua formação médica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi possível identificar o desenvolvimento de uma prática clínica integrada com demais profissionais da área da saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi possível identificar o desenvolvimento de uma prática clínica ampliada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O estágio proporcionou vivências quanto à realidade política, socioeconômica e cultural da região.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O estágio proporcionou vivências quanto às epidemias e endemias da região.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Na escala de 1(nenhuma) a 5 (todas), marque o quanto você adquiriu de habilidades, atitudes e competências, durante o Estágio Rural, nas seguintes áreas: *

Pediatria

1 2 3 4 5

Nenhuma Todas

*

Clínica Médica

1 2 3 4 5

Nenhuma Todas

*

Clínica Cirúrgica

1 2 3 4 5

Nenhuma Todas

*

Ginecologia

1 2 3 4 5

Nenhuma Todas

*

Obstetrícia

1 2 3 4 5

Nenhuma Todas

*

Medicina de Família e Comunidade

1 2 3 4 5

Nenhuma Todas

Na escala de 1(nunca) a 5 (frequentemente), o quanto você vivenciou? *

Em acolhimento

1 2 3 4 5

Nunca Frequentemente

*

Em atendimentos de urgência em atenção básica.

1 2 3 4 5

Nunca Frequentemente

Foram entregues objetivos de ensino? *

- Sim
- Não

Se respondeu sim à pergunta anterior, como foram entregues?

- Pelo Preceptor, verbalmente.
- Pelo Preceptor, impresso.
- Pelo Preceptor, por meio eletrônico.
- Pelo Supervisor, verbalmente.
- Pelo Supervisor, impresso.
- Pelo Supervisor, por meio eletrônico.
- Outro:

Foram entregues cronogramas de trabalho? *

- Sim
- Não

Se respondeu sim à pergunta anterior, por quem foram entregues?

- Pelo Preceptor, verbalmente.
- Pelo Preceptor, impresso.
- Pelo Preceptor, por meio eletrônico.
- Pelo Supervisor, verbalmente.
- Pelo Supervisor, impresso.
- Pelo Supervisor, por meio eletrônico.
- Outro:

Foi realizada alguma avaliação durante o estágio? *

- Sim
- Não

Se respondeu sim à pergunta anterior, de que forma?

- Relatório
- Prova prática
- Teste de múltipla escolha
- Teste com questões abertas
- Diário de Campo
- Outro:

E se houve algum tipo de avaliação, recebeu algum retorno sobre estas?

- Sim
- Não

E se sim, por quem e de que forma?

Quais as metodologias de ensino aprendizagem utilizadas no estágio? *

Participou de alguma capacitação durante o estágio? *

- Sim
- Não

E se sim, qual o tipo?

Você acredita ser este o momento adequado para o estágio rural no curso de medicina? *

- Sim
- Não

Justique a resposta anterior. *

O preceptor lhe proporcionou experiências de aprendizagem? *

- Sim
- Não

Justifique a resposta anterior. *

Identifique e marque as habilidades que seu preceptor lhe estimulou a desenvolver durante o estágio: *

- Atenção à saúde
- Tomada de decisões
- Comunicação
- Liderança
- Administração e gerenciamento
- Educação permanente

O supervisor proporcionou experiências de aprendizagem? *

- Sim
- Não

Justifique a resposta anterior. *

Identifique e marque as habilidades que seu supervisor lhe estimulou a desenvolver durante o estágio: *

- Atenção à saúde
- Tomada de decisões
- Comunicação
- Liderança
- Administração e gerenciamento
- Educação permanente

Qual a frequência da supervisão? *

- Nunca
- Uma vez na semana
- Primeiro e último dia do estágio
- Diariamente
- À distância
- Outro:

O objetivo desta pesquisa é analisar como se desenvolve o Estágio Rural do ponto de vista discente. Sua participação é voluntária e as respostas ao questionário são importantes para subsidiar os resultados desta pesquisa. Os dados deste formulário são sigilosos e estão sob a responsabilidade dos pesquisadores. *

- Li e concordo em participar.
- Li e não concordo em participar.

APÊNDICE D – Marco Lógico

MARCO LÓGICO		
EIXOS DE DISCUSSÃO / REFERENCIAL TEÓRICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS / REFERENCIAL TEÓRICO	PERGUNTAS NORTEADORAS PARA O QUESTIONÁRIO / REFERENCIAL TEÓRICO
Identificação	1) Caracterização dos sujeitos.	1) Idade: 2) Qual o seu número identificador? 3) Gênero: 4) Em qual Unidade Federativa você residia antes de ingressar na UFAL?
Condições dos cenários.	1) Comparar as diferenças de condições entre os diversos cenários das atividades.	5) Qual o Município em que se desenvolveu o seu Estágio Rural? 6) Como foi escolhido este cenário? 7) Quais as condições estruturais nos cenários de prática em que o estágio se desenvolveu? Em uma escala de 1 a 5, marque 1 para condições inadequadas, e 5 para condições adequadas. 8) Quais os cenários em que as suas atividades do estágio foram desenvolvidas? 9) A UFAL proporcionou alguma forma de auxílio?
Contribuições da Atenção Primária à Saúde para a graduação em Medicina e objetivos de ensino-aprendizagem.	1) Identificar que contribuições o estágio rural teve na formação médica; 2) Enumerar quais os objetivos de aprendizagem adquiridos neste estágio.	10) Assinale as alternativas de acordo com o seu grau de concordância. 10.1 O Estágio Rural contribuiu na sua formação médica. 10.2 Foi possível identificar o desenvolvimento de uma prática clínica integrada com demais profissionais da área de saúde. 10.3 Foi possível identificar o desenvolvimento de uma prática clínica ampliada. 10.4 O estágio proporcionou vivências quanto à realidade política, socioeconômica e cultural da região. 10.5 O estágio proporcionou vivências quanto às epidemias e endemias da região. 11) Na escala de 1 (nenhuma) e 5 (todas), marque o quanto você adquiriu de habilidades, atitudes e competências, durante o Estágio Rural, nas seguintes áreas: 11.1 Pediatria 11.2 Clínica Médica 11.3 Clínica Cirúrgica 11.4 Ginecologia 11.5 Obstetrícia 11.6 Medicina de Família e Comunidade 12) Na escala de 1 (nunca) a 5 (frequentemente), o quanto você vivenciou? 12.1 Em acolhimento 12.2 Em atendimento de urgência em atenção básica
Processo de ensino-aprendizagem.	1) Conhecer quais metodologias utilizadas nestes cenários de aprendizagem.	13) Foram entregues objetivos de ensino? 13.1 Se respondeu sim a pergunta anterior, como foram entregues? 14) Foram entregues cronogramas de trabalho? 14.1 Se respondeu sim a pergunta anterior, por quem foram entregues? 15) Foi realizada alguma avaliação durante o estágio? 15.1 Se respondeu sim a pergunta anterior, de que forma? 15.2 E se houve algum tipo de avaliação, recebeu algum retorno sobre estas?

		<p>15.3 E se sim, por quem e de que forma?</p> <p>16) Quais as metodologias de ensino aprendizagem utilizadas no estágio?</p> <p>17) Participou de alguma capacitação durante o estágio?</p> <p>17.1 E se sim, qual o tipo?</p>
Momentos formativos.	<p>11) Descrever os pontos de convergências e divergências entre o que está proposto e o que é vivenciado pelos discentes.</p>	<p>18) Você acredita ser este o momento adequado para o Estágio Rural no curso de medicina?</p> <p>18.1 Justifique a resposta anterior.</p>
Preceptores e supervisão.	<p>12) Analisar o papel do preceptor e do supervisor do estágio sob a perspectiva discente.</p>	<p>19) O preceptor lhe proporcionou experiências de aprendizagem?</p> <p>19.1 Justifique a resposta anterior.</p> <p>20) Identifique e marque as habilidades que seu preceptor lhe estimulou a desenvolver durante o estágio.</p> <p>21) O supervisor proporcionou experiências de aprendizagem?</p> <p>21.1 Justifique a resposta anterior.</p> <p>22) Identifique e marque as habilidades que seu supervisor lhe estimulou a desenvolver durante o estágio.</p> <p>23) Qual a frequência da supervisão?</p>

PERCURSO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDO: estudo exploratório, de abordagem qualitativa, através de estudo de caso, com base em análise de conteúdo segundo Bardin (2012). Utilizaremos questionário semiestruturado e análise documental.

CENÁRIO E SUJEITOS: Os sujeitos do estudo estão distribuídos nos 10 municípios que atualmente são conveniados a FAMED, em que se desenvolve o Estágio Rural neste primeiro semestre de 2014. Serão enviados os questionários para todos discentes, 34 alunos que cursaram o 11º período no primeiro semestre de 2014, priorizando os diferentes cenários, a fim de obter representatividade de todos eles.

RECRUTAMENTO DOS SUJEITOS E AQUISIÇÃO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: Sensibilização; entrega da carta convite; apresentação do TCLE (diretrizes da Resolução CNS/MS: 196/96; envio de questionários por formulário eletrônico.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Discentes que cursaram o 11º período no primeiro semestre de 2014 na FAMED.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Os discentes que estiverem afastados por transferência, trancamento do estágio, por processo de adocimento.

PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS: Serão enviadas aos discentes, através de e-mail, uma carta – convite para participação da pesquisa. E nesta, constará um link que dará acesso ao formulário eletrônico que construímos para a coleta de dados. Os dados resultantes dos formulários eletrônicos serão sistematizados e categorizados com base na análise de conteúdo de Bardin (2012).

RISCOS: constrangimento por parte do aluno que não se dedicou adequadamente a todas as etapas do estágio.

BENEFÍCIOS: Avaliando o estágio pode-se contribuir nas reflexões e favorecendo possíveis mudanças. Adquirir aprendizagem significativa e ser um profissional mais habilitado dentro da profissão médica com visão generalista.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS: análise de conteúdo segundo Bardin.

AUTORIZAÇÕES, ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS: Para o desenvolvimento do trabalho será solicitada autorização do diretor da unidade acadêmica, coordenação do curso, coordenação do internato e coordenação do estágio rural. E ao discente será entregue e solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

DESECHO PRIMÁRIO: Avaliação do estágio rural com possibilidade de aprimoramentos.

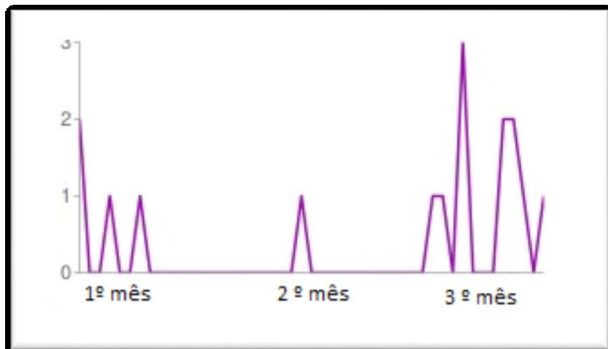
CRITÉRIO PARA SUSPENDER/ENCERRAR A PESQUISA: A existência de alguma situação adversa que envolva o sujeito da pesquisa, expondo o mesmo ao evento de risco previsto nesse estudo, se 51% dos discentes se negarem a participar da pesquisa ou por motivos de incapacidade temporária/permanente da pesquisa principal/docente.

SIGILO: Com o objetivo de minimizar os riscos, para cada entrevistado estabeleceremos siglas como garantia de anonimato. Ficará também claro que esta pesquisa não terá qualquer influência sobre o seu processo de avaliação no curso.

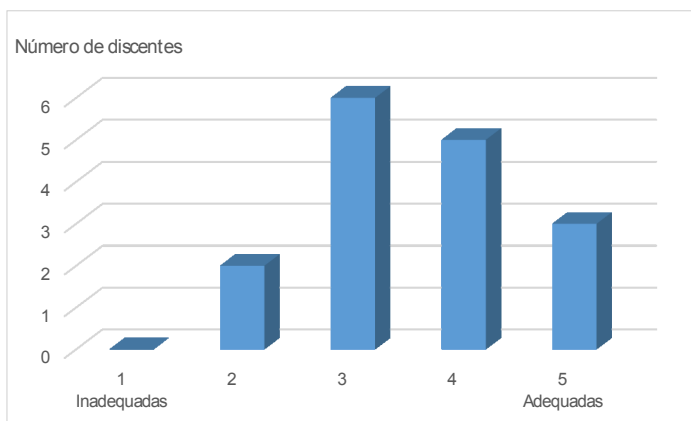
DESENHO: Sensibilização, convite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido aos discentes, seguido A explicação quanto as etapas do processo de pesquisa, ou seja: responder ao questionário.

APÊNDICE E - Gráficos referentes ao questionário

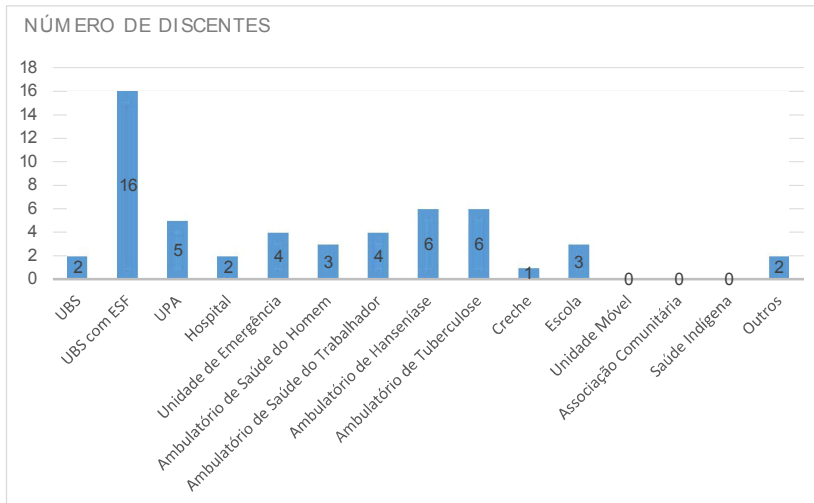
Distribuição da frequência de respostas recebidas ao longo do período da pesquisa



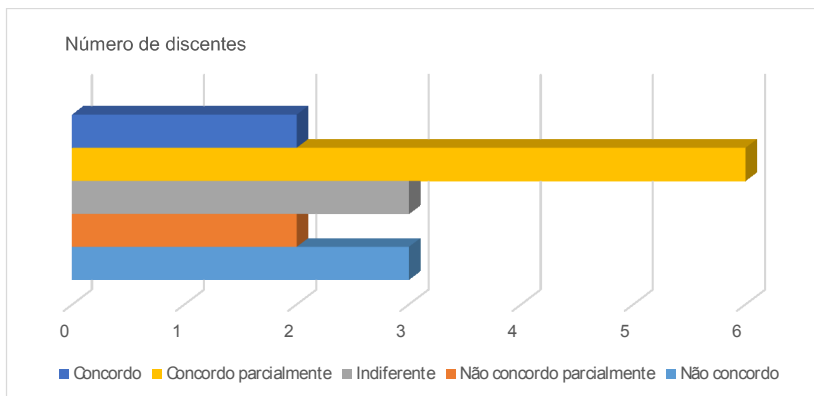
Condições estruturais nos cenários de prática em que o estágio se desenvolveu



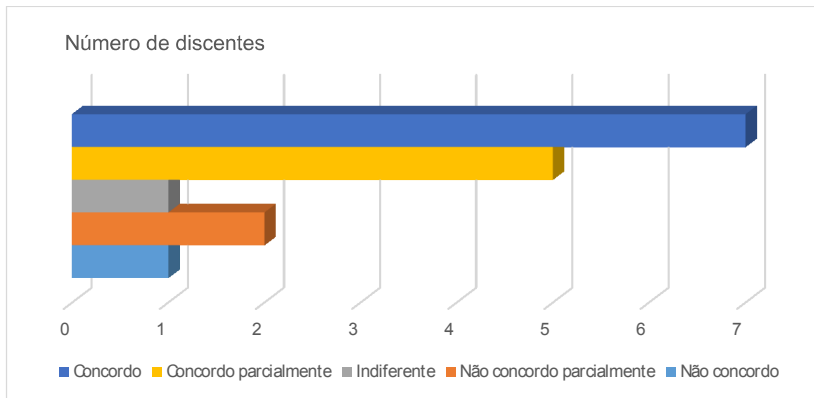
Cenários de prática em que as atividades do estágio foram desenvolvidas



Identificação do desenvolvimento de uma prática clínica ampliada



Vivências proporcionadas quanto a realidade política, socioeconômica e cultural da região



ANEXOS

ANEXO A – Parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estágio Rural na Formação Médica: Desenvolvimento e Percepção Discente.

Pesquisador: ALLAN MIKE VIEIRA BRASIL

Área Temática:

Versão:

CAAE: 31593914.3.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 770.582

Data da Relatoria: 01/07/2014

Apresentação do Projeto:

Este projeto tem por objetivo compreender o desenvolvimento do Estágio Rural no Internato do Curso de Medicina. Neste sentido, faz-se importante um resgate histórico deste estágio, além de visualizar seu funcionamento a partir da concepção dos discentes que estão envolvidos neste momento, possibilitando intervenções para melhorias pertinentes. Desta forma, trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, utilizando um questionário semiestruturado e análises documentais. Serão selecionados para serem investigados 20 dos 34 alunos que cursam o 11º período neste primeiro semestre de 2014, priorizando as divergências de cenários, a fim de obter representatividade de todos eles. O estágio se desenvolve na zona da mata, agreste e sertão do Estado de Alagoas, cuja população estimada é de 3.120.494, conforme dados do Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender como se desenvolve o Estágio Rural

Objetivo Secundário:

- Avaliar como se desenvolve o estágio rural na percepção discente; - Comparar as diferenças entre os diversos cenários;- Identificar que contribuições o estágio rural teve na formação médica;- Enumerar quais os objetivos de aprendizagem adquiridos neste estágio;- Conhecer quais

Endereço: Campus A . C Simões Cidade Universitária
Bairro: Tabuleiro dos Martins **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **Fax:** (82)3214-1700 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 770.582

metodologias utilizadas nestes cenários de aprendizagem;- Analisar o papel do supervisor do estágio sob a perspectiva discente;- Avaliar os relatórios com os registros das ações;- Descrever os pontos de convergências e divergências entre o que está proposto e que é vivenciado pelos discentes;- Descrever os pontos de convergências e divergências entre o que está proposto pelo Projeto Pedagógico do Curso de Medicina (PPC) e que desenvolvido do campo de estágio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Mobilização de emoções dos discentes ao avaliar uma disciplina do curso.

Benefícios: A pesquisa poderá evidenciar aspectos importantes do Estágio Rural que levarão a reflexão e a busca de soluções.

É considerada adequada a relação entre riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para o campo da saúde e da formação médica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados satisfatoriamente.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo atende as recomendações éticas da Resolução 466/12. O protocolo está aprovado a partir desta data, ou seja, a coleta de dados só poderá ocorrer a partir desta data.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus A - C Simões Cidade Universitária
Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 770.582

MACEIO, 28 de Agosto de 2014

Assinado por:
Deise Juliana Francisco
(Coordenador)

Endereço: Campus A - C Simões Cidade Universitária
Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comiteeticaufal@gmail.com

ANEXO B – Comprovante de submissão do artigo para publicação

● Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2016-0600 (2)

Pessoas

● **onbehalfof+danuziacienciaesaudecoletiva+gmail.com@manuscriptcentral.com**

Mar 7 em 10:11 PM ✉

Para: mercialamenha@hotmail.com, lamenhasap@uol.com.br

CC: amikebrasil@yahoo.com.br, mercialamenha@hotmail.com, lamenhasap@uol.com.br, lenildaaustrilino@gmail.com

07-Mar-2016

Dear Dr. Medeiros:

Your manuscript entitled "STAGE CURRICULUM RURAL IN MEDICAL TRAINING OF A FEDERAL PUBLIC INSTITUTION: AN ANALYSIS OF POINT VIEW STUDENTS" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2016-0600.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,

Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office
