

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - PPGE/FACED

HELIANA NUNES FEIJÓ LEITE

**O ENSINO MÉDICO NA UFAM: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DE
PROFESSORES E DE MÉDICOS PARA AS DEMANDAS DE SAÚDE A PARTIR
DA EXPERIÊNCIA DO INTERNATO RURAL**

Manaus- AM

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - PPGE/FACED

HELIANA NUNES FEIJÓ LEITE

**O ENSINO MÉDICO NA UFAM: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DE
PROFESSORES E DE MÉDICOS PARA AS DEMANDAS DE SAÚDE A PARTIR
DA EXPERIÊNCIA DO INTERNATO RURAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Amazonas como requisito para a obtenção do título de doutora em Educação.

Área de Concentração: Linha de Pesquisa 3 –
Formação e Práxis do Educador frente aos
Desafios Amazônicos

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas

Manaus- AM

2020

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

L533e Leite, Heliana Nunes Feijó
O Ensino Médico na UFAM: reflexões sobre a formação de professores e de médicos para as demandas de saúde a partir da experiência do Internato Rural. / Heliana Nunes Feijó Leite . 2020
139 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas
Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Formação de professores. 2. Ensino médico. 3. Atenção Primária a Saúde. 4. Internato. I. Mascarenhas, Suely Aparecida do Nascimento. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

HELIANA NUNES FEIJÓ LEITE

**O ENSINO MÉDICO NA UFAM: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DE
PROFESSORES E DE MÉDICOS PARA AS DEMANDAS DE SAÚDE A PARTIR
DA EXPERIÊNCIA DO INTERNATO RURAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Amazonas como requisito para obtenção do título de doutora em Educação.

Aprovada em: 16 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas
(Orientadora – Presidente, UFAM)

Prof.^a Dr.^a Arminda Rachel Botelho Mourão
(Membro interno, UFAM)

Prof.^a Dr.^a Fabiane Maia Garcia
(Membro interno, UFAM)

Prof. Dr. Nildo Alves Batista
(Membro externo, UNIFESP)

Prof. Dr. Adrian Cuevas Jiménez
(Membro Externo, UNAM, FES Iztacala, México)

Prof.^a Dr.^a Iolete Ribeiro da Silva
(Membro interno, suplente)

Prof. Dr. Dirceu Benedicto Ferreira
(Membro externo suplente, UFAM)

Dedico esta tese à população do interior do Amazonas, um dos principais motivos do meu trabalho como médica e professora de medicina.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem Ele eu nada teria conseguido.

À minha família que enfrentou, junto comigo ou à distância para que eu estudasse, tudo que aconteceu na nossa vida durante esse tempo de realização do curso e elaboração da tese.

À minha orientadora em primeiro lugar por me acolher como orientanda e por tudo que significou nessa caminhada difícil onde tive momentos em que pensei em desistir. Gratidão, Suely. Você não me deixou só e sempre me incentivou a seguir em frente e concluir.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação pelo acolhimento de uma professora de outra área de conhecimento e pela oportunidade de interação e reflexões sobre a docência.

Às Coordenações do PPGE pela paciência em me ensinar os fluxos e normas durante todo o curso e principalmente pela compaixão e solidariedade nos momentos difíceis que enfrentei durante a elaboração da tese.

À Universidade Federal do Amazonas, nosso maior patrimônio, pela oportunidade de acesso a níveis mais elevados de capital cultural institucionalizado e a quem devo a alegria de ser médica e professora.

A todos os professores do PPGE pelos ensinamentos, pelo acolhimento, paciência e solidariedade frente às minhas limitações nas áreas diferentes da biologia e medicina e principalmente por incentivarem reflexões profundas sobre a docência e por estimularem meu voo.

A todos os colegas de turma por tudo que representaram na minha vida, e tudo é a única palavra que encontro para resumir o que não consigo expressar de significados nos quatro semestres em que interagimos, aprendemos e ensinamos. Obrigada pelo acolhimento, empatia, compaixão e solidariedade.

Ao Prof. Menabarreto Segadilha França, um ser à frente de seu tempo, criador e incentivador do Internato Rural no curso de Medicina na Universidade Federal do Amazonas como ação concreta e ininterrupta de sensibilização de futuros médicos para atuarem no interior do Amazonas, motivo pelo qual o curso foi criado.

À amiga Profa. Neila Falcone por caminhar junto comigo nas lutas pelo Ensino Médico e por viabilizar o resgate de um trabalho imprescindível para essa tese.

À Rozane Landskron da ABEM pelo resgate do texto que precisava.

Aos professores e estudantes do curso de medicina da UFAM por me fazerem refletir, me inquietar e buscar na pesquisa de tese, pistas para contribuir na formação de médicos preparados para as demandas da população e para nossa própria formação docente.

Aos estudantes (Internos) do módulo de Medicina Preventiva e Social/Internato Rural desde os primeiros que o cursaram em 1991 (hoje médicos e colegas professores de medicina) até os que se formaram durante a pandemia (abril de 2020), por serem meu incentivo de trabalho médico e docente, por me fazerem professora e amar essa missão. Vocês enfrentaram a vida como ela é no interior do Amazonas e por essa experiência juntos, alguns se tornaram meus “filhos” do coração. Essa tese conta a nossa história e a contribuição dela para a medicina no Amazonas.

À CAPES e CNPq por serem parte da política nacional de Educação Superior e de incentivo ao desenvolvimento profissional em cursos de pós graduações e pesquisas.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas/FAPEAM pelo apoio à pós-graduação no Amazonas (UFAM).

À Silvânia Furtado pelo cuidado na revisão do texto.

À Prof.^a Dr.^a Arminda Rachel Botelho Mourão pelas suas valiosas contribuições como membro das bancas de qualificação e de defesa da tese.

À Prof.^a Dr.^a Iolete Ribeiro da Silva por ter acreditado na proposta de estudo desde o processo seletivo para o doutorado e pelas contribuições nas bancas de qualificação e defesa da tese.

À Prof.^a Dr.^a Fabiane Maia Garcia pelas orientações imprescindíveis como membro das bancas de qualificação e de defesa da tese e principalmente pela oportunidade concluir o doutorado com seu incentivo que me manteve tentando até conseguir.

Ao Prof.^a Dr. Dirceu Benedicto Ferreira por acompanhar e viver minha trajetória de vida no curso de Medicina da UFAM e pelas suas sinceras e pertinentes contribuições nas arguições como membro da banca de qualificação.

Ao Prof. Dr. Nildo Alves Batista, para mim uma referência em pesquisa sobre ensino médico e formação de professores, pela honra a mim concedida ao aceitar meu convite para ser membro da banca de defesa da tese e, assim nos brindar com suas valiosas contribuições para o estudo de tão relevante tema para a escola médica da UFAM.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação profissional e docente e, principalmente, os que estiveram comigo em quaisquer situações durante o período de realização do curso e da elaboração da tese.

[...] nenhuma tecnologia substituiu, na Medicina, os olhos, os ouvidos, as mãos e a paciente capacidade de se relacionar daqueles que colocam, eticamente, sua profissão a serviço do ser humano e da sociedade (Prof. Antônio Rafael da Silva, 1997)

RESUMO

Esta pesquisa apresenta reflexões sobre o desafio das escolas médicas que é a formação de professores que consigam preparar futuros médicos capazes de atender às demandas da população e da política de saúde. Trata-se de uma tese que foi desenvolvida ao abrigo do PPGE, UFAM, Área de Concentração: Linha de Pesquisa 3 – Formação e Práxis do Educador frente aos Desafios Amazônicos. O principal objetivo da pesquisa é, a partir das percepções dos professores do curso e dos egressos do módulo de Medicina Preventiva e Social/Internato Rural do Estágio Curricular Obrigatório, refletir sobre o ensino médico frente às demandas de saúde da população como desafio para o professor de medicina da Universidade Federal do Amazonas-UFAM, considerando as atuais políticas públicas da área de saúde no Brasil. A pesquisa tem o suporte filosófico da hermenêutica dialética na abordagem qualitativa, do tipo descritivo. Para a compreensão do tema recorreu-se à pesquisa documental e observação participante e auto etnográfica. Da pesquisa documental, os dados de questionários aplicados a professores e estudantes voluntários permitem caracterizar o perfil e a percepção desses atores. Os resultados apontam que os estudantes ingressam no curso ainda na adolescência, sendo que a maioria possui condições econômicas que permitiram cursar o ensino médio em escola privada. O estágio na área rural foi importante para o aprendizado principalmente quando se inseriram no processo de trabalho em Unidades Básicas de Saúde fluviais e visitas domiciliares como cenários de maior impacto. Os professores são médicos e jovens em sua maioria, graduados entre 5-10 anos, são doutores e trabalham em tempo parcial. Mesmo referindo conhecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais, mantém o paradigma da especialização nas disciplinas, mas já reconhecem a necessidade de práticas na Atenção Primária. Não estão satisfeitos com a remuneração, ambiente de trabalho e recursos tecnológicos de apoio ao ensino e se sentem pouco motivados para a docência, sendo que suas sugestões de mudança se concentram em aumento da carga horária prática de suas disciplinas. A continuidade e aprofundamento dos estudos de modo longitudinal, e novas investigações na área, poderão contribuir com o aporte de novos conhecimentos cientificamente sistematizados sobre o tema.

Palavras-Chaves: Formação De Professores, Ensino Médico, Atenção Primária a Saúde, Internato.

ABSTRACT

This research presents reflections on the challenge of medical schools, which is the training of teachers who are able to prepare future doctors capable of meeting the demands of the population and health policy. This is a thesis that was developed under the PPGE, UFAM, Area of Concentration: Research Line 3 – Educator Training and Praxis in the face of Amazonian Challenges. The main objective of the research is, based on the perceptions of the course professors and the graduates of the Preventive and Social Medicine module/Rural Internship of the Mandatory Curricular Internship, to reflect on medical education in the face of the population's health demands as a challenge for the teacher of Medicine at the Federal University of Amazonas-UFAM, considering the current public policies in the health area in Brazil. The research has the philosophical support of dialectical hermeneutics in the qualitative approach, of the descriptive type. In order to understand the theme, documental research and participant and self-ethnographic observation were used. From documental research, data from questionnaires applied to volunteer teachers and students allow characterizing the profile and perception of these actors. The results show that students enter the course in adolescence, and most have economic conditions that allowed them to attend high school in a private school. The internship in the rural area was important for learning, especially when they were inserted in the work process in Basic River Health Units and home visits as scenarios with the greatest impact. The teachers are doctors and mostly young people, graduated between 5-10 years old; they are doctors and work part-time. Even referring to knowledge of the National Curriculum Guidelines, it maintains the paradigm of specialization in the disciplines, but they already recognize the need for practices in Primary Care. They are not satisfied with the remuneration, work environment and technological resources to support teaching and feel little motivated to teach, and their suggestions for change focus on increasing the practical workload of their subjects. The continuity and deepening of studies in a longitudinal way, and new investigations in the area, may contribute to the contribution of new scientifically systematized knowledge on the subject.

Keywords: Teacher Training, Medical Education, Primary Health Care, Internship.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição de escolas médicas	64
Figura 2 - Distribuição de médicos	65
Figura 3 - Distribuição de médicos especialistas, segundo unidade de federação e faixas de concentração.	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição de médicos na capital e no interior dos Estados por região.65

Quadro 2 - Distribuição dos professores segundo a variável satisfação: com a remuneração, ambiente de trabalho, disponibilidade de ambiência e tecnologia ...111

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos médicos inscritos no Conselho Federal de Medicina segundo o local de residência informado. Maio de 2020	68
Gráfico 2 - Distribuição dos médicos inscritos no Conselho Federal de Medicina segundo a especialidade informada. Maio de 2020	68
Gráfico 3 - Distribuição de médicos registrados como residentes no interior segundo a Escola Médica de formação. Maio de 2020.....	69
Gráfico 4 - Os 15 municípios com maior concentração de médicos registrados. Maio de 2020	70
Gráfico 5 - Distribuição dos contratos médicos da Secretaria de Estado da Saúde segundo lotação/local de trabalho. Abril de 2020.....	71
Gráfico 6 - Contratos médicos da Secretaria de Estado da Saúde segundo município do Amazonas. Abril de 2020.	72
Gráfico 7 - Distribuição dos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil segundo local de trabalho e registro no Conselho Regional de Medicina. Abril de 2020.	73
Gráfico 8 - Distribuição de médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil por Distrito Sanitário Especial Indígena. Abril de 2020.....	74
Gráfico 9 - Distribuição dos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil segundo município e registro no CRM. Abril de 2020.	75
Gráfico 10 - Distribuição dos Internos segundo faixa etária	77
Gráfico 11 - Distribuição dos Internos segundo a naturalidade	78
Gráfico 12 - Distribuição dos Internos segundo a renda familiar informada	78
Gráfico 13 - Distribuição dos Internos segundo a escola onde concluiu o ensino médio	79
Gráfico 14: Distribuição dos Internos segundo o município onde cursou o Internato Rural.....	80
Gráfico 15 - Distribuição dos Internos segundo o período do Internato em que realizou o Internato Rural.	81
Gráfico 16 - Distribuição dos Internos segundo a avaliação sobre a qualidade do estágio.....	81

Gráfico 17 - Comentários sobre a qualidade do Internato segundo a vivência prática dos Internos.....	82
Gráfico 18 - Distribuição dos Internos segundo o local de maior exposição a cenários de práticas.....	83
Gráfico 19 - Distribuição percentual de conteúdos não abordados no curso e que foram necessários no estágio.....	84
Gráfico 20 - Percentual de situações que exigiram conhecimento, habilidades e atitudes para sua resolução.	85
Gráfico 21 - Distribuição dos Internos segundo o cenário de maior relevância para a aprendizagem.....	86
Gráfico 22 - Situações mais marcantes na vivência de aprendizagem dos Internos.	88
Gráfico 23 - Funcionamento da APS nos municípios de atuação dos Internos.....	90
Gráfico 24 - Experiência anterior em aulas práticas nas UBS.....	91
Gráfico 25 - Percentual de Internos que tiveram práticas de abordagem clínica ampliada.....	92
Gráfico 26 - Disciplina ou módulo onde a abordagem clínica ampliada e suas ferramentas foi abordada	93
Gráfico 27 - Contribuição das disciplinas Saúde Coletiva na abordagem clínica ampliada.....	94
Gráfico 28 - Aspectos onde as disciplinas Saúde Coletiva contribuíram para a abordagem clínica ampliada.....	95
Gráfico 29 - Distribuição dos docentes segundo área de formação	98
Gráfico 30 - Distribuição dos docentes segundo gênero	99
Gráfico 31 - Distribuição dos docentes segundo a faixa etária	99
Gráfico 32 - Distribuição dos docentes segundo a naturalidade	100
Gráfico 33 - Distribuição dos docentes segundo a titulação.....	101
Gráfico 34 - Distribuição dos docentes segundo o ano de graduação	101
Gráfico 35 - Distribuição dos docentes segundo o regime de trabalho	102
Gráfico 36 - Percentual de docentes segundo os vínculos empregatícios além da UFAM.	103
Gráfico 37 - Percentual de docentes segundo o motivo da escolha da carreira docente	103
Gráfico 38 - Distribuição dos docentes segundo formação específica para docência	104

Gráfico 39 - Distribuição dos docentes segundo a existência de vínculo empregatício com outra escola médica	105
Gráfico 40 - Distribuição dos docentes segundo o ano de ingresso na UFAM	106
Gráfico 41 - Percentual de professores segundo a exigência de tempo de dedicação para as atividades docentes.....	106
Gráfico 42 - Distribuição dos professores segundo o conhecimento da DCN	107
Gráfico 43 - Distribuição dos professores segundo conhecimento do perfil do egresso definido nas DCN.....	108
Gráfico 44 – Contribuição da qualificação dos professores para a formação do médico.....	108
Gráfico 45 - Características de um bom médico segundo a visão dos professores pesquisados	109
Gráfico 46 - Distribuição dos professores segundo a inserção de sua (s) disciplina (s) nos períodos do curso.....	110
Gráfico 47 - Distribuição dos professores segundo seu grau de satisfação com a docência.....	112
Gráfico 48 - Distribuição dos professores segundo a oferta de capacitação nos últimos 3 anos	112
Gráfico 49 - Distribuição dos professores segundo a utilização de cenários de práticas.....	113
Gráfico 50 - Percentual de atividade nos cenários de práticas sugeridos pelos professores.....	114
Gráfico 51 - Percentual de conteúdos necessários para o Internato sugeridos pelos professores.....	115
Gráfico 52 - Distribuição dos professores segundo sua visão sobre os cenários de práticas mais potentes para a aprendizagem e reflexão sobre as práticas	116
Gráfico 53 - Distribuição dos professores segundo o uso da abordagem clínica ampliada.....	117
Gráfico 54 - Locais de práticas onde os professores utilizam a abordagem clínica ampliada.....	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNPq- Conselho Nacional de Pesquisa
CREMAM- Conselho Regional de Medicina do Amazonas
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
EM – Escola Médica
ENADE – Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAPEAM- Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas
FM – Faculdade de Medicina
GO – Ginecologia e Obstetrícia
IR – Internato Rural
MFC – Medicina de Família e Comunidade
MPS – Medicina Preventiva e Social
NDE - Núcleo Docente Estruturante
PET Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMMB- Programa Mais Médicos para o Brasil
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PPGE- Programa de Pós-graduação em Educação
PSC – Processo Seletivo Contínuo
SC – Saúde Coletiva
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFAM – Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	19
1.2 PROBLEMA.....	20
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS, CONTEXTO E LÓCUS DA PESQUISA	22
4 REVISÃO DE LITERATURA	25
4.1 ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS DOS CURSOS DE MEDICINA.....	25
4.2 A FORMAÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL.....	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 O CURSO DE MEDICINA DA UFAM CAMPUS MANAUS E O SEU INTERNATO RURAL	47
5.2 A SITUAÇÃO DE PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE MÉDICOS NO AMAZONAS	47
5.3 AS PERCEPÇÕES DE PROFESSORES E INTERNOS ASSOCIADAS À FORMAÇÃO MÉDICA NA FACULDADE DE MEDICINA DA UFAM, CAMPUS MANAUS	76
5.3.1 O perfil e a percepção dos Internos	77
5.3.2 O perfil e a percepção dos Professores	98
6 CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS	122
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICE 1: INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	130
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA ATRAVÉS DO MÓDULO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	135
APÊNDICE 3 – CRONOGRAMA	139

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Amazonas - PPGE/UFAM, linha de pesquisa: Formação e Práxis do (a) Educador (a) Frente aos Desafios Amazônicos e teve como problemática a possível discrepância entre as atividades de ensino do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Amazonas, Campus Manaus, inseridas nas recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais e da política nacional de saúde vigente representada pela Atenção Primária à Saúde.

Refletir sobre a importância do ensino médico para a saúde pública e o bem-estar social é fundamental em todos os cursos de medicina. O curso de medicina da UFAM, Campus Manaus, criado em dezembro de 1965 tem sua parcela de contribuição no aumento da cobertura da assistência médica no Amazonas nos seus cinquenta e cinco anos de existência, mas ainda não superou a concentração de médicos na capital e a inexpressiva presença de egressos no interior do Estado.

As estratégias de ensino no curso de Medicina/Campus Manaus da Universidade Federal do Amazonas têm sido constantemente questionadas e a necessidade de capacitação docente para a aplicação de metodologias ativas de ensino/aprendizagem é uma preocupação constante nas discussões nos departamentos acadêmicos e no Colegiado do Curso de Medicina com seu Núcleo Docente Estruturante/NDE e sua Comissão Coordenadora do Internato/CCI. Essas questões foram objeto de consideração na última avaliação do Ministério da Educação (MEC) em agosto de 2017. Essa necessidade já está reconhecida pela maioria dos professores.

A partir de resultados de estudos desenvolvidos na UFAM e em outras escolas, fica demonstrado que a escola médica ainda não superou o insignificante acesso das classes populares, mas nos últimos anos vem mudando o perfil dos ingressos com aumento da inclusão e acesso de estudantes das escolas públicas e do sistema de cotas. No entanto, ainda continua a colocar no mercado de trabalho, profissionais com perfil inadequado para as demandas da sociedade.

Os conteúdos teóricos e práticos para a formação do médico não podem prescindir de um corpo docente com pensamento conceitual sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e que considerasse os saberes componentes do capital cultural das classes populares para as quais deveriam formar os futuros

médicos, pois são os sujeitos dessas classes os que demandam a assistência à saúde na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os professores, como egressos dessa escola com pouco acesso das classes populares, reproduzem em grande parte a cultura aristocrática, mesmo que tenham vindo de classes trabalhadoras. Através de seu capital cultural institucionalizado representado pelos diplomas, geralmente aumentam seu capital social e conseqüentemente o econômico e, nos conteúdos que transmitem nas suas disciplinas, tendem a desconsiderar o capital cultural da maioria da população das classes com reduzido ou nenhum acesso a bens e serviços essenciais que determinam e condicionam a qualidade de vida e saúde.

Para o enfrentamento do desafio representado pela formação de professores capazes de formar médicos com competência para atender às demandas sociais e sanitárias, o corpo docente precisa se apropriar dos diferentes significados dos componentes dos processos educativos, das recomendações das diretrizes curriculares no que tange às áreas prioritárias que não se restringem à Atenção à Saúde e aos novos cenários e campos de práticas na rede de Atenção Primária à Saúde, das ferramentas de abordagem clínica ampliada, mas principalmente devem considerar as políticas de saúde e demandas da sociedade. Essa apropriação estabelecerá os conteúdos curriculares e a definição de estratégias para o êxito do processo ensino-aprendizagem dos estudantes.

A apropriação desses conceitos e estratégias de ensino e de atenção à saúde, definitivamente não vai apenas contribuir para viabilizar a formação de médicos para atender às demandas sociais e de saúde, como também cumprir a missão institucional da faculdade considerando que sua criação representou o atendimento de um pedido do Governador da época, sensibilizado com a situação de saúde das populações do interior do Estado.

Nesse contexto o módulo de Medicina Preventiva e Social do Internato do curso de Medicina, estágio prático em serviço obrigatoriamente desenvolvido no interior do Estado (Internato Rural), configura-se como uma ação estratégica da UFAM e da Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva para a sensibilização dos futuros médicos para atuarem no interior, ação que depende da política de saúde do Estado promovendo condições mínimas de recursos para apoio ao diagnóstico e tratamento de média complexidade tecnológica, para atrair e fixar médicos no interior, principalmente nos municípios remotos. Para a Atenção Primária

em Saúde, responsabilidade dos municípios, a cobertura é maior e reforçada com o Programa “Mais Médicos para o Brasil” criado pela Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013).

Fazendo um resumo da situação de atenção à saúde no interior do estado do Amazonas (Brasil), apresentamos dados oficiais que demonstram que a UFAM, mesmo depois de mais de meio século formando médicos e de 31 anos levando estudantes de medicina para o interior, não tem diminuído significativamente a carência desses profissionais que se mantêm principalmente nos municípios localizados nos altos rios, isolados geograficamente e com difícil acesso a transporte e bens e serviços essenciais.

A pesquisa se justifica pela baixa oferta de informações cientificamente sistematizadas sobre ensino médico e as demandas sociais e de saúde da população como desafio para o professor de medicina na Universidade Federal do Amazonas em especial, no que se refere à avaliação da contribuição do professor de medicina da UFAM, seus saberes e práticas demonstrados durante as aulas teóricas e práticas na formação do futuro médico, buscando na percepção desse professor sobre suas atividades de ensino, se realmente está afastado das recomendações inseridas nas Diretrizes Curriculares Nacionais e na política de saúde vigente representada pela Atenção Primária à Saúde, desafio amazônico relevante para o bem comum. O produto da pesquisa que se debruçou sobre a problemática, foi organizado na forma de uma tese de doutoramento em educação da qual serão elaborados oportunamente, artigos científicos e livro sobre educação médica na perspectiva das políticas de formação da área.

1.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Na pesquisa adotamos o suporte filosófico da hermenêutica dialética na abordagem qualitativa, do tipo descritivo, estudo de caso, buscando a compreensão de um tema relevante para a Escola Médica da Universidade Federal do Amazonas - Campus Manaus. Entendendo que é o possível distanciamento entre o saber fazer da prática médica centrada na doença e nos conhecimentos técnicos e procedimentos tecnológicos que determina o sucesso e a resolutividade do

atendimento à pessoa que depende da sua vida e das representações sociais que possui a respeito do processo de adoecimento.

A abordagem qualitativa foi escolhida por representar uma perspectiva de melhor compreensão do ensino de graduação em medicina na UFAM, buscando analisá-lo a partir de uma realidade onde o estudante tem a oportunidade de refletir sobre o que aprendeu ao ser colocado de frente para o problema concreto a ser solucionado. Portanto, a perspectiva dos envolvidos no fenômeno estudado é a base da formulação descritiva necessária para a construção do conhecimento sobre o ensino médico, com a realização de outros estudos.

Neste estudo descritivo “os fatos e fenômenos de determinada realidade” serão apresentados de acordo com as fontes documentais e apoio quantitativo, podendo ser estabelecidas relações entre as variáveis estudadas (TRIVIÑOS, 1987).

Como a formulação descritiva do ensino médico refere-se ao curso ministrado na UFAM, trata-se de estudo de caso porque serão apresentadas informações específicas e aprofundadas de uma realidade que permite avaliar indiretamente como está se processando o ensino médico, sendo os resultados válidos para o caso da UFAM. A importância do estudo de caso está em “fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os resultados atingidos podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas” (TRIVIÑOS, 1987).

1.2 PROBLEMA

A pesquisa se debruça sobre a problemática de que atualmente, o ensino na escola médica da UFAM/Campus Manaus está pautado em uma prática médica de abordagem insuficiente para responder satisfatoriamente às necessidades da população e demandas da política de saúde na rede de serviços. O problema foi a principal alavanca das discussões sobre as transformações necessárias na formação de médicos ocorridas desde a década de 1990 e que culminaram com a edição das Diretrizes Curriculares de 2001 atualizadas em 2014 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo principal da pesquisa foi, apreender as percepções dos professores do curso de medicina e dos egressos do módulo de Medicina Preventiva e Social/Internato Rural do Estágio Curricular Obrigatório, no qual os estudantes atuam em Unidades Básicas de Saúde junto às suas Equipes de Saúde da Família, refletindo sobre o ensino médico frente às demandas sociais e de saúde da população como desafio para o professor de medicina da Universidade Federal do Amazonas, considerando as atuais políticas públicas da área de saúde no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos da pesquisa foram:

Compreender, em uma primeira aproximação, se a vivência dos internos no processo de trabalho das equipes, com seus saberes e práticas, contribui para a formação do médico pautada nas diretrizes curriculares e da política de saúde;

Verificar se a prática dos professores em suas disciplinas ao longo do curso ofereceu subsídios para essa vivência na Atenção Primária à Saúde, refletindo indiretamente a própria formação do professor de medicina e finalmente;

Buscar, a partir das dificuldades e facilidades relatadas por professores e estudantes no processo de ensino aprendizagem, possíveis sugestões de mudanças ou adequações nos conteúdos e práticas necessárias para a formação de médicos e de professores, de acordo com as diretrizes curriculares e demandas da sociedade.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS, CONTEXTO E LÓCUS DA PESQUISA

Para alcançar os objetivos propostos com suporte filosófico da hermenêutica dialética, realizamos pesquisa documental, tomando em consideração relatórios institucionais, na produção científica sobre o ensino médico e estágio rural no Amazonas e no Brasil, no plano de ensino do módulo de Medicina Preventiva e Social/Internato Rural, observação participante e aplicação de questionário *on-line* semiestruturado para os professores do curso e estudantes concludentes do Internato Rural.

Uma das técnicas para a coleta de dados foi a pesquisa documental por permitir possível acesso às informações necessárias para a descrição do objeto de estudo, reconhecendo que:

A análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 38).

Com a coleta de informações factuais e análise documental é possível “retirar evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador. Representam, ainda, uma fonte “natural” de informação” (TRIVIÑOS, 1987).

Complementando os documentos institucionais há dois questionários, sendo um dos estudantes (Internos) e outro dos professores. O questionário dos Internos é um item optativo seus relatórios de avaliação do módulo/vivência no interior do Amazonas (relatórios, relatos de experiência e portfólios). O dos professores integra documento de avaliação dos trinta anos de existência do Internato Rural. Esses instrumentos de coleta de dados pesquisam dentre outros aspectos, a compreensão do perfil do egresso de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, os cenários com maior potencial de aprendizagem, as percepções acerca de conteúdos e práticas necessários para a formação do médico com perfil adequado às atuais demandas e os que foram necessários para as atividades do estágio e que não foram abordados ou o foram parcialmente durante o curso, finalizando com a busca de possíveis sugestões para mudanças ou adequações no projeto pedagógico do curso.

A observação participante enquanto mais uma via de acesso à realidade que se pretendia investigar foi uma decisão apoiada no fato da pesquisadora desenvolver seu trabalho docente inserida nesse contexto há mais de três décadas. Assim a oportunidade para articular as percepções dos sujeitos com as situações concretas onde constroem e reconstroem suas opiniões, crenças e valores foram aproveitados (BATISTA; SILVA, 1998).

A observação usada como principal método de investigação ou associada a outras técnicas de coleta de informações como é o caso dessa pesquisa, “possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado” (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 38).

A observação participante tem como vantagens a experiência direta onde o pesquisador poder recorrer a seus conhecimentos e experiências pessoais e pode observar *in loco* as experiências dos sujeitos tentando apreender sua noção de mundo. Como problema pode provocar alterações no ambiente e levar a uma visão distorcida ou representação parcial da realidade de acordo com o envolvimento do pesquisador. No entanto,

É uma abordagem utilizada quando o investigador está interessado na dinâmica de um grupo no seu meio natural, e não simplesmente na recolha de respostas individuais às questões. Para prover uma perspectiva holística e natural das matérias a serem estudadas, este método de investigação permite aos investigadores um bom caminho de observação. Contudo, os investigadores não devem permanecer só nesta, apesar de toda a utilidade que ela tem. É conveniente complementar este tipo de investigação com entrevistas ou grupos de controle (MÓNICO et al., 2017, p. 727).

O objeto de estudo é o estágio curricular em Medicina Preventiva e Social/Internato Rural na UFAM/Campus Manaus buscando, a partir de sua inserção na rede de serviços de Atenção Primária em Saúde e comunidades das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, refletir sobre o ensino médico e a estratégia para a formação de médicos com perfil adequado às demandas da política de saúde e da sociedade.

O lócus da pesquisa foi a Faculdade de Medicina da Universidade do Amazonas/Campus Manaus, criada através da Resolução do Conselho Universitário/CONSUNI N°.06/65 de 20/11/1965 e instalada em sessão solene em 04/12/1965.

Segundo o Relatório de Docentes por Curso emitido em **05.05.2020** a Faculdade de Medicina conta com cento e cinquenta e um (**151**) docentes e de

acordo com matrícula efetivada por período no primeiro semestre de **2020** possui setecentos e cinquenta (**750**) estudantes, sendo que **225** desse total estão cursando o **Estágio Curricular Obrigatório/Internato**. A Faculdade de Medicina da UFAM já formou mais de quatro mil médicos (**4.242**) desde o início de seu funcionamento em 1965 até abril de 2020.

Como perspectiva pretende-se contribuir para a ampliação da oferta de informações cientificamente sistematizadas sobre estratégias de qualificação de professores que formem médicos capazes de atuar pautados na abordagem clínica ampliada e que atendam às demandas da sociedade e do sistema de saúde.

Esta tese está estruturada da seguinte forma: no **primeiro momento** são apresentados aspectos teóricos e históricos dos cursos de medicina e as propostas de mudanças para o ensino médico no Brasil. No **segundo momento** são discutidos os seguintes aspectos: a) as avaliações dos docentes e do Ministério da Educação configuram o diagnóstico situacional do ensino médico na UFAM - Campus Manaus; b) os aspectos legais, históricos e o desenvolvimento do estágio para caracterizar o módulo de Medicina Preventiva e Social/Internato Rural como estratégia de formação de médicos na abordagem clínica ampliada; e c) um resumo de informações que configuram a situação do provimento e fixação do médico no interior do Amazonas como contribuição para reiterar a necessidade de formação para as demandas e a persistência do problema em áreas de difícil acesso no estado. Finalizando, o **terceiro momento** apresenta os resultados e a discussão da avaliação docente e discente sobre o curso e o Internato Rural com destaque para o perfil do estudante e o relato de suas experiências, vivências, facilidades e dificuldades durante o estágio, bem como o perfil dos professores e suas percepções sobre o processo de ensino/aprendizagem na sua rotina de trabalho, fornecendo pistas para a avaliação dos docentes da escola médica da UFAM - Campus Manaus e sugestões para sua adequação às demandas sociais e do sistema de saúde.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS DOS CURSOS DE MEDICINA

Segundo Siqueira (1996), a formação de médicos “com capacidade resolutiva para atender com qualidade e efetividade à maior parte dos problemas de saúde/doença da população que demanda seus serviços de saúde” não vem sendo efetivada nos planos de ensino, objetivos e práticas pedagógicas das escolas médicas, promovendo com isso o distanciamento entre a formação de profissionais e as necessidades do SUS, que por determinação da Constituição Federal deve ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

Enquanto o SUS “propõe uma política de saúde que pretende organizar a porta de entrada no Sistema, através da Saúde da Família (SF)”, a integralidade e a hierarquização da atenção encontram como um dos obstáculos para sua viabilização, a formação inadequada de médicos e demais profissionais de saúde.

Um diagnóstico elaborado pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM (1997) aponta vários fatores relacionados à estrutura econômico-administrativa e modelo pedagógico das escolas inadequado, corpo docente pouco preparado para o ensino, pesquisa e funções administrativas e formandos cujo desempenho cognitivo nos testes aplicados teve crescimento discreto nos cinco primeiros anos do curso e uma aceleração no Internato.

Sobre esse distanciamento, Amaral (2007) apresenta um resumo diagnóstico analisando os projetos pedagógicos das escolas médicas.

Atualmente registra-se grande disparidade entre o discurso dos projetos pedagógicos das instituições educacionais e a prática, tanto na forma quanto no conteúdo, do que é ensinado. A maioria das instituições não está sintonizada com as necessidades das populações e dos sistemas de saúde. Embora esta questão seja uma realidade nacional, também vem sendo discutida, com frequência, em periódicos e revistas da Europa, dos Estados Unidos da América e da Austrália (AMARAL, 2007).

Considerando o diagnóstico da escola médica da UFAM e os movimentos de discussão de adequação ou mudança curricular para atender até o final de 2018 às novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, procedemos a

busca de explicações sobre as causas da escola médica ter sido, ao longo do tempo, considerada como conservadora e elitista, ser resistente a mudanças e não formar profissionais capacitados para atuar nos diferentes níveis de atenção, com a prática fundamentada na determinação social do processo saúde/doença. Colocando em prática as discussões de autores de referência em disciplinas do doutorado, recorreremos a alguns textos para apoio na fundamentação teórica desta pesquisa. Selecionamos Bourdieu (1998), pelo fato de encontrar em seu texto uma discussão teórica sobre a escola conservadora, uma das instituições transmissoras de cultura na sociedade capitalista, com marcante desigualdade de acesso e na transmissão da cultura. Recorrendo ao texto de Sacristán (1996) encontramos as discussões de sua teoria curricular, sobre currículo enquanto cultura encapsulada e “instrumento ordenador da socialização do cidadão e do aparato escolar, de toda a prática”.

No início do capítulo II dos seus *Escritos da Educação*, Bourdieu (1998) chamou a atenção para o fato do conhecimento não ser transmitido da mesma forma para todos os alunos como a escola faz parecer. Realizando pesquisa sobre acesso a diferentes níveis de escolarização, concluiu:

Ora, vê-se nas oportunidades de acesso ao ensino superior o resultado de uma seleção direta ou indireta que, ao longo da escolaridade, pesa com rigor desigual sobre os sujeitos das diferentes classes sociais. Um jovem da camada superior tem oitenta vezes mais chances de entrar na Universidade do que um filho de operário, e suas chances são, ainda, duas vezes superiores àquelas de um jovem da classe média (BOURDIEU, 1998, p. 41).

Resguardados os limites presentes no contexto histórico e social de que parte o autor para a elaboração do seu trabalho, observa-se que historicamente o curso de medicina, nosso local de pesquisa, sempre figurou na lista das primeiras opções e aspirações das famílias mais abastadas, fato que possui em seus contornos o peso da seleção de determinada cultura para compor o pano de fundo do currículo escolarizado, e para o qual a prática educativa exerce forte influência.

Para a perpetuação das desigualdades sociais diante da escola e da cultura, segundo Bourdieu (1998), basta que a escola ignore as desigualdades sociais nos seus conteúdos, métodos, técnicas de ensino e critérios de avaliação. Não levando em consideração as diferenças de capital cultural das diferentes classes sociais, a escola tende a reforçar as distinções de capital cultural de seu público ao exigir, dos

alunos de famílias menos escolarizadas, conhecimento cultural que esses não possuem e que é necessário para o êxito do processo de transmissão de uma cultura.

No ensino superior, os alunos de classes populares são avaliados de acordo com uma escala de valores das classes privilegiadas, principalmente se o professor veio de classes populares e ascendeu socialmente através do ingresso no magistério.

O sucesso excepcional de alguns indivíduos que escapam ao destino coletivo dá uma aparência de legitimidade à seleção escolar, e dá crédito ao mito da escola libertadora junto àqueles próprios indivíduos que ela eliminou, fazendo crer que o sucesso é uma simples questão de trabalho e de dons (BOURDIEU, 1998, p. 59).

Historicamente, o sistema de ensino transmite e exige uma cultura que beneficia àqueles que se desenvolveram no seio das classes econômicas mais privilegiadas e tende a marginalizar os que precisam se esforçar sobremaneira para alcançá-la. Sobre essa reprodução, Melo, Santos e Andrade (2009) apresentam a discussão de que o ensino superior no Brasil, desde a vinda de D. João IV, tem relação com o desenvolvimento histórico e social marcado pelo elitismo e exclusão. Desde a vinda da Coroa Portuguesa para o Brasil em 1808 instalou-se o ensino superior, com duas tendências marcantes: cursos isolados de caráter não universitário e uma preocupação com o ensino profissionalizante, determinado pelos interesses das elites. Os cursos apresentavam uma desvinculação entre a teoria e a prática e eram voltados para o ensino médico, de engenharia, de direito, de agricultura e de artes.

Considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais as escolas médicas devem capacitar seus egressos para compreender e considerar, na sua futura atuação profissional, os determinantes sociais do processo saúde-doença. Na prática, é possível identificar a contradição na formação médica principalmente no que diz respeito à capacidade de fornecer subsídios teóricos e práticos para a compreensão da determinação social do processo saúde/doença. Como conseguir essa compreensão se uma significativa parcela de professores e estudantes de Medicina, por serem detentores da cultura das classes sociais mais privilegiadas, não discutem esse tema nos conteúdos curriculares, portanto, não consideram os saberes e os modos de vida da população dos diversos níveis sociais?

Contribuindo para a discussão de que apesar das reformas no ensino superior no Brasil com as mudanças nos processos de admissão visando ampliar o acesso às instituições públicas com ações afirmativas e sistema de cotas, ainda não se superou completamente a exclusão das classes populares e a reprodução da cultura das elites econômicas, apresentamos a seguir os resultados de pesquisas no Brasil e na UFAM sobre o perfil socioeconômico dos alunos e egressos do curso de Medicina.

Do estudo de Ristoff (2014), sobre o perfil socioeconômico dos estudantes de graduação que realizaram os três ciclos do ENADE, destacamos: os estudantes de Medicina são cerca de seis vezes mais ricos que a população brasileira, sendo que 14% possuem renda familiar mensal de mais de trinta salários-mínimos (SM), situação que vem se modificando ao longo dos ciclos (no primeiro ciclo 67% dos alunos tinham renda familiar de mais de dez SM, no segundo foram 70% e no terceiro 44%. Em relação à escolaridade dos pais, 43% dos alunos de Medicina têm pais graduados; 31% em Odontologia, 24% em Direito, 19% em Psicologia, 10% em História e 5% em pedagogia. Procedentes do ensino médio em escolas públicas, apenas 11% dos alunos de Medicina, 25% de Odontologia e 43% de Direito.

Outra pesquisa com egressos da Faculdade Medicina de Marília - FAMEMA (2008) apresentou os resultados a seguir. Em relação à cor da pele, 78,4% se declararam brancos, 18,9% amarela e 2,8% parda. Considerando os extratos sociais a partir da renda familiar, 4,9% pertenciam à classe A1 (mais de 30 SM), 26,8% da classe A2 (18 SM), na classe B1 estavam 34,2% (18 SM), na B2 26,8% (11 SM) e na C 7,3% (6 SM). Nesta pesquisa não constava a escolaridade dos pais (RELATÓRIO DA PESQUISA DE AVALIAÇÃO - FAMEMA, 2008).

Em uma pesquisa realizada na Faculdade de Medicina da UFAM (2010) com alunos que cursavam o primeiro período no primeiro semestre, como avaliação prática da disciplina Metodologia do Trabalho Científico, o resultado a partir dos questionários respondidos voluntariamente demonstrou que a maioria desses alunos concluiu o ensino médio (80,6%) em escola particular e apenas 19,4% eram oriundos de escola pública. Os pais desses alunos apresentaram o seguinte perfil de escolaridade: 58,3% dos pais e 55,6% das mães tinham nível superior e desses, destacam-se 16,7% de médicos. Para a pergunta "Por que fazem medicina?" as respostas podem ser agrupadas em: a) interesse científico, admiração pela profissão, imagem na sociedade, interesse em ajudar pessoas, mercado de trabalho,

status: 30,6%; b) sonho, paixão, aptidão pessoal, interesse em ajudar a sociedade, identificação com a área: 50,0%; c) outros motivos: 19,4%. Mesmo sem terem conhecimento das diretrizes curriculares, visto que a coordenação do curso, segundo os alunos, não realizou nenhuma reunião para apresentar essas diretrizes e muito menos dar ciência aos mesmos de que eram a primeira turma do novo currículo, quando indagados sobre qual era o objetivo de um curso de medicina, responderam: a) formar bons médicos: 30,6%; b) formar médicos capacitados para as demandas da sociedade: 36,1%; e c) formar médicos competentes, humanos, cidadãos, promotores de saúde da população: 33,3% (LEITE, 2010).

Resultados do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes-ENADE de 2019, na apresentação da síntese da área de Medicina, fornecem dados que apontam para uma incipiente mudança de perfil do estudante no Brasil, dentre os quais destacamos a renda familiar, escolaridade dos pais, tipo de escola cursada no ensino médio, recebimento de auxílio permanência e ingresso por políticas de ação afirmativa ou inclusão social.

A renda familiar da maioria dos estudantes ficou entre 10-30 salários-mínimos/SM (25,6%), seguida pela de 6-10 SM (20,4%), mas renda de até 3 salários-mínimos representou 18,8% dos estudantes. Sobre o tipo de escola cursada no ensino médio, 61,5% dos estudantes frequentaram escola privada, a escola pública foi frequentada por 33,6% e parte em escola pública e parte na privada representou 4,2% dos estudantes. A escolaridade dos pais que mais se destacou em 2019 foi a de nível superior tanto para o pai (37,2%) quanto para a mãe (38,5%), mas há pais (13,5%) e mães (7,8%) com o ensino fundamental, apenas. Pesquisando sobre o ingresso através de políticas de ação afirmativa ou inclusão social, a grande maioria respondeu que não (83,5%), mas 16,5% dos estudantes responderam que o ingresso se efetivou através dessas estratégias. Dos estudantes submetidos ao ENADE, apenas 11,3% receberam algum tipo de auxílio de permanência no curso (BRASIL, 2019).

Estudo realizado com alunos da Universidade Federal do Pará, mesmo não tendo investigado o tipo de escola onde o ensino médio foi cursado, concluiu que “as condições socioeconômicas já não são, universalmente, aquelas das classes sociais mais altas da sociedade, o que pode ajudar a compreender as dificuldades enfrentadas por vários estudantes” (REGO et all, 2018).

Na Universidade Federal da Bahia, pesquisa realizada com Internos matriculados no primeiro semestre de 2018, concluiu que “mesmo com a implementação de políticas de ação afirmativa, o curso de Medicina continua sendo de elite que tende a priorizar espaços de ensino em detrimento dos outros pilares da universidade”, a partir da análise de alguns indicadores como local de moradia (capital ou interior), renda familiar, escolaridade dos pais e tipo de escola onde cursou o ensino médio e de ingresso no curso de Medicina (VERAS, et all, 2021).

Diante dos resultados dessas pesquisas, as ideias de Bourdieu (1998) parecem estar adequadas para as possíveis explicações e para situar a escola médica como uma escola que ainda caminha na direção de mudar suas características de conservadora, elitista e excludente e que seus conteúdos teóricos para a formação do médico necessário carecem de um corpo docente que já possuísse o pensamento conceitual sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e que considerasse os saberes componentes do capital cultural das classes populares para as quais deveriam formar os futuros médicos, pois são os sujeitos dessas classes os que demandam a assistência à saúde na rede de serviços do Sistema Único de Saúde.

No interstício dessa discussão cabe uma reflexão presidida pelas necessidades do contexto do homem amazônico. Sabe-se que há nas culturas ribeirinhas e indígenas uma compreensão particular da saúde e seu tratamento, delineada por suas tradições, bem como, pelas condições históricas de desenvolvimento desses povos. Por essa razão, seria interessante a abertura para o debate e reconhecimento que há outros conjuntos semânticos que são utilizados para significar a vida de alguns povos dentro do território amazonense. Nesse sentido, na relação médico-paciente, os valores e sentidos que para o paciente estão na base de suas possibilidades de compreensão do mundo, não devem ser menosprezados.

Certamente, esse debate colaboraria para a formação humanista dos cursistas de medicina, assim como recomenda as DCN. Observa-se, contudo, que esse é um trabalho que somente se sustenta tendo em vista outro anterior, ou seja, a capacidade de escuta dos egressos para com seus pacientes demanda que antes esse movimento tenha se constituído no processo formativo, ou seja, do professor ao aluno. Tendo em vista a necessária mudança curricular no curso de Medicina, acreditamos que pensar a prática docente e a sua responsabilidade na construção

de alternativas é uma ação necessária, e os estudos no campo da cultura trazem algumas contribuições.

Falar de alternativas da cultura nas instituições escolares supõe inexoravelmente falar de alternativas aos comportamentos pedagógicos, organizacionais e institucionais que são acolhidos, sobrevivem e se reproduzem dentro do sistema escolar. As mudanças culturais chegam às escolas através dos currículos, mas apenas na medida em que se pasmam em práticas concretas (SACRISTÁN, 1996).

Bourdieu (1998) deixa claro que o capital cultural é resultado da transformação do capital econômico que também se transforma em capital social. As pesquisas sobre o perfil socioeconômico dos estudantes de graduação que realizaram o ENADE e as que verificaram especificamente os alunos de Medicina permitem inferir que esses estudantes são em sua grande maioria procedentes de classes com volume de capital cultural, social e econômico acumulado e, os das classes trabalhadoras que chegam ao curso, destacam-se da média de seu grupo social, provavelmente pelas redes de relações sociais que permitiram o acesso aos recursos dos membros do grupo ou da rede, e a quantidade e a qualidade de recursos do grupo.

Os professores, como egressos dessa escola que ainda se mantém elitista, conservadora e inicia o processo de inclusão, mesmo que tenham vindo de classes trabalhadoras, através de seu capital cultural institucionalizado representado pelos diplomas, geralmente aumentam seu capital social e conseqüentemente o econômico e, nos conteúdos que transmite nas suas disciplinas, tendem a reproduzir a cultura das classes sociais mais privilegiadas que desconsidera o capital cultural da maioria da população das classes trabalhadoras. Mas, são esses sujeitos das classes trabalhadoras que demandam a assistência à saúde da rede pública, maior empregador dos médicos e, a compreensão das condições objetivas de vida dessa população, é o principal desafio na formação de professores e alunos do curso de Medicina.

Essa reflexão a respeito da formação do médico, que promoveu discussões no âmbito nacional que redundaram na edição de novas diretrizes curriculares em 2014 e que devem ser implantadas até 2018 é o que mobiliza alguns professores e estudantes para questionamentos a respeito da operacionalização de um novo currículo para a escola médica da UFAM e escolas de todo o Brasil. Mas, não é a construção e implantação de um novo currículo o que vai garantir a formação de

professores para atuarem em uma nova perspectiva de formação médica e, muito menos, que o egresso será colocado no mundo do seu trabalho profissional, apto a atender as demandas de saúde da população (BRASIL, 2014).

Do egresso é exigida uma formação que o habilite a ter competência universal e relevância regional, exigência justificada pela universalização de conteúdos e, no caso específico da medicina, pela transição epidemiológica do Estado, do Brasil e do mundo, onde as causas de mortes e internações hospitalares estão sendo basicamente eventos agudos de condições crônicas.

A determinação das novas diretrizes curriculares do curso de Medicina ao final do curso, formar um médico, tal como adverte as DCN (BRASIL, 2014), “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” representa um desafio para a escola médica exigindo, “novos formatos curriculares, diferentes matérias escolares, mudanças metodológicas nas tarefas acadêmicas e uma contextualização mais comprometida das escolas na comunidade sociocultural na qual estão situadas” (SACRISTÁN, 1996).

Para Sacristán (1996), o desafio educacional continua sendo: encontrar de outras formas o conhecimento escolar; resgatar o sentido da formação geral; e revisar a racionalidade da chamada alta cultura sem renunciá-la, admitindo a incapacidade da escola, sozinha, cumprir a promessa de “preparar para a vida, para as profissões e estimular a independência de juízo de cidadãos cultos”. E aponta as fontes de conteúdo da cultura curricular (cultura curricular de acordo com as condições da escolarização) que são: legado cultural ou “alta cultura”, cultura antropológica de origem, cultura lúdica para a autorrealização e para o consumo e cultura instrumental produtiva especializada.

Quando verificamos o perfil do egresso do curso de medicina definido nas DCN, pode-se constatar que é exigido que o professor entregue à sociedade um médico com formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética e que na sua prática incorpore a determinação social do processo saúde-doença, ou seja, a formação deverá se dar por competências e ao mesmo tempo com a discussão de princípios filosóficos e metodológicos da dialética para a aproximação e compreensão da realidade concreta. Esse perfil de egresso tende a fazer com que os professores se submetam a uma formação com ênfase “ao desenvolvimento de habilidades

técnicas, ao saber didático sobreposto ao conhecimento pedagógico, à produção de resultados mensuráveis e, portanto, controláveis” (BISSOLI; BOTH, 2016, p. 17).

Se a formação dos professores deve ocorrer através do desenvolvimento de capacidades de reflexão que somente podem ser alcançadas pelo pensamento conceitual, não deverá ser diferente para a formação do médico. Essa formação não pode prescindir do conhecimento da realidade, da imersão no contexto real do trabalho. As próprias diretrizes curriculares de medicina exigem a inserção em diferentes cenários de prática onde a vida se apresente como ela é, mesmo que por trás dessa exigência esteja a padronização e esvaziamento do docente. Para o conhecimento da realidade é necessário o aprofundamento do conhecer para além das aparências do fenômeno com a mediação da teoria, a partir da qual se formam os conceitos científicos.

Formar o pensamento conceitual exige conhecer a realidade empírica em que a educação se dá – o que torna obsoleto um ensino de conteúdos apartados da inserção dos estudantes nas escolas, como locus de trabalho dos professores. [...] Mas implica também, a elaboração de um sistema de conceitos científicos que permitam problematizar essa realidade, compreendê-la em suas múltiplas determinações, transformá-la [...] (BISSOLI; BOTH, 2016, p. 25).

A tradição de centrar a formação em disciplinas que valorizam a transmissão de conhecimentos memorizáveis e desprovidos de sua história e que podem ser diretamente aplicados na prática, deve ser superada porque não permite o desenvolvimento do pensamento conceitual na formação dos professores. Além disso, os órgãos gestores da educação estão impondo a formação de professores com ênfase na prática enquanto campo de conhecimento superior à teoria, levando à desconsideração da relação dialética entre a teoria e a prática da formação separando forma e conteúdo. O conhecimento pedagógico se constrói a partir da reflexão em que a prática formula a teoria para posterior transformação em prática, em constante movimento. Para a superação desse divórcio é preciso novas estratégias que possibilitem a integração teórico-prática na formação de professores. O conhecimento profissional deve ser a apropriação do componente científico, pedagógico e técnico.

Para o desenvolvimento do trabalho docente é necessária uma reflexão sobre as maneiras de apropriação da cultura pelo professor e assim formar as capacidades para o trabalho. As formas cotidianas de pensamento devem ser

superadas através da apropriação de conhecimentos não cotidianos pela tomada de consciência e pela reflexão, mas essa apropriação não é garantida pela passagem dos anos ou apenas pela presença dos conhecimentos não cotidianos, mas requer a mediação de quem já domina o conhecimento. Precisamos da colaboração de outras pessoas no desenvolvimento de atividades que não consigamos fazer sozinhos e essa atividade constitui a zona de desenvolvimento iminente, local onde a atividade de ensino deve incidir.

Na Resolução 03/2014 de 20 de junho de 2014 da Câmara de Educação Superior que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, no seu artigo 3º determina o perfil do egresso que se deseja nos cursos de todo o país e essa formação “crítica, reflexiva” não pode prescindir do desenvolvimento do pensamento conceitual (BRASIL, 2014).

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, s/p).

Formar esse médico é o desafio das Escolas Médicas desde as décadas de 60, 70, 80 e 90, reiterando a necessidade da formação/desenvolvimento dos professores para alavancar o processo da mudança necessária. As áreas de competências projetadas para os egressos com a triangulação entre conhecimentos habilidades e atitudes exigem o preparo para a função docente, visto que o professor de medicina geralmente é contratado através de processos que valorizam sua competência técnica médica e/ou de pesquisa contribuindo para que a inserção da docência seja secundária na sua atuação profissional, possibilitando com isso a construção empírica e intuitiva de sua didática a partir do que experimentou como estudante e na sua prática médica.

Para Batista e Silva (1998), o professor tem um duplo papel que pode reorientar a educação médica e seu preparo para a docência deve ir além da instrumentação técnica didática específica ampliando o foco para a constituição do saber médico com a formação para o trabalho docente na Medicina. Sobre a trajetória do ensino médico escreve,

O percurso de implantação e constituição da Medicina abriu caminhos para o ensino médico: para além de experiências clínicas, propostas pedagógicas foram sendo delineadas com destaque para a observação cuidadosa, a descrição detalhada, o estudo sistemático dos casos e o hospital como lugar privilegiado da prática médica e, portanto, do ensinar e do aprender em Medicina (BATISTA; SILVA, 1998, p. 19).

Esse local de nascimento das práticas do ensino médico pode justificar o hospital como campo de práticas preferencial para o processo ensino/aprendizagem até os dias atuais, promovendo com isso a pouca valorização de práticas na rede de serviços de Atenção Primária à Saúde, mesmo que esse campo tenha percentual obrigatório definido nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Ainda recai sobre o professor de medicina, a responsabilidade (culpa) por seu desinteresse de participação nos processos de discussão para a mudança e, sobre essa constatação, Gordan (2014) já avaliou e concluiu que a compreensão das razões para o processo de mudança é o primeiro desafio a enfrentar quando se necessita da inserção docente em currículos inovadores.

O corpo docente de um curso de medicina é obrigatoriamente heterogêneo, e a luta para a inclusão de todos em um processo de mudança, embora imperiosa, é complexa, pois a não participação, por mais democrática e transparente que seja sua condução, é bastante alta. Os motivos alegados vão desde a “falta de tempo” até a oposição clara ao processo (GORDAN, 2014, p.170).

O questionamento das práticas pedagógicas vigentes no curso de Medicina da UFAM pode trazer luz sobre os caminhos e a distância entre o que está sendo feito e o que se deveria fazer.

A constatação de como estão se processando as práticas pedagógicas no curso de Medicina, considerando as diretrizes curriculares que definiram o perfil do egresso, é um ponto de partida para a proposição de iniciativas que consigam dar conta da provisão do professor necessário para a formação do médico que compreenda a realidade do Amazonas e do Brasil como condição para seu trabalho profissional.

4.2 A FORMAÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL

A formação de médicos capazes de atender as demandas sociais e de saúde da população do Amazonas e do Brasil, não pode prescindir entre outros pré-requisitos, a mudança de paradigma do ensino médico e o desenvolvimento docente para se alcançar esse objetivo.

A busca desse “novo paradigma” desvela uma constatação que na década de 1990, quando iniciaram as propostas de avaliação para reformulação/mudanças no ensino médico, já estava posta. A medicina precisa ser reconhecida como ciência da área das ciências humanas e não apenas das ciências biológicas naturais, considerando o conceito ampliado de saúde e a produção social do processo de adoecimento.

[...] a Medicina não é uma ciência biológica e sim uma ciência humana com base na Biologia. A ciência médica é o entroncamento das ciências biológicas (ciências naturais) com as ciências humanas. As assim chamadas ciências humanas atual, em última análise, para o homem; a ciência médica também, só que atua no homem (HOSSNE, 1993).

Sobre tão grande desafio para a educação médica no Brasil que inclui a necessidade de mudanças, Batista e Silva (1998) apresentam requisitos dentre os quais se destacam buscas.

[...] da interdisciplinaridade, da transdisciplinaridade e de mecanismos que possam responder à velocidade espantosa com que se dá a obsolescência do conhecimento na área médica. Associada a isso, está a necessidade de formar um médico que responda às demandas sociais, isto é, um humanista e técnico competente que possua conhecimentos, habilidades psicomotoras, atitudes e comportamentos éticos e compromisso social (BATISTA; SILVA, 1998, p. 35).

E as mudanças necessárias não se restringem apenas à grade curricular como entendem alguns professores e estudantes, não considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais vigentes. Essas DCN recomendam a formação de um médico para atender as demandas da política de saúde representada pelas ações e serviços que compõem o SUS e as necessidades da população. Sobre esse entendimento equivocado de que basta mudar a grade curricular e a formação do médico vai atender às demandas do progresso científico e da política de saúde, desde 1993, o então Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica já alertava para a impossibilidade de resolução do problema (HOSSNE, 1993).

Mudanças de grade curricular, reformulações de cargas horárias, mudanças epidérmicas de conteúdo e forma, acréscimos e “enxertos” improvisados de

temas não são mais suficientes, se é que alguma vez foram realmente suficientes (mesmo quando autenticamente buscados) (HOSSNE, 1993, s/p).

Um marco histórico na saúde pública do país foi uma conquista dos movimentos para a Reforma Sanitária representada pela garantia da saúde como direito de cidadania na Constituição de 1988, cujas doutrinas e diretrizes configuraram o SUS institucionalizado pela Lei 8.080/90. Esse sistema exigia mudanças nas formas de organizar e atender a população com o reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença em um conceito ampliado de saúde e o cuidado integral como característica fundante do trabalho nas profissões de saúde, instituídos pela lei 8.080/90, passaram a exigir mudanças no ensino médico principalmente “mudanças de conceitos, mudanças na maneira de organizar os processos (de produção de conhecimentos, de ensino-aprendizagem e de produção do cuidado)”. O processo de aprendizagem deve levar em conta as necessidades da população onde o curso se insere, pautado na compreensão integral do ser humano e do cuidado como “capacidade de escuta, acolhimento, construção de vínculos, responsabilização” (BRASIL, 1990).

Essas mudanças não se concretizam por decreto ou resoluções e normas impostas pelo Ministério da Educação e pelas escolas, elas dependem de profundo e amplo debate político-conceitual (FEUERWEKER, 2004, p. 21). As tentativas de viabilizar processos de mudança no ensino médico no Brasil e no curso de Medicina da UFAM,

[...] esbarram, fundamentalmente, em concepções limitadas do que seria a mudança; em inadequações dos cenários de prática aos objetivos pretendidos; baixa capacidade do núcleo coordenador da mudança para romper com a lógica das disciplinas (mesmo nos blocos de integração vertical por sistemas, só se conseguia uma justaposição de disciplinas); falta de capacitação pedagógica do corpo docente e, principalmente, limitações graves de poder (FEUERWEKER, 2004, p. 21).

A Lei 8.080/90 outorga ao SUS a função de “organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino”, não exclui a incumbência do Ministério da Educação de regular a formação em todo o país, mas pretendia favorecer o diálogo necessário entre os dois ministérios na construção de estratégias para a instalação do processo de construção das mudanças necessárias no modo de organizar, atender, aprender e ensinar saúde diante das demandas da

sociedade e dos mandamentos legais resultantes do movimento da Reforma Sanitária no Brasil (BRASIL, 1990).

Lembrando apenas da existência de movimentos nacionais para a discussão de mudanças no ensino médico, antes e depois do advento do SUS, destacamos um projeto que representou uma preocupação com uma formação médica mais ampla construída pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM a qual reuniu várias entidades de ensino e medicina em uma avaliação em 48 das 80 escolas médicas existentes na época em sete anos de atividade (CINAEM, 1997).

O relatório dessa comissão, divulgado amplamente em 1998, “constatou que o ensino médico, com raras exceções, não tinha um bom nível e que precisava com urgência ser qualificado para atender as verdadeiras necessidades de saúde da população brasileira” (FERREIRA, 2014, p. 185).

Ao término da primeira fase de avaliação o projeto de avaliação da CINAEM a constatação de que os recursos humanos e o projeto pedagógico eram os fatores determinantes que mais influenciavam no perfil do médico formado, essa constatação subsidiou as orientações e encaminhamentos da fase seguinte, conforme assinala Amaral (2007). A segunda fase da avaliação demonstrou: a maioria dos docentes é do sexo masculino (67,3%), estavam na faixa etária de 30-49 anos (52%), eram docentes há 19 anos ou mais (24,9%) e 20% eram doutores e 31,3% eram mestres. Merece destaque a constatação de que para a maioria, o salário da docência representava apenas 25% dos seus ganhos mensais (44%), demonstrando que a docência não era a profissão principal.

O resultado global da avaliação prática dos 2.114 alunos do Internato mostrou que somente 50% se apresentavam aos pacientes antes da consulta, e 50% dos formandos explicavam aos pacientes os exames que iriam fazer... tal quadro sugere que pelo menos 50% dos futuros médicos não aprenderam nos anos de faculdade noções de consideração pela pessoa do paciente (AMARAL, 2007).

Continuando, Amaral (2007) informou que o relatório menciona que a infraestrutura das escolas médicas estava inadequada, degradada, com número de docentes insuficiente e “a gestão” pouco participativa, burocrática e vertical, com destaque para a “enorme” resistência às mudanças apresentada pela cultura organizacional. Outra constatação citada foi que “a situação do ensino médico guardava coerência com todo o ensino superior brasileiro”, mas o que na época foi

verificado e, mesmo com a implantação das diretrizes curriculares em 2001 e 2014, o que continua atual é a inadequação das estruturas curriculares à realidade de saúde da população.

O relatório final do projeto da CINAEM (1997) ensejou desdobramentos para a construção de processos de mudanças nas escolas participantes do projeto, incentivadas pelas entidades que fizeram parte dessa comissão, com destaque para a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) que assumiu o protagonismo de incentivar o processo de mudança necessária nas escolas. Chama a atenção os pressupostos básicos do relatório final.

[...] a) avaliar cada escola na sua singularidade ... b) o objetivo geral deveria ser comum a todas as escolas: formar um médico competente para resolver com qualidade de 80 a 85% dos problemas de saúde-doença da comunidade, mantendo uma relação ética com o paciente, sua família, a comunidade e sua equipe de saúde. Os principais problemas identificados foram os métodos pedagógicos, o sistema de avaliação docente e discente e a proposta curricular (HADDAD; BRENELLI, 2011, p. 23-4).

Ainda sobre o projeto da CINAEM há que se refletir sobre o que ele representou em 1991 para as escolas médicas participantes como a da UFAM. Essa avaliação representou uma experiência na qual o sentido do trabalho coletivo nas oficinas, fóruns e congressos nacionais “fortaleceu nossas convicções de que avaliação é um processo educativo” que precisa ser nem tão rápido que atropеле e nem tão lento que desestimule a participação de discentes, docentes, serviços e comunidade. Como participante do projeto o curso de Medicina da UFAM, experimentou o trabalho coletivo de docentes e discentes, a troca de experiências e o desenvolvimento de parcerias estáveis entre as Escolas. Essa parceria oportunizou vários trabalhos conjuntos e nossa escola foi uma delas prestando assessoria em planejamento estratégico para a discussão do projeto pedagógico do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão. Institucionalmente fizemos parte de um momento importante da história do ensino médico no país.

A CINAEM em suma trouxe a proposta de apropriação do saber múltiplo para reescrever por infinitas mãos, a história do ensino médico no Brasil pelo prisma de sua avaliação, e participar desse processo constitui-se em um exercício de cidadania (BASILE, 1998, p. 321).

Mas há alguns questionamentos a respeito das limitações do projeto e estes são aqui apresentados como contraponto aos que reconhecem o valor de todas as

propostas de adequação do ensino médico às demandas da política de saúde. As críticas a seguir apresentadas se referem principalmente à justificativa de participação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) na Comissão como instituição necessária nas discussões, bem como o projeto ser manifestação de um movimento mundial de reformulação da educação médica como foi o Ensino Médico para as Américas (EMA) (SOUSA, 2003). A transferência da gestão da saúde para os municípios ofereceu as condições para a participação do CONASEMS na CINAEM para criar mecanismos de ajustes no processo de formação profissional para facilitar a inserção de médicos preferencialmente na APS. Para esse autor, o Projeto CINAEM,

[...] pode ser considerado a referência nacional para orientar as mudanças curriculares no curso de medicina, preconizadas e manifestadas previamente no Projeto EMA. É importante lembrar que ambos os projetos são manifestações de movimento mundial de reformulação da educação médica preocupado, entre outras coisas, principalmente com o uso excessivo de tecnologia pela medicina, mercantilizando-a, com especialização médica e a impessoalidade na relação médico-paciente que daquela originou-se, com o excessivo assistencialismo médico baseado no hospital e a falta de alcance de milhões de pessoas (SOUSA, 2003).

A análise de Sousa (2003) sobre a concretização da proposta do movimento de reorganização do sistema de saúde mundial na década de 1990 de “des-tecnologização” do ensino e da assistência médica e a promoção da “des-hospitalização”, vinculou a APS à formação do médico ficando imprescindível nos currículos de medicina desde o início do curso. Para ele o estudante e o médico, sem preparo intelectual e político para compreender o significado de sua presença nesse cenário de práticas e de atendimento, foi uma medida assistencialista e não transformadora.

Como segundo fenômeno da reorganização da assistência, Sousa (2003) continua sua análise deixando claro que a proposta foi das ditaduras de “assistir medicamente as populações vindas da zona rural para trabalhar na indústria sem proporcionar melhores condições materiais de vida”, manteve a privação, mas seguindo as diretrizes internacionais de investimentos na saúde para aliviar os efeitos da pobreza e satisfazer necessidades humanas básicas.

Em relação à assistência e formação “adequada às necessidades sociais”, Sousa (2003) apresenta uma proposta interessante que é a substituição da nomenclatura para deixar claro que o profissional tem que ter “consciência do papel

complementar da medicina na promoção da saúde”. E a mudança proposta é para trocar “médicos adequados à realidade social” para “médicos inconformados com a realidade social, porém dispostos a trabalhar”. Aí o autor caracteriza os dois tipos de profissional. O adequado é um profissional

[...] preconizado para a atualidade neoliberal e que, de certa forma, demonstra um médico que aceita o desafio de trabalhar nessas condições, porém sem nenhuma perspectiva de que tanto seu trabalho quanto a realidade destas pessoas-pacientes possa ser diferente e melhor [...] (SOUSA, 2003).

Já o médico inconformado seria o que teve acesso a uma formação prévia em política e economia, dimensões que estão inscritas nas DCN quando define o perfil do egresso (crítico, reflexivo, promotor da saúde) e que

[...] saiba interpretar a realidade que o cerca e reconheça o quanto sua atuação apenas “medicalizou” as manifestações de problemas complexos e enraizados, e por vezes foi alienada, sacerdotal, onipotente e bio-médica, tanto no campo da prevenção quanto da cura (SOUSA, 2003).

Em sintonia com essa opinião está a do Presidente da ABEM em 1993 quando aponta que sendo a medicina uma ciência humana, não pode prescindir da formação humanística.

O preparo do médico por mais completo que seja em ciências naturais e tecnologia é absolutamente incompleto sem a formação humanística; tal preparo é míope, tacanho e perigoso. Não existe ato médico sem fundamento científico, mas sem fundamento humanístico ele também não existe (HOSSNE, 1993, s/p).

Políticas indutoras para a formação em saúde precisam mobilizar o Estado, a Academia e os Serviços na busca da superação do desafio de construir juntos, políticas que qualifiquem e fortaleçam a formação de recursos humanos para a saúde.

A formação de recursos humanos para o SUS foi o desafio instituído nas DCN de 2001 e, mantidas nas de 2014 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014), Apontavam para um “perfil de egresso completamente distinto do que se tinha até então, prevendo competências e habilidades para médicos generalista, habilitados para a atenção básica e para o Sistema Único de Saúde” (MARCIAO, 2015).

O conteúdo das diretrizes curriculares aponta o caminho a seguir na busca por uma nova e mais ampla concepção de educação na saúde e “as competências

estabelecidas para a formação do médico remetem a conceitos ampliados de educação, saúde, conhecimento e pedagogia” (MIRANDA; RANGEL, 2009). Chama a atenção para a importância especial que devem ter os valores da formação do profissional de saúde, considerando as consequências dessa ação sobre a vida humana.

[...] A saúde como objeto da educação, requer que o seu estudo e suas práticas sejam ampliados em seus conceitos e fundamentos, para que se possam ampliar as percepções humanas, sociais e políticas das circunstâncias e condições necessárias à vida saudável [...] (MIRANDA; RANGEL, 2009).

Uma análise sobre propostas de reformulação de currículo médico, a título de contraponto, provocação e reflexão para a elaboração de estratégias de viabilização das DCN, foi elaborada por Sousa (2003) e nela o autor enfatiza que:

A proposta de reformulação do currículo médico está longe de propor o desenvolvimento de um profissional médico que, apropriando-se da atual tecnologia, pesquisando, desenvolvendo o conhecimento médico criticamente, e estando respaldado pelo crivo da história da evolução dos modos de produção da vida, possa contribuir na formação de uma sociedade realmente saudável, onde sua dimensão humanista não se restrinja a solidariedade incerta/inconstante, nem aquela sacerdotal, assistencialista, paternalista, mas que se mede pela convicção na necessidade de resistir de forma planejada pela construção de uma sociedade com maior distribuição de renda (SOUSA, 2003).

A partir do novo perfil determinado pelas DCN e questionado por Sousa (2003), surgiram estratégias de ensino até então desconhecidas pela maioria dos professores médicos. Não havia preparo, conhecimento e formação para tal desafio.

Desvelou-se o óbvio, o médico professor não era um profissional do magistério e sim um especialista que, de saber reconhecido em sua área, ministra aulas. Existem muitos destes com sensibilidade pedagógica suficiente e compromisso político para compreender a necessidade de mudança. Mas, também existem alguns que não conseguem compreendê-las (MARCIÃO, 2015, p. 149).

Mesmo tendo participado do projeto da CINAEM, o curso de Medicina da UFAM somente implantou as DCN de 2001 quase uma década depois e por força da assinatura do Termo de Saneamento após avaliação do curso pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2001). O ingresso da primeira turma no primeiro semestre de 2010 já iniciou as atividades sob os auspícios de um currículo definido no novo Projeto Pedagógico do Curso (UFAM, 2010).

As principais características dessas novas diretrizes são o estágio curricular obrigatório de 2 anos e a inserção precoce na rede de serviços com ênfase na Atenção Primária em Saúde, como resposta institucional às demandas da sociedade e da política de saúde.

No Projeto Pedagógico do Curso (PPC) da Faculdade de Medicina da UFAM (2010) e o currículo dele decorrente, para adequação às diretrizes de 2001, pode-se constatar que em nossa escola, a continuidade da apartação entre as diversas disciplinas dificulta a tão necessária e imprescindível integração das ciências biológicas básicas com as específicas da saúde. As metodologias tradicionais de ensino-aprendizagem (educação bancária) são mais presentes que as metodologias ativas que favorecem a aprendizagem significativa. As resistências às mudanças são esperadas e até óbvias, pois essas devem ser paradigmáticas e por isso não são implantadas por força de instrumentos legais.

Mudanças paradigmáticas não se fazem por decretos, leis ou seus equivalentes. Mudanças desse porte se constroem principalmente em espaços coletivos de trocas conceituais, de discussão pedagógica e de convencimento da necessidade da mudança, sem o que as modificações se tornam uma peça de ficção que serve apenas e tão somente para a burocracia educacional (MARCIÃO, 2015, p. 150).

Condições estruturais mínimas exigidas no termo de saneamento foram viabilizadas com destaque para acesso a livros e periódicos na biblioteca física e virtual, implantação do laboratório de habilidades, cursos de formação docente e de preceptores, com apoio de outras universidades e adequações em algumas disciplinas (ampliação de carga horária da disciplina Saúde Coletiva distribuída em quatro períodos, criação de Seminários Avançados em quatro períodos e mudança de nomenclatura de outras). Essa dificuldade de implantação do novo currículo pode ser atribuída a um equívoco conceitual entre estratégia e tática, conforme explicado a seguir.

No entanto, toda essa movimentação tem gerado poucas transformações curriculares. Isto porque essa movimentação representa, na verdade, um conjunto de táticas isoladas, sem uma visão clara de onde se quer chegar. A confusão entre estratégia e tática dificulta a verdadeira transformação. Na verdade, frequentemente se observa uma mudança “natalina”: uma nova bola é pendurada na velha árvore de natal. Estratégia é a construção de uma visão futura ancorada em forte base epistemológica que fundamenta as atividades presentes (SOUZA, 2011, p. 21).

No documento do “Encuentro Continental de Educación Médica” realizado em Punta del Este, Uruguai, 10-14 de outubro de 1994, as escolas presentes no encontro elaboraram a “Declaración de Uruguay” e é a partir dela que se constata que os esforços das escolas médicas foram insuficientes para produzir mudanças concretas na posição destas, frente aos desafios advindos das necessidades de saúde, do agravamento do quadro social e do desenvolvimento de novos conhecimentos, tecnologias e processos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1994).

Devido aos questionamentos com modo de atender do médico que está sendo formado, o ensino médico está passando por momentos de avaliação com vistas à reconsideração dos rumos e objetivos, que remete à concepção de que qualquer transformação da escola médica coloca o professor de Medicina como partícipe fundamental dessa transformação necessária.

A necessidade de desenvolvimento pedagógico dos professores para alavancar o processo de mudança necessária, portanto, é um desafio a vencer para o alcance do perfil do egresso dos cursos de Medicina.

A inserção dos alunos na rede de serviços cumprindo o percentual recomendado na Atenção Primária em Saúde é uma diretriz, mas para isso o professor tem que compreender e acreditar que a mudança é possível, necessária, urgente e oportuna. Um dos maiores problemas no curso é o insuficiente conhecimento dos professores sobre os atributos da Atenção Primária em Saúde, impedindo-os de sequer pensarem na inserção dos alunos de suas disciplinas nas atividades práticas utilizando a rede de serviços desse nível de atenção.

No texto Gestão e Protagonismo Participativo no ensino e no trabalho em saúde, está explícita e imperativa a necessidade de capacitação dos docentes para que conheçam a realidade e se apropriem do diagnóstico da situação de saúde do território onde o curso está inserido e assim viabilizem a mudança de postura pedagógica e o currículo de formação. Para apresentar o desafio da adequação da formação às Diretrizes Nacionais buscando o atendimento das necessidades do SUS, faz um resumo dos antecedentes da Reforma Sanitária e reforça a necessidade de mudança de concepções nas escolas e não apenas uma mudança na grade curricular e na disposição das disciplinas, mas a grande maioria dos professores pensa que é reforma da grade (essa designação retrata a realidade: os

alunos ficam presos na grade e a nossa escola é uma "escola gaiola" como diria nosso saudoso Ruben Alves) (EDUCA-SAÚDE, 2014).

No texto Docência e práticas de redes na gestão, atenção e participação em Saúde, a convocação dos professores diante do compromisso com a mudança é para “[...] ser um ator efetivo e comprometido com a vocação docente e com o desenvolvimento integral do ser humano que passa necessariamente pelos campos da educação e da saúde (EDUCA-SAÚDE, 2014).

O texto Currículo, inovações educacionais e prática docente em saúde apresenta o pensamento de Paulo Freire na introdução e o que mais chamou a atenção foi a afirmação a seguir.

[...] Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar da minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes (EDUCA-SAÚDE, 2014, s/p).

Mudanças no modelo tecnoassistencial também são necessárias com a reorganização da rede a partir da atenção básica, sem prescindir das práticas humanizadas de acolhimento na rede hospitalar e outros serviços de média e alta densidade tecnológica e de redefinições dos processos de trabalho. É necessária a valorização da atenção básica “como lugar do mais amplo acolhimento às necessidades de contato com as ações e profissionais de saúde” (SILVA, ALVES e PIRES, 2011, p. 89).

A valorização da atenção básica na organização do sistema de saúde vai demandar desenvolvimento docente (saberes e práticas) para que os alunos possam estar capacitados a atuar neste cenário de práticas e não reproduzam a concepção de que atenção básica é atenção precária e de baixa qualidade e resolutividade. Mas a atenção básica é um nível de cuidado e atenção de alta complexidade.

Na verdade, enfrentam-se desafios tecnológicos muito complexos para assegurar acolhimento e resolutividade aos problemas de vida inerentes ao contato com indivíduos, famílias, grupo sociais, com a diversidade cultural e social (relações sociais, violência urbana, gravidez indesejada e outros). Essa complexidade só pode ser enfrentada com a articulação dos conhecimentos biológicos com outros, advindos de campos como a psicologia, a sociologia, a antropologia, entre outros. No entanto, muitos admitem a possibilidade de que profissionais menos preparados sejam

suficientes para dar conta dos problemas mais simples e para encaminhar os mais complicados (SILVA, ALVES e PIRES, 2011, p. 87).

Resta claro o que está precisando adequar ou criar para que o curso alcance uma avaliação melhor e, principalmente, atenda às demandas sociais do estado onde está inserido, motivo de sua existência. Nessa pesquisa, será consultado o estudante em estágio curricular obrigatório para que se possa constatar se essas inconformidades apontadas pelo MEC são percebidas pelos estudantes quando se deparam com a realidade ao desenvolverem suas atividades nas comunidades atendidas pelos serviços da rede de saúde que são campo de estágio, no caso dessa pesquisa as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Dentre todos os módulos do Internato ou estágio curricular obrigatório, o de Medicina Preventiva e Social é o único que se desenvolve integralmente em UBS da área urbana de Manaus e área urbana e rural de dez municípios do interior do Estado, condição essa que facilita a exposição a cenários e situações da rotina dos serviços e do modo de vida das comunidades que integram os territórios dessas unidades, com possibilidades de aprendizagem o mais próximo possível da realidade de cada situação. Por essa característica do módulo, a avaliação da percepção dos Internos, ao final do estágio, sobre os saberes e práticas que foram necessários para seu trabalho junto às equipes de saúde e comunidades e que não foram abordados durante os oito semestres de aulas teóricas e práticas, é o que propomos investigar nessa pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O CURSO DE MEDICINA DA UFAM CAMPUS MANAUS E O SEU INTERNATO RURAL

O curso de medicina da UFAM foi instalado em 04.12.1965 juntamente com os de Engenharia, Odontologia e Farmácia, com base na Lei 4.069-A de 12.06.1962 que criou a Universidade do Amazonas que previa o funcionamento desses cursos. A proposta de criação da Faculdade de Medicina foi aprovada através da Resolução 06/65/CONSUNI de 20.22.1965.

De acordo com Brito (2011, p. 238), a Faculdade de Medicina já compunha em 1909 “a estrutura da Escola Universitária Livre de Manáos”, mas não foi implantada e o sonho foi adiado para 1965, quando o “pedido dramático do Governador do Estado” foi atendido pelo Conselho Universitário.

Para o funcionamento dos cursos, a partir de 1966, foram utilizadas as dependências do Grupo Escolar Plácido Serrano, situado em terreno contíguo ao do Hospital Getúlio Vargas, cedido inicialmente mediante convênio, pelo Governador do Estado do Amazonas, Prof. Arthur César Ferreira Reis e, ainda em 1965, doado à Universidade do Amazonas, pela Lei nº 348, de 13 de dezembro de 1965 (BRITO, 2011, p. 241).

O curso foi reconhecido através do Decreto Lei Nº 69.069 de 29 de novembro de 1971, por ocasião da conclusão da sua primeira turma de médicos.

Segundo nossa observação em serviço ao longo das últimas décadas, manifestações de docentes, discentes e de gestores e técnicos da rede de serviços de saúde onde as práticas são realizadas, em diferentes modalidades de comunicação em eventos regionais e locais, atribuem aos saberes e práticas dos professores do curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas a inadequada formação de médicos para a realidade do Amazonas, tendo como um dos principais determinantes, o desalinhamento entre esta formação e os atuais marcos teóricos e legais do Ensino Médico no Brasil e da Política de Saúde Pública.

Essa formação inadequada manifestada em discursos e discussões na Faculdade de Medicina da UFAM ou verbalizada informalmente em rodas de conversa nos serviços de saúde que são cenários de práticas, apontam como principais problemas a pouca compreensão do processo de trabalho na Atenção

Primária em Saúde pelos professores e estudantes, a contradição entre a lógica de atuação profissional do médico e as demandas das políticas de saúde.

Gestores da saúde nos municípios de atuação do estágio curricular em Medicina Preventiva e Social, cognominado de Internato Rural por ser desenvolvido no interior do Estado, questionam que enquanto o médico atua na lógica do atender, fazer o diagnóstico e prescrever, características da atenção centrada na doença-queixa-prescrição, as políticas de saúde que acompanham o perfil epidemiológico da demanda atendida na rede de serviços ao longo de décadas, precisam de um profissional que acolha, escute, priorize os problemas, defina o projeto terapêutico com a equipe de saúde, a pessoa e a família, registre e alimente os sistemas de informação além de acompanhar o cuidado centrado na saúde da pessoa, na família e na comunidade, em uma abordagem clínica ampliada. A alimentação dos sistemas de informação é necessária para obtenção do *feedback* das ações individuais e coletivas e subsidia o planejamento e programação em saúde no âmbito local (território de cada unidade de saúde) e geral (município/estado).

O maior empregador dos médicos formados nas Escolas Médicas é a Rede de Serviços Públicos do SUS e nela, a atuação está ancorada nas diretrizes das políticas de saúde pública, necessitando de profissionais que consigam inverter a lógica tradicional de atendimento, prescrição e registro, para um cuidado centrado na saúde e na pessoa e não na doença/agravo.

É reclamação rotineira da gestão da rede de serviços de saúde quando se discute o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, a dificuldade de profissionais médicos com capacidade resolutiva para atender às novas maneiras de organizar a prestação de serviços. Ao não terem o atendimento de qualidade e efetividade suficientes para as demandas, os gestores culpam a escola formadora desses profissionais pelas limitações que seus egressos apresentam em mudar a forma de atuação dentro das diretrizes das políticas públicas.

Mas essas discussões já contribuíram com subsídios para formulação de propostas de mudanças e adequações, com destaque para a elaboração do Projeto Político Pedagógico do Curso, não significando, contudo, que essas propostas foram implantadas nas práticas da escola apenas por estarem formalizadas em documento de obrigatório cumprimento (UFAM, 2010).

No Projeto Político Pedagógico do Curso, aprovado em 2009 para implantação a partir do primeiro semestre de 2010, está bem definida a concepção de formação médica da escola (UFAM, 2010).

O Curso de Medicina objetiva a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares – para outro processo em que a formação esteja sintonizada com o SUS, em especial com a atenção básica, e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população na esfera familiar e comunitária e não apenas na instância hospitalar (UFAM, 2010, p. 18).

Como objetivo geral do curso destaca-se a aproximação da formação com a política de saúde, considerando o conceito ampliado de saúde e o processo de adoecimento, destacando-se a tentativa de cumprir a missão para a qual o curso foi criado, formando médicos capazes de atuar na Atenção Primária à Saúde em todo o Amazonas, prioritariamente.

Formar médicos com conhecimentos, habilidades e atitudes, tendo em vista o binômio saúde-doença, na perspectiva da integralidade do atendimento à saúde (acolhimento, vínculo, autonomia, resolutividade, responsabilização e ética) em diferentes contextos de atuação profissional, considerando, as dimensões sociais, econômicas, culturais e epidemiológicas da Região Amazônica (UFAM, 2010, p. 19).

Finalmente o projeto define o perfil do profissional a ser formado, definição essa que deve estabelecer as bases da organização do currículo e das práticas pedagógicas para alcançar essa imagem objetivo.

O Médico formado pela Universidade Federal do Amazonas deverá estar apto à inserção em qualquer parte do sistema de saúde, com capacidade de aprendizagem independente e continuada, com autonomia e segurança para resolver os problemas de saúde de seus pacientes e da comunidade (UFAM, 2010, p. 20).

O reconhecimento do outro como sujeito no conceito amplo de saúde, de acordo com Feuerwerker (2004) “implica a necessidade de uma relação dialógica no processo de cuidado, reconhecimento do cuidado como característica fundamental do trabalho em saúde”.

Desde as DCN do curso de Medicina de 2001, constata-se, ao menos em documentos formais e publicações sobre o ensino médico, que há um movimento para a institucionalização de um processo de mudança na formação do médico,

buscando torná-lo capacitado a atuar dentro da lógica da Atenção Primária em Saúde, que se consolida nas novas diretrizes formalizadas a partir de junho de 2014 e que estabeleceram um prazo até o final de 2018 para as escolas médicas mudarem seus currículos para atender às necessidades sociais e das políticas/serviços públicos de saúde (BRASIL, 2001).

Por questões relativas ao modelo tecnoassistencial ainda hegemônico, “baseado no conhecimento biomédico e na atenção hospitalar, descontextualizado das questões sociais” (FEUERWERKER, 2004), pode-se atribuir a pouca compreensão que a maioria dos professores do curso de Medicina da UFAM parece ter sobre o valor estratégico a Atenção Primária em Saúde para o SUS enquanto elo entre a população e os serviços. Provavelmente por desconhecimento das pesquisas que comprovam a resolutividade da Atenção Primária em Saúde e suas ferramentas de abordagem individual, familiar e comunitária ou por terem uma sólida formação especialista e insuficiente formação para a docência, continuam ensinando segundo a lógica tradicional na qual também foram formados.

O relatório final da CINAEM (1997) já apontava para o pouco conhecimento do SUS por parte de professores e estudantes, fato que refletia a desarticulação da formação médica com o SUS. No curso de medicina do campus Manaus da UFAM a partir de 2010 esses conteúdos passaram a ser abordados em quatro semestres nas disciplinas de Saúde Coletiva I, II, III e IV, estratégia para aumentar as oportunidades de discussão de temas sobre o SUS e APS.

O desafio que se apresenta é proporcionar uma formação adequada ao professor de Medicina para que seja um agente de mudanças na formação dos futuros médicos, egressos da Faculdade de Medicina da UFAM. E sobre essa formação do professor, Marcondes (1999) nos ensina:

[...] o professor de Medicina deve ter duas raízes. Em primeiro lugar, o domínio do conteúdo desta ou daquela disciplina; em segundo lugar, o saber ensinar que envolve uma postura participativa de todo o processo ensino-aprendizagem. O domínio do conteúdo, muitos e muitos o têm; o saber ensinar, poucos o têm... (MARCONDES, 1999).

Outros problemas foram identificados por ocasião das atividades de um projeto de intervenção de um grupo de professores para seu curso de Especialização em Docência na Saúde. Esse diagnóstico da situação sobre o corpo

docente do curso de medicina da UFAM contribuiu para a escolha do tema desta pesquisa.

Em 2020, o quadro docente do curso está composto por cento e cinquenta e um (151) professores, sendo médicos em sua grande maioria com carga horária de trabalho parcial de 20 horas semanais, são mestres e doutores, mas a produção científica é inexpressiva para a quantidade de titulados e estes não têm participação significativa nos fóruns de discussão de temas ligados à Educação Médica. Concentram suas aulas práticas nos serviços públicos onde trabalham como médicos, priorizando os cenários hospitalares e prontos socorros com insignificante inserção na rede de Atenção Primária em Saúde. São médicos que pouco se inserem em eventos na área pedagógica para seu aperfeiçoamento ou desenvolvimento como docentes, pois priorizam o conhecimento técnico específico (especialidade médica) sem reconhecer que, além de profissionais médicos, são profissionais da educação e precisam de conhecimentos pedagógicos. Com salários defasados e sem condições de trabalho docente, o desânimo e o desinteresse com o processo ensino-aprendizagem toma conta da maioria dos professores, que buscam no trabalho como médicos satisfação profissional e remuneração que mantenha o padrão econômico e qualidade de vida.

Essa situação deixa a formação dos médicos completamente afastada da realidade e incapaz de atender as demandas da população e as explicações são variadas, tais como a falta de preparo do corpo docente das escolas, os currículos nos quais há a divisão do ciclo básico e ciclo clínico que mal se relacionam, a excessiva carga horária, a teoria e prática dissociadas, e ênfase na assistência especializada e no uso maciço de procedimentos de alta densidade tecnológica. Constata-se a necessidade de adequar a formação médica às demandas do SUS à incorporação da concepção ampliada de saúde com ênfase na integralidade do cuidado, ao processo de formação profissional e à aprendizagem para o trabalho em equipe multiprofissional.

Devido à insatisfação com o profissional que está sendo formado, o ensino médico está passando por momentos de avaliação com vistas à reconsideração dos rumos e objetivos, o que remete à concepção de que qualquer transformação da escola médica coloca o professor de Medicina como partícipe fundamental dessa transformação necessária. Mesmo porque pelas características do professor de medicina, recai sobre ele grande parcela da culpa da formação inadequada dos

futuros profissionais, realidade que impulsiona e enriquece, nesse momento histórico e político, o significado e a relevância da presente propositura.

Resultados iniciais do diagnóstico situacional do curso apontam problemas relacionados ao corpo docente, objeto do presente estudo, com destaque para: bibliografia disciplinar desatualizada e descontextualizada; prática pedagógica híbrida (centrada no professor e com transmissão de conhecimentos); educação permanente docente inexistente (formação pedagógica); avaliação docente “cartorial”, apenas no portal da universidade; Núcleo Docente Estruturante ainda com pouca atuação na proposta de ferramentas que promovam a integração disciplinar articulando planos horizontal e vertical que atendam aos eixos estruturantes propostos do curso; ciclo básico e profissionalizante (disciplinas autônomas, estanques e desarticuladas); e dissociação básico-clínica (distância entre campus e sede da Faculdade) com repercussão nas relações sociais.

Em abril de 2017 uma equipe de avaliadores do Ministério da Educação em visita de avaliação com o objetivo de renovação de reconhecimento do curso de medicina da UFAM elaborou o Relatório de Avaliação que foi enviado para análise e discussão no curso (disponível no site e-MEC). Nas considerações finais o relatório deixa claro que a análise dos documentos, as visitas aos campos de estágio e as reuniões com docentes e discentes permitiram caracterizar o curso com “conceito final de qualidade 3”. A partir desse relatório houve um movimento inicial de contestação por parte dos professores e ações iniciais de providências para as adequações por parte do Núcleo Docente Estruturante-NDE, mas após os primeiros 90 dias, não se constatou mais nenhuma movimentação na escola com vistas às adequações para as inconformidades apontada pela comissão (e-MEC, 2017).

Algumas inconformidades apontadas são os subsídios que motivam o movimento de discussão para a implantação de um novo currículo na escola médica da UFAM, ancorado nas diretrizes de 2014 bem como essa pesquisa. Dentre as inconformidades motivadoras da pesquisa destacamos as que passamos a elencar a seguir. Para os objetivos da pesquisa, o destaque foi para a Dimensão 1: Organização Didático-pedagógica. Nesta dimensão tomada isoladamente o curso obteve o conceito 3,2. Essa dimensão foi subdividida em vinte e sete aspectos analisados, mas para o presente estudo selecionamos: contexto educacional, objetivos do curso, perfil profissional do egresso, estrutura curricular, conteúdos

curriculares e metodologia, cujos conceitos e suas justificativas abordaremos a seguir.

No aspecto “Contexto educacional” o conceito foi 3 porque o PPC do curso ao caracterizar o curso de medicina, prioriza os aspectos educacionais sem a “necessária conexão com a realidade sócio-cultural-econômico-política e sanitária da cidade de Manaus e do Estado do Amazonas”.

Em relação aos “Objetivos do curso” a nota foi 3 porque “os descritos no PPC, estão alinhados com o perfil profissional do egresso, estrutura curricular e contexto educacional”, mas não há alusão às áreas de gestão em saúde e educação em saúde. O objetivo geral “visar a formação de médicos considerando, entre outras, a dimensão epidemiológica da Região Amazônica, não há qualquer descrição desta no PPC”.

O conceito de “Perfil profissional do egresso” foi 3 teve a justificativa a seguir:

O perfil profissional do egresso do Curso de Medicina da UFAM, no vigente PPC, descreve de forma genérica as competências esperadas, salientando a questão do respeito às diferenças étnicas e sociais que compõem a diversidade cultural, como traço marcante da Região Amazônica. Entretanto, não resta claro como o curso pretende estimular a fixação na região dos profissionais formados, sendo lacunosa a descrição de competências mais específicas (e-MEC, 2017, s/p).

O conceito 3 também foi atribuído para a “Estrutura curricular” e aí os avaliadores fazem um histórico das alterações curriculares ressaltando que “Sucessivas alterações têm sido feitas na estrutura curricular do Curso de Medicina da UFAM, ao longo de sua existência, tendo a última sido realizada em 2013 com a criação de disciplinas optativas e obrigatórias, alteração de cargas horárias e de ementas de disciplinas, exclusão de disciplinas e alteração de pré-requisitos, entre outras mudanças.

Entretanto, permanece uma nítida rigidez ou fragmentação curricular, com enfoque disciplinar clássico e aparente baixa interatividade e transversalidade dos conhecimentos e habilidades desenvolvidos no curso, além de pouco tempo livre para estudos pessoais segundo os próprios alunos apontaram na reunião. A tentativa de criar 5 disciplinas denominadas de seminários avançados que funcionariam como instâncias integradoras do conhecimento, apesar de louvável, reflete uma tentativa de oferecer uma alternativa – pouco eficiente – à dificuldade de integração entre as diversas disciplinas que compõem o curso, e que estão subordinadas aos respectivos departamentos acadêmicos. Num contexto global, parece ser ainda tímida a inserção de componentes ético-humanísticos na matriz curricular, ou mesmo nas ementas de disciplinas médicas mais específicas do curso (e-MEC, 2017, s/p).

Outro conceito 3 foi atribuído aos “Conteúdos Curriculares”, que foram considerados suficientes para os objetivos de formação, mas reclamam da pouca atenção dada à realidade ambiental, epidemiológica e sociocultural da região amazônica na descrição dos planos de ensino das “disciplinas correlatas ou em ações de extensão, educação em saúde ou pesquisa. Continuando a elencar as inadequações do currículo apontam que temas relevantes das políticas públicas de saúde “que poderiam, se dominados, contribuir para a alteração do quadro epidemiológico loco regional, como por exemplo nutrição em crianças, adultos e idosos, parecem ser insuficientemente explorados durante o curso”.

Os avaliadores questionaram a exclusão da abordagem curricular sobre plantas medicinais e fitoterápicos em uma região com flora rica e exuberante, bem como da “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, aprovada pelo Ministério da Saúde para utilização na atenção à saúde, e que contempla duas especialidades médicas como a Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura e Homeopatia, além da própria Fitoterapia – plantas medicinais”.

A constatação mais impactante diz respeito a “abordagem marginal” sobre a saúde da população indígena, “apesar do estado do Amazonas ter a maior concentração indígena no Brasil”.

Em relação à “Metodologia” o conceito também foi 3 com a justificativa de que o PPC do curso tem uma proposta de superação do modelo de educação bancária, mas para atingir esse objetivo os professores teriam que adotar métodos de ensino/aprendizagem “que favoreçam o empoderamento do aluno, incluindo o uso de metodologias problematizadoras ou que estimulem a aprendizagem ativa dos alunos, na construção de seu próprio conhecimento”. Mas a avaliação constatou que nas atividades do curso são utilizados diferentes métodos de ensino, do tradicional até interação em redes, mas ficou nítido para os avaliadores que a capacitação pedagógica da maioria dos docentes é insuficiente “sendo muito poucos os docentes que foram expostos a treinamentos nessa área”.

Essa capacitação insuficiente foi verbalizada, em entrevistas para uma pesquisa, por médicos especialistas que em dados períodos assumiram a coordenação do curso para realizarem sua gestão pedagógica.

[...] esses professores médicos, seguindo a tradição das Escolas de Medicina, têm na formação especialista de uma determinada área o seu principal alicerce, o que torna a experiência como médico e a experiência

como quando alunos de medicina, a principal estrutura de seu trabalho docente. Alguns, por conta própria buscam formação pedagógica para aprimorar o que fazem, mas esse esforço é quase sempre fruto de uma necessidade individual do compromisso desenvolvido com a profissão e com os laços que estabelecem com seus alunos (MARCIAO, 2015, p. 145-146).

O cumprimento do percentual mínimo das atividades do curso e a inserção precoce na rede de atenção básica ainda não foi alcançado desde 2010, mas após a publicação das diretrizes de 2014, alguns professores estão discutindo estratégias para essa inserção mesmo que de maneira tímida. Essa dificuldade decorre de uma contradição no sistema de saúde que ao mesmo tempo em que considera a atenção básica como estratégica para a organização das redes de saúde, mantém um desenho verticalizado onde a atenção secundária e a terciária ficam no topo da pirâmide detendo alta concentração de tecnologia nos equipamentos e recursos técnicos para o enfrentamento dos aspectos biológicos da doença, dos agravos à saúde em situações de maior risco de morte (BRASIL, 2014).

A formação e a práxis do professor deve permitir que o egresso do curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas esteja preparado para o futuro exercício profissional capacitado para articular conhecimentos, habilidades e atitudes nas áreas de Atenção à Saúde, Gestão e Educação em Saúde, com ênfase na prática pautada na determinação social do processo saúde/doença, com utilização das ferramentas da abordagem clínica ampliada e do cuidado centrado na pessoa, família e comunidade.

A Atenção Primária à Saúde é um modelo assistencial e estratégia de organização dos serviços com vistas ao aumento da cobertura e resolutividade da assistência. A denominação que recebe no Brasil é Atenção Básica. A execução da estratégia deve estar a cargo, preferencialmente, de um médico especialista em Medicina de Família e Comunidade, capacitado para o trabalho considerando a abordagem clínica ampliada e suas ferramentas. Mas no interior do Amazonas, como será exposto no próximo capítulo, a presença de especialistas é reduzida, então ao médico generalista formado de acordo com as diretrizes curriculares é o responsável por esse modelo de atenção.

O conceito de Atenção Básica de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica é (BRASIL, 2017):

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, s/p).

Um dos conteúdos práticos que o curso deve oferecer aos estudantes para sua formação de acordo com as diretrizes e demandas da política de saúde e da sociedade é a Clínica Ampliada, uma abordagem do adoecimento e sofrimento das pessoas e que foi inserida como diretriz na Política Nacional de Humanização em 2003. Além da compreensão ampliada do processo saúde-doença, a Clínica Ampliada não pode prescindir da construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, sem perder de vista que há necessidade de avaliação das prescrições para impedir a limitação das atividades da vida diária pelo sujeito. Segundo publicação da Universidade Federal de Santa Catarina para o curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família o conceito de Clínica Ampliada é (DELZIOVO; PEDEBÔS; MORETTI-PIRES, 2012):

[...] uma ferramenta que tem a finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença e permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde na busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde (DELZIOVO; PEDEBÔS; MORETTI-PIRES, 2012).

A visita domiciliar é uma prática que favorece a Clínica Ampliada ao permitir uma visão diferenciada da realidade em que o sujeito vive e possibilitar a criação ou ampliação de vínculos da população com os profissionais da Equipe de Saúde. Essa prática é uma atividade prioritária no Internato Rural exatamente por colocar o Interno em contato com o meio ambiente físico e emocional do sujeito. Na visita é possível identificar critérios de classificação de risco na Atenção Básica.

Para a efetivação da Clínica Ampliada alguns requisitos merecem destaque como a integração da equipe de saúde (trabalho em equipe multiprofissional), a descrição da clientela e a construção de vínculos para permitir a elaboração do projeto de cuidado, além da articulação com outras áreas externas à saúde e que atuam em campos que se refletem nas condições de saúde dos sujeitos e comunidades. É nesse contexto que o Internato Rural na rede básica de saúde se

concretiza, colocando o Interno em diferentes cenários práticos e de aprendizagem para sua formação e futura atuação profissional.

Para a formação de profissionais capacitados para o atendimento das demandas da população e da rede de serviços, acompanhando a política de saúde que tem na APS o modelo assistencial e na Estratégia Saúde da Família a sua operacionalização, Siqueira (1996) sugere que há alternativas não excludentes para encaminhar soluções, tais como mudanças pedagógicas no curso de graduação, Residência em Saúde da Família e alterações no Internato (Internato em Saúde da Família-ISF), dentre outras. Continuando apresenta exigências para o alcance dos objetivos desse Internato e seu desenvolvimento junto à equipe de Saúde da Família para “vivenciar a prática das equipes e participar de seu processo de reflexão”, envolver o aluno em todas as atividades e exigir um relatório ao término do estágio “ressaltando-se os pontos positivos e negativos do ISF, assim como os conhecimentos, habilidades, comportamentos éticos e compromisso social que a Faculdade lhes forneceu e que foram úteis, assim como aquelas que lhes parecem falhos ou omissos”.

O módulo de Medicina Preventiva e Social/Internato Rural existe há 31 anos e representa uma estratégia de quebra de paradigma de formação dos futuros médicos ao colocá-los em contato com a realidade do interior do estado que sofre de carência crônica de atenção à saúde, principalmente de profissionais médicos. Portanto, já se antecipava às propostas de mudanças do projeto pedagógico decorrentes das discussões durante o desenvolvimento do projeto de avaliação da CINAEM (1997) e das recomendações das DCN de 2001 (BRASIL, 2001).

Esse módulo desenvolvido no interior do Estado do Amazonas, pensado pelo Prof. Menabarreto Segadilha França com apoio do Prof. João Amílcar Salgado, maior entusiasta do Internato Rural da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, implantado em janeiro de 1979, como estágio obrigatório trimestral para os alunos do décimo primeiro semestre do curso de medicina, com convênios entre a UFMG, Secretaria de Estado da Saúde e Prefeituras Municipais, estava bem à frente das discussões sobre a formação para o trabalho na rede de serviços de saúde em conformidade com a política de saúde.

Assim como a Faculdade de Medicina foi criada a partir de um apelo do Governador Arthur César Ferreira Reis em 1964 para atender à carência de médicos no interior, o Internato Rural foi construído enquanto proposta de interiorização do

curso para colocar os futuros médicos em contato com a realidade e assim sensibilizá-los para a futura atuação profissional, sendo implantado inicialmente em Parintins como atendimento a uma provocação feita à Universidade Federal do Amazonas, pelos médicos que trabalhavam em naquele município e eram procedentes de outros Estados. Esses médicos estiveram reunidos em um congresso e questionaram o fato da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) desenvolver projetos e ações em um campus avançado em Parintins e a UFAM, não realizar nenhuma ação (UFAM, 1964).

No período de 24.05 a 03.07.1988 uma turma de quatro (04) estudantes que estavam realizando estágio curricular obrigatório em Toco-Ginecologia, Pediatria e Clínica Médica (Aldemir Araújo de Oliveira, Ana Ruth Araújo Risuenho, Francisco Deodato Guimarães e Izabel Cristina Ferraz Suano) foi voluntariamente, em viagem por transporte fluvial com duração 18 horas, realizar 320 horas de estágio que foi considerado Internato Rural Experimental. Seguiram junto com os Internos, os Residentes em Medicina Preventiva e Social Elizabeth Barros da Silva e José Maurício César de Albuquerque, todos sob a responsabilidade do Prof. Menabarreto Segadilha França.

Após avaliação do estágio experimental, através da Resolução 027/1988 do Conselho de Ensino e Pesquisa/CONSEP (UFAM, 2008), o Internato Rural tornou-se obrigatório, ou seja, o módulo de Medicina Preventiva e Social que era desenvolvido nas Unidades de Atenção Primária de Manaus foi transformado em estágio rural, sendo que as áreas de atuação em Parintins eram a sede e as comunidades de Cabury e Mocambo. A primeira turma viajou para Parintins em janeiro de 1989. Os Estagiários foram: Antônio Carlos Pereira Leite, Giselle Cristine dos Santos Moreira, Pedro Elias de Souza e Tufi Salim Jorge Filho, permanecendo 30 dias na sede e 30 dias nas comunidades de Cabury e Mocambo em sistema de rodízio.

No decorrer desses 31 anos de atividades ininterruptas, o Internato se expandiu para Coari, Manacapuru e Rio Preto da Eva (esses dois municípios da região metropolitana para atender a casos excepcionais de estudantes com filhos menores ou que precisavam trabalhar ou cuidar de parentes enfermos), Tabatinga e Benjamin Constant. Nos primeiros 20 anos os Internos foram mantidos graças aos convênios com as Prefeituras que se responsabilizavam pela hospedagem e alimentação dos estudantes em municípios onde não havia campus da UFAM. Com essa parceria, tivemos Internos em Manicoré, Eirunepé, Envira, Borba, Apuí,

Presidente Figueiredo, Novo Airão, Careiro Castanho, Iranduba e em outros Estados de onde os Internos eram naturais, tais com: Acre, Rondônia e Roraima.

Nesse módulo o estudante tem a oportunidade quase única de experimentar “a vida como ela é” no interior do Amazonas. Nesse módulo ele vivencia o processo de trabalho na Atenção Primárias em Saúde e todas as dificuldades de operacionalização das políticas de saúde pública e bem antes das diretrizes curriculares determinarem o percentual de carga horária na atenção básica, o Internato Rural já oportunizava aos estudantes a experiência na Estratégia Saúde da Família e na de Agentes Comunitários de Saúde no interior do Amazonas.

O Internato Rural desenvolve-se na rede de serviços de Atenção Primária à Saúde em 100% da carga horária, sendo 50% em Unidades Básicas de Saúde de municípios do interior do estado, uma realidade socioambiental e sanitária diversa em relação a acesso a recursos de apoio ao diagnóstico e tratamento encontrados na cidade sede do curso.

O Internato é a etapa final do curso de graduação, obrigatório como um período especial de aprendizagem. Nas diretrizes curriculares nacionais é definido como uma etapa da graduação na forma de

[...] estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes, com carga horária mínima de 35% da carga horária total do curso, devendo, necessariamente, incluir aspectos essenciais nas cinco grandes áreas da Medicina (Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Saúde Coletiva e Ginecologia/Obstetrícia), com atividades eminentemente práticas (ZANOLLI et al., 2014).

O módulo de Medicina Preventiva e Social do estágio curricular obrigatório/Internato é desenvolvido durante um período de 140 dias (como os demais) obrigatoriamente em municípios do interior do estado do Amazonas desde 1989, na Região Metropolitana da capital Manaus/RMM e onde há unidades acadêmicas da Universidade Federal do Amazonas com cursos regulares de diversas áreas de conhecimento (campus fora da sede).

O módulo é subdividido em quatro períodos:

- a) oficina de alinhamento conceitual;
- b) estágio em Unidades Básicas de Saúde/UBS da rede de atenção à saúde do município de Manaus (60 dias);

- c) estágio em UBS da rede de saúde dos municípios de Iranduba, Manacapuru, Rio Preto da Eva e Presidente Figueiredo da RMM; Itacoatiara, Parintins, Humaitá, Coari, Benjamin Constant onde há campus da UFAM; e Tabatinga (fronteira com Benjamin Constant), desenvolvido durante mais 60 dias; e
- d) oficina de avaliação do estágio.

O módulo em MPS/IR tem como ementa: Saúde, sociedade e ambiente, vigilância em saúde, educação em saúde, ações de Atenção Primária em Saúde (promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e agravos à saúde, diagnóstico, tratamento ou recuperação da saúde, reabilitação e redução de danos), Estratégia Saúde da Família, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Medicina de Família e Comunidade.

Seu objetivo geral é contribuir para a formação de profissionais tecnicamente capacitados para a promoção da saúde, para a gestão do cuidado em saúde e para a resolução crítica e criativa dos principais problemas de saúde da população, respeitando suas crenças e valores culturais e assim também contribuir para transformação da realidade configurada pelos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Ao final do módulo espera-se que os alunos tenham desenvolvido as competências, habilidades e atitudes a seguir especificadas, de acordo com o projeto político pedagógico e as diretrizes curriculares do curso de graduação em medicina.

a) Concluir a última fase da formação do profissional do médico atendendo às diretrizes curriculares, colocando o interno em contato com a realidade socioeconômica, geográfica e sanitária e assim sensibilizá-lo para futura atuação, adequada às necessidades sociais e regionais;

b) Proporcionar a vivência e o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a iniciativa e atitude proativa do Interno ao atuar nas unidades de saúde nas condições reais das mesmas;

c) Viabilizar a aplicação prática dos conteúdos teóricos de todas as disciplinas do curso a partir da atuação em realidade concreta de trabalho em saúde; e

d) Contribuir com a equipe de estágio e comunidade de atuação em situações concretas onde seja necessário seu conhecimento técnico e sua sensibilidade e solidariedade no enfrentamento de problemas.

A experiência do Internato Rural na Amazônia já foi descrita por Silveira e Pinheiro (2016), em avaliação de narrativas de estudantes cursando esse estágio na região amazônica. Os autores identificaram duas questões em relação à atividade onde os estudantes concentram sua atuação.

Nas situações com que se deparam, os estudantes sentem que há uma disparidade entre o que está na literatura, “o que está nos livros”, e a realidade local. Esse problema se refere especialmente na sua atuação como médico, em consultas e atividades educativas, quando nem sempre o que eles estudam se aplica à realidade daquelas pessoas (SILVEIRA; PINHEIRO, 2016).

Essa dificuldade pode ser justificada pela concentração do estudante no que está escrito nos livros e não ser capaz de aplicar aquele conhecimento para determinadas situações, e pela indisponibilidade de exames e medicamentos indicados para os casos devido a barreiras geográficas que condicionam a vida das pessoas na Amazônia.

Para Silveira e Pinheiro (2017), o Internato Rural faz parte de um movimento de transformação da educação médica “considerando a emergência de um novo paradigma na saúde, que considera o homem inserido na sociedade”, e que não pode prescindir de mudanças no modelo assistencial para ampliação e maior ênfase na atenção primária em saúde. Assim o Internato Rural pode ser considerado com estratégia de rompimento

[...] com a perspectiva hospitalocêntrica da educação médica, deslocando o eixo do aprendizado para os cuidados primários, focalizando os agravos mais comuns da população, considerando prevenção e assistência, observando o ser humano integrado à sociedade (SILVEIRA; PINHEIRO, 2017).

A partir da percepção do discente Interno concludente do módulo de Medicina Preventiva e Social sobre as necessidades de conteúdos e práticas demandadas durante o desenvolvimento de atividades do estágio, será possível avaliar a contribuição do professor e seus saberes e práticas demonstrados durante as aulas teóricas e práticas na formação do futuro médico e se esse professor realmente não capacita o egresso para futura atuação profissional na lógica da Atenção Primária em Saúde atendendo às diretrizes curriculares e política de saúde do país.

As atividades do Internato Rural já despertaram nos estudantes a iniciativa de publicar relatos de suas experiências e até estudos sobre perfis epidemiológicos e

percepções da comunidade sobre o processo de adoecimento. Como exemplo de percepção de um egresso, citamos seu trabalho publicado em 2018 sobre seu Internato Rural realizado em 2016, onde se destacam seu conhecimento das DCN, a compreensão do processo de adoecimento com seus determinantes sociais, a oportunidade do trabalho em equipe multiprofissional em realidades diferentes das que conhecia, as adversidades presentes no trabalho em saúde no interior do Estado, enfim, a importância da vivência nos serviços e comunidades para uma formação médica crítica e que atenda as demandas do SUS.

O Internato de Medicina Preventiva e Social concede a médicos e graduandos em medicina uma experiência ampla na interface Serviço-Comunidade da Atenção Primária à Saúde em Manaus e no interior do Estado. O aprendizado abarca perspectivas profissionais e pessoais que agregam criticidade e humanização à formação, além de fortalecer o vínculo com o comunitário (MARTINS et al., 2018).

A pesquisa contribui para ampliar a oferta de informações cientificamente sistematizadas associadas identificação de saberes e práticas que os docentes do curso de medicina precisam se apropriar para sua qualificação na construção de estratégias educacionais para a formação de médicos na abordagem clínica ampliada e cuidado centrado na pessoa, família e comunidade para atuação na Atenção Primária em Saúde. Além desse aspecto da Atenção à Saúde, o professor deverá estar qualificado para discutir e preparar o futuro médico para a Gestão e Educação em Saúde. A discussão desses aspectos na pesquisa poderá favorecer a reorientação das prioridades e ênfases do currículo da escola médica da UFAM e a tomada de decisões associadas a novas políticas de formação na área médica na Amazônia (Amazonas/Brasil).

5.2 A SITUAÇÃO DE PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE MÉDICOS NO AMAZONAS

Neste tópico são apresentadas informações que comprovam um grande problema de saúde pública no interior do Amazonas que é a insuficiência de médicos para a atenção à saúde da população. O Amazonas continua com insuficiente número de médicos, após mais de meio século da criação do curso de medicina da UFAM provocado pelo apelo de um Governador do Estado em uma exposição ao Reitor da Universidade do Amazonas em 03.11.1963. Nela o

governante pede que o Conselho Universitário analise a possibilidade de criação dos cursos de medicina, farmácia, odontologia e artes (UFAM, 1964).

É que o Amazonas está carecendo urgentemente, de médicos, de dentistas e de farmacêuticos para atender a populações que se localizam no interior e vivem ali sem assistência regular ou mesmo irregular daqueles profissionais. Sinto na carne, como Governante, a gravidade desse problema. Não temos médicos, dentistas e farmacêuticos para instalar um posto de saúde que mantemos e devemos manter. Não adianta criá-los, provê-los, instalá-los se não dispomos de pessoal especializado, as equipes que os fazem realmente existir (UFAM, 1964).

Continuando sua exposição o governador Arthur César Ferreira Reis informa que o Hospital Getúlio Vargas será confiado à Universidade do Amazonas e será “equipado para que nele se instale as Escolas, as Enfermarias, o Centro Médico ativo e permanente”.

A partir do final da década de 1990 outros cursos de medicina foram instalados no Amazonas sempre com a justificativa de provimento de médicos para o interior. Assim foram instalados os cursos da Universidade do Estado do Amazonas e uma escola médica particular. Recentemente dois novos cursos foram criados, atendendo as diretrizes do Programa Mais Médicos para o Brasil instituído pela Lei 1.271 de 22.10.2013 (BRASIL, 2013), o curso de Medicina do Instituto de Saúde e Biotecnologia da UFAM no município de Coari e um em Manaus vinculado a uma instituição privada de ensino superior.

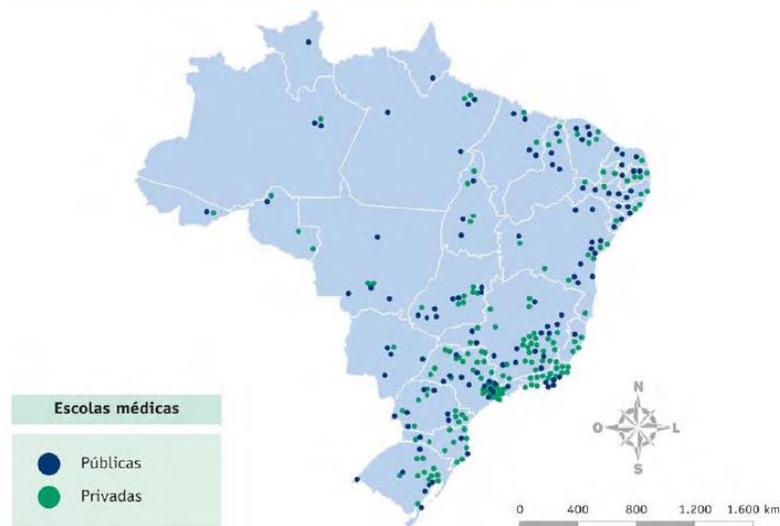
A busca da provisão e fixação de médicos em áreas de difícil acesso ou remotas continua a ser prioridade e usada como justificativa para a criação de cursos de medicina e o objetivo de formação adequada desse profissional para o atendimento das políticas de saúde segue promovendo as reformulações curriculares.

O maior dos desafios da Educação Médica na Amazônia é formar “o médico” com o perfil configurado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais que é (BRASIL, 2014):

Art. 3 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 formar esse médico o Brasil já conta com 342 escolas médicas concentradas nas regiões sudeste e sul e a grande maioria sob administração privada. O diagnóstico da distribuição das escolas médicas, vagas para residência médica, médicos e médicos especialistas reproduz as desigualdades presente nas diversas regiões do país e dentro da região. Consta-se a relação positiva entre o desenvolvimento econômico e social, acesso a modalidades de transporte e a proximidade com os grandes centros urbanos e a distribuição das escolas (Figura 1), dos médicos (Figura 2) e da atenção à saúde de todos os níveis de densidades tecnológicas (Figura 3).

Figura 1 - Distribuição de escolas médicas, 2018
Distribuição de escolas médicas, segundo natureza pública e privada – Brasil, 2018

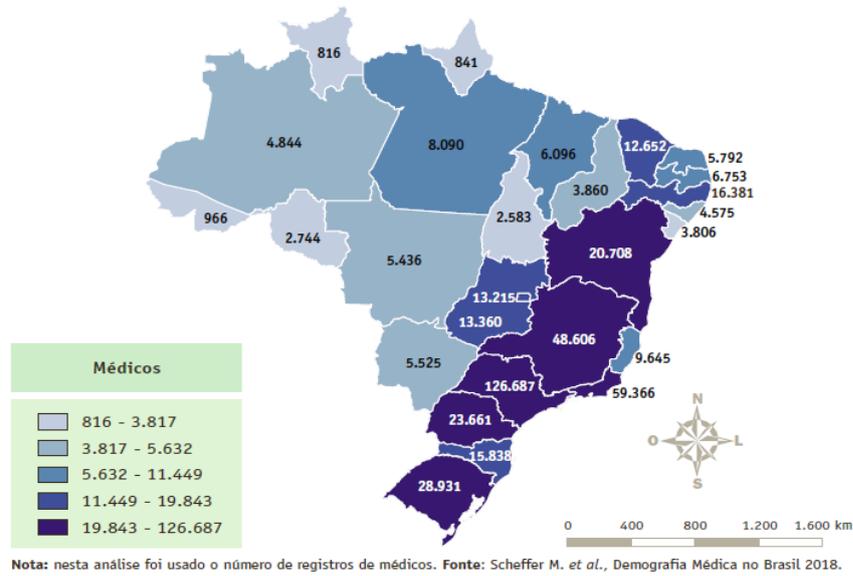


Fonte: Scheffer et al. (2018)

Pode-se constatar na figura 01 a concentração das escolas médicas na região sudeste (41,5%) seguido da região nordeste (24,6%) e a sul (16,6%), acompanhando as condições econômicas regionais, principalmente. A distribuição dos médicos por estados das diferentes regiões não difere da distribuição das escolas conforme se pode verificar na figura 02 e, estes profissionais estão concentrados principalmente nas capitais dos estados conforme o quadro 1.

Figura 2 - Distribuição de médicos, 2018

Distribuição de médicos, segundo unidades da federação e faixas de concentração – Brasil, 2018



Fonte: Scheffer et al. (2018).

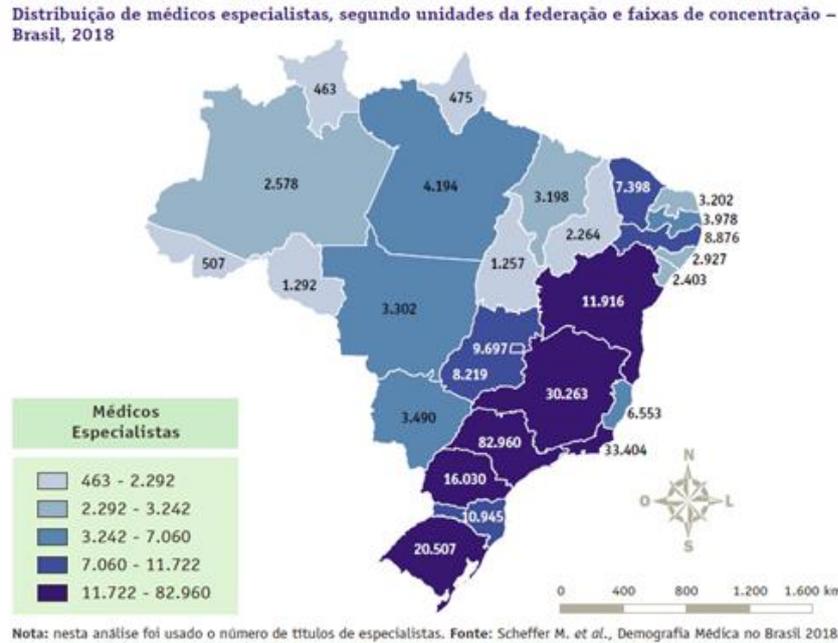
Quadro 1 - Distribuição de médicos na capital e no interior dos Estados por região.

UNIDADE	% CAPITAL	% INTERIOR
BRASIL	55,1	44,9
REGIÃO NORTE	71,9	28,1
ACRE	77,2	22,8
AMAPÁ	89,5	10,5
AMAZONAS	93,1	6,9
PARÁ	69,7	30,3
RONDÔNIA	56,5	43,5
RORAIMA	87,0	13,0
TOCANTINS	43,2	56,8

Fonte: Scheffer et al. (2018).

A distribuição de especialistas por região é mais uma informação que acompanha a distribuição de escolas médicas e o número de médicos por regiões segundo o desenvolvimento social e econômico e acesso a recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento (Figuras 3).

Figura 3 - Distribuição de médicos especialistas, segundo unidade de federação e faixas de concentração.



Fonte: Scheffer et al. (2018).

As escolas médicas precisam contar com infraestrutura, corpo docente qualificado, técnica e pedagogicamente, e rede de serviços de saúde disponível para cenários de ensino-aprendizagem e campos de estágio, buscando a qualidade da formação profissional e sua adequação às demandas da sociedade. E para a manutenção dessas condições as escolas precisam de financiamento sustentável de suas atividades e projetos indutores de mudanças de paradigma no processo ensino/aprendizagem, situação que deixa em desvantagem as escolas públicas, principalmente as federais.

Formar esse médico necessário para o atendimento das demandas da sociedade é o desafio das Escolas Médicas desde as décadas de 60, 70, 80 e 90, reiterando a necessidade da formação/desenvolvimento dos professores para alavancar o processo da mudança paradigmática necessária.

Dentre todas as condições necessárias para a formação adequada desse médico necessário para a sociedade, recai sobre o professor de medicina, a culpa por seu desinteresse em participar nos processos de discussão para a mudança e, sobre essa constatação, Gordan (2014) já avaliou e concluiu que a compreensão das razões e o processo de mudança é o primeiro desafio a enfrentar quando se necessita da inserção docente em currículos inovadores.

O corpo docente de um curso de medicina é obrigatoriamente heterogêneo, e a luta para a inclusão de todos em um processo de mudança, embora imperiosa, é complexa, pois a não participação, por mais democrática e transparente que seja sua condução, é bastante alta. Os motivos alegados vão desde a “falta de tempo” até a oposição clara ao processo (GORDAN, 2014, p. 170).

A necessidade de formar médicos capazes de atender as necessidades de saúde da população, contribuindo para o fortalecimento do SUS, vem promovendo discussões no âmbito nacional desde a década de 90 pela Associação Brasileira de Educação Médica e estas, contribuíram para a edição das DCN de 2001 (BRASIL, 2001). A manutenção das discussões sobre o ensino médico e as avaliações dessas DCN, além da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013 (que instituiu o Programa Mais Médicos) contribuiu para a edição em 2014 das Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Estas novas diretrizes deveriam ter sido implantadas por todas as escolas médicas em funcionamento até o final de 2018 e, este prazo está mobilizando um contingente significativo do corpo docente e discente para questionamentos a respeito da operacionalização de um novo currículo para as escolas médicas da Amazônia e de todo o Brasil.

A seguir apresentamos a situação da distribuição dos médicos no Amazonas a partir de informações do Conselho Regional de Medicina, Apoio Institucional/Ministério da Saúde no Amazonas do Projeto Mais Médicos para o Brasil e Portal da Transparência do Governo do Estado do Amazonas.

Pode-se constatar a desigualdade na distribuição desses profissionais, pois se concentram na capital do Estado, onde as condições de trabalho, representada, dentre outros itens, pelos recursos de alta densidade tecnológica para apoio ao diagnóstico e tratamento, estão disponíveis. As figuras que representam esses dados falam por si só. Resta aprofundar estudos para a verificação de outros fatores que contribuem para a manutenção dessa desigualdade na distribuição, apesar do número de escolas médicas existentes no Estado e dos vários programas de Residências Médicas desenvolvidos na rede de serviços de saúde públicos e privados.

No gráfico 1 é possível constatar que o percentual de médicos no interior não chega a 10% do total de inscritos no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Amazonas.

Gráfico 1 - Distribuição dos médicos inscritos no Conselho Federal de Medicina segundo o local de residência informado. Maio de 2020



Fonte: Setor de Informática do Conselho Regional de Medicina do Amazonas (2020).

A presença de médicos especialistas no interior é insignificante e esse fato aumenta as despesas com transporte de pessoas que necessitam tratamento especializado para Manaus onde disputam vaga devido à demanda em algumas especialidades com baixo número de profissionais (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos médicos inscritos no Conselho Federal de Medicina segundo a especialidade informada. Maio de 2020



Fonte: Setor de Informática do Conselho Regional de Medicina do Amazonas (2020).

Neste gráfico pode-se verificar a contribuição do curso de Medicina da UFAM na provisão de médicos se comparada às demais do Estado, mas o que chama a

atenção é o percentual de médicos formados em outras escolas do Brasil e do exterior que residem e trabalham no interior. (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição de médicos registrados como residentes no interior segundo a Escola Médica de formação. Maio de 2020



Fonte: Setor de Informática do Conselho Regional de Medicina do Amazonas (2020).

O gráfico 4 mostra o percentual de médicos do interior em 15 municípios, acompanhando a concentração verificada na capital do Estado. Aqui cabem algumas informações que são singularidades do Amazonas. Os três municípios com maior número são coincidentemente os que possuem uma Brigada de Infantaria onde há um ambulatório de saúde especializado com outros profissionais além de médicos (Tefé) e duas Guarnições do Exército Brasileiro (Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira) cujas gestões e provimento de profissionais são de sua responsabilidade. Nesses municípios certamente os médicos foram obrigados a transferir o registro de Manaus e de outros Estados e como não solicitaram desligamento, continuam como médicos do interior, situação que precisa ser atualizada, mas não é objeto de análise nessa pesquisa.

O quarto município com maior número de médicos é Parintins que possui a maior população residente depois da capital Manaus (mais de 112 mil habitantes), possui economia baseada no agronegócio e na pesca, aeroporto com balizamento para voos noturnos, rede bancária ampla e cursos superiores presenciais em duas

universidades públicas e uma privada, dentre outras facilidades que promovem a atração e fixação de médicos, inclusive especialistas que além de trabalharem no serviço público tem a opção da rede privada.

Humaitá e Boca do Acre dividem seus médicos com Porto Velho/RO e Rio Branco/AC por, dentre outras facilidades, terem acesso a transporte rodoviário. Coari atrai e fixa médicos por ser um município que recebe financiamento decorrente do gás natural em seu solo, tendo acesso aéreo em dias específicos da semana em voos diurnos, além de possuir uma Faculdade de Medicina da UFAM. Borba e Maués são municípios com uma economia mais sustentável e tem acesso rápido a Manaus através de transporte bimodal (fluvial-terrestre a partir de Itacoatiara e Autazes). Os demais municípios onde há maior concentração são próximos a Manaus e alguns na Região Metropolitana, o que facilita o deslocamento para a capital em caso de necessidades, (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Os 15 municípios com maior concentração de médicos registrados, maio de 2020



Fonte: Setor de Informática do Conselho Regional de Medicina do Amazonas (2020).

A seguir as informações sobre os contratos médicos da Secretaria de Estado da Saúde onde mesmo com o contrato de cooperativas e empresas médicas para a manutenção do atendimento na rede de serviços de média e alta densidade

tecnológica na capital, os poucos serviços onde mantém médicos concursados em seu quadro, consta-se a desigualdade na distribuição, com a rede do interior que não possui contratos com terceirizados, o número de médicos a 30,5% do total e a 20% dos especialistas. (Gráfico 5)

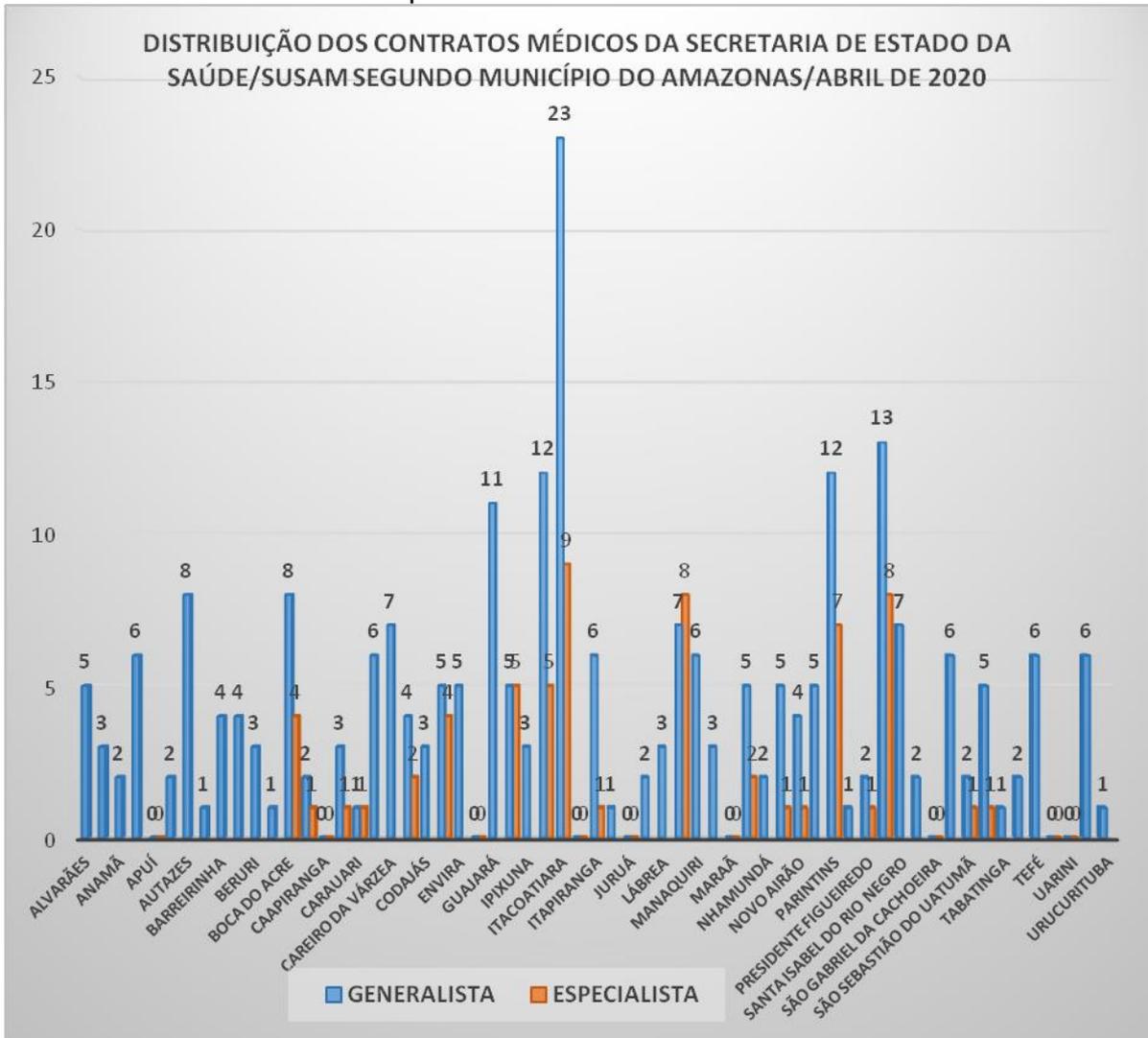
Gráfico 5 - Distribuição dos contratos médicos da Secretaria de Estado da Saúde segundo lotação/local de trabalho. Abril de 2020



Fonte: Portal da Transparência do Governo do Estado do Amazonas (2020).

No gráfico 6 é possível se ter uma ideia da concentração de médicos em municípios com condições favoráveis de vida e trabalho e municípios sem nenhum médico especialista. Essa distribuição de contratos médicos segue o perfil da distribuição dos registros no Conselho Regional de Medicina. Verifica-se que não há nenhum médico contratado pelo Governo nos municípios de: Apuí; Caapiranga; Fonte Boa; Itamarati; Juruá; Maraã; São Gabriel da Cachoeira; Tonantins; e Uarini. A concentração está nos municípios da Região Metropolitana de Manaus (Itacoatiara, Iranduba, Rio Preto), Parintins e Guajará (fronteira com Cruzeiro do Sul/AC).

Gráfico 6 - Contratos médicos da Secretaria de Estado da Saúde segundo município do Amazonas. Abril de 2020.

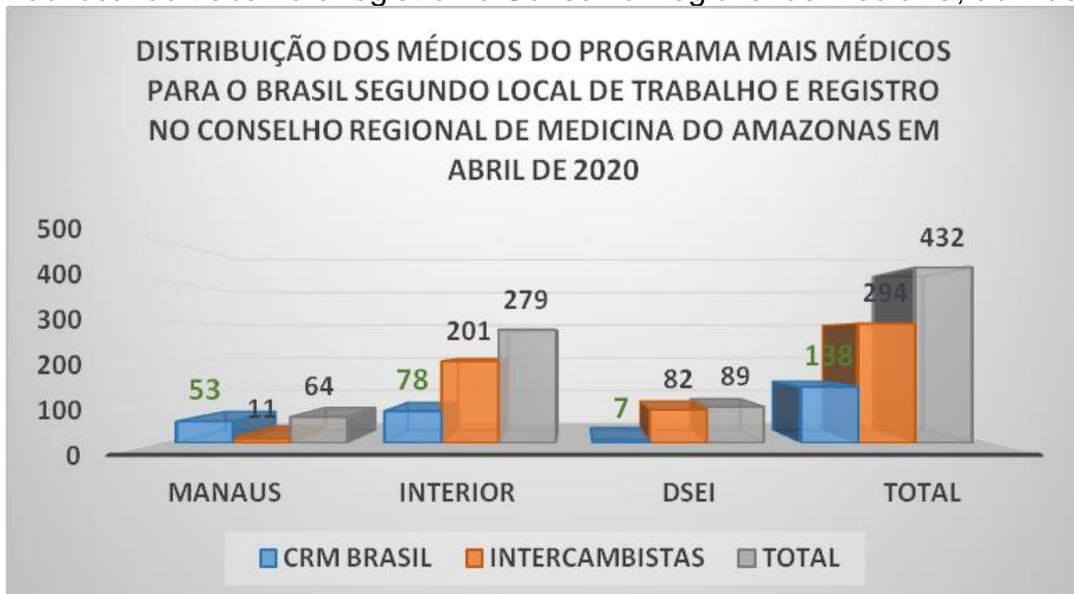


Fonte: <http://www.transparencia.am.gov.br/> (2020)

Semelhanças na distribuição de médicos no Amazonas pode-se observar em relação ao Programa Mais Médicos para o Brasil a partir dos dados informados pelo Apoio Institucional do Ministério da Saúde no Estado. De acordo com a Lei 1.271 de 22.10.2013 (BRASIL, 2013), para que os objetivos do programa fossem alcançados, três ações estão definidas no seu artigo 2º: a reordenação da oferta de cursos e vagas, novos paradigmas para a formação médica e promoção de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde através da integração ensino-serviço e até por intercâmbio internacional. Assim o Brasil recebeu médicos estrangeiros que permaneceram atuando até o final de novembro de 2018.

Essas informações se referem aos médicos brasileiros que ingressaram entre 2013 e 2018, antes da retirada dos cubanos e os ingressantes a partir da readequação e novos editais em 2019 até abril de 2020. Esse grupo de quatrocentos e trinta e dois (432) médicos brasileiros com registro no conselho (CRM Brasil) e os formados em escolas médicas estrangeiras sem registro no Conselho Regional de Medicina (Intercambistas), aguardando prova de revalidação de diplomas (REVALIDA) e atendem em Unidades Básicas de Saúde com registro no Ministério da Saúde. (Gráfico 7).

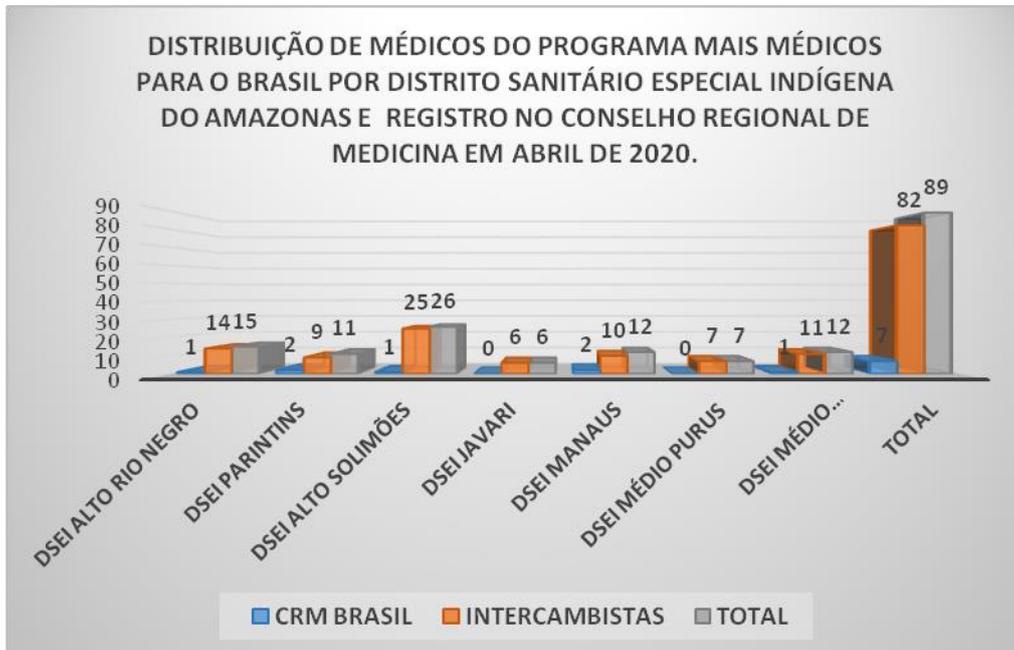
Gráfico 7 - Distribuição dos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil segundo local de trabalho e registro no Conselho Regional de Medicina, abril de 2020



Fonte: Programa Mais Médicos para o Brasil. Apoio Estadual do Ministério da Saúde (2020).

Comparando o percentual de médicos com registro no Conselho Regional de Medicina, pode-se constatar que estão proporcionalmente concentrados em Manaus (82,8%) em relação aos municípios do interior com 28% e aos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena - DSEI com apenas 7,9% do total de médicos atuando em cada um desses locais. (Gráfico 7).

Gráfico 8 - Distribuição de médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil por Distrito Sanitário Especial Indígena. Abril de 2020.

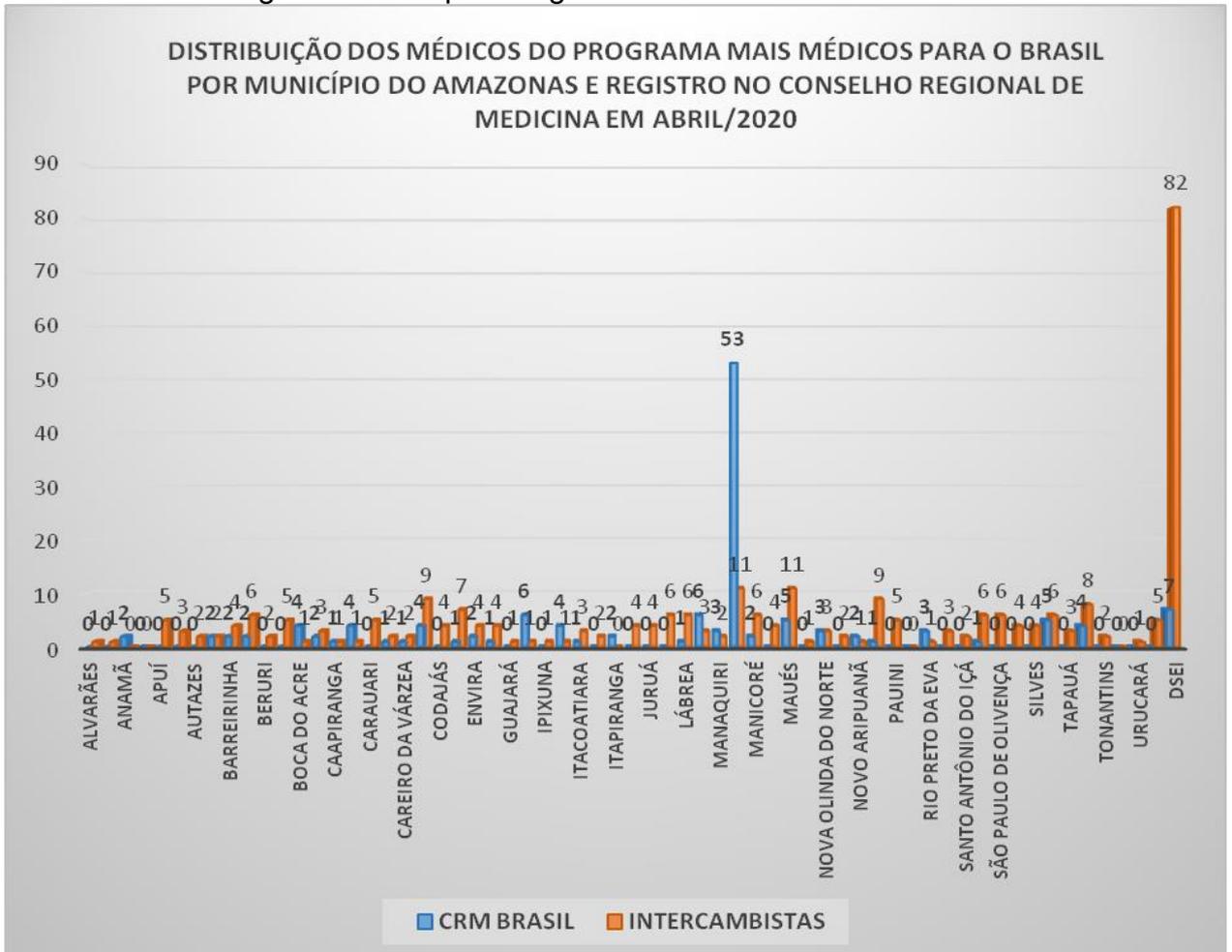


Fonte: Programa Mais Médicos para o Brasil. Apoio Estadual do Ministério da Saúde (2020).

O Distrito Sanitário Especial Indígena/DSEI com maior número de médicos é o Alto Solimões (29,2%), região com maior contingente populacional e maior número de municípios, seguida da região do Alto Rio Negro com três municípios e 16,6% do total de médicos do programa. (Gráfico 8).

O reforço no aumento da cobertura das ações de Atenção Primária à Saúde representada pelo trabalho dos médicos do Programa, também confirma a desigualdade na distribuição, mantendo a concentração em Manaus e nos municípios da Região Metropolitana, com algumas exceções (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Distribuição dos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil segundo município e registro no CRM. Abril de 2020.



Fonte: Programa Mais Médicos para o Brasil. Apoio Estadual do Ministério da Saúde (2020).

A apresentação do diagnóstico da situação da distribuição de médicos no Estado foi para enfatizar que é um problema de Saúde Pública que se arrasta sem soluções sustentáveis porque decorrem de equívocos em relação à análise de seus vários determinantes. Gestores, profissionais de saúde e representantes da sociedade costumam atribuir responsabilidade pelo problema para as escolas médicas. As quatro escolas médicas do Estado foram criadas com a justificativa de provimento de médicos como se bastassem formar adequadamente o profissional, esquecendo-se das condições de trabalho, responsabilidades dos governos Federal, Estadual e Municipal. Estudos sobre esse tema precisam ser realizados na busca de subsídios para a busca de alternativas estratégicas para a construção de propostas sustentáveis de atração e fixação de médicos para o interior, incluindo as regiões mais isoladas geograficamente com população dispersa nas suas áreas rurais.

5.3 AS PERCEPÇÕES DE PROFESSORES E INTERNOS ASSOCIADAS À FORMAÇÃO MÉDICA NA FACULDADE DE MEDICINA DA UFAM, CAMPUS MANAUS

Para a avaliação do perfil e da percepção dos professores e Internos do curso sobre a adequação da formação médica às Diretrizes Curriculares Nacionais e à política de saúde e demandas da sociedade, foram utilizados os dados constantes em dois questionários que compunham o Relatório de Avaliação dos 30 anos do Internato Rural do curso de Medicina da UFAM (UFAM, 2020).

Um questionário *on-line* (anexo 1) foi aplicado para **n=36 Internos concludentes** do módulo de Medicina Preventiva e Social/Internato Rural (16% do total de 225 matriculados no primeiro semestre de 2019) e outro para **n=15 professores** lotados na unidade Faculdade de Medicina (9,93% do total) que se voluntariaram a participar do estudo, sendo preliminarmente avisados a não informar o nome para manter o sigilo da pesquisa bem como a privacidade dos respondentes. Esses Internos (n=36) eram de 4 turmas cujos ingressos no estágio curricular obrigatório ocorreram em datas diferentes (uma diferença entre 6 a 12 meses), fato que permitiu verificar a percepção de Internos que já haviam cursado de 3 a 4 módulos do estágio e outros que estavam cursando o Internato Rural como segundo módulo, antes de vivenciarem a realidade do interior do Amazonas com suas dificuldades e facilidades.

O questionário *on-line* para os Internos egressos do Internato Rural é composto de duas sessões temáticas. Na sessão I dados identificando o semestre que está cursando, a idade e a naturalidade entre outras informações. Na sessão II temos a avaliação do discente em relação aos seguintes itens: tempo da vivência, qualidade do estágio (preceptoria e aprendizagem), existência de oportunidade de exposição a cenários diversos, conteúdos que porventura não foram abordados durante o curso e que foram necessários no estágio, os cenários com maior potencial de exposição a oportunidades de aprendizado, situações marcantes e situações com maior nível de dificuldade de manejo durante o estágio e sugestões para mudanças ou adequações em conteúdos e práticas necessárias para sua futura atuação profissional. As respostas às perguntas fechadas foram tabuladas e apresentadas em percentuais e para as abertas as respostas foram analisadas

qualitativamente e agrupadas segundo a pertinência das ideias, e apresentadas quantitativamente.

O questionário *on -line* para os professores lotados na Unidade Faculdade de Medicina é composto pelas seguintes sessões temáticas. Na sessão I, dados sócios demográficos; a sessão II pesquisa as informações sobre a atividade profissional docente; na sessão III o professor faz uma avaliação do processo ensino/aprendizagem com destaque para as sugestões de mudanças ou adequações para formação de profissionais aptos ao exercício profissional de acordo com as demandas da política de saúde e das DCN. A tabulação seguiu os mesmos critérios dos questionários dos Internos egressos.

5.3.1 O perfil e a percepção dos Internos

A faixa etária predominante foi de 22-24 anos com 63,9% dos Internos, empatada com a faixa de 22-24 anos com 39,3%. Acima de 29 anos apenas 13,9% dos Internos situam-se nessa faixa (Gráfico 10). Essa informação deixa claro que esses estudantes ingressam no curso em plena adolescência quando, segundo estudo de Silva, Andrade e Santos (2018), estão “tentando finalizar a tarefa básica da adolescência, representada pela aquisição de identidade pessoal e individualização enquanto pessoa”.

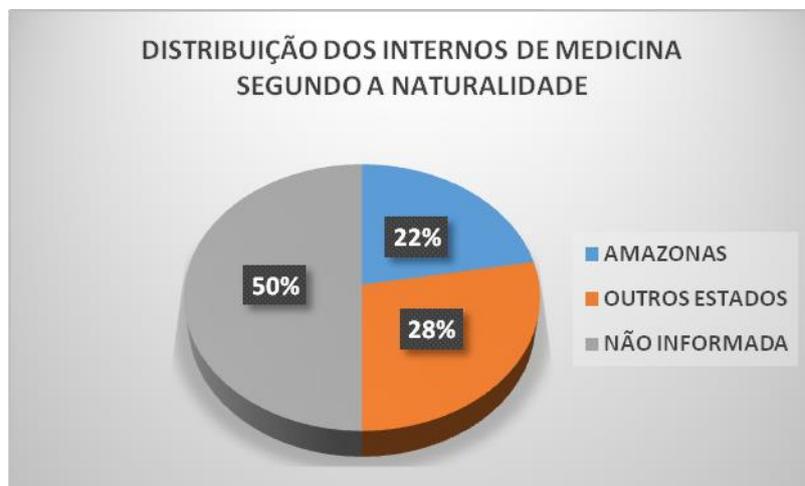
Gráfico 10 - Distribuição dos Internos segundo faixa etária



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Em relação à naturalidade, dos 50% que a informaram, 22,2% são do Amazonas e 27,8% são de outros estados do país (Gráfico 11). Esta constatação é plenamente justificada pelas modalidades de ingresso no curso que são por Processo Seletivo Continuado (PSC) para estudantes de escolas do Amazonas e pelo Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) livre para estudantes de todo o Brasil. A modalidade de ingresso determina o semestre de início do curso.

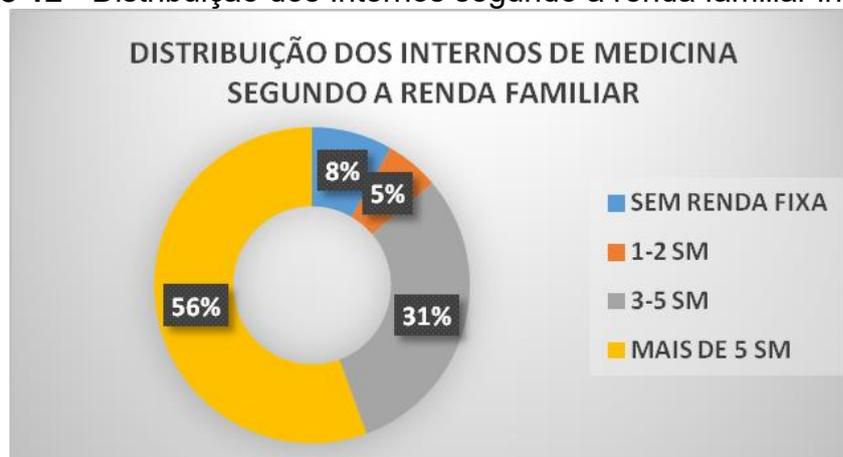
Gráfico 11 - Distribuição dos Internos segundo a naturalidade



Fonte: Base de dados da pesquisa.

A renda familiar informada por 55,6% dos Internos situa-se na faixa acima de 5 salários-mínimos, seguida pelo grupo de 30,6% que informou renda entre 3 e 5 salários mínimos (Gráfico 12).

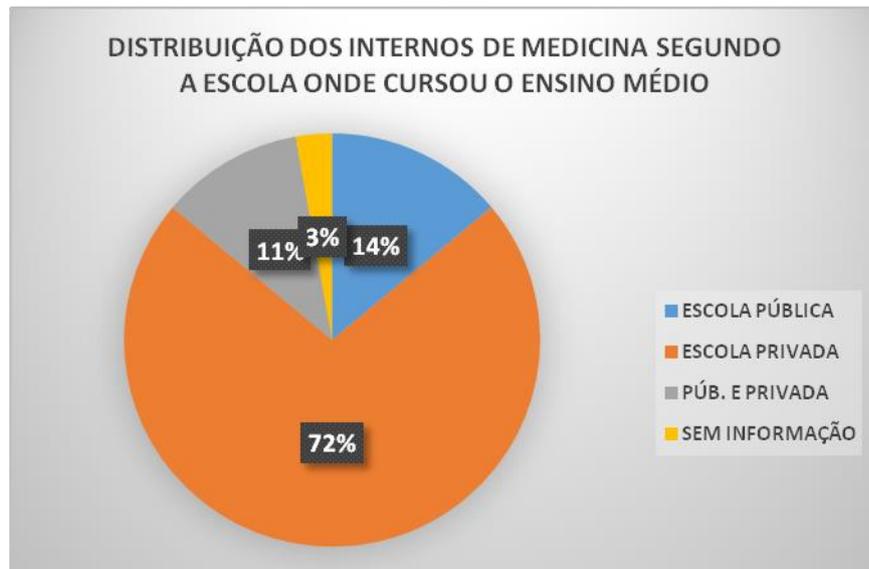
Gráfico 12 - Distribuição dos Internos segundo a renda familiar informada



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Acompanhando a categoria de renda mais citada pode-se constatar que 72,2% dos Internos concluíram seus estudos do ensino médio em escolas privadas e apenas 11,1% em escolas públicas (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Distribuição dos Internos segundo a escola onde concluiu o ensino médio



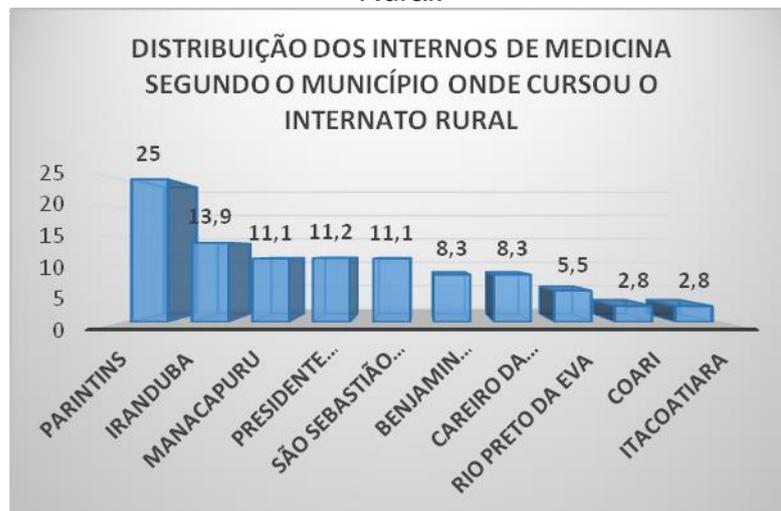
Fonte: Base de dados da pesquisa.

Combinando esses dois resultados (renda familiar x ensino médio em escola privada) pode-se inferir que a maioria dos estudantes é oriunda das classes mais abastadas, ainda mantendo a desigualdade de acesso à escola médica e tornando o êxito de alguns que são procedentes das classes populares uma evidência de legitimidade à seleção escolar, valorizando o trabalho dos que conseguiram ascender a este nível elevado de capital cultural institucionalizado.

Considerando o município para onde os Internos foram cursar o estágio na Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família (Gráfico 14), pode-se constatar que 25% preferiram Parintins, que foi o município onde o Internato Rural foi implantado em 1989 e onde existe um Campus da UFAM, sendo os demais da Região Metropolitana de Manaus ou próximo dela (Iranduba, Manacapuru, Presidente Figueiredo e São Sebastião do Uatumã). Essa distribuição acompanha as que foram encontradas nos dados dos médicos inscritos no CRM-AM, nos que

possuem vínculo empregatício com a Secretaria de Saúde e na dos bolsistas do Programa Mais Médicos para o Brasil, já comentadas em outro capítulo.

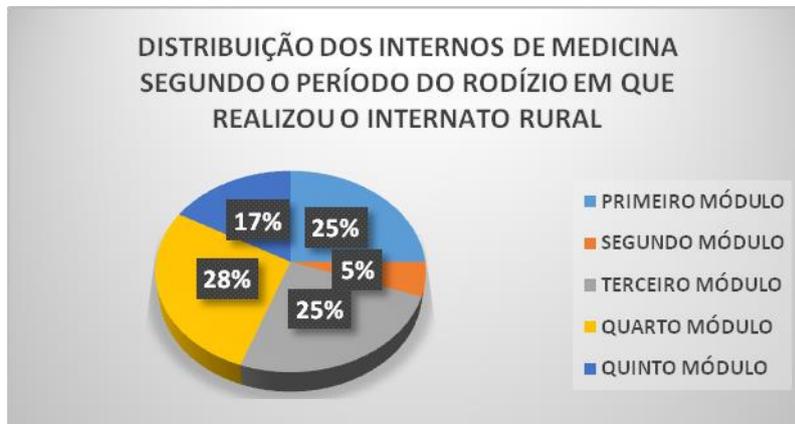
Gráfico 14: Distribuição dos Internos segundo o município onde cursou o Internato Rural.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Em relação ao período de realização do estágio no Internato de 2 anos de duração, onde cada módulo tem carga horária de 900 horas distribuídas em 140 dias de atividades, a maioria dos Internos realizou o Internato Rural com penúltimo módulo (27,8%) ou como o último módulo (16,7%), contexto em que os mesmos já haviam cursado módulos básicos como Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia (Saúde da Mulher) e Pediatria (Saúde da Criança), em tese mais preparados para o desenvolvimento das ações de Atenção Primária à Saúde e avaliar a contribuição de todas as disciplinas do primeiro ao oitavo períodos do curso e dos módulos básicos do Internato para o atuação nos cenários de práticas do Internato Rural (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Distribuição dos Internos segundo o período do Internato em que realizou o Internato Rural.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

A avaliação do estágio inicia com a pergunta sobre a suficiência do tempo do estágio na APS e 75% dos Internos consideraram suficientes e 22,2% responderam que o tempo não foi totalmente suficiente. Quando avaliaram a qualidade do estágio, a maioria (47,2%) considerou boa e 27,8% responderam que foi regular (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Distribuição dos Internos segundo a avaliação sobre a qualidade do estágio.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

O gráfico 17 mostra os comentários sobre a avaliação da qualidade e nesse aspecto chama a atenção os 30,6% que consideraram a qualidade relacionada a bons Preceptores nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Preceptores sem perfil para o trabalho na APS (22,2%) e desorganização da coordenação incluindo a Supervisão Docente insuficiente (13,8%).

Gráfico 17 - Comentários sobre a qualidade do Internato segundo a vivência prática dos Internos.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Foram pesquisados quais os locais que os Internos consideraram como os de maior exposição a cenários de práticas relevantes para a formação profissional, e o gráfico 18 mostra que dois grupos de locais foram os mais citados. A participação no processo de trabalho das equipes com destaque para as atividades de educação em saúde e atendimento em diferentes pontos de atenção da rede de serviços municipais foi o grupo de atividades citado por 47,2%, seguido do grupo de atendimento às populações rurais ribeirinhas e indígenas na UBS Fluvial e acompanhando Equipes de Saúde Ribeirinhas em UBS localizadas nas comunidades atendimento às populações rurais ribeirinhas e indígenas na UBS Fluvial e acompanhando Equipes de Saúde Ribeirinhas em UBS localizadas nas comunidades (38,9%). Considerando esses percentuais, chama a atenção o fato dos Internos terem compreendido a importância da APS e da Estratégia Saúde da Família desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde e seus territórios, como cenário com maior oportunidade de aprendizado prático, considerando conhecimentos, habilidades e atitudes.

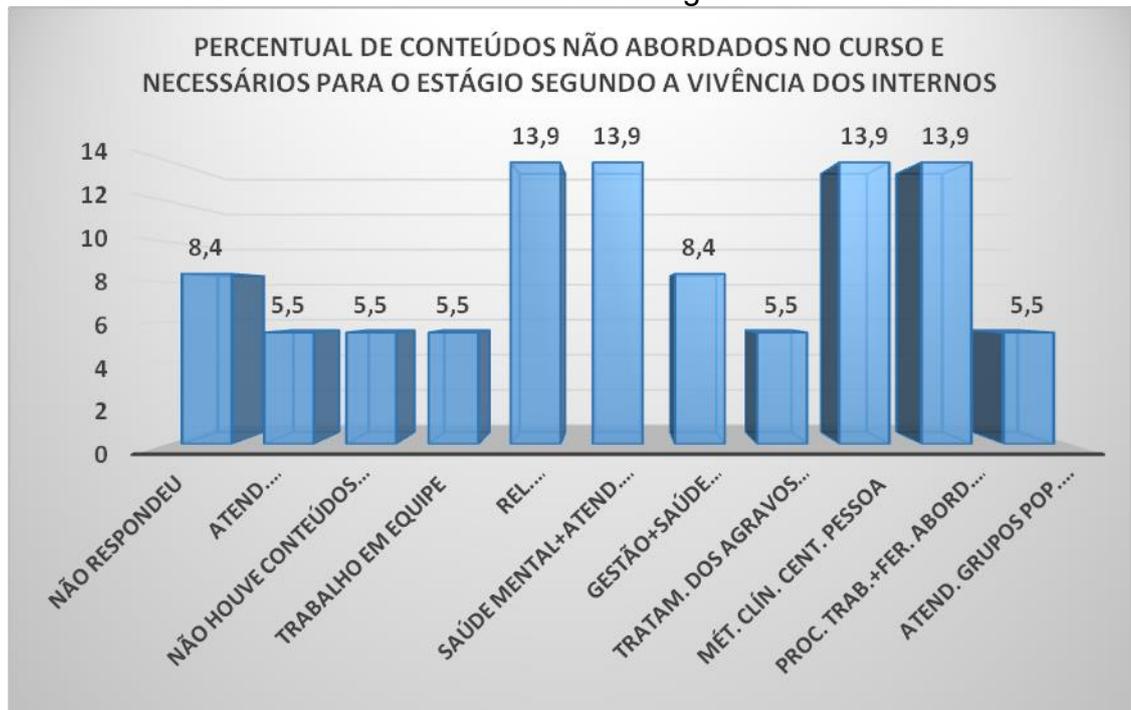
Gráfico 18 - Distribuição dos Internos segundo o local de maior exposição a cenários de práticas.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Continuando a avaliação buscou-se verificar se algum conteúdo que não foi abordado durante o curso foi necessário durante o estágio e nesse aspecto houve um equilíbrio nas respostas para quatro conteúdos que foram citados. Para 13,9 %, a clínica ampliada e método clínico centrado na pessoa, relação médico-paciente e habilidades de comunicação, atenção à saúde mental e grupos populacionais prioritários na APS e processo de trabalho e ferramentas de abordagem individual e coletiva. Para 5,5% não houve nenhum conteúdo que tenha dificultado o estágio porque toda a experiência esteve ancorada em temas que já haviam sido discutidos nas disciplinas, mas 8,4% dos Internos não responderam a essa questão (Gráfico 19).

Gráfico 19 - Distribuição percentual de conteúdos não abordados no curso e que foram necessários no estágio.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Buscou-se investigar se vivenciaram situações que exigia a combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes para sua resolução e, nessa questão, 13,8% dos Internos não respondeu deixando a dúvida se não compreenderam o significado da pergunta ou não perceberam nenhuma situação que necessitasse da combinação, como responderam 16,7% dos Internos (Gráfico 20). Dentre as situações que exigiram conhecimento, habilidades e atitudes, merecem destaque as morbidades mais comuns (19,4%), habilidades de comunicação principalmente para dar notícias ruins (13,8%) e atenção à saúde mental incluindo dependência química e cuidados paliativos (11,1%).

Essas situações citadas pelos Internos fornecem pistas para a inclusão desses temas nos planos de ensino das disciplinas e para a definição de estratégias de ensino-aprendizagem.

Gráfico 20 - Percentual de situações que exigiram conhecimento, habilidades e atitudes para sua resolução.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Nesses aspectos o que mais chama a atenção é a correlação entre as situações que exigiram conhecimentos, habilidades e atitudes para serem manejadas com os conteúdos que apontaram como não abordados durante todos os períodos do curso e os locais ou situações em que consideraram como de maior potencial de exposição a situações de aprendizagem. Essa correlação aponta para uma aproximação inicial com os saberes e práticas que o professor de medicina da UFAM precisa se apropriar para subsidiar a experiência dos Internos em realidades diversas das que são formados, ou seja, ambulatorios e hospitais na capital do estado onde os recursos para apoio ao diagnóstico e terapêutica são disponíveis.

De imediato há necessidade de se construir propostas de uma mudança paradigmática no currículo de formação desse futuro médico que verbalizou seu despreparo para lidar com situações de agravos à saúde mental, gestão do SUS, PNAB e atenção à saúde com enfoque da clínica ampliada e suas ferramentas de abordagem centrada na pessoa, família e comunidade. Mas como oferecer os conteúdos necessários com as estratégias pedagógicas adequadas sem que o professor seja qualificado para operacionalizá-las? Eis o desafio para a escola médica da UFAM.

Para realizar uma primeira aproximação sobre a percepção dos Internos em relação aos objetivos do estágio ao inseri-los em uma realidade social,

epidemiológica e de gestão em saúde, vinculando a formação crítica e reflexiva às demandas dessas realidades, foram investigadas as seguintes questões: que cenários consideraram mais relevantes para a aprendizagem (Gráfico 21) e quais as situações mais marcantes para a vida pessoal e profissional que vivenciaram? (Gráfico 22).

Esses Internos informaram que os cenários mais relevantes para a aprendizagem foram: atendimento às comunidades rurais incluindo as visitas domiciliares e atenção à saúde indígena (25%), atendimento à população ribeirinha nas UBS Fluviais (22%), atendimento na UBS incluindo as visitas domiciliares e atividades do NASF (16,7%), Consultório de Rua e atendimento na UBS incluindo visitas domiciliares e atenção à saúde indígena (16,7%) e os atendimentos à população ribeirinha e na UBS incluindo as visitas domiciliares (11,1%), (Gráfico 21).

Gráfico 21 - Distribuição dos Internos segundo o cenário de maior relevância para a aprendizagem.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

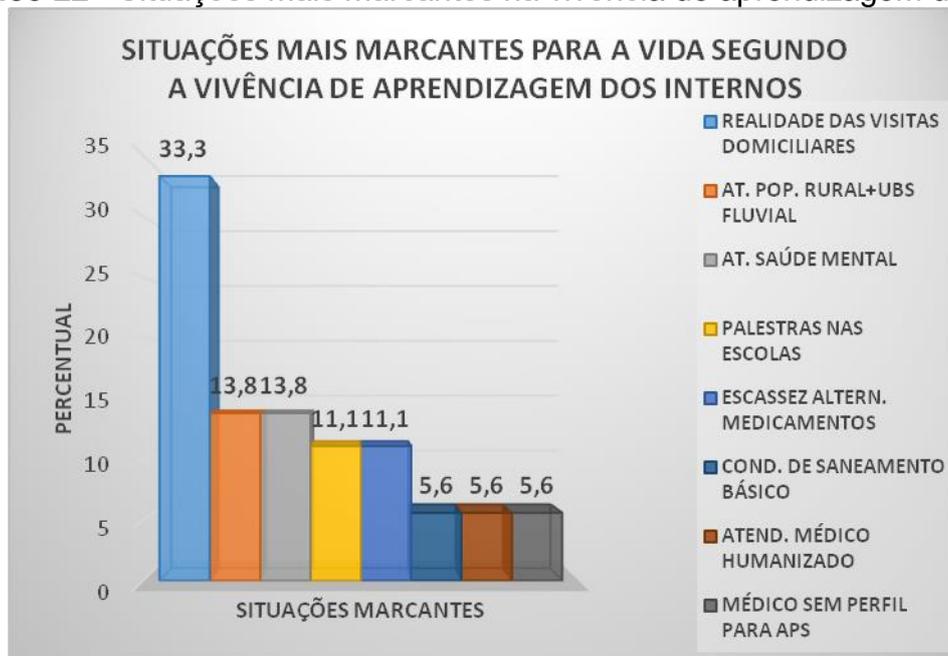
O que foi mais citado como relevante para a aprendizagem nos grupos de cenários de práticas foi a visita domiciliar, certamente porque durante estas o Interno teve a oportunidade de entrar em contato direto com a realidade da vida das pessoas. Essa oportunidade não se faz presente no decorrer do curso com disciplinas que são ministradas em horários restritos de discussão teórica e aulas

práticas geralmente em ambulatórios e hospitais de média e alta densidade tecnológica onde as pessoas se apresentam com algum sofrimento, agravo ou doença e os determinantes sociais não ocupam prioridade na análise situacional individual.

Quando se trata de situações mais impactantes para a vida do Interno (Gráfico 22), mais uma vez a visita domiciliar foi a mais citada (33,3%). Sair do ambiente protegido de um ambulatório de especialidades ou um hospital e pronto socorro na capital do Estado e de uma UBS na cidade ou nos municípios, coloca o Interno diretamente em contato com o desconhecido, considerando que além das aulas práticas, a maioria desses estudantes é proveniente de classes sociais e econômicas mais abastadas com condições de moradia, saneamento e acesso a bens e serviços essenciais.

O atendimento à população rural dos municípios foi outro choque de realidade para 13,8% dos estudantes. Na atenção à saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Consultórios de Rua (13,8%) os Internos também se depararam com situações que causou impacto e reflexão ao entrarem em contato. Durante os atendimentos em todos os cenários esses Internos tiveram a oportunidade de conhecerem o processo de trabalho das equipes de saúde, bem como suas dificuldades de acesso a alternativas de diagnóstico e tratamento e condições de trabalho, por isso 11,1% deles citaram essas dificuldades como situação impactante para suas vidas.

Finalmente destacam-se como situação impactante citada por 11,1% dos Internos, as palestras nas escolas, pois nessa atividade e utilizando metodologia ativa, tiveram a oportunidade de conhecer a realidade através da participação dos alunos do ensino fundamental e médio em perguntas diretas e escritas sem identificação ou em conversas individuais após o encerramento da atividade e por solicitação de quem precisava de mais esclarecimentos mantendo a privacidade do estudante.

Gráfico 22 - Situações mais marcantes na vivência de aprendizagem dos Internos

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Sobre a importância dos cenários da rede de Atenção Primária em Saúde que pode se constatar a partir da percepção do Interno ao citar os cenários e as situações que proporcionaram maior reflexão sobre a prática profissional e a consequente aprendizagem, o estudo de Campos e Forster (2008) obtiveram resultado semelhante ao concluíram que seus Internos de uma universidade pública, reconheceram a importância do estágio na Estratégia Saúde da Família para sua formação.

Os alunos valorizaram as práticas que não realizam comumente em nenhum outro estágio e que contribuem para uma compreensão mais abrangente da saúde na comunidade em que atuam, como discussão de casos voltada para a saúde mental e atuação em saúde mental na Atenção Primária, atuação em equipe multidisciplinar e assistência centrada na família (CAMPOS; FORSTER, 2008).

Para Silveira e Pinheiro (2017), o Internato Rural faz parte de um movimento de transformação da educação médica “considerando a emergência de um novo paradigma na saúde, que considera o homem inserido na sociedade”, e que não pode prescindir de mudanças no modelo assistencial para ampliação e maior ênfase na atenção primária em saúde. Assim o Internato Rural pode ser considerado com estratégia de rompimento

[...] com a perspectiva hospitalocêntrica da educação médica, deslocando o eixo do aprendizado para os cuidados primários, focalizando os agravos mais comuns da população, considerando prevenção e assistência, observando o ser humano integrado à sociedade (SILVEIRA; PINHEIRO, 2017).

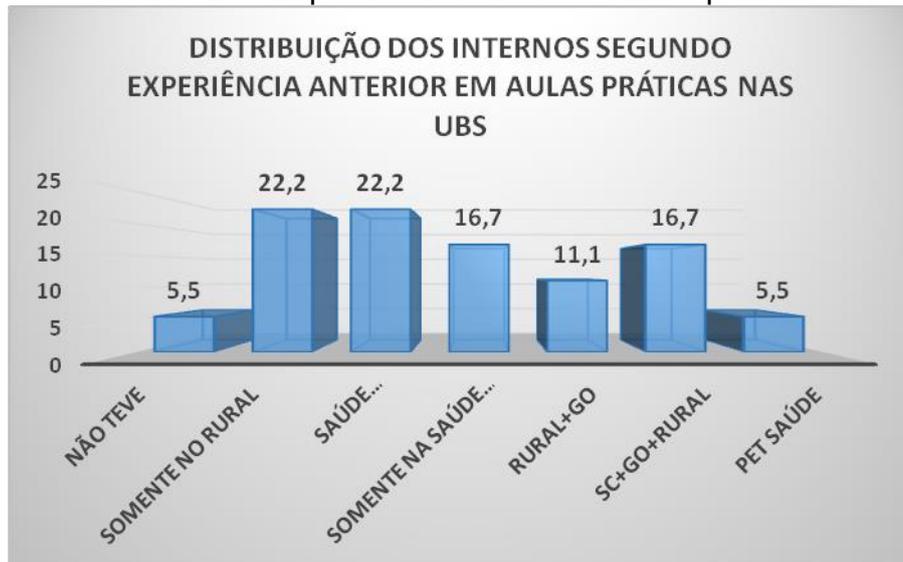
Durante a Oficina de Alinhamento Conceitual no início do módulo para cada uma das turmas, dentre outros temas discutidos está a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Destacam-se com veemência as diretrizes, o processo de trabalho e as atribuições comuns e específicas de cada profissional da Equipe de Saúde da Família, esperando que a discussão forneça subsídios para que o Interno seja capaz de se inserir sem dificuldades e refletir sobre o desenvolvimento das ações identificando os pontos positivos e as adversidades ou inconformidades. Considerando esse objetivo do módulo foi solicitado que o Interno avaliasse se a Atenção Básica (designação da Atenção Primária no Brasil) estava se desenvolvendo de acordo com as diretrizes e que justificasse (gráficos 23 e 24).

Para 22,2% dos Internos estava funcionando e com abordagem clínica centrada na pessoa e comunidade, mas 16,7% avaliaram que nos seus municípios a APS/Atenção Básica não funcionava de acordo com a PNAB. Destacaram o funcionamento de acordo com a PNAB e com atendimento à população com dificuldade de acesso (16,7%) e o funcionamento em conformidade, com atendimento integral e humanizado (13,9%). Uma observação importante foi a identificação de UBS com rotatividade do médico como ponto negativo à conformidade do funcionamento (5,5%), (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Funcionamento da APS nos municípios de atuação dos Internos.

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Com o objetivo de investigar se as aulas práticas de outras disciplinas ao longo dos oito períodos ou algum módulo do Internato tiveram alguma atividade na APS (Gráfico 24), foi perguntado aos estudantes se tiveram essa oportunidade e as respostas nos permitem inferir que, mesmo que somente 5,5% não tenham tido práticas em UBS, 22,2% foram para a UBS somente no Internato Rural, 22,2% na Saúde Coletiva e Internato Rural e 16,7% somente nas disciplinas Saúde Coletiva (II, III e IV) antes do Internato Rural. Destaca-se que 16,7% dos Internos desenvolveram atividades em UBS além da Saúde Coletiva e Internato Rural no Módulo de Ginecologia-Obstetrícia e 11,1% referiu que só esteve nesse cenário no Módulo de Ginecologia-Obstetrícia, além do Internato Rural. Diferente do campo da Saúde Coletiva, apenas as atividades relacionadas à Saúde da Mulher foram desenvolvidas na APS, o que já indica uma incipiente sensibilização de alguns professores para a inserção de atividades práticas nesse cenário que é a porta de entrada da rede de serviços de saúde e o que coordena o fluxo e referência para os outros níveis de densidade tecnológica de diagnóstico e tratamento. Outro destaque importante é o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde-PET Saúde que deu oportunidade de vivência na APS para 5,5% dos Internos (Gráfico 24).

Gráfico 24 - Experiência anterior em aulas práticas nas UBS

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Os gráficos 25 e 26 apresentam os resultados da investigação sobre a compreensão dos Internos a respeito da clínica ampliada e suas ferramentas de abordagem centrada na pessoa, enquanto mudança paradigmática nas práticas clínicas tanto na APS quanto nos outros níveis de atenção seguindo as DCN 2014 (BRASIL, 2014). No caso o PPC ainda vigente tem como referencial as DCN 2001, mas essa aproximação com a APS em módulo não pertencente ao campo da Saúde Coletiva representa uma transição para o novo currículo e suas estratégias de viabilização (BRASIL, 2001).

Os conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso do curso desdobram-se em três áreas de formação, sendo uma delas a de Atenção à Saúde. Essa área apresenta em linhas gerais os requisitos para sua concretização considerando “a diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social” e, a clínica ampliada, por ser uma abordagem não utilizada rotineiramente nas práticas das disciplinas, constitui-se em condição para a mudança no modelo assistencial. E um desses requisitos é o

[...] cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado [...] (BRASIL, 2014).

Durante a Oficina de Alinhamento Conceitual é discutido exaustivamente através de simulações de situações concretas, as ferramentas da abordagem clínica ampliada. Então considera-se que o Interno, se não teve a capacitação em outras disciplinas ou módulos, no Internato Rural teria essa oportunidade, se no processo de trabalho da equipe da UBS de estágio essas ferramentas forem utilizadas.

Perguntados sobre a utilização das ferramentas da abordagem clínica ampliada, a maioria (50%) respondeu que sim e para 44% dos Internos, foi utilizada em parte em alguma disciplina ou módulo (Gráfico 25).

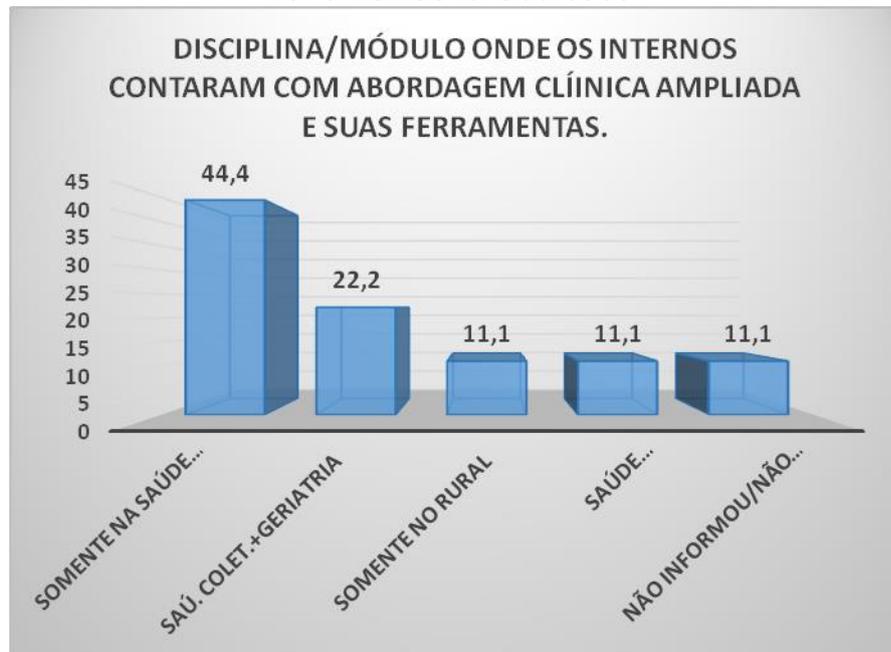
Gráfico 25 - Percentual de Internos que tiveram práticas de abordagem clínica ampliada



Fonte: Base de dados da pesquisa.

E as disciplinas/módulos onde tiveram a oportunidade de conhecer foram: Saúde Coletiva, Saúde Coletiva e Geriatria, somente no Internato Rural e para 11,1% não informaram e não houve disciplina/módulo. Interessante que a abordagem parece ser somente do campo da Saúde Coletiva, mas a constatação de que foi usada em Geriatria e Pediatria aponta para a transição de práticas que reconhecem sua importância (Gráfico 26).

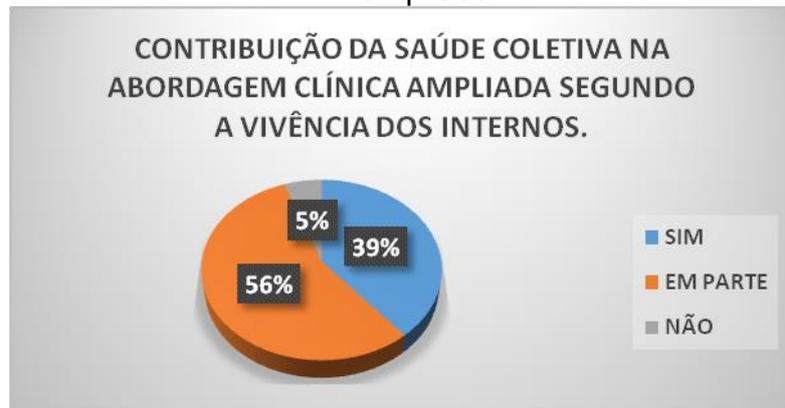
Gráfico 26 - Disciplina ou módulo onde a abordagem clínica ampliada e suas ferramentas foi abordada



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Continuando, buscou-se investigar a contribuição das disciplinas de Saúde Coletiva na capacitação em clínica ampliada identificando os aspectos em que contribuiu ou não (gráficos 27 e 28). O resultado permite avaliar indiretamente que, para 39% dos Internos houve contribuição das quatro disciplinas, mas a maioria (56%) considerou que a abordagem aconteceu em parte, um resultado que merece ser discutido pelos professores das disciplinas, uma vez que as mesmas são as responsáveis em subsidiar a transição para a mudança de paradigmas do ensino médico na UFAM para que os egressos sejam formados com a capacidade resolutiva esperada para atender com qualidade e efetividade as demandas de saúde da população (Gráfico 27).

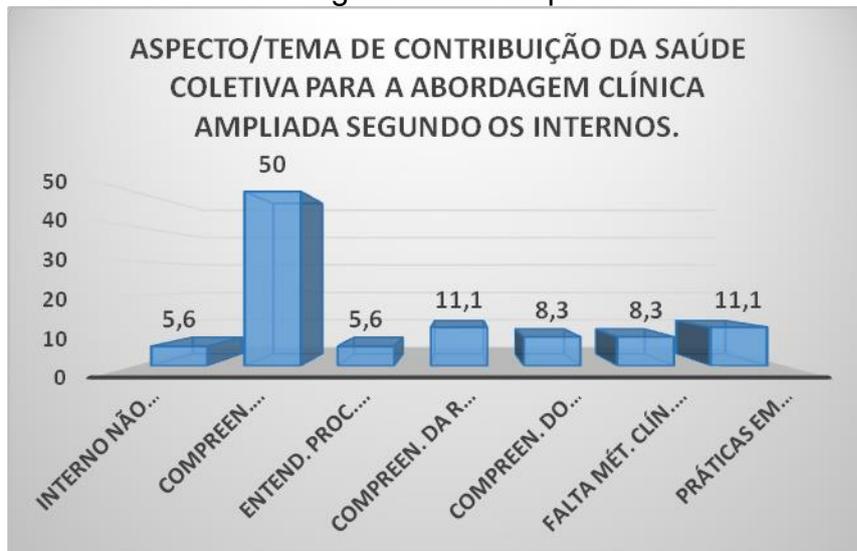
Gráfico 27 - Contribuição das disciplinas Saúde Coletiva na abordagem clínica ampliada



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Identificando os aspectos de maior contribuição das disciplinas do campo da Saúde Coletiva 5,5% dos Internos apontaram que não aproveitaram as oportunidades oferecidas pelas disciplinas, mas para 50% a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e adoecimento, mais presentes nas visitas domiciliares foi o aspecto de maior contribuição. Para 11,1% faltaram mais práticas de Saúde Coletiva nas UBS para a compreensão da abordagem clínica ampliada e 8,3% reclamaram da falta de método clínico centrado na pessoa em outras disciplinas, percepção que indica uma incipiente sensibilização dos estudantes sobre a importância da abordagem/método para o cuidado de qualidade e resolutivo. Merece destaque o fato de 11,1% dos Internos relatarem que a contribuição foi a oportunidade de compreender a realidade social e refletir sobre o adoecimento olhando para além da doença e correlacionando-a ao meio ambiente (gráfico 28).

Gráfico 28 - Aspectos onde as disciplinas Saúde Coletiva contribuíram para a abordagem clínica ampliada.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Finalizando a busca da percepção dos Internos sobre sua formação e a de seus professores, eles poderiam dar sugestões para adequações e mudanças em conteúdos e práticas do curso para alcançar a formação definida nas DCN. Dentre as várias contribuições transcrevemos as que mais chamam à reflexão.

Analisando as sugestões foi possível agrupá-las em quatro grupos:

1. Sugestões para todas as disciplinas:

Interno 3: Maior prática em campo dentro da graduação ao invés de aulas restritivamente teóricas ou visitas que parecem meros passeios.

Interno 4: Maior contato com a prática médica em UBS Urbana de Manaus.

Interno 8: Aumentar consideravelmente o número de horas de atuação prática e reduzir a carga horária de aulas, podendo o aluno dedicar os estudos focando nas vivências práticas, ou seja, um modelo misto entre PBL e o ensino tradicional.

2. Sugestões para as quatro disciplinas do campo da Saúde Coletiva:

Interno 2: A Atenção Básica é linda. Mas isso eu infelizmente só pude sentir no estágio de medicina preventiva. Na minha opinião, as aulas teóricas da disciplina de Saúde Coletiva deveriam ser mais dinâmicas e as aulas práticas poderiam incluir atendimento em UBS' com o objetivo de despertar o interesse no aluno.

Interno 15: Acredito que a Saúde Coletiva, além de abordar a parte burocrática da atenção básica, deveria integrar noções de manejo de pacientes, abordagem das doenças mais frequentemente observadas e principalmente do uso adequado das medicações para o adequado tratamento dessas.

Interno 17: Condensar as 4 disciplinas de Saúde Coletiva em talvez 2. Contratar médicos preceptores, que possuam treinamento para receber internos. Melhor organização do módulo de Medicina Preventiva, com previa apresentação de plano de ensino, bem como um cronograma a ser seguido.

3. Sugestões para o Módulo de Medicina Preventiva e Social/Internato Rural:

Interno 5: Maior organização do internato rural, para que os alunos possam focar apenas na vivência e aprendizado.

Interno 6: Ter um cronograma pré-estabelecido das práticas do internato com orientações progressivas sobre o que vamos vivenciar e como desenvolver o olhar médico na atenção básica.

Internos 12, 13 e 14: Realização, sob supervisão qualificada, de projetos de intervenção nos diversos cenários de prática, seja em Manaus e principalmente no interior.

Interno 16: Sugiro a organização do internato na UFAM como prerrogativa para desenvolver as atividades. Presença de preceptoria local quando vamos para o interior e sistematização das atividades para que no interior o aluno não fique ocioso. Que inclua UBS Fluvial e que haja capacitação antes de irmos de processos da UBS (promoção de saúde, condução de casos mais recorrentes) como os cursos do UNASUS que nos oferecem visão de algumas partes importantes desse contexto.

4. Sugestões de inclusão de temas no currículo:

Interno 9: Mais aulas de comunicação de más notícias e maior tempo na UBS.

Interno 18: Acredito que melhorar as Preceptorias da UFAM, colocar professores e coordenadores mais interessados e organizados, incluir a matéria de Nutrição no currículo.

A partir das sugestões dos Internos que cursaram o Internato Rural, podem-se consolidar as adequações e mudanças necessárias no modelo pedagógico do curso para diminuir a distância entre o que a escola oferece na formação e as demandas dos serviços e comunidade quando esses se deparam com uma realidade que exige cuidados e intervenções para situações concretas, visto que as atividades são desenvolvidas inseridas no processo de trabalho das equipes de saúde. Além do que não se deve esquecer que na futura atuação profissional o egresso poderá estar nessa rede de atenção. Sobre esse aspecto Silveira e Pinheiro (2017) apresentam a seguinte conclusão:

As questões centrais da origem desse distanciamento se encontram no paradigma biomédico (biomedicina) da prática e na formação médica, sendo bastante amplificado pela perspectiva mercantilista da profissão com ênfase nas especialidades, muito intensa e enraizada atualmente na sociedade, e que está atrelada à atuação de indústrias farmacêuticas e de equipamentos no campo da medicina. O movimento de transformação da formação médica tem como objetivo preparar um médico crítico e reflexivo, que conheça o sistema de saúde em que vai atuar e que tenha compromisso social e atitude baseados no respeito, na ética e nas necessidades da população (SILVEIRA; PINHEIRO, 2017).

As sugestões para as disciplinas em geral, para as do campo da Saúde Coletiva e as específicas para o Internato Rural são enfáticas em exigir reflexão da escola médica da UFAM sobre a necessidade de mais práticas na rede de serviços de APS e maior capacitação em método clínico centrado na pessoa, família e comunidade com a inserção desse tema em outras disciplinas e não somente nas de Saúde Coletiva e no Internato Rural. Exigem preceptoria, organização e capacitação para enfrentarem a realidade do interior e das áreas distantes do centro da cidade de Manaus.

Sugerem a inserção de habilidades de comunicação como um tema transversal nas disciplinas justificando a necessidade de aprenderem a comunicar más notícias. O pedido de inclusão do tema/disciplina Nutrição parece ser uma necessidade da realidade dos serviços onde nem sempre há um profissional da nutrição para orientar um dos principais objetivos da Promoção da Saúde, a alimentação saudável.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como hipertensão arterial, diabetes e obesidade são muito prevalentes no perfil epidemiológico do Amazonas, do Brasil e do mundo e os eventos agudos decorrentes do manejo e cuidados inadequados das mesmas são a maior causa de internações em Unidades de Tratamento Intensivo e de mortes. Portanto é importante a orientação para alimentação direcionada a essas doenças e ainda atender ao pré-requisito de ser economicamente acessível à população de baixa renda e disponível para aquisição.

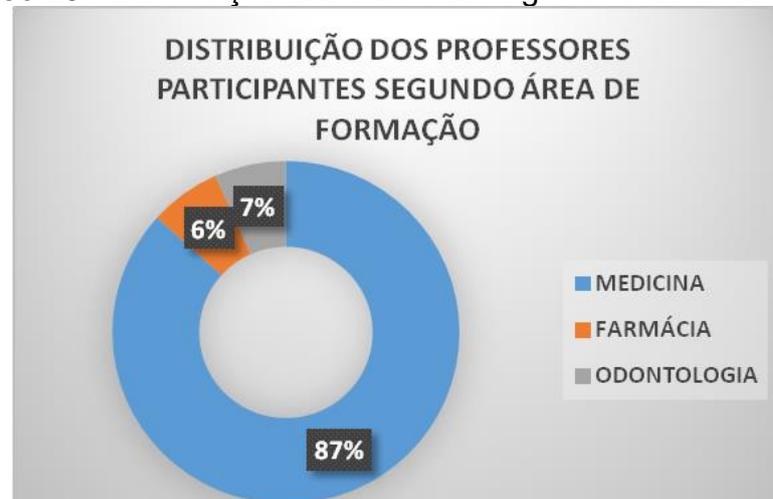
Sobre as reflexões dos Internos a partir de suas percepções após a realização do estágio em áreas afastadas do capital do Estado, mais uma vez o estudo de Silveira e Pinheiro (2017) constata os achados ao avaliar o Internato Rural como uma experiência que pode mudar a maneira de ser médico, mesmo que o modelo pedagógico ainda não tenha se adaptado à essa realidade da demanda.

A ação no contexto do internato rural na Amazônia pode levar o estudante a reflexões importantes e oportunas sobre o mundo, sua profissão e sua atitude frente aos dois, principalmente ao se relacionar com os pacientes que atende. Trata-se de um momento em que a experiência de vivenciar uma nova realidade e o contato com pessoas que pensam de maneira diferente podem mobilizar valores internos capazes de afetar sua atuação no mundo, e, por conseguinte, influenciar de alguma maneira sua forma de praticar a medicina (SILVEIRA; PINHEIRO, 2017).

5.3.2 O perfil e a percepção dos Professores

Os professores que se voluntariaram para responder o questionário *on-line* representam 9,93% do quadro efetivo do curso e são em sua maioria médicos (86,7%), mas constata-se a presença de Farmacêutico e Odontólogo, fato que demonstra a participação de outros profissionais na formação (Gráfico 29).

Gráfico 29 - Distribuição dos docentes segundo área de formação



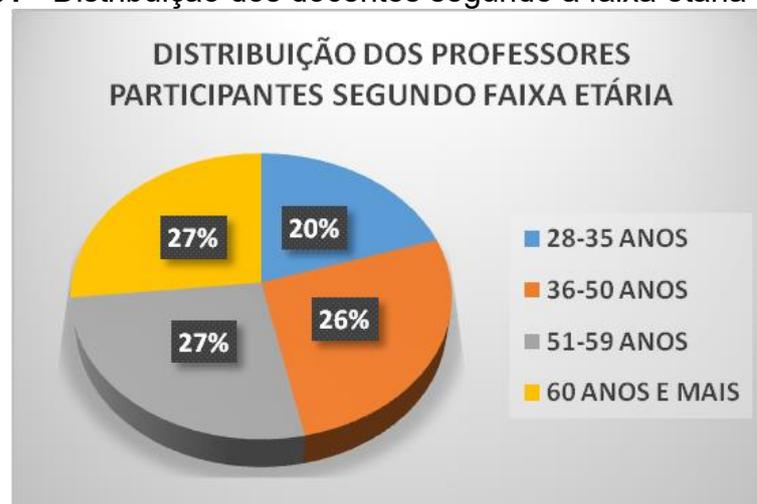
Fonte: Base de dados da pesquisa.

No gráfico 30, pode-se constatar que as mulheres representam 60% dos professores respondentes, percentual próximo ao encontrado na faculdade que, segundo o Relatório de Docentes por Curso representam 51,6% do total de docentes em atividade na unidade acadêmica.

Gráfico 30 - Distribuição dos docentes segundo gênero

Fonte: Base de dados da pesquisa.

A faixa etária mais prevalente entre os respondentes foi de 51-69 anos (46,7%), sendo significativa o percentual de jovens entre 28-48 anos (20%), demonstrando um equilíbrio entre jovens e maiores de 50 e 60 anos, situação que permite a interação entre gerações de médicos no curso (Gráfico 31).

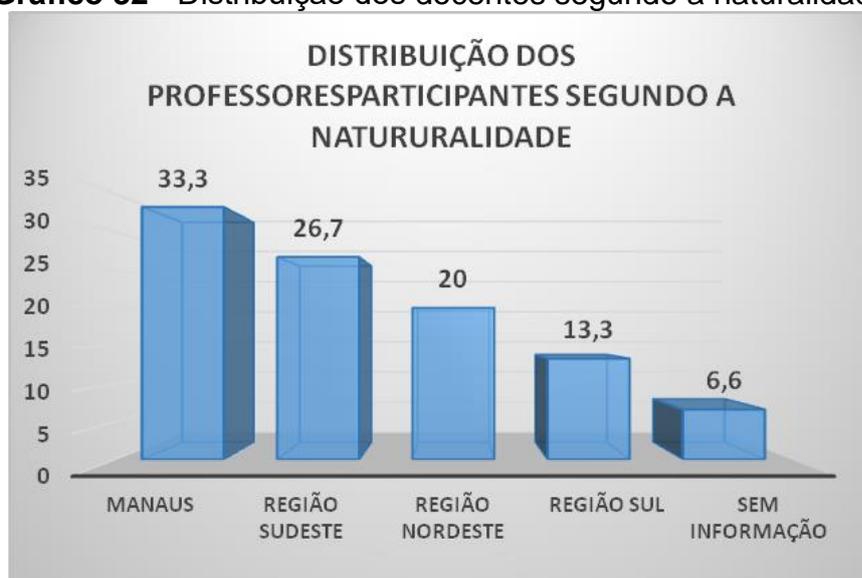
Gráfico 31 - Distribuição dos docentes segundo a faixa etária

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Quanto à naturalidade predominou a amazonense com 33,3% dos professores, seguida pelos naturais do Sudeste com 26,6%, destacando-se o Estado do Rio de Janeiro com 20%, percentual também correspondente aos naturais da região nordeste, (Gráfico 32). Essa informação demonstra a grande contribuição de

professores das regiões nordeste e sudeste e, deveria merecer uma pesquisa mais específica nas fichas funcionais individuais junto ao setor de Gestão de Pessoas da universidade ou em cadastro da própria faculdade, na busca de informações sobre a escola onde esses professores se graduaram ou se pós graduaram e com isso verificar se realizaram esses cursos na UFAM, que desde a sua criação recebe estudantes de diferentes regiões do país (Gráfico 32).

Gráfico 32 - Distribuição dos docentes segundo a naturalidade



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Os respondentes que possuem doutorado representam 53,3% e com mestrado 26,6% (Gráfico 33), percentuais semelhantes ao que consta no Relatório de Docentes por Curso (maio, 2020), onde a Faculdade de Medicina da UFAM possui 40,4% de professores com doutorado, 29,1% com Mestrado, 29,1% com Especialização e 1,3% sem pós-graduação.

Gráfico 33 - Distribuição dos docentes segundo a titulação

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Quanto ao tempo de graduação apenas 20% concluiu o curso entre 1973 e 1980, 40% concluíram entre 1981 e 1999 e os outros 40% são graduados entre 2000 e 2015. Nesse estudo o corpo docente graduou-se em medicina entre 5-20 anos, podendo ser considerado jovem, em equilíbrio com os mais experientes, graduados entre 21-39 anos, guardando relação com a faixa etária (Gráfico 34).

Gráfico 34 - Distribuição dos docentes segundo o ano de graduação

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Sendo os professores desse estudo composta por uma grande maioria de médicos, apenas 20% referiram ser do regime de trabalho de 40 horas semanais

com dedicação exclusiva, 40% sem dedicação exclusiva e 40% em regime de trabalho parcial de 20 horas (Gráfico 35).

Esse percentual de professores dedicados exclusivamente à docência foi encontrado nos resultados da avaliação do Projeto da CINAEM em 1997, e a realização de atividades fora da escola pode ser atribuída provavelmente aos baixos salários pagos aos professores.

Gráfico 35 - Distribuição dos docentes segundo o regime de trabalho



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Pesquisou-se que tipos de vínculos empregatícios possuíam os professores que não eram dedicação exclusiva e a maioria respondeu que possuía apenas mais um vínculo público e o consultório particular (26,6%), seguido dos que possuem mais um vínculo público, um privado e o consultório particular correspondente a 20% em cada modalidade (Gráfico 36).

Gráfico 36 – Percentual de docentes segundo os vínculos empregatícios além da UFAM.

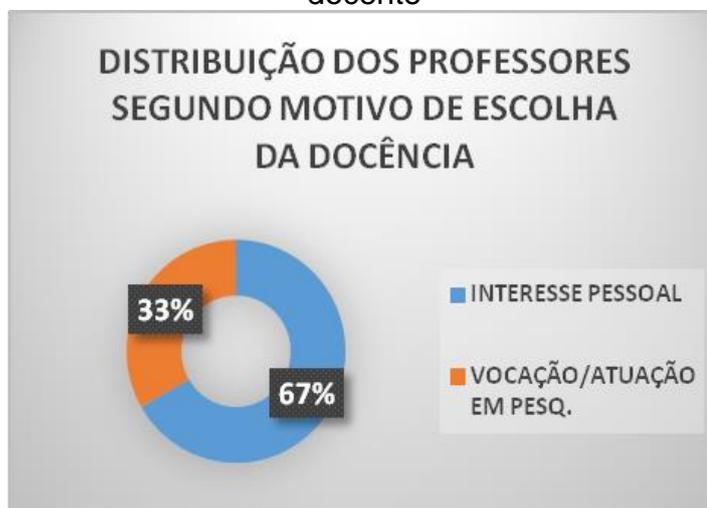


Fonte: Base de dados da pesquisa.

Passando para a percepção do professor sobre sua atividade profissional docente temos os resultados a seguir apresentados.

O motivo da escolha da carreira docente (Gráfico 37) para a maioria dos professores desse estudo foi por decisão pessoal motivada por desejo, opção/propósito de vida e vocação/gosto pela docência (66,6%) ou pela oportunidade de atuação em ensino e pesquisa (20%).

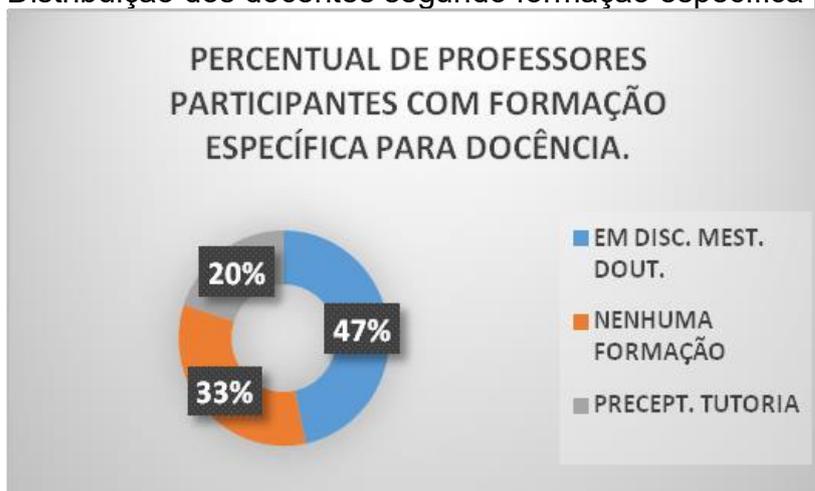
Gráfico 37 - Percentual de docentes segundo o motivo da escolha da carreira docente



Fonte: Base de dados da pesquisa.

A formação específica em docência apenas 20% relatou ter realizado (curso de Preceptoria de Residência Médica e Tutoria em Educação), sendo que 33,3% não realizaram nenhuma formação e 46,6% cursaram disciplinas da área de educação durante a realização de seus mestrados e doutorados (Gráfico 38).

Gráfico 38 - Distribuição dos docentes segundo formação específica para docência



Fonte: base de dados da pesquisa.

Na questão da capacitação para a docência os professores consideraram suficiente o que discutiram em disciplinas do mestrado e doutorado, exceto para uma minoria que buscou cursos de tutoria e formação de preceptores.

O desafio dos professores está em compreender que a construção da docência envolve simultaneamente os conhecimentos pedagógicos e os conhecimentos da área específica. Entretanto, eles se voltam prioritariamente para os conhecimentos específicos de sua área, tendo por meta, possibilitar, aos estudantes, formação inicial, uma sólida apreensão do domínio específico (BOLZAN; ISAIA; MACIEL, 2013).

Pesquisa de Costa (2010), investigando a percepção de professores de medicina de uma universidade pública revelou que a docência é uma atividade secundária à profissão médica e aponta para a necessidade de mudanças na prática docente em saúde estimulando a discussão sobre a formação do professor reflexivo, assim como deve ser o egresso que as escolas devem formar de acordo com as DCN. Para o aprimoramento da docência médica a autora sugere:

[...] planejar a formação pedagógica que integre experiências e vivências docentes com a discussão e debates de princípios teóricos da educação, oferecendo aos professores uma luz e que os ajude a analisar criticamente sua ação e experiências docentes e para que eles consigam encontrar novos e melhores caminhos para seu trabalho (COSTA, 2010).

Em pesquisa realizada por Ferreira e Souza (2016), em duas escolas médicas de Porto Velho (RO) foram encontrados resultados semelhantes em relação à formação específica para a docência. Esses professores, mesmo sem formação específica deixaram transparecer que conseguiam “passar” os conhecimentos médicos, demonstrando “uma visão de ensino como processo de transmissão e assimilação de conteúdos”.

Observamos, ainda, que os saberes docentes são construídos com as vivências de cada professor e não necessariamente por meio de cursos específicos. Além disso, notamos uma satisfação deles com o conhecimento e a experiência adquiridos durante os anos de docência (FERREIRA; SOUZA, 2016).

Para 86,6% dos professores a UFAM é a única instituição de ensino superior com a qual possui vínculo (Gráfico 39), mesmo que não sendo do regime de tempo integral com dedicação exclusiva e tenham outros vínculos empregatícios, o trabalho docente é desenvolvido em uma só escola médica.

Gráfico 39 - Distribuição dos docentes segundo a existência de vínculo empregatício com outra escola médica



Fonte: base de dados da pesquisa

Quanto ao ano de ingresso na UFAM como docente, percebe-se um equilíbrio com destaque para os 12% de Decanos (ingresso entre 1974-1989), mas a maioria ingressou a partir de 2001 a 2010 (35%) e 2011 a 2019 (29%), configurando um quadro docente jovem, (Gráfico 40). Esse resultado guarda relação com a faixa etária e o tempo de graduação dos professores desse estudo.

Gráfico 40 - Distribuição dos docentes segundo o ano de ingresso na UFAM



Fonte: base de dados da pesquisa

Considerando que a maioria dos docentes do estudo não trabalha exclusivamente nessa área, pois possuem outros vínculos empregatícios, a atividade docente segundo 87,6% é a que mais exige tempo de dedicação para ser desenvolvida (Gráfico 41).

Gráfico 41 - Percentual de professores segundo a exigência de tempo de dedicação para as atividades docentes



Fonte: base de dados da pesquisa

Foi solicitado ao professor que informasse se leu as DCN completamente, pelo menos vez, visto que o critério para responder se conhecia era essa leitura e, 73,3% desses responderam que sim, (Gráfico 42). Essa pergunta objetivava investigar o conhecimento das DCN, considerando que apenas uma leitura completa não garante o conhecimento de detalhes de ações e atividades determinadas para o curso.

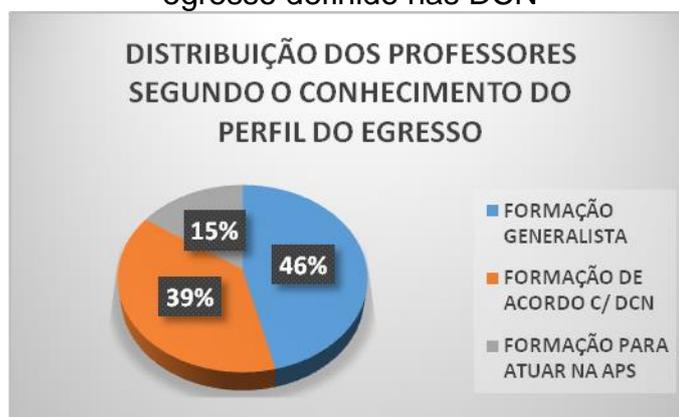
Gráfico 42 - Distribuição dos professores segundo o conhecimento da DCN



Fonte: Base de dados da pesquisa

Já quando era necessário citar pelo menos 3 características exigidas nas DCN para a formação do médico, a capacitação para atendimento humanizado como generalista na Atenção Básica e em outros níveis de complexidade no SUS foi citado por 46%, seguido da formação de acordo com as DCN para 39% e formação para atendimento na APS com empatia e visão holística para 15% dos professores. As respostas sobre o perfil do egresso determinado pelas DCN se não forem compreendidas e viabilizadas ao menos foram memorizadas pelos professores (Gráfico 43).

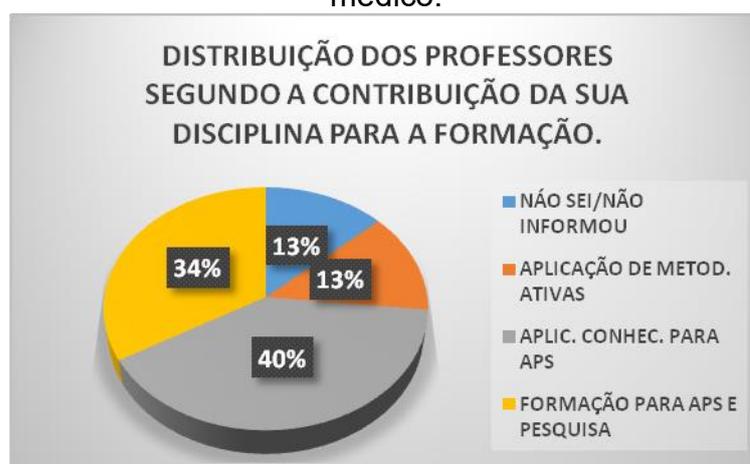
Gráfico 43 - Distribuição dos professores segundo conhecimento do perfil do egresso definido nas DCN



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Indagados sobre a contribuição de suas qualificações na formação médica de acordo com as DCN, a maioria (40%) respondeu que favoreceria a aplicação de modelo assistencial humanizado voltado para conhecimentos necessários para atuação na Atenção Básica e para 33,3% a contribuição seria a inserção de práticas na Atenção Básica com atuação em Equipes de Saúde e que estimule a pesquisa (Gráfico 44).

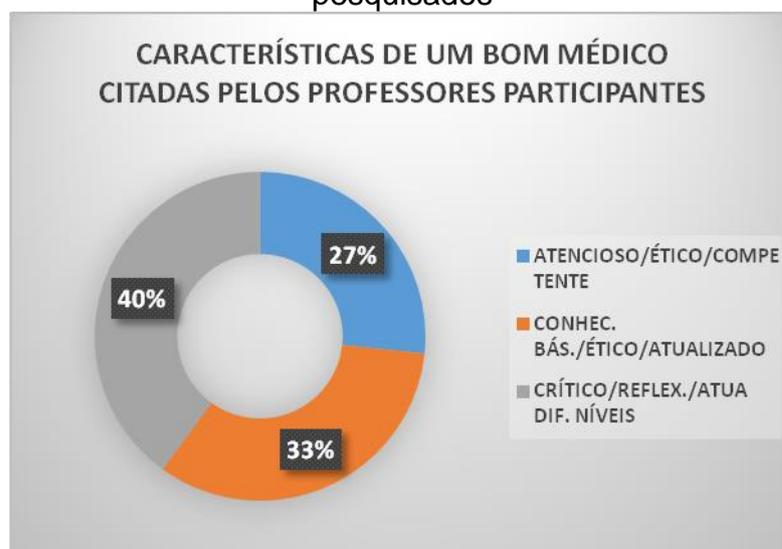
Gráfico 44 – Contribuição da qualificação dos professores para a formação do médico.



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Quando se solicitou que o professor citasse as características de um bom médico de acordo com sua experiência/vivência (Gráfico 45), as respostas foram as seguintes: a) atencioso, ético, competente, humilde e capacitado para atuar com empatia e em equipe (26,6%); b) conhecimento atualizado de clínicas básicas, ter responsabilidade social, empatia e compaixão (33,3%); e c) profissional crítico e reflexivo, tecnicamente competente, ético e capaz de atuar em diferentes níveis de atenção (40%). Mais uma vez as respostas permitem inferir que o perfil do egresso inscrito nas DCN está pelo menos na memória dos professores. Eles demonstram ter uma visão sobre o ser um bom médico.

Gráfico 45 - Características de um bom médico segundo a visão dos professores pesquisados



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Os professores que responderam voluntariamente ao questionário da pesquisa para que os resultados fossem inseridos na avaliação dos 30 anos do Internato Rural, podem ser divididos em 2 grupos: os que ministram aulas em disciplinas do primeiro ao oitavo períodos e que representam 60% do total e os que possuem disciplinas tanto do 1º ao 8º quanto no Internato (Estágio Curricular Obrigatório) e que correspondem a 40% (Gráfico 46). O segundo grupo, de participação longitudinal no curso, é o que tem a oportunidade de avaliar o processo de ensino/aprendizagem em situações de aulas teóricas e práticas quando o estudante recebe as primeiras informações e conhecimentos para reflexão e assimilação (1º ao 8º período) e durante o estágio onde esse Interno desenvolve

atividades práticas que exigem os subsídios das disciplinas cursadas nos primeiros oito períodos.

Gráfico 46 - Distribuição dos professores segundo a inserção de sua (s) disciplina (s) nos períodos do curso



Fonte: Base de dados da pesquisa.

No quadro 2 são apresentados os resultados em relação às seguintes variáveis: remuneração, ambiente de trabalho e disponibilidade de ambiência e tecnologia para o desenvolvimento das atividades docentes. A maioria dos professores considera a remuneração pela sua atividade docente insatisfatória (73,3%), além de se sentirem pouco satisfeitos com o ambiente de trabalho (53,3%). A disponibilidade de ambiência e recursos tecnológicos para as atividades nas aulas teóricas e práticas foi reconhecida como insuficiente para 73,3% dos professores, pois informaram que apenas para algumas atividades podem contar com esses recursos de apoio.

Quadro 2 - Distribuição dos professores segundo a variável satisfação: com a remuneração, ambiente de trabalho, disponibilidade de ambiência e tecnologia

VARIÁVEL	PERCENTUAL
REMUNERAÇÃO	%
COMPLETAMENTE SATISFEITO	6,7
RAZOALVELMENTE SATISFEITO	20
INSATISFEITO	73,3
AMBIENTE DE TRABALHO	%
INSATISFEITO	6,7
POUCO SATISFEITO	53,3
SATISFEITO	33,3
MUITO SATISFEITO	6,7
DISPONIBILIDADE AMBIÊNCIA/TECNOLOGIA	%
NÃO DISPONÍVEIS	20
DISPONÍVEIS PARA ALGUMAS ATIVIDADES	73,3
DISPON. PARA TODAS ATIV.	6,7

Fonte: Base de dados da pesquisa.

A avaliação de cada um sobre a motivação pessoal para as atividades docentes aponta para uma reflexão necessária, visto que os motivados corresponderam a 46,6% e os que se consideraram um pouco desmotivados também representaram 46,6%. A indagação para ser respondida através de estudos específicos é a constatação de que 7% dos professores se sentem completamente motivados para o exercício da docência na faculdade de medicina, (Gráfico 47). Os fatores que levam a essa percepção entre os professores deve ser objeto de estudos específicos correlacionando esses dados com a satisfação com a remuneração, ambiente de trabalho e desenvolvimento docente ofertado pela instituição, dentre outros.

Gráfico 47 - Distribuição dos professores segundo seu grau de satisfação com a docência



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Sobre o desenvolvimento docente na instituição, a maioria relatou que a UFAM oferece oportunidades esporadicamente (67%), mas para 6% informaram não tiveram nenhuma oferta. De qualquer modo, um percentual significativo (20%) informou que teve acesso a ofertas anuais de capacitação, o que pode significar que alguns professores parecem estar mais atentos às oportunidades divulgadas pela universidade por diversas unidades e por diferentes meios, (Gráfico 48).

Gráfico 48 - Distribuição dos professores segundo a oferta de capacitação nos últimos 3 anos



Fonte: Base de dados da pesquisa.

As consequências da remuneração docente geralmente insatisfatória foi um aspecto que Sousa (2003) considerou em sua análise crítica e que se constitui em um contraponto a permitir reflexão.

A baixa remuneração faz com que a docência seja vista com desinteresse e considerada como fonte complementar ao exercício profissional propriamente dito. Aliado a isto se acrescente que não há incentivo à capacitação profissional e à carreira docente, tudo contribuindo para a baixa qualificação técnica e principalmente pedagógica, falta de motivação e desinteresse no aperfeiçoamento do ensino (SOUSA, 2003).

Na terceira sessão temática o professor deveria fazer a avaliação do processo ensino/aprendizagem iniciando pelo conhecimento do percentual de práticas em cada cenário de acordo com as DCN. Para 73,3% dos respondentes o percentual de cada cenário era conhecido e eles usavam diferentes cenários, mas apenas 33,3% citarem Unidade Básica de Saúde e Rede Hospitalar e Ambulatorial com percentuais diferentes dos recomendados nas DCN (33,3%). Para outros 6,6% as práticas devem ser desenvolvidas apenas na Rede Ambulatorial e Hospitalar, (Gráfico 49).

Nesse aspecto ainda se percebe um percentual significativo de professores (27%) que não usa cenários diferentes por ministrarem apenas disciplinas teóricas no curso, mas já se vislumbra uma mudança de percepção quando mais de um quarto de professores já reconhece a UBS como um cenário de prática e o insere com a rede hospitalar e ambulatorial em suas disciplinas.

Gráfico 49 – Distribuição dos professores segundo a utilização de cenários de práticas



Fonte: Base de dados da pesquisa.

O destaque na distribuição percentual em cada cenário de prática sugerido pelos professores desse estudo é a manutenção da distribuição de 60% nos serviços de média e alta complexidade tecnológica e apenas 40% na rede de serviços da APS para 46,6% dos respondentes. Mesmo vislumbrando-se uma mudança de cenário de aprendizagem com a inserção da APS, ainda se mantém o foco hospitalocêntrico com base nas especialidades médicas, (Gráfico 50).

Gráfico 50 - Percentual de atividade nos cenários de práticas sugeridos pelos professores



Fonte: Base de dados da pesquisa.

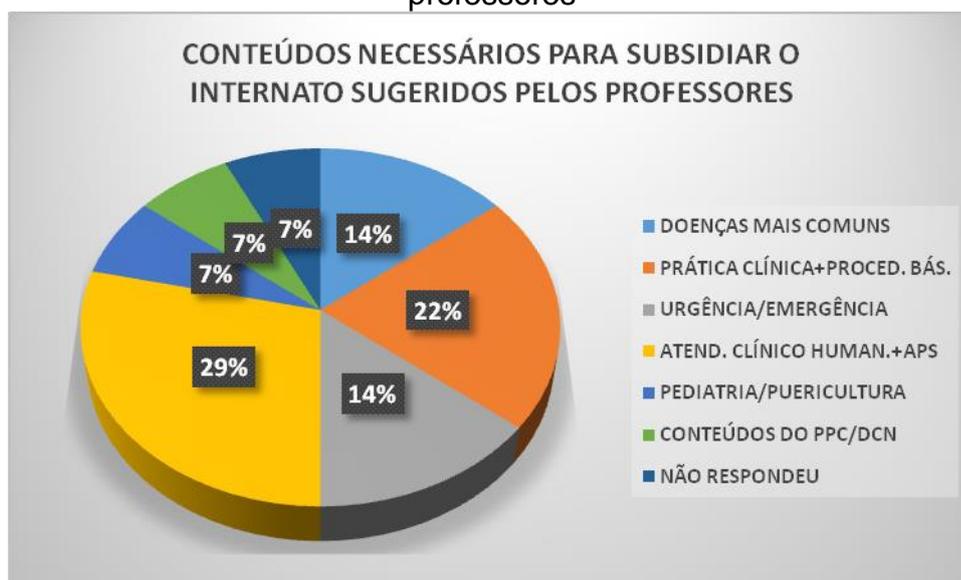
Com as respostas a essas questões é possível vislumbrar um cenário favorável para a construção de experiências e a reforma curricular que estava sendo discutida em 2019 na Faculdade de Medicina, mas que em 2020 não foi mais retomada por conta da emergência internacional de Saúde Pública representada pela pandemia de COVID-19, situação que obrigou a construção de estratégias para atividades remotas com a utilização de tecnologia de comunicação, uma área onde a maioria dos professores não possuía capacitação.

Os professores demonstram estarem sensíveis à necessidade de mudança do modelo tradicional de formação do médico mudando o paradigma biomédico centrado no hospital e na doença para outro orientado pela saúde considerando seus determinantes sociais e níveis de atenção, obedecendo ao princípio da integralidade, com currículos flexíveis e a utilização de múltiplos cenários de prática e tecnologias de aprendizagem. Mas ainda é marcante a concentração em especialidades desenvolvidas em ambientes hospitalares e ambulatoriais.

O fato de os professores citarem a rede de APS como cenário de práticas desvela o reconhecimento de sua importância na formação médica e a consolidação dessa inserção depende da compreensão dos aspectos conceituais e as ferramentas usadas no processo de trabalho que podem resolver entre 70-80% dos problemas de saúde da população que usa essa porta de entrada para o sistema de saúde. A aproximação da formação com os serviços e a realidade de saúde da população é a estratégia para se alcançar o perfil profissional determinado nas DCN.

Foi solicitado aos professores que apresentassem os conteúdos mínimos a serem abordados no curso para subsidiar o estágio curricular desenvolvido na rede de serviços do SUS e a diversidade de respostas necessitou de agrupamento por similaridade (Gráfico 51). As repostas deixam clara a tendência dos professores a citarem conteúdos de suas especialidades médicas. Destacam-se os seguintes grupos de conteúdos: a) prática clínica e procedimentos básicos (22%); b) atendimento humanizado e práticas na Atenção Primária à Saúde (29%); c) doenças prevalentes na região (14%), urgência/emergência e suporte básico de vida (14%); e os conteúdos das DCN e PPC (7%).

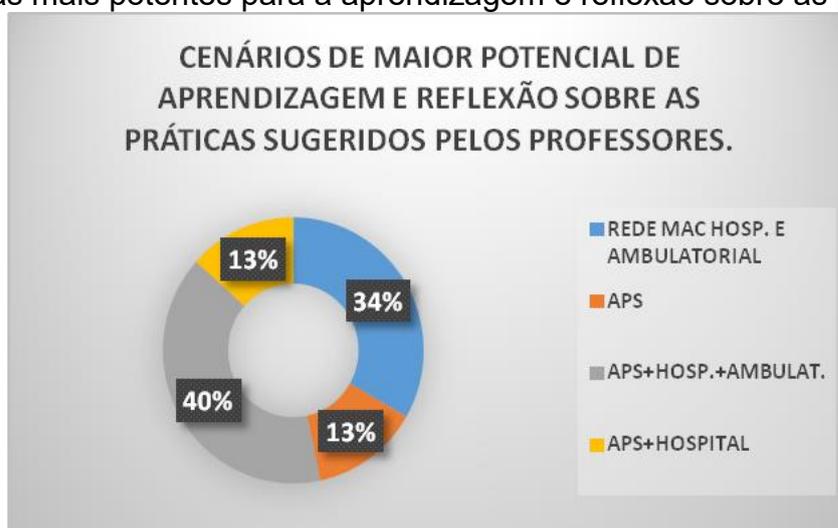
Gráfico 51 - Percentual de conteúdos necessários para o Internato sugeridos pelos professores



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Os professores consideram que os cenários com maior potencial de exposição a oportunidades de aprendizado e reflexão sobre as práticas são a rede de atenção primária e secundária do SUS (33,3%) e UBS, ambulatorios e hospitais especializados (40%). Chama a atenção o equilíbrio entre os 13,3% que consideraram apenas a rede de Atenção Primária à Saúde e os 13,3% que citaram a UBS e os hospitais, (Gráfico 52).

Gráfico 52 - Distribuição dos professores segundo sua visão sobre os cenários de práticas mais potentes para a aprendizagem e reflexão sobre as práticas

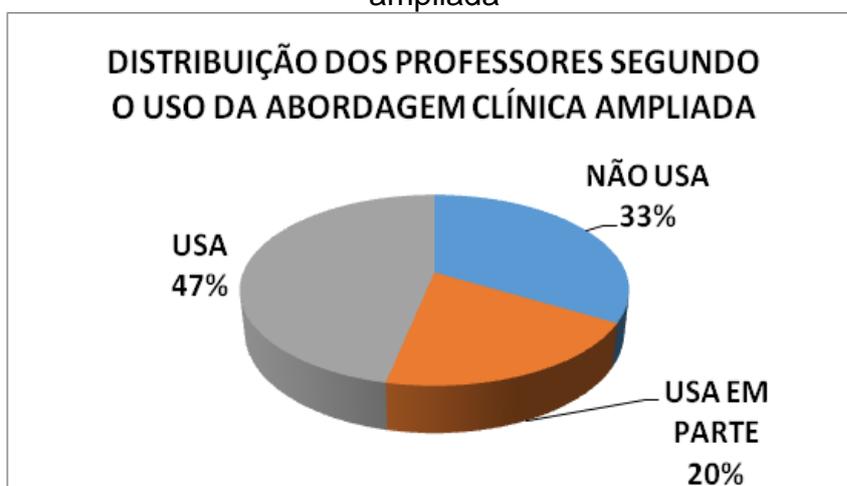


Fonte: Base de dados da pesquisa.

Mesmo que poucas disciplinas se desenvolvam na rede de APS, é nesse cenário que ocorre a aproximação dos estudantes com as práticas em território onde os determinantes sociais se fazem presentes e, para o Interno bem orientado por preceptores das unidades com subsídio teórico-conceitual dos professores, será possível desenvolver sua compreensão e análise crítica.

Indagados sobre o uso da abordagem clínica ampliada em suas disciplinas e módulos do estágio (Gráfico 53), a maioria respondeu que sim (46,6%), mas 33,3% não utilizam e 20% utilizam em parte essa abordagem em ambulatorios especializados (26,6%), nos atendimentos da rede de serviços do SUS (20%) e em estudos de casos clínicos com os Internos (13,3%).

Gráfico 53 - Distribuição dos professores segundo o uso da abordagem clínica ampliada



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Nessa questão não foi investigado a compreensão do professor sobre clínica ampliada e suas ferramentas de abordagem individual e coletiva, partindo-se do princípio que era dispensável por ser um conceito presente em temas transversais em algumas disciplinas.

Mesmo sendo a clínica ampliada utilizada pela maioria dos professores, a não utilização dela ainda é significativa, portanto, a capacitação dos professores nessa abordagem é necessária para preparar o Interno a desenvolvê-la quando estiver no estágio em serviço. A pista fornecida pelos 33% de professores que não a usam, deve ser analisada para se descobrir se é por desconhecimento ou falta de domínio da técnica ou se é devido à deliberação pessoal de não usar por julgá-la dispensável na relação médico-paciente.

Outro aspecto importante se refere ao cenário/local/situação onde usam a abordagem clínica ampliada, chamando atenção a utilização parcial em estudos de casos (27%) e um equilíbrio entre o uso nas UBS (20%) e ambulatórios de especialidades (20%), mas o percentual dos que não usam essa abordagem ainda é significativa (33%), mesmo sendo necessária na formação do futuro médico qualificando-o para o processo de trabalho na APS, (Gráfico 54).

Gráfico 54 - Locais de práticas onde os professores utilizam a abordagem clínica ampliada



Fonte: Base de dados da pesquisa.

Quando foi solicitado que sugerissem mudanças e adequações nos conteúdos e práticas para a formação adequada do futuro profissional, cada professor deu sua resposta pessoal, situação que dificultou o agrupamento das respostas. A maioria dessas respostas apresenta contradição com outras do bloco da avaliação onde se destacou um vislumbre de mudança do paradigma biomédico quando os professores demonstraram conhecimento das DCN, do perfil do egresso e da necessidade da inserção dos estudantes na rede de APS para compreenderem a realidade social, econômica e sanitária dos territórios das UBS, promovendo a reflexão sobre o papel complementar e parcial da medicina e do médico na promoção da saúde na sociedade devido à oferta da assistência sem condições materiais de vida.

Com raras exceções, a maioria das sugestões dos professores foi dirigida ao campo do provimento de recursos tecnológicos e na melhoria dos espaços de práticas na própria faculdade de medicina e no hospital universitário e seu ambulatório especializado e em outros usados como campo de práticas, investimentos nos laboratórios de habilidades e simulação realística e na “grade curricular” com alterações de carga horária de disciplinas ou em sua composição. Alguns sugeriram diminuição da carga horária em hospitais, deslocar as práticas de campo para as UBS e suas comunidades, estimular a integração ensino/pesquisa/extensão e ensino/serviço, mudança nas práticas pedagógicas,

qualificação de preceptores dos serviços e finalmente o acompanhamento psicológico do estudante de medicina.

A seguir elencamos as sugestões:

Docente 1. *Minha sugestão é que os campos de práticas sejam na comunidade e que o contato com a propedêutica seja nas unidades básicas de saúde, realizando uma abordagem mais ampla do paciente, e não como ocorre hoje na formação da UFAM que os alunos realizam essa disciplina em serviços como a FCECON , ou seja em ambulatórios de doenças específicas. O modelo deve partir do contexto familiar para o contexto de adoecimento específico.*

Docente 2. *Creio que a mudança exclusiva em conteúdos não vá promover uma grande influência nessa formação se o docente não mudar sua forma de ministrar aulas.*

Docente 3. *Levar o aluno a pensar por si só, refletir sobre as situações vivenciadas, adequar as necessidades e expectativas do paciente e da sua realidade.*

Docente 4. *Redução do conteúdo prático em ambiente hospitalar e/ou ambulatório secundário/terciário.*

Docente 5. *Maior número de atividades em ambulatorial de unidades básicas, serviços de pequenas cirurgias e cirurgias ambulatoriais, laboratórios de técnica cirurgia e cirurgia experimental, laboratórios de simulação.*

Docente 6. *Algumas disciplinas deveriam diminuir a carga horária e outras serem obrigatórias ou terem práticas.*

Docente 7. *Estimular a integração do ensino, pesquisa e extensão, o que faria que participassem melhor na construção do conhecimento.*

Docente 8. *Cenários de prática com espaço adequado e laboratórios de habilidades deveriam ser mais utilizados.*

Docente 9. *Integração docente-assistencial*

Docente 10. *Na realidade, se os ambientes físicos fossem mais bem preparados e houvesse melhores recursos tecnológicos educacionais, tanto na Faculdade de Medicina, quanto no Hospital Universitário, o corpo docente atualmente em renovação teria condições de proporcionar qualidade de ensino compatível com curso de Medicina de CPC 5.*

Docente 11. *Melhor integração entre as clínicas, mais vivência na saúde primária, menos tempo em clínicas especializadas.*

Docente 12. *Melhores laboratórios de simulação realística.*

Docente 13. *Preceptores mais engajados com a formação dos alunos.*

Docente 14. *Melhoria do cenário de prática, conhecimento do fluxograma por parte dos internos, acompanhamento psicológico do interno por profissionais especializados e mais incentivos e inserção na saúde pública aos internos.*

Esses resultados remetem a reflexões sobre a realização de outros estudos e elaboração de estratégias para a superação do problema da preparação do médico de modo a atender as demandas da política de saúde e da sociedade e a formação do professor para dar conta desse desafio.

Pesquisa de Silva, Andrade e Santos (2018) fornecem pistas sobre a formação de professores e a necessidade do protagonismo dos estudantes. Os autores apresentam uma necessidade e uma justificativa quando consideram a formação inicial e a continuada de professores de medicina.

[...] é urgente, principalmente quando se considera sua ausência, a falta de percepção do aluno como sujeito da aprendizagem e silenciamentos de questões que potencializam a evasão escolar discente, como o excesso de cobrança e pouco protagonismo estudantil (SILVA; ANDRADE; SANTOS, 2018).

E como conclusão do estudo, apresentam uma percepção dele advinda.

[...] o campo incipiente da formação de professores necessita ser problematizado: o professor-médico precisa se perceber mais professor, o que o levará a pensar o campo pedagógico, e menos médico, para relativizar paradigmas de sua própria formação e enxergar o aluno em uma perspectiva biopsicossocial, mais como sujeito e menos como paciente (SILVA; ANDRADE; SANTOS, 2018).

Os resultados dos estudos citados apontam um caminho que deve ser construído a partir da discussão das vivências de professores e estudantes porque de ambos é exigido o desempenho de um papel humanista, crítico e reflexivo que não pode prescindir de conhecimentos das ciências humanas, não disponibilizados no curso de medicina. Há necessidade de que nos currículos das escolas médicas o ensino das humanidades esteja presente em disciplinas específicas e na postura ética e na reflexão crítica de cada prática cotidiana no curso.

6. CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS

Da análise do conjunto de novos conhecimentos sobre educação médica no Amazonas aportado pela pesquisa, podemos afirmar que os objetivos foram atingidos satisfatoriamente.

A expectativa é de que a percepção dos Internos e suas sugestões a partir da experiência vivida no Internato Rural contribuam para as adequações que estão se processando no curso de medicina e principalmente para a implantação das transformações necessárias e a sua sustentabilidade institucional representada pelo corpo docente qualificado para a superação do desafio que é formar um médico crítico e reflexivo que além de conhecer o sistema de saúde em que vai atuar, tenha compromisso social e profissional, empatia, ética e respeito às necessidades da população.

A pesquisa realizada ao abrigo da área de Concentração: Linha de Pesquisa 3 – Formação e Práxis do Educador frente aos Desafios Amazônicos do PPGE/UFAM contribuiu para ampliar a oferta de informações cientificamente sistematizadas associadas identificação de saberes e práticas que os docentes do curso de medicina precisam se apropriar para sua qualificação na construção de estratégias educacionais para a formação de médicos na abordagem clínica ampliada e cuidado centrado na pessoa, família e comunidade para atuação na Atenção Primária em Saúde. Além desse aspecto da Atenção à Saúde, o professor deverá estar qualificado para discutir e preparar o futuro médico para a Gestão e Educação em Saúde. A discussão desses aspectos na pesquisa poderá favorecer a reorientação das prioridades e ênfases do currículo da escola médica da UFAM e a tomada de decisões associadas a novas políticas de formação na área médica na Amazônia (Amazonas/Brasil), contribuindo com a superação dos desafios amazônicos na área.

A vivência dos Internos no processo de trabalho das Equipes de Saúde durante o desenvolvimento do Internato Rural, sem dúvida foi de valiosa contribuição para a formação dos futuros profissionais, pois eles apontaram como o módulo que mais oportunizou cenários de práticas onde tiveram contato direto com a realidade e mesmo que não tenham tido preparo político e social para compreender o significado de sua presença junto à população, enfatizaram o aprendizado criativo

devido a real situação dos municípios com insuficiência e poucas alternativas de medicamentos e dificuldade de acesso aos níveis de maior densidade tecnológica assistencial, as especialidades.

Os questionamentos sobre as correntes de pensamento, ideologia, enfoques metodológicos, conflitos de classes, mudanças estruturais e interesses econômicos que orientam as mudanças curriculares não são tratados nesse estudo, mas esses aspectos estão presentes no perfil do egresso que deve ser generalista, humanista, crítico, reflexivo e promotor da saúde.

Quanto às práticas dos professores durante o curso, os Internos identificaram algumas lacunas no seu preparo para o enfrentamento de uma realidade desconhecida com destaque para a falta de subsídios para a atenção à saúde mental, dependência a drogas lícitas e ilícitas, manejo das principais doenças e agravos em cenário de indisponibilidade de recursos de apoio e nas habilidades de comunicação. Mas um percentual significativo deixou claro que as disciplinas e outros módulos tiveram sua contribuição no preparo do Interno para a ida às UBS na capital e no interior do Estado.

As sugestões de mudanças nos conteúdos e práticas necessárias para a formação de médicos e professores para atender as DCN e conseqüentemente as demandas da política de saúde e da sociedade foram semelhantes se considerarmos as percepções dos estudantes egressos do Internato Rural e os professores.

As sugestões dos professores ficaram concentradas no campo do provimento de recursos tecnológicos e na melhoria dos espaços de práticas na própria faculdade de medicina e no hospital universitário. Não citaram a inserção de disciplinas das áreas de ciências humanas e nem estratégias de desenvolvimento docente com capacitação pedagógica além da técnica específica.

Já os estudantes concentraram suas sugestões no modelo pedagógico do curso para diminuir a distância entre o que a escola oferece na formação e as demandas dos serviços e comunidade. Identificaram a necessidade de mais práticas na rede de serviços de APS e maior capacitação em método clínico centrado na pessoa, família e comunidade com a inserção desse tema em outras disciplinas e não somente nas de Saúde Coletiva e no Internato Rural.

Sugeriram também a inserção de habilidades de comunicação como um tema transversal nas disciplinas justificando a necessidade de aprenderem a comunicar más notícias.

O Internato Rural representou uma estratégia à frente de seu tempo considerando o ano de sua criação. Os professores apoiadores e seu criador e Coordenador representaram o que havia de mais atual em relação às transformações da educação médica pelo Brasil e no mundo na ocasião de sua criação como módulo do estágio curricular obrigatório. No decorrer desses 31 anos mantém-se em sintonia com as discussões mesmo não tendo se debruçado sobre a investigação dos interesses que embasam as políticas de saúde e de educação médica, nem sempre explícita nos documentos formais.

Na UFAM o Internato Rural foi uma ação de benefício social para as comunidades do interior e mais recentemente para as de Manaus, que se desenvolveu ininterruptamente até 23.03.2020, data em que todas as atividades da instituição foram suspensas devido à pandemia de COVID-19.

Essas conclusões não pretendem esgotar o tema por se tratar de uma primeira aproximação através de um estudo descritivo apresentando o caso específico do curso de medicina da UFAM, Campus Manaus cujo objeto de estudo foi o Internato Rural. Reconhecemos as limitações decorrentes dentre outros aspectos, da escolha do percurso metodológico. Portanto, pretende-se que esse estudo possibilite o desvelamento de aspectos novos a respeito da formação de professores para a escola médica e de médicos inconformados com a realidade social e por isso críticos e reflexivos e que compreendam seu papel na atenção à saúde da população em consonância com as DCN e PNAB.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J. L. do. **Duzentos Anos de Ensino Médico no Brasil**. 2007. 232f. Tese (Doutorado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/duzentos%20anos%20de%20medicina%20no%20brasil.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BASILE, M. A. Uma experiência nacional: CINAEM. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier Editora, 1998.

BATISTA, N. A.; SILVA, S. H. S. da. **O Professor de Medicina**. São Paulo: Loyola, 1998. p. 19; 35.

BISSOLI, M. de F.; BOTH, I. I. Dos sentidos da formação aos sentidos do trabalho docente. In: CORREA, C. H. A.; CAVALCANTE, L. I. P.; BISSOLI, M. de F. **Formação de professores em perspectiva**. Manaus: EDUA, 2016. p. 17,25.

BOLZAN, D. P. V.; ISAIA, S. M. de A.; MACIEL, A. M. da R. Formação de professores: a construção da docência e da atividade pedagógica na Educação Superior. **Revista Diálogo Educacional**, v. 13, n. 38, p. 49-68, 2013.

BOURDIEU, P. **Escritos de Educação**. Petrópolis: Vozes, 1998.

BRASIL. **LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. Câmara de Educação Superior. **Resolução n. 3, de 20 junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Diário Oficial da União. Brasília, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. Câmara de Educação Superior. **Resolução n. 4, de 07 novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Diário Oficial da União. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso: 24 nov. 2020.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Relatório de curso: Medicina: Universidade Federal de Mato Grosso: Cuiabá-44. Brasília: Inep, 2019.

BRITO, R. M. **100 ANOS UFAM.** 2. ed. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2011. p. 238,241.

CAMPOS, M. A. de F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 83-9, 2008.

CINAEM. **Avaliação do ensino médico no Brasil: Relatório Geral 1991-1997.** Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, 1997.

COSTA, N. M. da S. C. Formação pedagógica de professores de medicina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 102-8, 2010.

DELZIOVO, C. R.; PEDEBÔS, L. A.; MORETTI-PIRES, R. O. **Clínica ampliada.** [Recurso eletrônico]. 2012. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1088/1/PDF%20%20Livro%20do%20Curso.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

EDUCASAÚDE. **Curso de Especialização em Docência na Saúde: Gestão e protagonismo participativo no ensino e no trabalho em saúde.** [Documento eletrônico]- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/educasaude/docencia/>. Acesso em: 24 nov. 2020.

e-MEC. **IES- Relatório de Avaliação.** Brasil, 2017.

FERREIRA, B. J. As políticas indutoras e a formação em saúde. In: BATISTA, N. A; BASTISTA, S. H. **Docência na Saúde.** 2. ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2014. p. 185.

FERREIRA, C. de C.; SOUZA, A. M. de L. Formação e Prática do Professor de Medicina: um Estudo Realizado na Universidade Federal de Rondônia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 40, p. 635-43, 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. Gestão dos processos de mudança na graduação em Medicina. In: MARINS, J. J. N. et al. **Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Editora HUCITEC/ABEM, 2004. p. 21.

GORDAN, P. A. Currículos inovadores: o desafio da inserção docente. In: BATISTA, N. A.; BASTISTA, S. H. **Docência na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2014. p. 170.

HADDAD, A. E.; BRENELLI, S. L. A educação médica no contexto da política nacional de educação na saúde. In: MARINS, J. J. N; REGO, S. **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Editora HUCITEC/ABEM, 2011. p. 23-4.

HOSSNE, W. S. Educação médica: nem onipotência, nem impotência-flexibilidade e humanística. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 17, p. 5-6, 1993.

LEITE, H. N. F. **Perfil dos alunos da turma pioneira do novo currículo de medicina da UFAM. Documento interno**. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2010.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986. p. 38.

MARCIÃO, K. P. de O. B. **Entre médicos e professores: trajetórias do currículo médico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas**. 2015. 171f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/6656>. Acesso em: 24 nov. 2020.

MARCONDES, C. H. Tecnologias da informação e impacto na formação do profissional da informação. **Transinformação**, v. 11, n. 3, p. 189-93, 1999.

MARTINS, R. G. et al. Internato de Medicina preventiva e social: a formação médica no Amazonas para o trabalho no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 20, n. 1, p. 119-26, 2018.

MELO, A. L. de, SANTOS, E. J. R., ANDRADE, G. P. Ensino superior no Brasil: do elitismo colonial ao autoritarismo militar. [documento eletrônico]. **VIII Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP**. Campinas, 2009.

MIRANDA, L. A.; RANGEL, M. A educação médica, o professor de medicina e o Projeto Político-Pedagógico da Escola Médica. **APRENDER - Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação**, n. 12 p. 185-201, 2009.

MÓNICO, L. et al. A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. **Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**, v. 3, p. 724-33, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Educación, práctica médica y necesidades sociales: una nueva visión de calidad**. Washington: OPS, 1995.

REGO, R. M. et al. **O perfil atual do estudante de Medicina e sua repercussão na vivência do curso**. Disponível em: <https://www.prmjournal.org/article/10.4322/prmj.2018.005/pdf/prmjjournal-2-1-5-e05.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020

RELATÓRIO DA PESQUISA DE AVALIAÇÃO. **Resultado do Processo de Formação de Médicos da FAMEMA**. Faculdade de Medicina de Marília, 2008.

RISTOFF, D. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, v. 19, n. 3, p. 723-47, 2014.

SACRISTÀN, G. J. Escolarização e cultura: a dupla determinação. In: SILVA, L. E. **Reestruturação curricular: novos mapas culturais, novas perspectivas educacionais**. Porto Alegre: Sulinas, 1996.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia médica no Brasil 2018**. 2018. Disponível em: <https://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/27708>. Acesso em: 24 nov. 2020.

SILVA, A. R. P. da; ANDRADE, A. K. P. de; SANTOS, N. O. dos. Formação docente e protagonismo estudantil de acadêmicos de Medicina: desafios e perspectivas. **Educação Por Escrito**, v. 9, n. 2, p. 188-203, 2018.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Internato rural na Amazônia: aspectos históricos, contexto atual e principais desafios. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 24, n. 2, p. 371-90, 2017.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. **O mundo como fronteira: itinerários formativos de estudantes de Medicina nas experiências de Internato Rural na Amazônia**. In: Itinerários Terapêuticos: integralidade do cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, ABRASCO, 2016. p. 163-81.

SIQUEIRA, B. P. Internato em Saúde da Família. **Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica**, v. XXIV, n. 3, out./nov./dez. 1996.

SOUSA, M. R. C. **Filosofia, educação e formação médica: políticas de saúde, diretrizes curriculares e necessidades sociais**. 2003. 382f. Tese (doutorado)-Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/253671>>. Acesso em: 24 nov. 2020.

SOUZA, R. G. S. Estratégia de mobilização para as transformações curriculares. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S. **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. Rio de Janeiro: HUCUTEC/Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. p. 21.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UFAM- UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. **Documento Nº GE-611/64-Solicitação do Governador para a criação das Faculdades de Medicina, de Farmácia, de Odontologia e a Escola de Artes**. Manaus, 1964. [Arquivo interno].

UFAM- UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. **Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina**. Manaus, 2010. [Arquivo interno].

UFAM- UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. Relatório de avaliação dos 30 anos do internato rural do curso de medicina da UFAM. **Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina**, Manaus, 2020. [Arquivo interno].

UFAM- UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. **Resolução nº 027/2008-Estabelece normas para a realização da atividade de pesquisa na UFAM**. Manaus, 2008. Disponível em: https://edoc.ufam.edu.br/bitstream/123456789/692/79/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20027_2008_CONSPE%20_Atividade%20de%20Pesquisa.pdf. Acesso em: 24 nov. 2020.

VERAS, R. M.; FERNANDEZ, C. C.; FEITOSA, C. C. M.; FERNANDES, S. **Perfil socioeconômico e Expectativa de Carreira dos Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia**. Disponível em scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000200206. Acesso em: 18 dez. 2020.

ZANOLLI, M. B. et al. Internato Médico”: Diretrizes Nacionais da ABEM para o internato no curso de graduação em medicina, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais. In: LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina. Associação Brasileira de Educação Médica/ABEM**, 2014. Disponível em: http://www.ufrgs.br/pediatria/Repositorio/seminarios/subsidios-bibliograficos/documentosbasicos/Lampert_10_anos_das_diretrizes_curriculares_nacionais_dos_cursos_de_graduacao_em_medicina_2014.pdf/view. Acesso em: 24 nov. 2020.

APÊNDICE 1: INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS FACED- PPGE: DOUTORADO EM EDUCAÇÃO QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

O INTERNATO RURAL DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DE MÉDICOS PARA AS DEMANDAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E DE PROFESSORES PARA ESSE OBJETIVO

Profª Heliana Nunes Feijó Leite, doutoranda em Educação, UFAM, 2020

QUESTIONÁRIO DOS PROFESSORES

APRESENTAÇÃO

Estamos realizando uma pesquisa sobre o ensino no curso de Medicina no Amazonas frente às novas políticas de formação vigentes. Solicitamos sua colaboração voluntária respondendo as questões abaixo.

Não há respostas certas nem erradas.

As informações são confidenciais e serão utilizadas somente para atender aos objetivos da pesquisa.

I BLOCO: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICA DOS

PARTICIPANTES:

1. Iniciais do nome: _____
2. Gênero: () masculino () feminino
3. Idade: _____
4. Naturalidade: _____
5. Etnia: () branco () negro () indígena () pardo ()
outra: _____
6. Estado civil: () solteiro () casado () união estável () viúvo
7. Tem filhos? Sim () () não. Se sim, quantos? _____
8. Graduação em: () medicina () enfermagem () odontologia () farmácia ()
nutrição () fisioterapia () educação física () outra _____
9. Ano conclusão da graduação: _____
10. Pós Graduação: () Especialização em _____
() Mestrado () Doutorado () Pós Doutorado () Livre Docência
11. Ano de **ingresso** no curso de Medicina como docente: _____
12. Vínculo: () quadro permanente () substituto () voluntário
13. Regime de trabalho: () 20h semanais () 40h semanais () Dedicção Exclusiva
14. Se não está no regime de Dedicção Exclusiva, quais os outros vínculos:

- () mais um vínculo público () mais um público e um privado () um ou mais vínculos privados () vínculos público, privado e consultório particular
 () vínculo público e consultório particular () somente consultório particular
 () outro: _____

II BLOCO: INFORMAÇÕES SOBRE A ATIVIDADE PROFISSIONAL DOCENTE:

1. Motivo da escolha para ser professor do curso de Medicina:

2. Realizou algum curso (s) específico (s) de formação docente: () não () sim

Qual (is): _____

3. O (s) curso (s) foi (ram) oferecido (s) pela UFAM?

() sim () não

4. Você é professor em outra Instituição de Ensino Superior pública e/ou privada?

() sim () não

5. A atividade docente é a que mais lhe exige dedicação de tempo e de estudos preparatórios? () sim () não

Justifique:

6. Você conhece as **Novas Diretrizes Curriculares Nacionais** do curso de Medicina? () sim (SE já leu a Resolução completa pelo menos uma vez) () não

7. Cite pelo menos 3 características **exigidas pelas DCN** na formação do egresso.

8. Como a sua qualificação (graduação e pós-graduação) pode contribuir na formação médica **de acordo com as novas DCN**?

9. Cite pelo menos 3 características de um médico bem formado **de acordo com a sua vivência/experiência**.

10. É professor (a) **do estágio** curricular obrigatório/**Internato e de disciplinas** dos períodos pré-estágio (do 1º ao 8º período)?

() **sim** **Módulo/Sub-módulo:** _____

Disciplina (s): _____

() **não** **Disciplina (s):** _____

11. Em relação à sua **atuação como professor de medicina** na UFAM:

a) **Remuneração** (considerando a participação na renda total e no sustento da vida pessoal e profissional)

() insatisfatória () razoavelmente satisfatória () completamente satisfatória

b) **Satisfação no ambiente de trabalho** (ambiência e recursos de apoio às atividades docentes):

() muito satisfeito () satisfeito () pouco satisfeito () insatisfeito

c) **Motivação para as atividades docentes** (considerando as condições gerais de trabalho, desenvolvimento docente e apoio às atividades propostas):

() muito motivado () motivado () um pouco desmotivado () completamente desmotivado

d) **Desenvolvimento docente** (formação específica para a docência):

() a IES oferece oportunidades de capacitação esporadicamente

() a IES não ofereceu oportunidades de capacitação nos últimos 3 anos

() a IES oferece oportunidades de capacitação a cada ano

() não se aplica (professores com menos de 3 anos na UFAM)

e) **Disponibilidade de recursos tecnológicos para a preparação e oferta de atividades de ensino/aprendizagem na sua disciplina/módulo do Internato:**

() a faculdade não disponibiliza ambiência e nem recursos para atividades

() a faculdade disponibiliza ambiência e recursos para algumas atividades

() a faculdade disponibiliza ambiência e recursos para todas as atividades

III BLOCO: AVALIAÇÃO DO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM

1. Você conhece o percentual de atividades práticas de ensino-aprendizagem que devem ser desenvolvidas nos diversos cenários por nível de densidade tecnológica?

() sim () não

2. A (s) disciplina (s) e/ou Módulo (s)/Sub-módulo (s) ministrados por você **utilizam diversos cenários de práticas?**

() **não. Por que?** _____

() **sim.** Marque abaixo

- () Unidades Básicas de Saúde/UBS
 () UBS e rede hospitalar e ambulatorial especializada
 () apenas rede hospitalar e ambulatorial especializada
 () UBS, rede hospitalar e ambulatorial especializada e rede de urgência e emergência
 () outros cenários além dos listados: _____

3. Na sua opinião qual o **percentual de práticas em cada cenário** deve ser aplicado para que sua disciplina (s) e/ou /módulo ou sub-módulo (s) contribua na formação adequada às demandas da sociedade?

4. Quais conteúdos devem ser abordados no curso, para o desenvolvimento do estágio/vivência? _____

5. Cite setores ou cenários onde há maior (es) potencial (is) de exposição a oportunidades de aprendizagem ou reflexão sobre as práticas.

6. A abordagem clínica ampliada com utilização de ferramentas para o cuidado centrado na pessoa, família e comunidade é abordada em sua disciplina/módulo ou sub-módulo?

- () não
 () em parte
 () sim .

Se em parte ou sim. Em qual (is) cenário (s) de prática?

7. Que mudanças ou adequações nos conteúdos e práticas necessários para **futura atuação profissional do médico, você poderia sugerir**, partindo da identificação das

dificuldades e facilidades no processo de ensino/aprendizagem?

Agradecemos sua importante contribuição.

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA ATRAVÉS DO MÓDULO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACED- PPGE: DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA ATRAVÉS DO MÓDULO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Heliana Nunes Feijó Leite, doutoranda em Educação, UFAM, 2020

QUESTIONÁRIO DOS ESTUDANTES

Apresentação

Estamos realizando uma pesquisa sobre o ensino no curso de medicina no Amazonas frente às novas políticas de formação vigentes.

Solicitamos sua colaboração voluntária respondendo as questões abaixo.

Não há respostas certas nem erradas.

As informações são confidenciais e serão utilizadas somente para atender aos objetivos da pesquisa.

I BLOCO: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES:

1. Iniciais do nome: _____ 2. Ano/semestre **de ingresso** no curso: _____

3. Idade: _____ 4. Naturalidade: _____

5. Etnia: () branco () negro () indígena () pardo () outra.

5.1. Qual? _____

6. Renda familiar:

() sem renda fixa () até 1SM () entre 1-2 SM () entre 2-3 SM

() entre 3-5 SM () acima de 5 SM

7. Estado civil: () solteiro () casado () união estável () viúvo

8. Tem filhos? Sim () () não. Se sim, quantos? _____

9. Estudou a educação básica na escola: pública () privada () () pública e privada

10. Qual período do curso que está cursando: _____

11. Qual período que cursou o Internato Rural: _____

12. O Internato Rural foi seu módulo: () Primeiro () Segundo

() Terceiro () Quarto () Quinto

13. Qual o bairro da UBS Urbana: _____

14. Qual o município da UBS Rural: _____

II BLOCO: INFORMAÇÕES SOBRE AVALIAÇÃO DO CURSO:

8. **Vivências** (práticas):

A) O tempo na **Atenção Primária** foi suficiente?

() não () em parte () sim

Comente: _____

B) Em relação à **qualidade do estágio** (qualificação da preceptoria e processo de aprendizagem):

() ruim () regular () boa () ótima

Comente: _____

C) Cite as **oportunidades de exposição a cenários** diversos de práticas/vivência:

D) **Quais conteúdos não abordados** no curso, mas **foram necessários** no estágio/vivência? _____

9. **Cite setores ou cenários** onde teve maior (es) potencial (is) de exposição a oportunidades de aprendizagem ou reflexão sobre as práticas.

10. **Houveram situações de vivência/aprendizagem** mais marcantes para a futura atuação e para a vida pessoal e profissional ou situações que geraram sensações ou emoções positivas e negativas?

() não () em parte () sim. 3.1. Se sim ou em parte, pode dar exemplo?

11. Houve situações que exigiram conhecimentos para abordar, habilidades para resolver e atitudes para conduzir, cujos conteúdos não foram abordados durante o curso (disciplinas do 1º ao 8º período e internato) ?

() não () em parte () sim. 4.1 se sim ou em parte,
Comente: _____

5. Poderia avaliar se a Atenção Básica se desenvolveu de acordo com as diretrizes legais e com as ferramentas de abordagem à pessoa, família e comunidade (considerar em Manaus e interior)? () não () sim

5.1. Justifique: _____

6. Teve oportunidade de realizar práticas ou estágio em UBS? () sim () não. 6.1. Se sim, qual período/disciplina ou estágio?

7. A abordagem clínica ampliada com utilização de ferramentas para o cuidado centrado na pessoa, família e comunidade foi abordada em alguma disciplina?

() não () em parte () sim .

7.1. Se em parte ou sim. Em qual (is) disciplina(s)?

8. Alguma das 4 disciplinas Saúde Coletiva teve alguma contribuição para a abordagem clínica ampliada considerando os determinantes sociais do processo saúde/doença? ()

não () em parte () sim.

8.1. Se sim ou em parte, qual (is) contribuição (ões) ?

9. Que **mudanças ou adequações nos conteúdos e práticas** necessários para **futura atuação profissional do médico, você poderia sugerir**, partindo da identificação das dificuldades e facilidades no seu processo de ensino/estudo/aprendizagem?

Agradecemos sua importante contribuição.

APÊNDICE 3 – CRONOGRAMA

Atividades	2016	2017	2018			2019	2020	
	Jan-Dez	Jan-Dez	Jan-Mai	Jun	Jul-Dez	Jan-Dez	Jan-Jun	Jul-Dez
Disciplinas (cursadas)	X	X						
Revisão bibliográfica		X	X	X	X	X	X	X
Ajustes no projeto			X					
Estudo piloto			X					
Análise dos dados do projeto piloto			X					
Qualificação				X				
Participação em eventos da área								
Pesquisa documental					X	X		
Análise documental						X	X	
Tratamento e análise de dados de pesquisa						X	X	
Redação preliminar								X
Ajustes e redação final								X
Defesa								X
Elaboração de artigos com resultados parciais e finais da pesquisa e submissão a revistas científicas da área.					X			X