

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS: QUÍMICAS
DA VIDA E SAÚDE

Leonardo Vieira Targa

**EDUCAÇÃO MÉDICA EM ÁREAS RURAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO
MÉDICA E A EQUIDADE EM SAÚDE**

Porto Alegre

2023

Leonardo Vieira Targa

**EDUCAÇÃO MÉDICA EM ÁREAS RURAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO
MÉDICA E A EQUIDADE EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde do Instituto de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Educação em Ciências.

Orientadora: Prof. Dra. Tatiana Souza de Camargo

Porto Alegre

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Targa, Leonardo Vieira
EDUCAÇÃO MÉDICA EM ÁREAS RURAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA
A FORMAÇÃO MÉDICA E A EQUIDADE EM SAÚDE / Leonardo
Vieira Targa. -- 2023.
149 f.
Orientadora: Tatiana Souza de Camargo.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Ciências Básicas da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências:
Química da Vida e Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Educação Médica. 2. Saúde Rural. 3. Atenção
Primária à Saúde. 4. Medicina de Família e Comunidade.
5. Recursos Humanos em Saúde. I. Camargo, Tatiana
Souza de, orient. II. Título.

Leonardo Vieira Targa

**EDUCAÇÃO MÉDICA EM ÁREAS RURAIS: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO
MÉDICA E EQUIDADE EM SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutor em Educação em Ciências.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Diogo Onofre Gomes de Souza – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Silveira – Universidade Federal do Acre

Prof. Dra. Tatiana Souza de Camargo
- UFRGS (orientadora)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos profissionais de saúde que atuam em áreas rurais do Brasil, em especial os envolvidos com educação médica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos colegas e professores que contribuíram com minha formação, em especial aos que convivi em projetos rurais pelo Brasil. Especial agradecimento aos colegas de estágio rural e coordenadores da Universidade de Caxias do Sul. Obrigado também aos profissionais de minha equipe de saúde, do Pinhal Alto, Nova Petrópolis/RS e aos Secretários de Saúde e Prefeitos Municipais que, ao longo destes últimos anos apoiaram este projeto. Meu agradecimento também à comunidade do Pinhal Alto, que tem sido parceira na formação de tantos médicos. Agradeço à minha orientadora pelas oportunidades e apoio. Por fim, à minha esposa e família, companheiras em minha vida rural.

RESUMO

O Brasil, a partir da constituição de 1988, propôs a si mesmo a nobre mas difícil tarefa de encarar a saúde de sua população como um direito universal e assumir, como papel do Estado, o dever de prover o necessário para isso, de forma igualitária. No longo e árduo caminho previsto para atingir tais objetivos, em especial tendo em vista o tamanho e diversidade nacionais, o problema da formação médica adequada em qualidade e volume, além da distribuição dos recursos humanos num território tão desigual é um dos grandes desafios enfrentados. A formação médica é, por sua vez, parte importantíssima neste cenário. É importante saber qual o impacto de diferentes estratégias de formação médica para uma distribuição de forma mais justa dos resultados de saúde proporcionados pelos avanços em saúde, acumulados pela humanidade em seu caminhar histórico. Neste estudo, apresentam-se e avaliam-se os resultados de políticas de descentralização da educação médica, especificamente para áreas rurais. Parte-se de uma revisão sobre a importância do assunto e de uma revisão de literatura científica sobre a situação mundial do tema, com um foco especial nas peculiaridades de nossa região sul-americana, ainda pouco estudada de forma sistemática. Após isso, apresenta-se uma experiência específica de educação médica rural, ocorrida no sul do Brasil e avaliam-se através de diferentes metodologias, os principais resultados observáveis, discutindo-os à luz da literatura internacional. Conclui-se que a educação médica rural apresenta importante efeito benéfico para a formação médica, para a distribuição de recursos humanos em saúde e para a equidade em saúde, além de se apresentarem desafios para a mesma. Para a primeira, em resumo, aproxima o perfil do egresso das recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina, mais apto a responder adequadamente às necessidades de saúde brasileira. Além disso, potencializa a distribuição dos profissionais médicos diminuindo a carência rural e de locais remotos em acessar o Sistema de Saúde. A partir de certa forma de aplicação da Teoria do Ator-Rede, relata-se como redes de atuantes diferentes da formação médica padrão são mobilizadas para atingir estes diferentes desfechos. Sugere-se, por fim, a partir dos achados que emergem desses relatos, ações específicas para as políticas públicas e para experiências similares, apresentam-se elementos úteis para iniciativas independentes e, além disso, indica-se caminhos possíveis para futuras pesquisas na área.

ABSTRACT

Brazil, from the 1988 constitution, proposed to itself the noble but difficult task of facing the health of its population as a universal right and assuming, as a role of the State, the duty to provide what is necessary for this, in an egalitarian way. In the long and arduous path foreseen to achieve these goals, especially in view of the national size and diversity, the problem of adequate medical training in quality and volume, in addition to the distribution of human resources in such an unequal territory, is one of the great challenges faced. Medical education is, in turn, a very important part of this scenario. It is interesting to know the impact of different medical training strategies for people and institutions that are concerned with distributing in a more equitable way the health results provided by the advances in health, accumulated by humanity in its History. In this study, the results of medical education decentralization policies are presented and evaluated, specifically for rural areas. It starts with a review of the importance of the subject and a review of the scientific literature on the global situation of the subject, with a special focus on the peculiarities of our South American region, still little studied in a systematic way. After that, a specific experience of rural medical education, which took place in the south of Brazil, is presented and the main observable results are evaluated through different methodologies, discussing them in the light of the international literature. It is concluded that rural medical education has an important beneficial effect for medical training, for the distribution of human resources in health and for equity in health, as long as challenges. For the first, in summary, it brings the profile of the graduates closer to the recommendations of the National Curricular Guidelines for the Medicine Course, which is more apt to respond adequately to Brazilian health needs. In addition, it enhances the distribution of medical professionals, reducing the lack of rural and remote locations in accessing the Health System. From a certain form of application of the Actor-Network Theory, it is reported how networks of actors different from the standard medical training are mobilized to achieve these different outcomes. Finally, based on the findings that emerge from these reports, specific actions for public policies and similar experiences are suggested, useful elements for independent initiatives are presented and, in addition, possible paths are indicated for future research in the area.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Exemplo de Rural Pathway, apresentado ao governo australiano.....	09
Figura 2 - Diagrama de fluxo dos resultados de pesquisa. NRME: Artigo não relacionado à educação médica rural.....	15
Figura 3 - Distribuição por nacionalidade dos artigos incluídos na revisão.....	16
Figura 4 - Países com políticas de serviço rural compulsório.....	18
Figura 5 - Foto retirada em frente ao posto de saúde, por um estagiário, nos primeiros momentos do estágio.....	27
Figura 6 - Atividade educativa na escola São José, no interior de Nova Petrópolis/RS.....	28
Figura 7 - Visita domiciliar realizada em Santa Maria do Herval/RS.....	30
Figura 8 - Procedimento cirúrgico ambulatorial de urgência na Unidade Básica de Saúde em Barão/RS.....	30
Figura 9 - Atividade educativa para funcionárias da creche em Nova Petrópolis/RS.....	32
Figura 10 - Distribuição do sexo relatado pelos alunos (esquerda) e professores (direita).....	38
Figura 11 - Distribuição das características do local de nascimento dos alunos (esquerda) e professores (direita).....	39
Figura 12 - Características do local de formação predominante (ensino básico e médio) para alunos (esquerda) e professores (direita).....	39
Figura 13 - Motivação relatada para trabalho no interior na entrada do curso.....	41
Figura 14 - Motivação atual (pós-estágio rural) de trabalhar fora de um grande centro urbano.....	41
Figura 15 - Resposta aberta sobre a sensação de o estágio ter aumentado sua probabilidade de trabalhar fora de um grande centro urbano.....	42
Figura 16 - Representação da motivação dos alunos para realizar estágio rural.....	48
Figura 17 - Representação dos aspectos do estágio citados como preferidos pelos alunos após a realização do estágio.....	50
Figura 18 - Representação dos aspectos citados como menos apreciados pelos alunos.....	54
Figura 19 – Diferenças de redes de atuantes identificadas na educação médica rural e urbana.....	89
Figura 20 - Material elaborado pelos estudantes para ajudar os futuros colegas estagiários a se comunicarem melhor no dialeto local.....	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Algumas características dos locais de estágio.....	31
Tabela 2 - Distribuição das características do local de nascimento relatadas.....	38
Tabela 3 - Descrição das características do local de formação (ensino básico e médio) para alunos e professores.....	39
Tabela 4 - Motivação inicial para trabalhar fora de um grande centro urbano.....	40
Tabela 5 - Motivadores atuais entre os alunos para trabalhar fora de um grande centro urbano.....	45
Tabela 6 - Motivadores entre os alunos para trabalho urbano.....	46
Tabela 7 - Motivação para realizar estágio rural.....	49
Tabela 8 - Aspectos do estágio citados como preferidos pelos alunos após a realização do estágio.....	51
Tabela 9 - Aspectos citados como menos apreciados pelos alunos.....	55
Tabela 10 - Vantagens e desvantagens destacadas pelos professores, em relação à educação médica rural.	57
Tabela 11 - Aspectos positivos e negativos para os pacientes, destacados por membros da equipe de saúde em relação ao estágio rural.....	58
Tabela 12 - Aspectos positivos e negativos para os alunos, destacados por membros da equipe de saúde em relação ao estágio rural	59
Tabela 13 - Aspectos positivos e negativos para a equipe, destacados por membros da equipe de saúde em relação ao estágio rural.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Termos de pesquisa utilizados para localização de artigos relevantes nos bancos de dados descritos.....14

Quadro 2 - Principais estratégias para aumentar o recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas rurais.....17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANT – Actor Network Theory (Teoria do Ator-Rede)

APS – Atenção Primária à Saúde

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HGT - Hemoglicoteste

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEC - Ministério da Educação

MFC – Médico ou Medicina de Família e Comunidade

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCS - Universidade de Caxias do Sul

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

Wonca - *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, ou simplesmente, *World Organization of Family Doctors*. Associação Mundial de Médicos de Família.

WWPRP - *Wonca Working Party on Rural Practice*. Grupo de trabalho em medicina rural da Associação Mundial de Médicos de Família.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1: POR QUE EDUCAÇÃO MÉDICA EM ÁREAS RURAIS?	2
CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS E DESAFIOS DA EDUCAÇÃO MÉDICA EM ÁREAS RURAIS NO BRASIL E NA AMÉRICA DO SUL	13
CAPÍTULO 3: INTERNATO MÉDICO RURAL NA SERRA GAÚCHA: DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL.	26
BREVE HISTÓRICO	27
O ESTÁGIO	29
DESAFIOS E LIÇÕES APRENDIDAS	33
CAPÍTULO 4: INTERNATO MÉDICO RURAL NA SERRA GAÚCHA: AVALIANDO A EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO RURAL DA UCS	35
RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS DOS ALUNOS E PROFESSORES	37
Local de nascimento	38
Local de Formação Básica e Média	39
Motivação inicial e após o estágio rural para trabalhar como médico (a) fora de um grande centro urbano	40
Motivadores para trabalho fora ou em um grande centro urbano	44
Motivadores para escolher fazer o estágio rural	47
Aspectos que mais apreciou durante o estágio	49
Aspectos do estágio menos apreciados pelos alunos	53
Avaliação comparativa da opção de realizar o estágio rural e possibilidade de recomendação do estágio	55
RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS DA EQUIPE	57
CAPÍTULO 5: REDES DE ATUANTES EM EDUCAÇÃO MÉDICA RURAL E A EQUIDADE EM SAÚDE	61
O RURAL E A INCLUSÃO DE ATUANTES INCOMUNS NO ENSINO MÉDICO - O ENVOLVIMENTO FAMILIAR E O CASO EKBOM	64
A IMPORTÂNCIA DO RECRUTAMENTO DE ATUANTES NÃO USUAIS NO ENSINO RURAL E OS ATRIBUTOS DA APS NA FORMAÇÃO MÉDICA	71
O escopo ampliado na medicina rural impulsiona os estudantes rumo à integralidade do cuidado	71
O professor-médico “enraizado” nas comunidades rurais e sua influência longitudinal para a educação médica	78
O estudante com autonomia “às porteiras” do SUS e algumas inversões de raciocínio	82
O rural na busca de um equilíbrio entre generalismo e a especialização para o sistema de saúde	89

Rural x Urbe: atuantes diferentes geram novos problemas de saúde que, por sua vez, demandam outros caminhos de cuidado e enriquecem com diversidade a formação	96
“Cultivando Acordos” em um Frágil “Equilíbrio” para a Educação Médica Rural	104
CONCLUSÃO	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido	139
Anexo B – Questionário auto-aplicado pelos alunos via googleforms	142
Anexo C – Questionário auto-aplicado para equipe de saúde	144
Anexo D – Questionário auto-aplicado para professores	145
Anexo E – Roteiro para entrevista semi-estruturada com alunos	147
Anexo F – Roteiro para entrevista semi-estruturada com equipe de saúde	148
Anexo G – Roteiro para entrevista semi-estruturada com professores	149

INTRODUÇÃO

Este trabalho busca contribuir para a Educação Médica e suas consequências para a equidade das políticas e práticas de distribuição e adequação qualitativa dos profissionais de saúde em relação às necessidades da população brasileira.

O recorte específico em experiências de ensino médico em áreas rurais, relaciona-se às experiências do autor, que é médico de família em áreas rurais há vinte anos, sendo dezessete destes como professor. Soma-se a isso, a oportunidade de ter representado a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade junto à Associação Mundial de Médicos de Família, em especial através da participação do *Wonca Working Party on Rural Health*. Esta atividade, além de possibilitar o contato com médicos e professores de medicina do mundo todo, entre outras coisas, propiciou a realização do primeiro Congresso Mundial de Saúde Rural realizado em nosso país (e na América do Sul), a abertura de uma seção regional de um periódico internacional sobre Saúde Rural e Remota¹, a participação em palestras e mesas redondas em diversos países, bem como alguns artigos e capítulos de livro sobre o tema, em parcerias nacionais e internacionais. As implicações deste trabalho não se registrem, no entanto, à área médica, pois a despeito do recorte escolhido, suas reflexões se aplicam facilmente a todas áreas da saúde.

No Capítulo 1, tem-se como ponto de partida uma breve análise de quem e como são os médicos formados no Brasil, especialmente nos últimos anos. Os motivos desta realidade e uma reflexão sobre se essa formação atende às necessidades da população brasileira é seguida de uma breve apresentação sobre o que é a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Medicina de Família e Comunidade (MFC). Introduce-se também a discussão sobre ruralidade, medicina rural e a problemática da distribuição de recursos humanos em saúde. Tendo isto em vista, revisam-se experiências e recomendações internacionais e das políticas nacionais relacionadas.

No capítulo 2, apresenta-se uma revisão de literatura sobre experiências de educação médica rural na América do Sul, que busca contribuir para uma lacuna bibliográfica importante e que servirá ao longo do trabalho para melhor

¹ Trata-se da Rural and Remote Health, que até 2014 tinha seções em todos os continentes, exceto a América Latina.

contextualizar e traçar comparações em relação à experiência especificamente estudada. Esta, que corresponde ao Estágio Rural em Saúde da Família da Universidade de Caxias do Sul (UCS), será apresentada em detalhes no capítulo 3. Tendo conhecido a problemática mais ampla, revisado a literatura regional e conhecido a experiência específica a ser estudada, parte-se para os capítulos 4 e 5 onde serão apresentadas duas formas de avaliação. A primeira, de abordagem mista qualitativa e quantitativa, focada nos resultados de entrevistas de estagiários e professores. A segunda, de abordagem qualitativa, aproveitando-se parcialmente de um referencial metodológico da teoria do Ator-Rede, onde procura-se identificar e descrever quais atuantes e relações estão envolvidas nas práticas de educação médica rural, traçando comparativos com o ensino médico tradicional. Utilizo a noção de atuante no sentido de agente empregado por Latour como uma das categorias analíticas centrais neste trabalho. Para Latour, atuante é (tradução do inglês *actant*) um termo tomado da semiótica para incluir os não-humanos, ao contrário de ator (*actor*), geralmente utilizado somente para humanos. Latour, por meio do exame da prática, na teoria que ganhou o nome de “Teoria do Ator-Rede” ou ANT (*actor-network theory*) descreve inúmeros casos de surgimento de atuantes. Estes conceitos e teorias serão melhor apresentados no início do último capítulo.

Espera-se com este trabalho, entender melhor os desafios, vantagens e desvantagens da diversificação dos cenários de ensino na formação médica tanto para os estudantes, universidades, equipes de saúde e para as comunidades rurais. Espera-se que as reflexões geradas a partir dos dados obtidos em trabalho de campo, questionários, entrevistas e revisão bibliográfica contribuam para o aprimoramento de políticas e práticas de formação médica, recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas rurais. Evidentemente, tudo isso não fará sentido se não produzir melhores indicadores de saúde, acesso e satisfação para as comunidades envolvidas.

CAPÍTULO 1: POR QUE EDUCAÇÃO MÉDICA EM ÁREAS RURAIS?

Em 2020, o Brasil atingiu a marca de meio milhão de médicos registrados, dos quais 293.064 possuíam um título de especialista. Com isso, alcançou-se a relação de 2,38 médicos por 1.000 habitantes, o maior número já registrado no país (SCHEFFER *et al.*, 2020). No último século, o número de médicos aumentou cinco

vezes mais que o ritmo no crescimento do número de habitantes. Na última década, esta aceleração esteve relacionada à abertura de novas faculdades de medicina e à criação de novas vagas em cursos já existentes (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Espera-se, naturalmente, que este aumento tenha contribuído para uma melhora da saúde geral da população e que ao haver mais profissionais, tenha ocorrido também uma distribuição mais justa dos recursos de saúde disponíveis. De fato, vários indicadores gerais de saúde populacional parecem estar apresentando melhoras nas últimas décadas, como a expectativa de vida ao nascer, mortes por doenças infecciosas e mortalidade infantil. Outros, entretanto, não apresentam resultados tão claramente positivos ou, às vezes, até negativos, como por exemplo o número de casos e mortalidade por vários tipos de câncer e pelas doenças cardiovasculares². Estes resultados, entretanto, não estão relacionados a um fator isolado, como o número de profissionais de saúde, mas é influenciado por múltiplos determinantes, em diversos níveis, sendo a assistência médica uma parcela relativamente pequena dessa rede causal (BUSS, 2007). Alguns autores sugerem que aproximadamente 10% de nossa saúde se deve à assistência médica, enquanto uma parcela muito mais importante esteja relacionada ao estilo de vida e ao meio ambiente, além de fatores genéticos. (SCHROEDER, 2007). Apesar disso, o número de profissionais habilitados não deixa de ser um fator importante para a saúde de uma determinada região ou população.

A parcela de saúde relacionada com a assistência médica não depende, por sua vez, exclusivamente do número absoluto de profissionais, mas também está intimamente relacionada com a forma com que os recursos (inclusive os humanos) estão organizados dentro de um sistema. Certos atributos organizadores de um sistema de saúde, reunidos sob o título de Atenção Primária à Saúde (APS), relacionam-se claramente com melhores indicadores de saúde e uma maior racionalização dos gastos na área (STARFIELD *et al.*, 2002.). Estes atributos incluem a definição de uma “porta de entrada” do sistema de saúde que seja próxima às pessoas e acessível, não só geograficamente, mas em termos de horários, custos e culturalmente. Este serviço de contato inicial deve estar articulado de forma coordenada com o restante do sistema, o que inclui a troca eficiente da informação relevante. Importa também que o cuidado cubra as diversas etapas de

² Para dados gerais relacionados à saúde brasileira consultar: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201> e <https://data.worldbank.org/country/BR>.

vida e não só durante episódios de doença ou descompensação, o que compreende a prevenção de doenças, promoção da saúde, tratamento e reabilitação de agravos, além de pressupor uma visão integral do ser humano, incluindo as esferas físicas, psíquicas e sociais³.

Em nosso país, a implementação gradual da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que aproxima o Sistema Único de Saúde (SUS) deste modelo, tem sido relacionada com diversos desfechos positivos (BASTOS *et al.*, 2017). Esta estratégia, que se propõe a ajudar a reorganizar o sistema de saúde a partir dos princípios anteriormente descritos, vem progressivamente sendo implantada desde 1994 e atinge hoje aproximadamente 60% da população brasileira. As equipes de saúde da família estão distribuídas por todo território nacional e espera-se que tenham uma resolutividade de pelo menos 85% dos problemas de saúde locais, articulando o cuidado com outros níveis sempre que necessário. Sua inserção comunitária com áreas geograficamente delimitadas e inclusão de membros locais treinados, nas equipes, os agentes comunitários de saúde (ACS), almeja proporcionar uma maior contextualização do processo saúde-doença e consequente aumento de sua eficiência e competência cultural.

O número de estudantes, no entanto, que opta por direcionar sua formação para o trabalho na MFC ainda é relativamente pequeno, comparado com a necessidade do sistema de saúde (SCHEFFER *et al.*, 2020; SCHANAIDER, 2014). A atração por especialidades focais, que frequentemente prometem melhor retorno financeiro e de status, é um fenômeno complexo e que ocorre em diversas partes do mundo (MELI *et al.*, 2014.). O recente aumento de vagas privadas na educação médica e o débito acumulado resultante para os futuros profissionais e suas famílias também parece ter impacto nestas escolhas (PHILLIPS *et al.*, 2010).

Esta discussão ainda inclui outro aspecto importante para a saúde de uma população, mais qualitativo, que é o perfil do profissional e sua forma de atuação. Não basta termos um número adequado de profissionais e um sistema de saúde organizado se não houver um equilíbrio entre os perfis profissionais (generalista x especialista, ambulatorial x hospitalar, por exemplo) para que os atributos de bom funcionamento de um sistema de saúde existam e respondam às reais necessidades de saúde das pessoas. O desequilíbrio entre perfis profissionais na saúde se agrava

³ Para aprofundar os atributos da APS, ver Starfield (2002). Para uma reflexão sobre como os atributos da APS assumem características especiais na saúde rural, ver Targa (2012).

pelo fato de que apenas uma minoria das pessoas necessita de cuidados especializados hospitalares. A partir de estudos de Ecologia Médica, sabe-se que a grande maioria dos problemas de saúde pode ser resolvida em ambiente ambulatorial e com apoio do médico generalista, ou especialista em Atenção Primária, suportado por uma equipe interdisciplinar relativamente simples (WHITE, 1997; GREEN *et al.*, 2001; STARFIELD, 2002). Uma excessiva centralização em hospitais escola durante a formação médica impele o futuro profissional a reproduzir este modelo em sua carreira, gerando um processo de retroalimentação que prejudica a equidade do sistema de saúde e a adequação às demandas mais frequentes da população.

Este descompasso entre os profissionais disponíveis e as necessidades do sistema de saúde se dá não só em relação à qualidade, no sentido do direcionamento para uma formação qualificada para lidar com as reais demandas de saúde geral, mas também quanto à sua distribuição, visto que os hospitais universitários em sua maioria se concentram em grandes centros urbanos. O aumento do número de médicos formados, descrito anteriormente, poderia pressupor uma melhor distribuição dos recursos de saúde, através de um efeito de transbordamento, observado em alguns lugares (MATSUMOTO *et al.*, 2012). É difícil saber ao certo, pois a flutuação constante das políticas na História recente de nosso país dificulta a avaliação exata, mas é possível que este efeito esteja de fato ocorrendo em algum nível, especialmente em áreas específicas, se compararmos há décadas.

Apesar destes possíveis avanços pontuais, ainda é importante o descompasso entre áreas rurais⁴ e urbanas no que diz respeito ao acesso aos serviços básicos de saúde. Ao compararmos as regiões brasileiras, por exemplo, veremos que a Região Norte apresentava em 2020 uma taxa de 1,3 médicos por mil habitantes, enquanto na Região Sudeste a média era de 3,15 médicos para mil

⁴ A discussão do conceito de ruralidade é ampla e interessante, além de apresentar implicações importantes para a saúde. Não há, apesar disso, consenso internacional sobre o assunto. Não será aprofundada neste trabalho esta discussão, já realizada pelo autor e por outros, sendo suficiente para os objetivos deste trabalho utilizar o termo 'rural' de forma ampla e genérica, para designar áreas de relativa baixa densidade demográfica e pequena população, mais ou menos distantes dos grandes centros urbanos e que são compreendidas por seus habitantes e trabalhadores de saúde como rurais. Para aprofundamento desta discussão, ver, por exemplo, Ando *et al.*, (2011); Marques (2002); Veiga (2002); Kageyama (2004) e IBGE (2017).

habitantes. Verificam-se também desequilíbrios internos aos estados da federação, tendo as grandes metrópoles as maiores concentrações de médicos. Segundo o Conselho Federal de Medicina, o conjunto das capitais apresenta a razão de médicos registrados por 1.000 habitantes de 5,65, enquanto é 2,38 no país como um todo (SCHEFFER *et al.*, 2020). Em áreas rurais, há 0,59 médicos por mil habitantes, ou 26.123 médicos para quase 44 milhões de habitantes, de 3.520 municípios. Este contingente enorme de pessoas vivendo em áreas rurais ou localidades remotas está longe de ser desprezível, pois é maior do que a população total de diversos países.

A desproporção na distribuição de recursos humanos em saúde, por sua vez, parece estar diretamente ligada às diferenças encontradas entre os indicadores de saúde como mortalidade infantil, de acesso a consultas e atividades preventivas e mortalidade por doenças específicas (TARGA, 2012). Diversos determinantes sociais importantes como a taxa de alfabetização, o acesso ao saneamento básico, a qualidade da moradia, entre outros, também são piores relativamente em áreas rurais (SOARES *et al.*, 2015)

Este problema não é exclusivo de nossa nação. Existe mundialmente uma importante dificuldade em acessar serviços de saúde em zonas rurais, pequenas cidades e áreas remotas. Estima-se que um bilhão de pessoas no mundo não tenha acesso a um profissional de saúde treinado (CRISP; CHEN, 2014.). Dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010; 2021) revelam que, apesar de aproximadamente metade da população mundial habitar zonas rurais, somente 24% dos médicos trabalham nestas áreas. Esse problema é ainda mais grave nos países pobres, embora não seja exclusivo deles. A Organização Internacional do Trabalho (INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION, 2015) refere que o déficit global na cobertura de saúde rural é 2,5 vezes maior do que nas áreas urbanas. Os maiores déficits ocorrem nas áreas rurais, onde 56 por cento da população está sem cobertura de saúde legal. A falta de profissionais de saúde, que chega a 10 milhões no mundo, também é distribuída desigualmente, sendo aproximadamente 70% nas áreas rurais (INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION, 2015).

Este problema foi alvo de diversas propostas ao longo da história do nosso país, apresentando resultados variáveis, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Trabalho

em Saúde (PITS), o Programa Mais Médicos⁵, e seu desdobramento mais recente, o Programa Médicos pelo Brasil. Especialmente estes últimos, parecem buscar a aplicação de abordagens múltiplas, como a OMS recomenda às nações que enfrentam dificuldades no recrutamento e retenção de profissionais de saúde para áreas rurais. Isso se faz necessário visto que tanto o diagnóstico como a solução do problema passam pela falta de estrutura e recursos para o trabalho em saúde no interior, falta de políticas de estímulo à fixação dos profissionais em áreas remotas, dificuldades de adaptação da família dos profissionais de saúde, falta de uma perspectiva progressiva de carreira profissional e oportunidades de crescimento acadêmico, etc. (OMS, 2021; TARGA *et al.*, 2013).

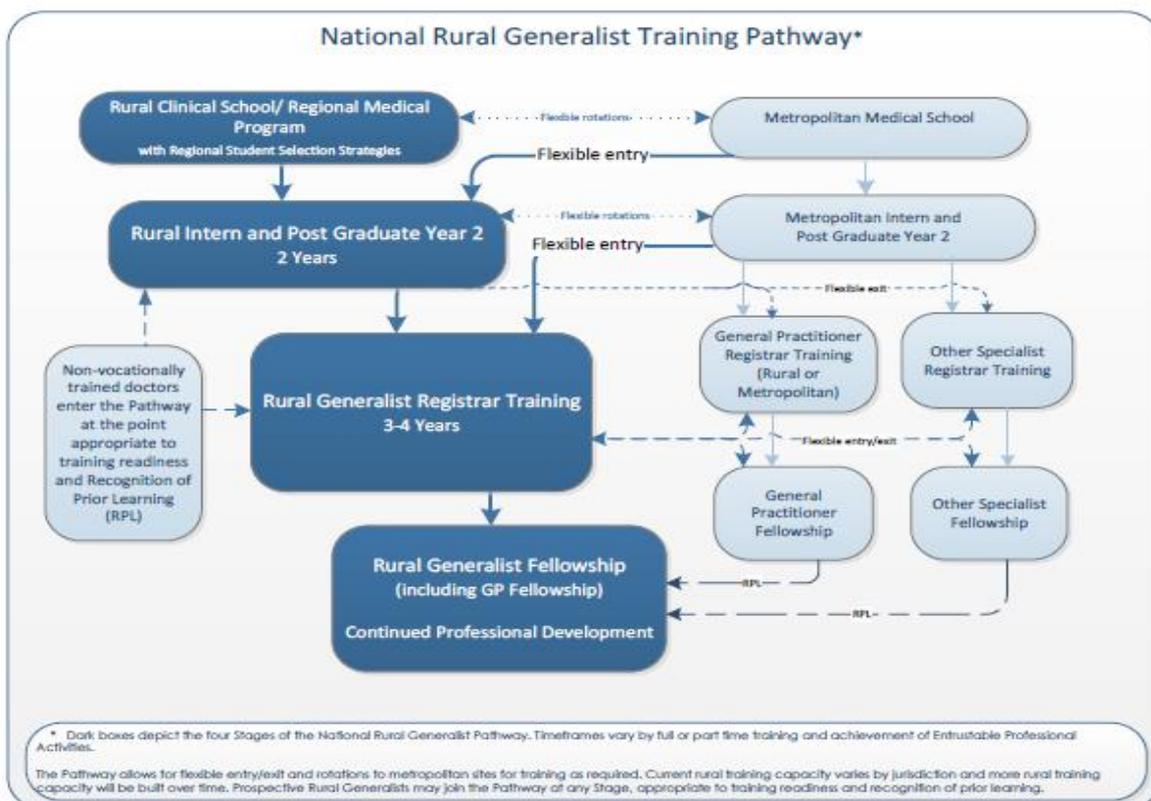
Entre as abordagens sugeridas pela OMS, a partir do corpo de conhecimento acumulado internacional, e que foram mais ou menos incluídas ao longo da história das políticas nacionais, é bastante robusta a evidência de que fatores relacionados à formação profissional são importantes indutores de uma melhor distribuição dos profissionais (WHO, 2021; WILSON *et al.*, 2009; GUILBAULT *et al.*, 2017; O'SULLIVAN *et al.*, 2018). Os fatores relacionados à formação, que interessam de forma especial a este trabalho, geralmente se dividem em: 1) os relacionados à seleção dos estudantes (formas de ingresso, origem geográfica, características de personalidade, gênero e renda); 2) os relacionados com a própria formação (localização do curso, modelos de rotação de estágios, exposição a diferentes cenários de ensino, direcionamento dos currículos para as necessidades locais, programas compulsórios); e, 3) pós-graduação (estímulos de recrutamento e retenção baseados nos fatores anteriormente citados, análise de desempenho em provas, pós-graduação rural, educação permanente, fortalecimento das chances de ligação do profissional rural com carreira acadêmica e pesquisa, características da docência rural, suporte e incentivos) (WILSON *et al.*, 2009). Existe uma tendência mundial, em especial nos países de língua inglesa, de articular a educação médica rural em um caminho com várias etapas e pontos de entrada flexíveis, em contraste com a criação de estágios, serviços compulsórios isolados ou ações

⁵ Para um resumo das políticas de interiorização da história recente brasileira, ver Maciel Filho (2007). Para conhecer melhor o Programa Mais Médicos, ver o volume 21, n. 9, do periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, de 2016. Desdobramentos nos últimos anos relacionados ao eixo de formação do Programa Mais Médicos, continuado de certa forma pelo Programa Médicos Pelo Brasil, estão em andamento, mas pela juventude da proposta e provavelmente e escassez de relatos de qualidade dos resultados alcançados não serão incluídos aqui.

descoordenadas do restante da formação. Por vezes, isto é chamado de *Rural Pipeline* (FISHER; FRASER, 2010; TESSON HUDSON; STRASSER, 2009) e, mais recentemente, de *Rural Pathways* (ROURKE *et al.*, 2018; O’SULLIVAN *et al.*, 2019). Estes “caminhos de formação” frequentemente iniciam com uma atenção especial às formas de seleção dos futuros estudantes de medicina, de forma a potencializar um perfil adequado e/ou origem rural, mas também pode passar por certas modificações curriculares e inserções em áreas rurais durante a formação inicial e pós-graduada. A Figura 1 exemplifica uma recente proposta ao governo australiano, de implantação de um *Rural Pathway*.

A responsabilidade social de responder às necessidades das comunidades é o núcleo principal da educação médica rural. A principal razão de ser da educação médica em áreas rurais é desenvolver um número suficiente de médicos rurais devidamente treinados para atender às necessidades das comunidades rurais (REID *et al.*, 2014). Isso ganha especial importância em nosso país, que se propõe a reconhecer a saúde como um direito de todos, que destaca a igualdade como princípio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). A educação médica em áreas rurais ou cidades de pequeno porte não se limita a isso, mas apresenta uma grande diversidade de potenciais vantagens para todos os envolvidos: os profissionais em formação, os serviços de saúde locais e seus gestores, bem como as comunidades servidas. Entre elas, são citadas na literatura, sem pretensão de esgotar o assunto: o conhecimento de realidades diferentes dos grandes centros urbanos, onde a maioria das faculdades se concentra; o aprimoramento de habilidades de comunicação; o treinamento da competência intercultural; a ampliação do espectro de habilidades exigidas aos médicos em regiões onde recursos especializados e interdisciplinares são escassos; a percepção de diferentes formas de cooperar em equipe; o treinamento da aplicação do conhecimento médico em ambientes diferentes; a promoção da resiliência; o aprendizado através do *feedback* de uma comunidade; o treinamento de aspectos coletivos/ comunitários do cuidado à saúde de populações delimitadas (DE VILLIERS *et al.*, 2017; MCLEAN *et al.*, 2010; TAVEIRA, 2014; SILVEIRA e PINHEIRO, 2017).

Figura 1: Exemplo de *Rural Pathway*, apresentado ao governo australiano.



Fonte: *National Rural Generalist Taskforce* (2018).

Estas vantagens não são consensualmente valorizadas na formação, que ao longo da História, por diversos motivos, apresentou forte tendência a se concentrar em grandes centros urbanos e no ambiente hospitalar ⁶. A educação médica, no entanto, tem passado por transformações e progressivamente passa-se a valorizar mais a integralidade da formação e a orientação para necessidades locais e comunitárias, com busca de um equilíbrio maior entre especialidades e generalismo, inclusive com diversificação de cenários de ensino e uma maior representatividade de atenção ambulatorial (VERAS, 2020).

Um dos aspectos que ganharam grande visibilidade nos últimos anos, inclusive pela criação de políticas específicas, é a relação positiva entre a descentralização da educação médica e o acesso aos serviços de saúde por parte dos usuários (WHO, 2021). Este efeito pode ocorrer em parte pela abertura de serviços diretamente relacionados com estes cursos, mas predominantemente por uma modificação das relações entre os serviços de formação e o sistema de saúde, diminuindo o isolamento relativo entre os mesmos e gerando um efeito indutor de

⁶ Não é objetivo deste trabalho realizar uma revisão aprofundada sobre a História da Educação Médica, mas apenas destacar aspectos recentes que interessam para a saúde rural.

interiorização nos egressos (WHO, 2021). Internacionalmente isso fica evidente pela divulgação cada vez maior dos bons resultados de experiências de currículos descentralizados com desenhos inovadores (TESSON *et al.*, 2005, WORLEY *et al.*, 2016) e nacionalmente através da tentativa de diálogo com estas experiências (TARGA *et al.*, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2018).

Há, portanto, fortes evidências que a descentralização da formação médica e a diversificação de cenários têm potencial indutor de uma redistribuição dos recursos humanos no sentido de uma maior equidade rural-urbana (WILSON *et al.*, 2009; RABINOWITZ *et al.*, 2011; HOGENBIRK; MIAN; PONG, 2011; WALKER *et al.*, 2012). Apesar disso, e em parte pela relativa juventude da proposta, dúvidas em relação à qualidade destas inovações na formação podem surgir. Algumas avaliações mostram que são infundadas as preocupações sobre a qualidade da formação destes médicos em relação à forma atualmente hegemônica de formação em hospital terciário (WORLEY; ESTERMAN; PRIDEAUX, 2004; MCLEAN *et al.*, 2010; ZINK *et al.*, 2010).

Um exemplo nacional mais recente nesta direção foi o Programa Mais Médicos, que incluiu em uma etapa tardia, dentro de uma variada gama de estratégias (algumas delas muito polêmicas, como nos mostra Cammack, 2015) a proposta de estimular a descentralização da formação médica (OLIVEIRA *et al.*, 2015). A abertura de novos cursos, no entanto, ocorreu de forma desigual no país, sendo que quase metade (46%) das vagas de medicina está na região sudeste, o equivalente às próximas três regiões juntas (nordeste, sul e centro-oeste) (SCHEFFER, 2020). Isto se deve em parte pela grande concentração de habitantes nesta região, mas não deixa de ser um indicativo da distribuição desigual da oportunidade de cursar medicina no país. Além disso, este programa acabou competindo com a formação nacional de recursos humanos para a Atenção Primária por meio da residência médica, ao oferecer bolsas maiores e privilegiar em alguns momentos o ingresso de médicos estrangeiros em condições peculiares de remuneração, direitos e validação de diplomas. A qualidade comparativa da formação dos novos cursos descentralizados e seu poder de fixar profissionais no interior ainda está por ser demonstrada. As evidências internacionais citadas anteriormente de não inferioridade da formação rural não podem automaticamente ser aplicadas às experiências nacionais devido a suas claras diferenças. É

necessário a produção de avaliações nacionais para chegarmos a conclusões sobre isso e, também, um importante esforço para atingir-se uma ótima qualidade na abertura de experiências inovadoras.

Desde 2013, o Brasil também conta com uma Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. (BRASIL, 2013a). Apesar desta política mencionar a necessidade de consideração dos temas relacionados às necessidades da saúde rural na educação permanente dos profissionais, curiosamente omite os mesmos em sua formação inicial. Isso deve ser corrigido, à luz das evidências e recomendações internacionais, se quisermos avançar na equidade em saúde.

Parece inegável, apesar das idas e vindas relacionadas à instabilidade política recente, que ocorreram alguns avanços na última década em nosso país, em relação à saúde rural. Isto pode ser constatado, por exemplo, a partir da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (BRASIL, 2013a) e das políticas de interiorização de profissionais de saúde, como o Mais Médicos (BRASIL, 2013b), no que pese os problemas que podem ser apontados nestas políticas.

Além disso, há avanços na forma de pensar o próprio conceito de ruralidade, que pode ser visualizado na evolução do mesmo pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), que vai na contramão histórica de minimizar e desvalorizar a ruralidade como residual do processo de urbanização e, portanto, menos importante. Anteriormente, o conceito de rural baseava-se numa excessivamente simples autodenominação municipal, sujeita a diversos interesses e que subestimava a população rural brasileira⁷. A recente proposta supracitada procura aumentar a complexidade do olhar sobre a diversidade da distribuição da população em relação ao território e seus recursos, levando em consideração aspectos como a densidade demográfica, distância dos grandes centros e tamanho. Estes progressos vêm acompanhados de uma tendência a se valorizar o papel da Atenção Primária na formação de profissionais de saúde como foi citado anteriormente (BRASIL, 2013b). Esta combinação tem sido propícia para repensar os cenários e práticas de educação médica, inclusive promovendo ampliação do uso de espaços rurais.

⁷ Ver nota de rodapé 4.

Algumas propostas pontuais (TARGA *et al.*, 2021; SILVEIRA, 2014; SILVEIRA; PINHEIRO, 2017; GUIMARÃES, 2004; BARBOSA, 2013) também têm oferecido alternativas para contribuir em uma melhor adequação da formação médica em relação à temática da saúde rural. Na sua maioria constituem estágios rurais generalistas ou de medicina de família e comunidade dentro de currículos tradicionais. Uma proposta de formação complementar à residência médica em MFC⁸, com foco rural, também tem sido discutida, mas não teve sucesso em ser implantada de forma ampla, apesar de algumas experiências pontuais (TARGA *et al.*, 2020).

Estas experiências mais recentes têm raízes em experiências prévias em áreas rurais. (PINHEIRO; SILVEIRA, 2013) nos ajudam a entender um pouco deste percurso histórico de ações médicas e de educação médica em áreas rurais. As experiências mais antigas do gênero em nosso país parecem ser as do Internato Rural da Universidade Federal de Alagoas (1973) (TAVEIRA, 2014) e da UFMG (1978) (POLIGNANO *et al.*, 2004). A discussão sobre os diferentes modelos implantados em realidades diversas será aprofundada no próximo capítulo, juntamente com a discussão de literatura regional do assunto.

A demografia médica brasileira, a história recente da educação médica brasileira e sua relação com as políticas de recrutamento e retenção de profissionais de saúde para o interior parecem ser, portanto, eixos relevantes para se pensar a saúde das populações rurais e a equidade do sistema de saúde. Uma bem planejada política, que inclua a educação médica rural com foco em Medicina de Família/Atenção Primária, constitui-se uma estratégia interessante para o enfrentamento destes vários problemas, visto que pode contribuir para uma melhor distribuição, quantidade e adequação qualitativa do conjunto de recursos humanos em saúde em relação às necessidades da população. Os próximos capítulos aprofundam o entendimento destes tópicos, partindo de experiências concretas e da revisão de literatura, buscando destacar aspectos para contribuir com o aprimoramento de práticas e políticas.

⁸ Trata-se da proposta de um terceiro ano opcional para a residência de MFC.

CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS E DESAFIOS DA EDUCAÇÃO MÉDICA EM ÁREAS RURAIS NO BRASIL E NA AMÉRICA DO SUL

Há, como visto no capítulo anterior, razoável acúmulo internacional de relatos, análises e discussão a respeito da educação médica em áreas rurais, tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação, bem como de aspectos pré-seletivos (como do uso de critérios específicos rurais para entrada em cursos de graduação) e pós-graduação (por exemplo, de aspecto de educação permanente e condições de vida e trabalho como reforçadores da opção por trabalho em áreas remotas). As principais referências mundiais foram ou serão apresentadas ao longo dos próximos capítulos deste trabalho.

Destacam-se nesta área, por volume e qualidade (mas possivelmente em parte influenciados por um viés de publicação e idioma) os estudos de países de língua inglesa, especialmente australianos, canadenses e estadunidenses, como demonstrado por De Villiers *et al.* (2017) e por Schubert *et al.* (2018), todos com grandes áreas rurais e remotas. A aplicação de suas conclusões em realidades distintas, como no caso do Brasil, no entanto, nem sempre é fácil ou possível. Esta dificuldade ocorre por diversos motivos, entre eles as diferenças nos sistemas de saúde, na cultura local, nas formas e no montante de financiamento para saúde, bem como na importância das políticas de saúde pública. Este capítulo busca, portanto, apresentar um recorte regional, até então inédito, das experiências rurais de educação médica publicadas especificamente na América do Sul. Espera-se que este olhar ao conjunto do que tem sido feito e apresentado até agora, em nossa região, ajude na reflexão dos desafios específicos que temos e contribua para enriquecer nossas ações e também a discussão internacional.

Foi realizada, durante o primeiro semestre de 2022, uma revisão de literatura usando as bases de dados *Pubmed*, BVS (BIREME), Scielo e EMBASE. A pergunta de pesquisa estruturou-se a partir de uma pesquisa abrangente de descritores utilizados na literatura internacional e é apresentada no Quadro 1. Os limites utilizados para filtragem de resultados foram os de idioma (inglês, espanhol e português), de data (últimos 10 anos) e de região (América do Sul e/ou de países da América do Sul).

Quadro 1 - Termos de pesquisa utilizados para localização de artigos relevantes nos bancos de dados descritos.

("Rural Population" OR "Rural Areas" OR "Rural Health Services" OR "Rural Health" OR "Hospitals, Rural") and ("Students, Medical" OR "Education, Medical" OR "Schools, Medical" OR "Clinical Clerkship" OR "Preceptorship") and ("South America" or "Brazil" or "Bolivia" or "Paraguay" or "Ecuador" or "Peru" or "Argentina" or "Uruguay" or "Colombia" or "Venezuela" or "Guyana" or "Chile" or "Suriname")

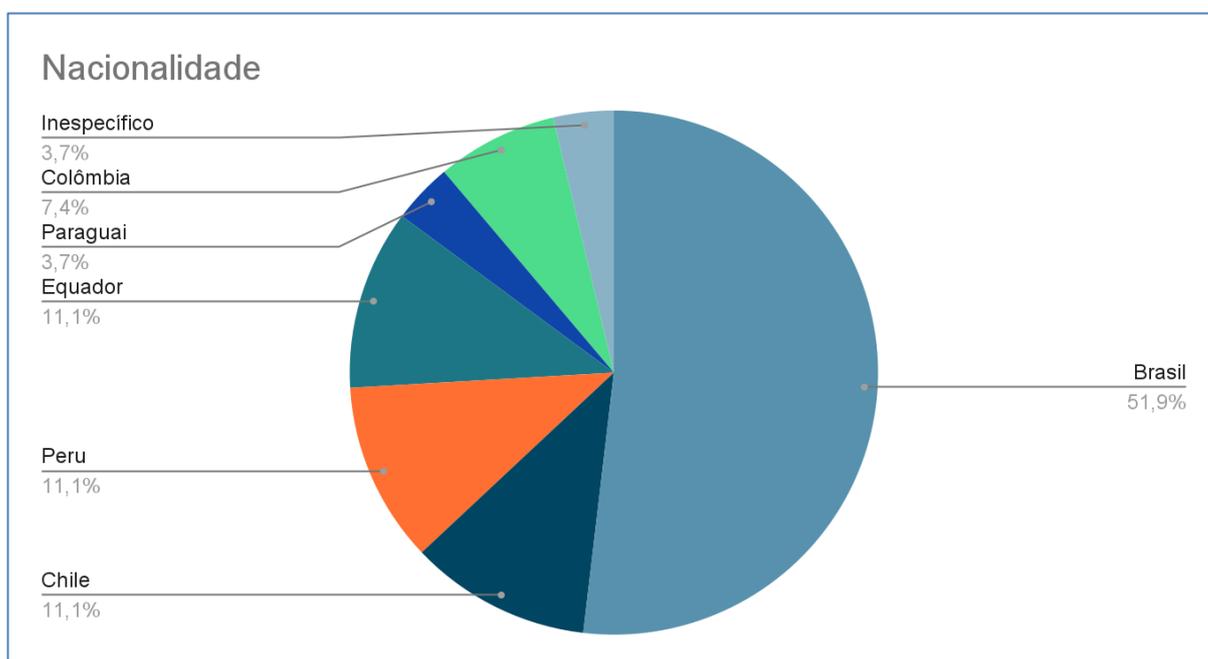
Fonte: dados da pesquisa

Para ser incluído na etapa de leitura e análise do artigo completo, o trabalho precisou apresentar claramente em seu título e/ou resumo que se trata de uma contribuição original, relato de caso ou revisão que descreva uma ou mais experiências de educação médica em área(s) rural(is) ou remota(s), promovida e ocorrida em um ou mais dos países da América do Sul, nos níveis de graduação. Foram excluídos cartas, comentários ou outros formatos de publicação que não atingissem os descritos nos critérios de inclusão, que não deixassem claro no título ou resumo que apresentam ou discutem experiências de educação médica em áreas rurais ou remotas, que estejam fora do período selecionado, que não estejam disponíveis na íntegra em algum dos idiomas selecionados ou que não se refiram à região de interesse.

Nem todas as bases utilizam os mesmos filtros, o que gerou a necessidade de adaptações descritas a seguir. Inicialmente, a busca no *Pubmed* resultou em 16 artigos e no EMBASE, 1 artigo, utilizando o filtro "*allfields*". Nas bases de dados regionais, 259 artigos foram inicialmente selecionados, sendo 258 na Biblioteca Virtual em Saúde (Usando "título, resumo e assunto", por ser o mais amplo) e 1 na base Scielo. O total, portanto, foi de 276 artigos. O resumo do fluxo da revisão é apresentado na Figura 2. Artigos de uma busca mais ampla, que incluiu as referências dos artigos e literatura de prévio conhecimento do autor também foram adicionados para a escrita deste capítulo. No final deste processo, restaram 27 artigos selecionados para estudo aprofundado.

aproximadamente metade dos artigos brasileiros tendo relação direta ou indireta ao eixo formativo do Programa Mais Médicos. Os artigos estão assim distribuídos, por país de publicação: catorze artigos do Brasil (51,9%), seguido do Peru, Equador e Chile (3 artigos cada, 11,1%), da Colômbia (2 artigos, 7,4%) e Paraguai (1 artigo ou 3,7 %). Um artigo revisava a situação do serviço rural nos países andinos, incluindo informações sobre internato rural e aparece no gráfico a seguir (Figura 3) como de nacionalidade inespecífica. Isso não quer dizer, entretanto, que não haja experiências de educação médica rural nos outros países da região, mas apenas que não foram encontradas publicações originais a respeito, no período estudado e no formato aceito. Há na experiência do autor conhecimento de algumas destas que também surgem por vezes citados tangencialmente na contextualização dos artigos incluídos aqui, bem como na revisão de literatura mais ampla.

Figura 3 - Distribuição por nacionalidade dos artigos incluídos na revisão.



Fonte: dados da pesquisa

Em relação aos cenários de educação médica rural apresentados nestes trabalhos, fica evidente o amplo predomínio do nível primário de atenção à saúde e do contato direto com as comunidades, o que parece refletir as mudanças de orientação recentes em vários países da região em relação à educação médica e aos sistemas de saúde. Não foram encontrados estudos sobre educação médica em hospitais rurais ou mesmo no nível secundário, como é comum em outras partes do

mundo. No interior, é muito comum que as necessidades locais exijam uma ampliação do escopo de competências dos médicos (KONKIN *et al.*, 2020; STRALEN *et al.*, 2021; WENGHOFER *et al.*, 2018). Para o trabalho em cenários variados e níveis diferentes, não sendo raro para os médicos de APS também acompanharem seus pacientes em internações hospitalares. Isso pode indicar um possível campo de expansão futura das experiências educativas o que, além disso, pode influenciar positivamente a qualidade deste tipo de serviço e das redes de atenção à saúde no interior.

Existem diversas estratégias e formas de estímulo ao recrutamento e retenção de profissionais de saúde para áreas rurais a partir da educação médica. Como visto anteriormente o consenso internacional sugere que diversas estratégias educacionais sejam articuladas entre si e com ações extra-educacionais, como a melhoria das condições de trabalho, remuneração e vida nas regiões rurais, numa política ampla de “Caminhos Rurais” para um melhor resultado em termos de qualidade de atenção à saúde e captação de recursos humanos. As principais estratégias educacionais estudadas estão resumidas, juntamente com outras não-educacionais, no Quadro 2:

Quadro 2: Principais estratégias para aumentar o recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas rurais.

Seleção do estudante (Origem, etnia, sexo, intenção de carreira, orientação curricular e extracurricular prévia)	Educação Graduação (conteúdo teórico no currículo, estágios rurais) Pós-graduação (residência médica rural, <i>fellowships</i>)
Local da Faculdade (rural, interior)	Serviços Compulsórios (vide texto)
Incentivos ao rural (Previsão de rendimentos, Bolsas estudantis e de aperfeiçoamento, compensações financeiras)	Suporte ao profissional rural Educação permanente, apoio de especialistas e recursos, períodos de descanso (férias, sabáticos), apoio aos familiares.

Fonte: Wilson *et al.* (2009).

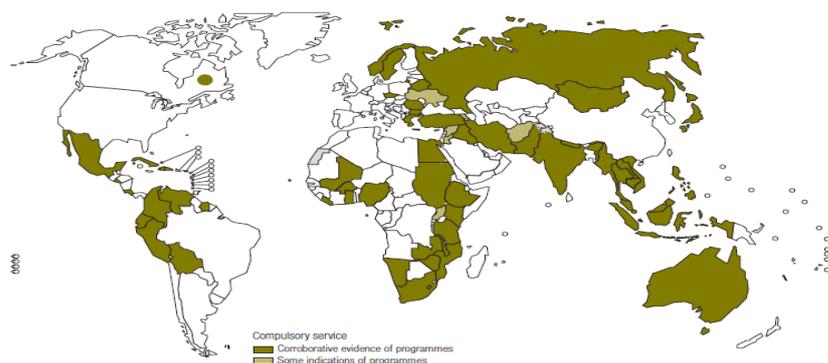
Ser de origem rural, ter realizado ao menos parte de sua educação colegial nestas áreas, assim como parte de sua formação superior parecem estar relacionados com o trabalho rural posterior internacionalmente (McGRAIL; O’SULLIVAN; RUSSELL, 2018; WENGHOFER; HOGENBIRK; TIMONY, 2017; JAMIESON *et al.*, 2013). Há um relato nesta revisão, de um programa no nordeste

brasileiro, que adota uma política seletiva deste tipo, tendo como resultado uma inserção de mais da metade dos estudantes de origem rural próxima a um curso de desenho inovador e descentralizado (MELO *et al.*, 2017). Infelizmente, não estão disponíveis estudos que tenham avaliado o percentual destes estudantes que posteriormente fixam-se em áreas rurais e remotas.

Na América do Sul, ao contrário das tendências acima, a maioria dos países têm optado por serviços compulsórios de recrutamento rural para profissionais de saúde, em especial médicos (PAREDES; GONZALEZ, 2013). Serviços compulsórios são utilizados desde o início do século XX em diversas partes do mundo e, embora de resultados incertos e eticamente questionáveis (WIWANITKIT, 2011; FREHYWOT *et al.*, 2010) parecem atingir algum resultado em relação à fixação de profissionais, embora sua eficácia em relação à retenção dos mesmos, à satisfação dos envolvidos (pacientes e profissionais) e à qualidade dos serviços sejam menos consensuais (FREHYWOT, 2010). Na Figura 4, Frehywot (2010) elenca a situação destas políticas globalmente. Embora o Chile e o Paraguai não constem neste estudo, em nossa revisão constatou-se que há neles elementos de maior ou menor compulsoriedade em relação à possibilidade de especialização posterior (BENDEZU-QUISPE *et al.*, 2020; PAREDES, 2013; PEÑA *et al.*, 2010) Desta forma, com poucas exceções como o Brasil, a Argentina e o Uruguai (não foram encontradas informações sobre as Guianas na literatura), todos os outros países parecem contar com maior ou menor grau destas políticas.

Há três formas principais de regulação da obrigatoriedade (FREHYWOT, 2010): por retenção de registro completo, retenção de diploma e salários ou aplicação de multas. Em nosso continente, as duas primeiras formas parecem ser as mais utilizadas (BENDEZU-QUISPE *et al.*, 2020).

Figura 4 - Países com políticas de serviço rural compulsório



Fonte: Frehywot (2010)

Paredes (2013) identifica duas formas de *pasantía rural* na América do Sul: os de *pregrado* (ou seja, anterior à graduação, como Equador, Venezuela e Colômbia) e os de *postgrado* (pós-graduação, como Paraguai, Bolívia e Peru). Na maioria das vezes, de caráter obrigatório e com duração de doze meses. Na Argentina, este autor relata que, embora não haja políticas obrigatórias governamentais, há algumas experiências similares ligadas a algumas universidades. Em nosso país, uma forma indireta de indução ao serviço rural temporário foi adotada por algum tempo, usando como forma de estímulo uma pontuação significativa para as concorridas vagas de residência médica. Múltiplas mudanças nas políticas geradas pela instabilidade dos últimos anos têm impedido uma melhor avaliação destas medidas que, em geral, costumam ser mais eficazes para o recrutamento temporário do que para a fixação de profissionais e que, por vezes, podem competir com uma solução mais duradoura de estabelecimento de uma força de trabalho estável e qualificada para a APS em áreas rurais e remotas.

Outro aspecto que merece análise é a forma como a educação médica ocorre nos estudos. Dos 27 estudos incluídos nesta análise, doze (44,4%) relacionam-se com internato médico rural ou período obrigatório rural equivalente, ao final da graduação; sete artigos (25,9%) descrevem e/ou avaliam ações pontuais principalmente em comunidades rurais e oito (29,6%) são análises e estudos relacionados aos cursos de medicina, sua distribuição geográfica, projetos pedagógicos, currículos inovadores, etc.

Com estes resultados em mente torna-se interessante fazer uma comparação com o cenário internacional. Há uma tendência nos países de língua inglesa, que já contam com certa tradição em pesquisar sobre a educação médica em áreas rurais, em ressaltar inovações como a descentralização de cursos de medicina e uma variável ênfase em currículos voltados para as necessidades destas comunidades. Tesson *et al.* (2005) sugerem uma tipologia dos cursos neste sentido: 1) “Escolas Mistas Rurais/Urbanas”, que são escolas historicamente urbanas que expandiram seu mandato para atender às necessidades de jurisdições rurais e remotas específicas com as quais desenvolveram relacionamentos; 2) “Escolas Rurais *De Facto*”, que são escolas com mandato para atender regiões geográficas (província ou estado) com populações rurais substanciais, mas não necessariamente definem seu papel como rural; e, 3) “Escolas Rurais Autônomas”, que são novas escolas

criadas especificamente para atender às necessidades de regiões rurais e remotas definidas.

Destaca-se ainda a criação de experiências de formação interdisciplinares mais longas, chamados Estágios Integrados Longitudinais (EILos, em inglês, *Longitudinal Integrated Clerkships ou LICs*) como parte de uma série de estratégias interligadas, como visto no capítulo anterior, conhecidas pelo nome de Rural Pathways (ROURKE *et al.*, 2018; O'SULLIVAN *et al.*, 2019). Os EILos combinam uma imersão prolongada em um ambiente clínico, em contato direto com um profissional médico, frequentemente em áreas onde há carência de recursos humanos, com contribuições significativas dos estudantes no cuidado em saúde. Por promover cuidado direto, integral e de longa duração de pacientes e que engloba os objetivos de aprendizado de múltiplas disciplinas médicas simultaneamente, proporcionam experiências educacionais que não seriam possíveis através de uma abordagem tradicional de rotação em áreas/especialidades (WORLEY *et al.*, 2016).

Worley *et al.* (2016) identificaram três padrões de organização dos EILos e sugerem a seguinte tipologia⁹: EILos Integrais (*Comprehensive LICs*), EILos Parciais (*Blended LICs*) e Estágios Mistos Semelhantes a um EILo (*LIC-like Amalgamative Clerkships*). Os EILos Integrais compreendem os programas onde a maioria das principais competências clínicas do ano acadêmico são adquiridas a partir de um programa integrado (em várias disciplinas simultaneamente); os EILos mistos são aqueles que incorporam todas ou a maioria das disciplinas no estágio, mas utilizam rotações específicas da disciplina para complementar o ano acadêmico; e, por fim, os últimos são as experiências mais curtas que, embora proporcionem aprendizagem combinada de uma série de disciplinas, e serem mais longos do que as rotações usuais em seu ano, não atendem o critério da "maioria" das competências descrito nos EILos Integrais. Os autores identificaram 54 EILos em sete países, a maioria ocorrendo no penúltimo ano de formação clínica¹⁰, com uma duração média de 40 semanas.

⁹ A tradução que julgo melhor não é a literal, pois o sentido das palavras não expressa a descrição das experiências classificadas pelos autores. Utilizo aqui os termos que julgo melhor resumir as características distintivas e explicar os modelos propostos.

¹⁰ A formação médica pode variar conforme a região. Enquanto no Brasil e países sul-americanos incluem o internato na graduação e os anos clínicos em um ciclo básico, em outros lugares encurtam a graduação para cobrir os últimos, colocando o internato imediatamente após a diplomação.

Em nossa região, começam a surgir, nos últimos anos, experiências que se aproxima disto, sendo, no entanto, como visto anteriormente, ainda muito mais prevalentes, as políticas de serviço compulsório ao final ou imediatamente após o curso de medicina, os estágios de curta duração e as experiências pontuais em áreas rurais. O Programa Mais Médicos, especialmente em seus anos mais adiantados, procurou expandir seu enfoque inicialmente muito centrado no recrutamento de profissionais estrangeiros para outros eixos, incluindo preocupações de formação médica. Esta expansão, que também não foi isenta de distorções, provavelmente procurava incorporar as críticas feitas e acomodar interesses estratégicos, buscando aumentar a base de apoio e pensar soluções mais duradouras aos problemas que se propunha enfrentar (PEREIRA *et al.*, 2021; ROCHA *et al.*, 2021). Uma parte destes cursos, como mencionado acima, teve contato com experiências internacionais de educação médica rural e buscaram aproveitar alguns ensinamentos acumulados destas. Com isso, um aumento do uso de serviços da rede de atenção à saúde de municípios do interior, da aplicação de metodologias ativas e do estímulo à autonomia do estudante em um modelo mais contextualizado começam a ser descritas nos últimos anos (CYRINO *et al.*, 2020). Estas experiências, por um lado, parecem ser mais ambiciosas do que as ações pontuais e das experiências de rotações de internato ou serviço rural obrigatório que são as outras formas encontradas na região. Por outro lado, exigem esforço e recursos muito maiores, além de não contar com a segurança que estas experiências mais tradicionais e conhecidas proporcionam. Ainda estão por ser demonstrados os resultados reais destas experiências, que ainda são muito recentes, embora alguns desafios e aspectos positivos tenham começado a ser levantados (FIGUEIREDO *et al.*, 2019; VIEIRA, PINTO; MELO *et al.*, 2018). Outro aspecto importante é a maior dificuldade de adaptação aos currículos e aceitação em nosso meio, destas experiências. Infelizmente, em nossa região, não são encontrados estudos comparando diferentes estratégias educativas e nem estudos que revelem o impacto destes modelos em relação à fixação posterior de profissionais em áreas rurais, constituindo-se em interessantes linhas futuras de pesquisa.

Nas experiências regionais publicadas, são destacadas frequentemente nas pesquisas algumas vantagens dos cenários rurais para a educação médica como,

por exemplo, propiciar um diferente contato com realidade fora dos hospitais escola, diretamente com o sistema de saúde (ESCALANTE-ROMERO *et al.*, 2010; SANCHEZ *et al.*, 2017). São também ressaltados aspectos positivos do relacionamento com outros profissionais e com as próprias comunidades (MÍLLAN *et al.*, 2006). Também é comentada a potencialidade em relação às ações preventivas, de promoção de saúde, a melhoria da saúde das populações locais e níveis de satisfação (SACO MÉNDEZ; ZAVALA, 2017), bem como a aquisição e aprimoramento de habilidades pelos estudantes em cenário diferente do usual. (MÍLLAN *et al.*, 2006; SACO MÉNDEZ; ZAVALA, 2017; NEWMAN; SHAPIRO, 2010; VILLAFUERTE-GALVEZ; CURIOSO, 2007).

Outro resultado encontrado relaciona-se ao uso das ferramentas de educação à distância como a telessaúde, que foi destacado como útil e factível (VASQUEZ-CEVALLOS *et al.*, 2018; MAGDALA *et al.*, 2019).

De forma geral, alguns obstáculos e limitações são apontados (ESCALANTE-ROMERO *et al.*, 2010; NEWMAN; SHAPIRO, 2010; VILLAFUERTE-GALVEZ; CURIOSO, 2007): as distâncias a serem percorridas; as dificuldades de trabalhar relativamente isolado, geralmente numa fase precoce da carreira, com dificuldades para discutir casos com colegas mais experientes; os custos de manutenção destas atividades que frequentemente exigem estadia e alimentação diferentes das atividades rotineiras nas Universidades; o isolamento de amigos e familiares.

Uma das conclusões recorrentes de vários estudos é a inadequação ou insuficiência do nível de formação dado na universidade, ou seja, as competências treinadas ao longo da formação, com o exigido para o trabalho nas áreas rurais (SANCHEZ *et al.*, 2017; SANCHEZ *et al.*, 2014; PONTILLO; TORREALBA; FUENTES, 2014). Há esforços para enfrentar esta defasagem que delimitam as competências necessárias a partir da avaliação de experts (GOUVEIA, 2016). Outro questionamento que surge a partir da observação de intercâmbios e expedições (muitas estrangeiras) são os problemas decorrentes de ações de curto prazo que, embora possuam aspectos positivos, frequentemente negligenciam o seguimento e continuidade do cuidado (HUGHES *et al.*, 2010).

A qualidade do sistema de saúde local e nacional impacta a vontade dos estudantes em trabalhar em áreas rurais, especialmente na Atenção Primária. (PEREYRA-ELÍAS *et al.*, 2016; MEDEIROS; TRINDADE, 2019; WEBER, 2017). Isso

reforça as recomendações internacionais anteriormente estudadas, que sugerem que somente medidas isoladas têm resultado inferior no recrutamento e retenção de recursos humanos em saúde rural. As revisões internacionais são praticamente unânimes em sugerir medidas combinadas como a melhor estratégia para enfrentar o problema (WILSON *et al.*, 2009; GIRARDI *et al.*, 2017; CARVALHO *et al.*, 2016).

Este é um dos temas bastante estudados, embora de forma heterogênea entre os países. Na região, os trabalhos mostram que, geralmente, a expectativa ou probabilidade de os estudantes de medicina irem para o meio rural é baixa. Esta chance variou entre países sendo melhor em países como o Chile, Colômbia e Paraguai (PEREYRA-ELÍAS *et al.*, 2016), alguns deles provavelmente por direcionarem políticas específicas combinadas para Atenção Primária em áreas rurais. No Chile, mais da metade das universidades adotaram internatos rurais (PEÑA *et al.*, 2010) que depois pontuam para serviço rural compulsório. No Brasil, movimentos similares têm sido tentados nos últimos anos (WEBER, 2017; CARVALHO *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017), mas não foram encontrados resultados em relação ao desejo dos estudantes em aderir a estas políticas. A visão negativa em relação à APS e ao trabalho em áreas rurais têm sido piores, a partir da literatura, no Uruguai (BARIDON, 2006), na Venezuela (PONTILLO; TORREALBA; FUENTES, 2014) e no Peru (PEREYRA-ELÍAS *et al.*, 2016; MAYTA-TRISTÁN *et al.*, 2011).

Na Argentina, menos de um quarto dos estudantes acha que o meio acadêmico estimula a ida para áreas rurais e pobres e, aproximadamente, 6% referem que percebem uma ação do governo neste sentido. Aproximadamente um terço dos estudantes considera trabalhar nas áreas rurais neste país. (BORRACCI *et al.*, 2015). No Peru, os estudantes de medicina parecem ter menor vocação rural (TARQUI-MAMANI *et al.*, 2015), sendo esta um pouco melhor para os estudantes de enfermagem (HUICHO *et al.*, 2015; RAMÍREZ, 2008). Mayta-Tristán *et al.* (2011) confirmam a baixa expectativa de trabalho (7%) no interior e ainda pior (0,5%) em meio rural. Neste mesmo estudo não se encontrou associação entre trabalho rural e gênero, lugar de nascimento, ter familiares médicos, tipo de universidade, domínio de língua estrangeira, ter residido por mais de um ano no interior e nem com o ano de realização do internato. Encontrou-se associação com ter realizado o internato em um hospital do interior do país, comunicar-se em quéchua, ter ambos os pais

nascidos no interior. Por outro lado, encontrou-se associação negativa com ter uma projeção elevada de ganho financeiro, viver com família nuclear. Em outro estudo, possuir uma origem pessoal rural é citado como fator que aumenta a chance de trabalho nestas áreas (HUICHO, 2015). Em parte, por outro lado, estes resultados negativos parecem estar relacionados a características do sistema de saúde nacional que é citado como fragmentado, sem acesso universal, com fortes desafios ao acesso e sem ter uma orientação clara à APS (NEWMAN; SHAPIRO, 2010; PEREYRA-ELÍAS *et al.*, 2016).

Outro estudo (MAYTA-TRISTÁN *et al.*, 2010) também confirmou, de forma importante, que em diferentes países a vontade de trabalhar no nível de cuidados primários é menor em comparação com hospitais, e isso impacta fortemente a chance de centralização urbana. Para avançar nesta direção, algumas sugestões (CENTENO, 2004) apontam para o fato de não haver necessariamente necessidade de novos cursos de medicina em muitos lugares, mas uma necessidade de integrar a medicina rural ao currículo já existente. Promover trocas de experiência dos estudantes que foram ao rural com os outros como forma de aumentar o interesse que está latente nestes convidar profissionais e preceptores rurais para dar aulas dos tópicos rurais nas universidades, chamar universidades que tem atuação em áreas rurais a participar da formulação de políticas de saúde para estas regiões e estimular a pesquisa sobre saúde rural são outras sugestões de aprimoramento da formação médica.

Estas observações são compatíveis com sugestões internacionais. Em uma revisão da América Central (COLON-GONZALEZ *et al.*, 2015), por exemplo, desafios frequentes destacados foram: (a) a exposição à medicina rural geralmente tem lugar tardiamente, durante serviço social compulsório ou semelhante, ao invés de durante a formação médica; (b) programas inovadores de educação médica rural frequentemente não são sustentáveis por desafios de financiamento ou liderança; (c) a maioria da força de trabalho médica está centrada em áreas urbanas, dificultando modelos locais de profissionais e professores; e (d) há colaboração insuficiente para estabelecer sistemas de ensino e serviço que alcance as demandas de saúde rural. Sugestões recorrentes na literatura são: (a) tornar a APS o componente central da educação médica e (b) expandir o currículo médico em comunicação intercultural e determinantes sociais de saúde. Além disso, sugestões para os sistemas de saúde

incluem: (a) melhorar as condições de moradia e trabalho dos profissionais de saúde em áreas rurais; e (b) estabelecer parcerias entre organizações educacionais, governamentais, não governamentais e as comunidades para promover treinamento rural em saúde e sistemas de saúde adequados.

Conclui-se que a produção de conhecimento na área de educação médica rural na América do Sul é modesta em tamanho e qualidade, mas apresenta uma melhora progressiva nos dois aspectos ao longo dos últimos anos. Esta melhora provavelmente acompanha um progressivo interesse pelo problema da saúde das populações rurais nas políticas de alguns países da região. A falta de profissionais em áreas rurais e a necessidade de estratégias educacionais como parte da solução estão tendo visibilidade na região embora o ritmo de publicações não necessariamente reflita o ritmo das políticas. Grande parte das pesquisas na área é autofinanciada, o que demonstra o quanto pode ser melhorado o estímulo de instituições e governos.

Vários desafios tanto em relação ao meio acadêmico quanto aos sistemas de saúde dos países da região precisam ser enfrentados de forma planejada para melhorar a adequação da formação em relação às necessidades das populações rurais, o que inclui o recrutamento e fixação destes profissionais onde mais são necessários. A qualidade das políticas de orientação para APS, acesso universal e atenção integral à saúde parecem estar relacionadas com a visão mais positiva do trabalho em APS em áreas rurais por parte dos graduandos. Estratégias combinadas (educacionais, de sistema de saúde e de qualidade de vida e carreira para o médico) funcionam melhor do que ações isoladas. O contato precoce e positivo do profissional em formação com a saúde rural aumenta a probabilidade desta se tornar uma escolha posterior de trabalho e deve ser levada em consideração entre as estratégias de recrutamento e retenção de recursos humanos na saúde. O uso de ferramentas de telessaúde pode aumentar a probabilidade de ofertar ensino de qualidade nestas áreas e diminuir o isolamento de profissionais, equipes e pacientes, mas também corre o risco de ser julgado o suficiente para prover atenção à saúde e acabar competindo com as políticas de descentralização.

Há grande necessidade de melhores estudos nesta área. Focos de possíveis novas pesquisas estão no custo-efetividade destas estratégias; na comparação de modelos e períodos de treinamento; na comparação entre países e regiões; na

comparação entre formação rural, urbana e mista; qual impacto do telessaúde e comparar com meio urbano; quais parcerias são mais estáveis e duradouras em seus resultados; qual o papel da comunidade nestas experiências educacionais; qual o melhor perfil de preceptor; entre outros.

A saúde rural é frequentemente desvalorizada na América do Sul e muitas vezes injustamente considerada como medicina de segunda classe. Talvez não sejam necessárias, como nos sugere Centeno (2004), grandes mudanças curriculares ou programas ambiciosos de saúde rural, que frequentemente não se sustentam, embora sejam bem-vindos. O que se faz necessário é, ao invés disso, uma mudança gradual e sustentável, baseada no compromisso de faculdades e estudantes (e organização governamentais e não governamentais, acrescentaríamos), e na decisão de cada um de apoiar (ou ao menos de não dificultar) o desenvolvimento da saúde rural. A pesquisa de alta qualidade em educação médica rural é um instrumento imprescindível para o fortalecimento das políticas públicas, inclusive locais, de recursos humanos em saúde e para uma melhor saúde das populações rurais.

CAPÍTULO 3: INTERNATO MÉDICO RURAL NA SERRA GAÚCHA: DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL. ¹¹

Nos capítulos anteriores, estudaram-se algumas transformações que vêm ocorrendo na educação médica mundial, regional e nacional, visando uma melhor adequação às necessidades de saúde de seus respectivos povos e repensando a organização dos sistemas de saúde. Apesar dos esforços e avanços ocorridos, ainda há muito que melhorar para oferecer uma maior equidade, em especial às populações rurais e remotas. Ainda são relativamente escassos, como visto no capítulo 2, relatos e avaliações de maior profundidade sobre as experiências de educação médica em áreas rurais no Brasil.

Neste capítulo, será apresentado um relato que tem como objetivo contribuir para a diminuição dessa lacuna. A experiência destacada é a do Estágio Rural em Saúde da Família da Universidade de Caxias do Sul (UCS), RS. Este estudo retrospectivo baseia-se em registros dos alunos estagiários e das atividades por eles desenvolvidas, assim como da recordação pessoal dos professores envolvidos, da

¹¹Baseado em Targa *et al.* (2021)

coordenação do internato médico em Medicina de Família e Comunidade e da coordenação de curso à época do seu início. Os dados são apresentados de forma qualitativa e quantitativa, descrevendo a evolução e os diferentes momentos do estágio dentro do curso médico. Os pontos destacados estão relacionados aos seguintes aspectos: etapas para criação do estágio; momentos importantes de sua evolução posterior; características dos locais de estágio; critérios de adesão; tempo e duração; formas de organização e descrição das principais atividades realizadas pelos estagiários; número de estagiários; descrição de produtos derivados da experiência educacional; e, os principais desafios encontrados. Reflexões a partir da experiência dos autores também são realizadas e elencadas implicações para o sistema de saúde, sistema educacional médico e para a saúde da comunidade.

BREVE HISTÓRICO

O primeiro passo para a construção do estágio rural ocorreu em 2007, quando estudantes do curso de Medicina da UCS solicitaram a realização de estágio voluntário de férias em Nova Petrópolis, na Unidade de Saúde Pinhal Alto (Figura 5). O interesse dos estudantes foi despertado nas aulas de APS, na qual o professor - que é médico naquele município - utiliza exemplos e comparações provenientes da sua experiência em áreas rurais.

Figura 5 - Foto retirada em frente ao posto de saúde, por um estagiário, nos primeiros momentos do estágio.



Fonte: dados da pesquisa

No mesmo ano, por iniciativa de três outras alunas, houve uma atividade educacional relacionando saúde e hábitos de vida, na Escola Estadual São José, na área de abrangência da mesma unidade (Figura 6).

Figura 6 - Atividade educativa na escola São José, no interior de Nova Petrópolis/RS.



Fonte: dados da pesquisa

A partir destas experiências exitosas, buscou-se novas parcerias com instituições de ensino. Uma feira de saúde foi montada em parceria com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Em 2008, foi realizada uma visita técnica com preceptores e residentes do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição, sendo acordado que a Unidade de Saúde do Pinhal Alto seria um local oferecido para estágios voluntários. A Secretaria de Saúde e Assistência Social de Nova Petrópolis, oficializou em seguida seu apoio à vinda dos médicos residentes e ofereceu estadia econômica em um albergue local. Este acordo formalizou-se posteriormente em um convênio de cooperação entre as instituições que contribuiu para o amadurecimento de uma relação mais forte entre ensino e serviço.

O interesse dos alunos de graduação da UCS foi tornando-se maior conforme alguns estagiários voluntários iam participando de forma intercalada ou concomitante com os residentes anteriormente descritos. Estas experiências apresentavam avaliação positiva tanto por parte dos alunos, quanto da equipe e comunidade envolvida. Estas avaliações transpuseram o aspecto pontual e chegaram à coordenação do curso de Medicina da UCS. Estes acontecimentos somaram-se ao momento propício, em que havia tanto uma coordenação de curso sensível às necessidades de formação médica e assistenciais às comunidades rurais, quanto

políticas de educação médica que sofreram reformulações valorizando a Atenção Primária à Saúde e a inserção comunitária.

Em 2011, oficializou-se a parceria entre UCS e o município de Nova Petrópolis, a partir de um convênio entre as instituições, gerando um fluxo contínuo de estudantes dos últimos dois anos do curso de graduação em medicina (internos) e formalizando apoio financeiro da Universidade para os estagiários.

Progressivamente, esta parceria foi substituindo os estágios de residentes, por questões de espaço físico e qualidade, apesar de estes nunca deixaram totalmente de ocorrer. Outros médicos de família e comunidade de áreas rurais e pequenos municípios próximos foram incorporados ao grupo de professores de Atenção Primária à Saúde na UCS. Estes também eram procurados para receber residentes e isso acabou por fortalecer o caminho de naturalmente tornarem-se locais oficiais de estágio também para os estudantes da UCS.

A partir de janeiro de 2015, o estágio foi ampliado para estes municípios, inicialmente Barão e Santa Maria do Herval e, após 2018, São Pedro da Serra. Isso gerou um importante aumento das oportunidades para os estagiários e uma maior variedade de situações de aprendizado.

O ESTÁGIO

O Internato Rural em Saúde da Família da UCS é uma oportunidade de formação médica em nível de graduação, de caráter voluntário. Pretende oferecer uma vivência em medicina no Sistema Único de Saúde em cenário de relativo isolamento do resto do sistema e em equipes menores. Ele integra o internato de Medicina de Família e Comunidade, que é uma das seis áreas obrigatórias de estágio curricular para a graduação em medicina na UCS. O estágio na área de Medicina de Família e Comunidade tem uma duração atualmente em torno de 95 dias. Atualmente dispõe de dez vagas mensais em internato rural, visto que os alunos são alocados em duplas ou trios em cada localidade, por período aproximado de trinta dias.

O estagiário acompanha e participa ativamente de todas as atividades de um médico de uma Unidade de Saúde da Família na área rural que também é professor especialista em medicina de família e comunidade (MFC). Estas atividades incluem consultas médicas sob supervisão, visitas domiciliares (Figura 7), procedimentos

cirúrgicos ambulatoriais (Figura 8), atividades de educação em saúde (Figura 9), planejamento e territorialização, reuniões de equipe e da secretaria de saúde.

Figura 7 - Visita domiciliar realizada em Santa Maria do Herval/RS



Fonte: dados da pesquisa

Estimula-se o estudo baseado em evidências e a aplicação culturalmente competente dos principais problemas de saúde que acometem as populações rurais do sul do Brasil. O tempo de estágio é em média de 4 semanas (de 3-6 semanas) e a carga horária é de segundas a quintas-feiras nos turnos da manhã e tarde, de acordo com o estabelecido na Lei de Estágio vigente respeita-se as 30 horas de atividade semanal. Atividades em outros horários e dias eventualmente são combinadas de acordo com o interesse e disponibilidade do estudante e podem incluir visita a outras unidades de saúde do município, hospital, secretaria de saúde e Centros de Atenção Psicossocial, além de atividades de pesquisa, participação em atividades relacionadas ao controle social e educação em saúde.

Figura 8 - Procedimento cirúrgico ambulatorial de urgência na Unidade Básica de Saúde em Barão/RS.



Fonte: dados da pesquisa

As regiões onde ocorre o estágio apresentam características próprias, embora semelhantes. As populações adstritas, as distâncias dos pequenos hospitais do interior e serviços de mais alta complexidade, bem como as datas de início dos estágios e número de estagiários podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Algumas características dos locais de estágio

Local	População adstrita	Distância do centro do município	Distância de hospital pequeno porte	Distância de referência alta complexidade	Início atividade	Total de estagiários recebidos (até 3/2020)
Nova Petrópolis (Pinhal Alto)	2162	15km	15 km	50km	2007	233
Santa Maria do Herval	3500	0km	22 km	79km	2015	130
Barão (Francesa Alta)	1900	10km	10km	38 km	2015	132
Barão (Centro)	3800	0km	50 m	35km	2018	27
São Pedro da Serra	3500	0km	3km	45 km	2018	32

Fonte: dados da pesquisa

Além das atividades do estágio rural, os internos mantêm a participação nas atividades do Internato de Medicina de Família e Comunidade, que ocorrem em Caxias do Sul, na Universidade, nas quintas-feiras à tarde e sextas-feiras durante o dia. Estas atividades incluem aulas teóricas de temas relevantes à área, revisão de encaminhamentos para especialistas de unidades específicas do município e quinzenalmente realiza-se uma atividade em grupo, o momento Balint. O grupo Balint¹² tem como objetivo o aprimoramento da relação profissional médico-paciente. No contexto de alunos de graduação, o método é adaptado para trabalhar os sentimentos resultantes dos atendimentos e as dificuldades enfrentadas pelos alunos durante o internato. Observamos que esse encontro é de grande valia, uma vez que é dada a oportunidade de os alunos falarem sobre suas experiências e melhorar a forma de abordagem com os pacientes nos futuros atendimentos.

Até o mês de março de 2020, 558 estagiários tiveram parte de sua formação nas diversas localidades listadas na Tabela 1. Alguns residentes e estudantes de diversas regiões do Brasil e de outros países (Portugal, Espanha, França, Alemanha

¹² Para mais detalhes, por favor, ver Balint (1988).

e Tailândia) também passaram pela experiência, através de acordos realizados diretamente com os professores e municípios e estão incluídos no número acima.

Uma avaliação com os primeiros residentes de medicina de família que estagiaram em Nova Petrópolis mostrou resultados concordantes com a literatura internacional, sugerindo um aumento da probabilidade de trabalho em áreas rurais por profissionais que tiveram parte de sua formação nestas áreas (TARGA; SCHWALM; HOBLIK, 2009). Atualmente, após um acúmulo considerável de experiência, está em andamento uma avaliação quali-quantitativa com foco nos aspectos educativos.

Figura 9 - Atividade educativa para funcionárias da creche em Nova Petrópolis/RS.



Fonte: dados da pesquisa

A experiência do estágio rural tem sido divulgada nos últimos anos nacional e internacionalmente, tanto em congressos médicos quanto de educação médica. Um ponto de destaque ocorreu durante o Congresso Mundial de Saúde Rural, da Organização Mundial de Médicos de Família, em 2014. Este importante evento foi trazido para a Serra Gaúcha, para sua primeira edição na América Latina, por importante protagonismo dos professores e pelo apoio da Universidade. Na ocasião, as Unidades de Saúde de Nova Petrópolis e Santa Maria do Herval, que são campo de estágio rural, receberam visitantes internacionais, como atividade pós-congresso, com objetivo de conhecer o SUS, a medicina de família brasileira e a experiência local de ensino rural.

DESAFIOS E LIÇÕES APRENDIDAS

Alguns aspectos podem ser destacados como pontos positivos da experiência: o apoio da Universidade foi essencial para a consolidação do projeto, sem este apoio, provavelmente ficaria restrito a estágios isolados e informais de férias, que normalmente só atingem os alunos altamente motivados e que já pensam em trabalhar no interior. Sem esse apoio, provavelmente não haveria a expansão para todos os centros, visto que alguns colegas professores iniciaram na Universidade também motivados pela possibilidade de receber alunos durante a semana.

O fato dos professores que recebem alunos terem formação em MFC e serem os médicos das UBSs é um importante diferencial de outras experiências similares (RUIZ; FARENZENA; HAEFFNER, 2010) O conhecimento da comunidade, da epidemiologia e cultura locais, com longitudinalidade (há professores há mais de 15 anos na mesma localidade) aparece sempre nas avaliações dos estudantes como experiência importante para a formação médica, ainda mais por ser rara ao longo do curso. A formação especializada ainda contribui para a melhor demonstração dos princípios da APS e das características únicas do atendimento generalista, centrado na pessoa, família e comunidade, aprimorando o já demonstrado de forma geral para o internato rural por Guimarães (2004). Estes profissionais também têm áreas de interesse especiais diversas, cuja inserção acadêmica tem potencializado, e que são diferenciais interessantes aos alunos como a relação entre Saúde e Espiritualidade, Saúde Planetária, Fitoterapia e Antropologia Médica.

Outro aspecto destacado é o enfoque baseado em evidências, com forte ênfase em prevenção quaternária. Os princípios de advocacia médica, *Primum non nocere*¹³ bem como outras noções de prevenção quaternária¹⁴ aparecem constantemente a partir da prática dos profissionais, que moram no mesmo local e estão em contato contínuo com seus pacientes. Esta realidade também facilita a visualização de resultados concretos do trabalho na comunidade, o que nem sempre é fácil de obter em estágios com alta rotação e atendimento pontual de casos, como

¹³ “Primeiro, não prejudicar”. Tradução livre do princípio da não-maleficência utilizado na medicina desde tempos remotos.

¹⁴ Prevenção quaternária é um termo relativamente recente criado para melhor definir o trabalho médico de prevenção dos danos causados pelo excesso de intervenção em saúde. Para aprofundamento ver, por exemplo, Jamoulle (2014).

nas emergências, internações e pronto-atendimentos, bem como nas especialidades focadas em episódios de doença.

O engajamento comunitário com as “intervenções” de educação em saúde é outro ponto positivo, pois reforça o laço com a comunidade ao oferecer um produto a mais além dos atendimentos individuais e familiares. Estas atividades, que tem ótima avaliação por parte das comunidades e equipes, servem também para revisar assuntos relevantes na medicina e desenvolver as habilidades de trabalho com grupos de pacientes e de comunicação dos estudantes, cada vez mais importante para o trabalho com a saúde, como citado em experiências semelhantes (VALLINOTO *et al.*, 2019) Ao deslocar-se para municípios menores também possibilita-se aos estudantes um comparativo a respeito do funcionamento do sistema de saúde no interior, que em alguns aspectos pode ser melhor do que nos das grandes cidades. O alto grau de resolutividade das equipes de saúde da família e a boa organização do sistema são frequentemente citadas nas avaliações dos alunos, como veremos nos capítulos seguintes, como pontos altos do estágio. Infelizmente esta resolutividade local nem sempre é acompanhada de alta resolutividade dos casos encaminhados para a rede regional de apoio, por dificuldades de acesso e fluxo, um sério problema de nosso sistema de saúde nacional.

Todas as unidades apresentam boa estrutura física com todo material necessário para os atendimentos de Atenção Primária, incluindo os principais procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. Além disso, apresentam boa climatização e informatização, o que ainda não ocorre em todas as unidades de municípios maiores de nossa região.

Os principais desafios enfrentados neste período foram em relação às trocas políticas no poder municipal, que frequentemente geram repetições das negociações com a Universidade. Embora o apoio político tenha sido essencial para o início dos convênios, em nossa realidade, infelizmente, nem sempre são evidentes aos gestores as vantagens na relação com o meio acadêmico e muito menos o papel vital que os serviços de saúde têm para a formação de recursos humanos. Isso gerou diversas vezes dificuldades na renovação dos convênios e na autorização para estágio dos estudantes. O apoio da Universidade foi vital nestes momentos, inclusive com a vinda aos municípios de coordenadores e a elaboração conjunta de

ações que potencializam os benefícios às comunidades, como apoio à educação permanente e participação em feiras de saúde.

Outro desafio vem de como lidar com as diferentes percepções de pessoas da comunidade em relação às características de atendimento por médicos em formação, em especial quanto ao tempo de consulta, que pode ser um pouco mais longo. A eventual rotação de membros das equipes de saúde pode contribuir para um pior desfecho de ensino para os estudantes, embora não ocorra com alta frequência nos municípios parceiros.

Ao longo destes anos, os estudantes envolveram-se em diversos momentos da comunidade como participação em Conferências de Saúde, no planejamento e avaliação de políticas, em pesquisas, contato com o programa municipal de uso de plantas medicinais, educação em saúde em escolas, fábricas e creches.

Outro ponto positivo da integração ensino-serviço é o estímulo constante ao aperfeiçoamento técnico das equipes, provocado pelas diferentes visões e necessidades dos alunos que vivenciam o estágio. Como reflexo desse aspecto, temos a conclusão do mestrado realizado por dois professores e um doutorado em andamento. A integração dos alunos com a equipe enriquece as relações de trabalho, ponto fundamental para o desenvolvimento de uma Atenção Primária de qualidade, e isso reflete-se em bons indicadores de saúde nas comunidades.

O Estágio Rural em Saúde da Família da UCS tem sido, portanto, um importante espaço de diversificação de cenário para educação médica, reforçando o papel da Atenção Primária à Saúde e a importância da medicina de família e comunidade. Esta experiência de formação médica também aproxima o meio acadêmico com a comunidade regional, reforçando a responsabilidade social da Universidade de Caxias do Sul. Os resultados iniciais aqui esboçados serão aprofundados a partir de diferentes metodologias nos capítulos seguintes.

CAPÍTULO 4: INTERNATO MÉDICO RURAL NA SERRA GAÚCHA: AVALIANDO A EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO RURAL DA UCS¹⁵

O capítulo anterior apresentou o ensino médico em áreas rurais da UCS e iniciou uma análise preliminar a partir do resumo espontâneo da opinião de alguns

¹⁵ O conteúdo desta seção foi adaptado em Targa e Camargo (2022).

professores participantes. Neste capítulo e no seguinte, aprofundamos esta análise utilizando técnicas de entrevista semiestruturada e questionários com amostras selecionadas de alunos de medicina, professores e membros de uma equipe de saúde, buscando diferentes pontos de vista sobre a experiência.

Os alunos de medicina foram convidados por correio eletrônico a participar do preenchimento de questionários. Os professores e membros da equipe de saúde foram convidados pessoalmente, na Unidade de Saúde da Família Pinhal Alto e na Universidade de Caxias do Sul. Os instrumentos escritos auto-aplicados pelos alunos e professores (ver Anexo B) foram complementados por entrevistas que forneceram relatos sobre momentos significativos de aprendizado, do ponto de vista dos participantes. As entrevistas com os alunos foram realizadas em duplas ou trios, ao final do período de estágio, na Unidade de Saúde Pinhal Alto e registradas com gravador de áudio em telefone celular. Estas gravações foram posteriormente transcritas, tendo duração média de 20 min (para o roteiro semiestruturado destas entrevistas, ver Anexo E). As entrevistas com os professores foram realizadas e gravadas via *Google Meet* e depois transcritas, com tempo estimado médio de vinte minutos (Anexo G). Os questionários escritos foram respondidos por alunos e professores usando o *Google Forms*.

O tamanho final da amostra de alunos foi por conveniência, a partir da seleção de dados mais relevantes a critério do autor. Todos os participantes do estágio rural dos anos de 2018 e 2019 foram convidados a participar dos questionários. Após o início do projeto, os próximos seis grupos de estagiários (n=13 estudantes), além de responderem os questionários citados anteriormente, foram também entrevistados. A amostra progressiva foi de 55 alunos, sendo que 49 responderam ao questionário (89,09%). A amostra final de professores foi de 100%, totalizando os quatro professores que acompanhavam alunos no estágio rural por ocasião do estudo (para o questionário aplicado em professores, ver Anexo D). Todos os membros da equipe de saúde selecionada, que foi a do Pinhal Alto, em Nova Petrópolis, por praticidade e por ser a mais antiga a receber alunos, aceitaram responder ao questionário (Anexo C). Os participantes foram esclarecidos verbalmente e receberam por escrito orientações a respeito do projeto seguindo os moldes internacionalmente recomendados de pesquisa. Consentimento informado

foi obtido (ver Anexo A) e o projeto foi aprovado por comitê de ética¹⁶. As respostas abertas foram tabuladas usando *Microsoft Excel* e agrupadas em termos de semelhança de temática para serem posteriormente analisadas, comparadas com a literatura internacional e apresentadas em termos de frequência de aparecimento. O mesmo aplicativo foi usado para gerar gráficos de respostas. Nuvens de palavras a partir das respostas abertas também foram produzidas a partir do aplicativo *Free Online Cloud Generator*.

As entrevistas previstas com a equipe de saúde e os questionários para pacientes não foram aplicados por mudanças de rotina no funcionamento das unidades de saúde por causa da pandemia de COVID-19 e por mudanças de pessoal na equipe. Estas mudanças de funcionamento incluíram menor número de pacientes, diminuição do tempo de permanência na unidade para minimizar a possibilidade de contágio e mudança no padrão de motivos de consulta médica. As mudanças de pessoal, ocorridas ao longo do período planejado para entrevistas com membros da equipe, diminuíram o tempo de experiência que profissionais tiveram no contato com os alunos, acarretando que não seriam os mesmos profissionais, em especial de enfermagem, que teriam respondido os questionários e que realizariam as entrevistas. Sendo assim, e somando-se a nítida impressão que já se dispunha de material suficiente para iniciar as análises, optou-se por não realizar estas etapas previamente previstas.

RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS DOS ALUNOS E PROFESSORES

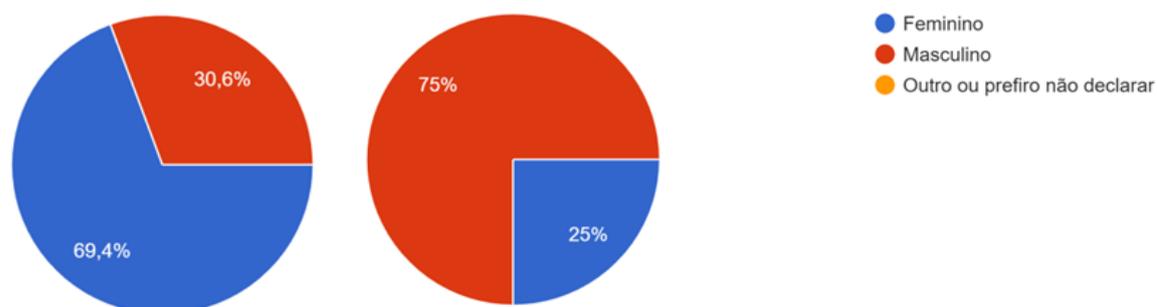
Sexo

Dos 49 alunos respondentes aos questionários, 34 se declararam mulheres (69,4%) e 15 (30,6%), homens (Figura 10). Os dados de gênero, que mostram uma predominância do sexo feminino são compatíveis com o perfil de alunos da instituição e estão de acordo com tendências de feminização do curso de medicina (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013). Esta presença crescente também se reflete no perfil de médicos no interior e o oferecimento de experiências de práticas médicas rurais para as estudantes mulheres em formação está em conformidade com as

¹⁶ A Universidade manifestou concordância via TCLE e o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e da UCS, registrado sob o número CAAE: 22429219.0.3001.5341

recomendações nacionais (LIMA *et al.*, 2016) e internacionais de *experts* (WWPRP, 2002). Entre os professores, ocorre o inverso, onde a maioria (75%) é do sexo masculino, o que possivelmente reflete a relativa juventude das alterações demográficas acima citadas, mas também pode estar relacionado a características de gênero associado ao trabalho em saúde em áreas rurais.

Figura 10 - Distribuição do sexo relatado pelos alunos (esquerda) e professores (direita).



Fonte: dados da pesquisa

Local de nascimento

Tabela 2 – Distribuição das características do local de nascimento relatadas.

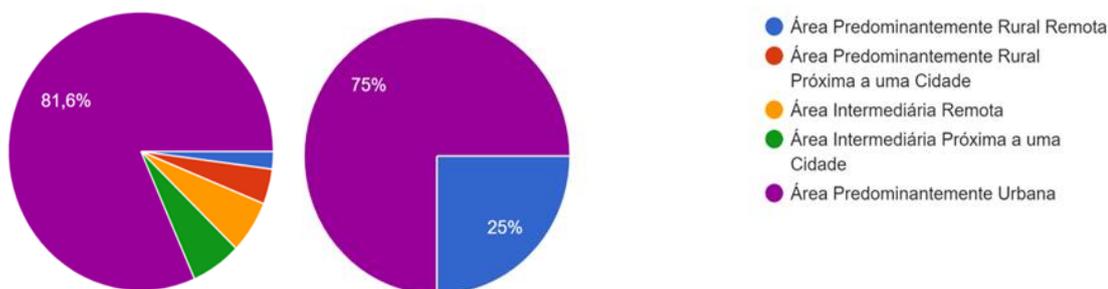
Tipo de Local	Professores	Alunos
Predominante Urbana	3 (75%)	40 (81,6%)
Intermediária Remota	0	3 (6,1%)
Intermediária Próxima a uma Cidade	0	3 (6,1%)
Predominantemente Rural Próxima a uma Cidade	0	2 (4,1%)
Predominantemente Rural Remota	1 (25%)	1 (2%)

Fonte: dados da pesquisa

Fica evidente a importante origem urbana dos estudantes de medicina desta Universidade (ver Tabela 2 e Figura 11), o que é compatível com outros estudos realizados alhures (REGO, 2019; VERAS, 2020), mas que não parece se constituir em unanimidade (como, por exemplo, visto em Cardoso Filho (2015)). O mesmo vale para os locais de estudo de formação básica e média (como vistos a seguir na Figura 12 e Tabela 3). Isso é relevante em termos de possibilidade futura de trabalho

em áreas rurais, visto que vários estudos (ROYSTON, 2012; CHAN *et al.*, 2005) demonstram relação com uma origem rural, alguns mostrando de 4 a 10 vezes mais probabilidade (WALKER *et al.*, 2012). O mesmo pode ser constatado em relação à formação predominante urbana dos professores.

Figura 11 - Distribuição das características do local de nascimento dos alunos (esquerda) e professores (direita).



Fonte: dados da pesquisa

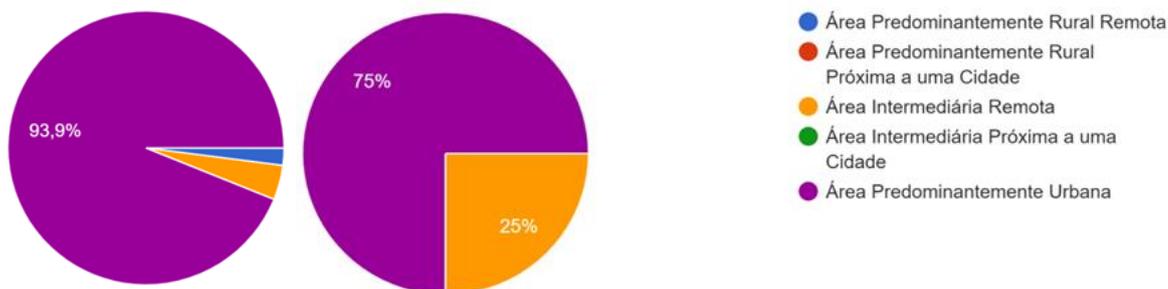
Local de Formação Básica e Média

Tabela 3 - Descrição das características do local de formação (ensino básico e médio) para alunos e professores.

Tipo de Local	Professores	Alunos
Predominantemente Urbana	3 (75%)	46 (93,9%)
Intermediária Remota	1 (25%)	2 (4,1%)
Predominantemente Rural Remota	0	1 (2%)

Fonte: dados da pesquisa

Figura 12 - Características do local de formação predominante (ensino básico e médio) para alunos (esquerda) e professores (direita).



Fonte: dados da pesquisa

Motivação inicial e após o estágio rural para trabalhar como médico (a) fora de um grande centro urbano

Ao avaliar a expectativa de trabalho fora de uma grande cidade antes e depois do estágio rural, percebe-se que a maioria dos estudantes relata uma vontade média a baixa no momento da aprovação para o curso de Medicina¹⁷. Estes dados estão de acordo com os de outros países da América do Sul, onde a probabilidade de os estudantes de medicina irem para o meio rural é, em geral, baixa, como vimos no capítulo anterior.

Ao final do estágio rural, no entanto, uma mudança é perceptível, com a maioria dos alunos referindo uma vontade alta ou altíssima somando mais do que o dobro (de 30,6% para 77,5%) das respostas de início de curso (ver a Figura 13, em comparação com a Figura 14, e a Tabela 4). De forma similar, a proporção de alunos que referiu uma probabilidade baixa ou baixíssima caiu expressivamente (de 40,8% para 6,1%). Esses achados parecem ser compatíveis com estudos de diversas partes do mundo que mostram um aumento da probabilidade de recrutamento rural para profissionais que tiveram parte de sua formação fora de um grande centro urbano. (HOGENBIRK *et al.*, 2011; WALKER *et al.*, 2012; WILSON *et al.*, 2009).

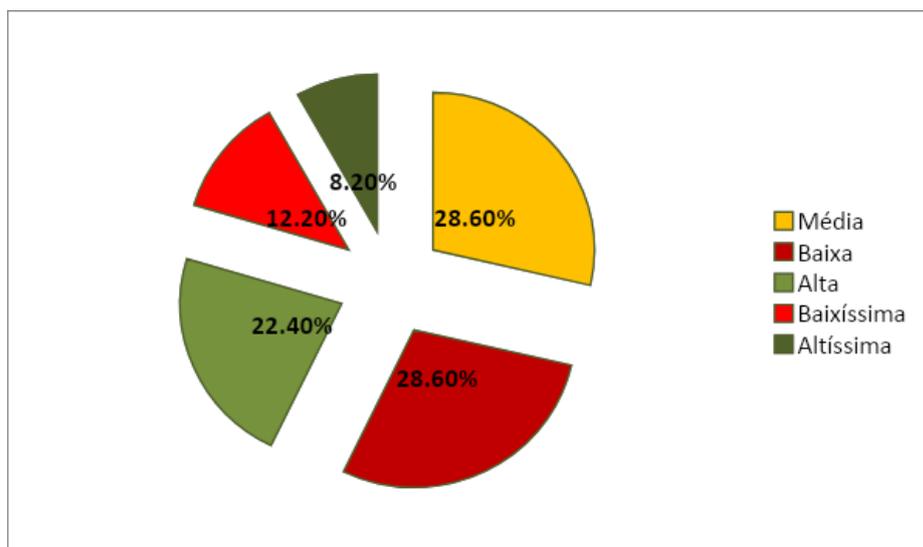
Tabela 4 – Motivação inicial para trabalhar fora de um grande centro urbano.

Grau de motivação	No início do curso	Após estágio rural
Média (pensava como última opção)	14(28,6%)	8 (16,3%)
Baixa (não gostaria; ou, pensava negativamente em relação a opção)	14(28,6%)	2 (4,1%)
Alta (pensava, mas não estava certo; ou, era plano secundário)	11 (22,4%)	30 (61,2%)
Baixíssima (não pensou ou pensava muito negativamente)	6 (12,2%)	1 (2%)
Altíssima (era seu plano preferencial)	4 (8,2%)	8 (16,3%)

Fonte: dados da pesquisa

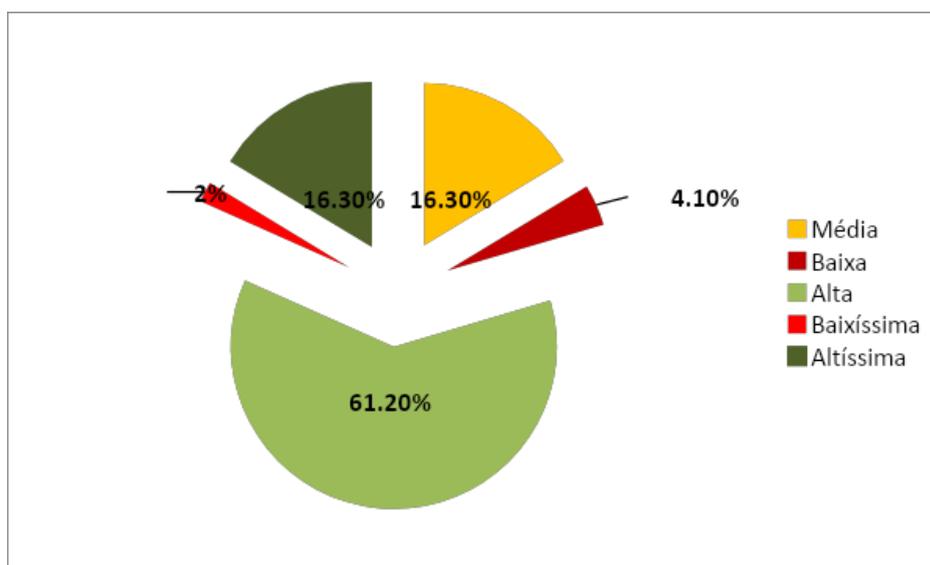
¹⁷ Neste trabalho, a motivação inicial para se trabalhar fora de um grande centro urbano foi aferida de forma retrospectiva, através dos questionários, aplicados no momento do final do estágio rural.

Figura 13 - Motivação relatada para trabalho no interior na entrada do curso



Fonte: dados da pesquisa

Figura 14 - Motivação atual (pós-estágio rural) de trabalhar fora de um grande centro urbano.



Fonte: dados da pesquisa

Em outro questionamento, ao final do questionário, 89,7% dos alunos referiram que sua chance de trabalhar neste tipo de ambiente aumentou após o estágio rural. Uma outra forma de visualizar estes resultados, a partir das respostas abertas, é apresentada na Figura 15, onde o tamanho das palavras é diretamente relacionado à frequência de aparecimento nas respostas.

contra 33% dos homens. Isso demonstra que o trabalho em grandes centros urbanos parece ser mais atraente ao início do curso para as mulheres, mas a maioria está disposta a repensar esta probabilidade até o final do curso, possivelmente influenciados pelo estágio rural. Para avaliar melhor o grau de influência direta do estágio seria interessante incluir-se um grupo controle de alunos que não realizaram nenhuma rotação rural. No caso dos professores, apenas uma professora de origem predominantemente urbana não apresentava motivação para o trabalho fora dos grandes centros ao entrar no curso de medicina. Todos os professores homens, e somente eles, relataram ter tido ao menos uma experiência no meio rural durante a residência, de forma optativa. Todo o grupo de professores participantes, independente do sexo, relatou como altíssima a vontade atual de permanecerem no interior.

Em relação à origem, para 55,5% dos alunos provenientes de áreas não predominantemente urbanas, a probabilidade de trabalhar fora de um grande centro aumentou após o estágio rural, em comparação com 62,5% dos de origem urbana. As três estudantes que relataram diminuição da probabilidade eram mulheres de origem predominante urbana. Nenhum estudante do sexo masculino ou de origem não predominante urbana relatou diminuição da probabilidade desde o início do curso. Parece importante, tendo em vista estes resultados, realizar-se mais estudos deste tipo, em outros locais do país, para avaliar possíveis impactos negativos da crescente feminização do curso de medicina na interiorização dos médicos e estudar eventuais estratégias para contrabalançar este efeito.

É possível que em países como o Brasil, onde a maioria dos médicos vem de áreas urbanas, estes ainda constituam a maior parte dos profissionais que atendam áreas rurais, proporcionalmente. O mesmo ocorrendo em países com mais tradição em saúde rural, como demonstrado no Canadá (CHAN, *et al.*, 2005). Alguns autores sugerem que os efeitos positivos de experiências de educação médica em áreas rurais sejam mais influentes ao longo do curso para estes alunos, de origem urbana, do que para os de origem rural, o que parece compatível com os resultados aqui encontrados (CHAN *et al.*, 2005; O'SULLIVAN *et al.*, 2018). Isso demonstra a importância de não se abandonar as políticas de recrutamento e retenção de profissionais multifacetadas que combinam múltiplas estratégias, como recomenda a literatura mundial (CHATER *et al.*, 2014; OMS, 2021; WILSON *et al.*, 2009), em prol

de abordagens simplificadas, como as de estímulo isolado ao acesso de certos perfis de estudante ao ingresso universitário.

Outro aspecto relevante para países como o Brasil, com índices ruins de educação básica é que investir-se exclusivamente em reserva de cotas para estudantes rurais pode não garantir uma melhor representatividade, visto que diversos obstáculos são descritos não só educacionais, como financeiros e de adaptação (KAPADIA; MCGRATH, 2011). A discussão mais ampla de políticas afirmativas é complexa e foge ao escopo deste trabalho. Idealmente, estas políticas devem estar acompanhadas de soluções de longo prazo, como a melhoria do sistema educacional como um todo, da economia e do sistema de saúde.

Da mesma forma, uma abertura indiscriminada de novos cursos de medicina descentralizados, sem a devida preocupação com estrutura e qualidade de docência, em locais onde o sistema de saúde apresenta deficiências importantes, pode não ter o mesmo impacto - ou até ter o resultado inverso - de outras realidades, limitando a aplicabilidade local de evidências internacionais. Embora a origem rural e oportunidade de treinamento em área rural estejam relacionadas com opção futura de trabalho rural, estes não são os únicos fatores que influenciam esta decisão e as práticas e políticas de recursos humanos em saúde para estas comunidades devem levar em conta outros aspectos, tais como as condições de exercer a profissão com qualidade, opções de trabalho e lazer para a família e remuneração adequada (OMS, 2021; HANCOCK *et al.*, 2009).

Apesar destas limitações, devido ao importante volume de evidências e ao razoável consenso entre os experts, é altamente provável que exista realmente relação entre estes fatores e devem ser levadas em consideração na construção de estratégias e políticas de recursos humanos em saúde para áreas rurais. Uma combinação de aspectos prévios e estímulos durante a formação médica, conhecidos internacionalmente como *“nurture and nature”* (natureza e nutrição) (ORZANCO *et al.*, 2011) parece ser a forma mais eficiente de encararmos o problema de um foco mais amplo.

Motivadores para trabalho fora ou em um grande centro urbano

Os principais motivadores citados pelos estudantes para futuramente optarem pelo trabalho fora de uma grande cidade, são em ordem decrescente: a qualidade de

vida; aspectos relacionados à qualidade do trabalho; aspectos financeiros e de mercado de trabalho e, por último, a preferência pessoal subjetiva. Em relação à qualidade de vida, muitos estudantes não aprofundaram os motivos, mas quando o fazem, são citados principalmente aspectos familiares, de deslocamento e trânsito facilitado e de segurança (ver Tabela 5). Os mesmos fatores são citados pelos professores, para se manterem no interior, sendo que nenhum citou fatores adicionais. Quando aprofundam aspectos relacionados à qualidade do trabalho, são citados pelos alunos (em ordem de frequência em que aparecem) a continuidade do cuidado, o senso de comunidade e conhecimento do contexto de vida do paciente, o desejo de ganhar experiência profissional, o desejo de ser valorizado profissionalmente e a qualidade da relação com os pacientes. Estes achados são compatíveis com os de outros trabalhos (HOLST; NORMANN; HERRMANN, 2015).

Tabela 5 – Motivadores atuais entre os alunos para trabalhar fora de um grande centro urbano

Motivação	n
Qualidade de vida	19 (38,7%)
Qualidade de vida	12 (24,4%)
Aspectos familiares	4 (8,2%)
Fugir do trânsito/deslocamento	2 (4,1%)
Segurança	1 (2%)
Aspectos relacionados à qualidade do trabalho	12 (24,4%)
Continuidade do cuidado	6 (12,2%)
Conhecer o contexto do paciente e senso de comunidade	4 (8,2%)
Ser valorizado profissionalmente (não financeiramente)	2 (4,1%)
Aspectos financeiros e de mercado de trabalho	10 (20,4%)
Ganhar experiência profissional	2 (4,1%)
Preferência subjetiva / pessoal	2 (4,1%)

Fonte: dados da pesquisa

Quando questionados sobre motivadores atuais que os levariam a preferir trabalhar em grandes centros urbanos (ver Tabela 6), as principais motivações citadas são as relacionadas a aspectos profissionais, em especial o pertencimento a um “serviço especializado” e “de referência”, facilidade de acesso para encaminhar pacientes a colegas, acesso facilitado a exames e trabalho em ambiente hospitalar.

Segue a isso, fatores relacionados a estilo de vida com opções de lazer sendo o item mais citado, seguido de proximidade com a família. Após esses, são citados os argumentos financeiros, que aparecem mais do que nas respostas de motivadores rurais, empatado com o acesso a mais oportunidades de trabalho. Menos citados, mas também importantes, são o acesso à escola para filhos, preferência pessoal e oportunidades de aprimoramento nos estudos posteriormente à graduação.

Tabela 6 – Motivadores entre os alunos para trabalho urbano

Motivação	n
Aspectos Profissionais	34 (69,4%)
Vontade de trabalhar em serviço especializado / de referência	16 (32,6%)
Facilidade para encaminhamentos, exames, consultorias	12 (24,4%)
Vontade de trabalhar em hospital	5 (10,2%)
Oportunidades de carreira / ampliação de estudo	2 (4,1%)
Qualidade de vida	13 (26,5%)
Opções de lazer	7 (14,2%)
Proximidade família	4 (8,2%)
Escola para família	1 (2%)
Proximidade da população	1 (2%)
Financeiro/ oportunidades de mercado de trabalho	5 (10,2%)
Preferência pessoal	2 (4,1%)

Fonte: dados da pesquisa

É interessante perceber como os motivadores dos estudantes são semelhantes, somente invertendo-se em importância, relacionando interior com qualidade de vida, mais frequentemente e, aspectos profissionais, principalmente com zonas urbanas. Os aspectos financeiros e de mercado de trabalho, que apareceram com frequência superior no meio rural, e são pontos destacados pela OMS (OMS, 2021) para atração de recursos humanos, podem refletir o estado supersaturado do mercado de trabalho médico em grandes cidades, como apresentam Scheffer *et al.* (2020) e podem estar relacionados às políticas mais recentes em nosso país, de estímulo à interiorização. Há alguma evidência de um possível efeito de “transbordamento para o interior”, ao se formar mais médicos,

independentemente de sua opção inicial para o trabalho rural, que pode estar relacionado também a isso, como sugere Matsumoto *et al.* (2012) para outras realidades.

Um potencial campo de estudo futuro que seria interessante é o da expectativa de tempo previsto de trabalho no rural, para os estudantes que admitissem esta possibilidade futura (SAINI *et al.*, 2012). Além disso, o estudo de quais fatores contribuiriam mais para uma retenção de longo prazo seria importante, pois neste estudo avaliou-se, predominantemente, a possibilidade isolada de recrutamento. De qualquer forma, chama atenção a relativamente grande variedade de motivações entre os alunos, dando razão às recomendações de se investir em múltiplas estratégias, o que também contribuiria para ampliar a variedade de profissionais (HANCOCK *et al.*, 2009).

Para os professores, embora relatem altíssima probabilidade de manterem-se em áreas rurais, como visto acima, são citados como possíveis motivadores para uma mudança mais urbana o contato com uma maior rede de serviços disponíveis, proximidade com a família, ter contato com realidades populacionais mais variadas (diferentes origens e culturas, em comparação com a relativa homogeneidade dos locais do interior onde ocorre o estágio rural) e oportunidades de pesquisa. Alguns destes motivadores podem ser lidos de forma inversa, constituindo-se importantes indicadores de fatores que ajudariam a fixar os profissionais no interior. Sendo assim, políticas e estratégias que ajudem a proximidade com a família, engajamento em projetos de pesquisa seriam exemplos de potenciais ações para combater a migração dos profissionais que já estão no interior. A atuação docente é voluntária para os profissionais da rede de saúde em nosso país e deve ser valorizada pelas instituições, inclusive financeiramente, visto que agrega trabalho extra, exige competências e apresenta desafios diferentes do que a assistência médica isolada (PRICE; SPENCER; WALKER, 2008). Isso pode aumentar a probabilidade de bons profissionais dedicarem-se à medicina e à educação médica em áreas rurais.

Motivadores para escolher fazer o estágio rural

Ao serem questionados sobre os motivos pelos quais se optou por fazer o estágio rural, mais frequentemente é citada pelos alunos a vontade de realizar uma experiência, em geral. Estão incluídos neste item falas como: vontade de experimentar “uma aventura”; se experimentar “em um cenário ou realidade

Tabela 7 – Motivação para realizar estágio rural

Motivação	n
Experimentar-se em uma realidade diferente, curiosidade	29(59,1%)
Desejo de formação complementar citando especificamente as características da APS ou da MFC/prática generalista	18(36,7%)
Relato positivo de colegas em relação à qualidade do estágio	8(16,3%)
Desejo de formação complementar citando mercado de trabalho posterior	7(14,2%)
Identificação pessoal com meio rural e/ou com medicina rural	2(4,1%)
Contato prévio positivo com os professores	1(2%)

Fonte: dados da pesquisa

Aspectos que mais apreciou durante o estágio

Em relação aos aspectos valorizados pelos estudantes durante o estágio, os itens mais citados (Tabela 8 e Figura 17) são os relacionados à qualidade do serviço. Isso inclui em ordem decrescente a competência para resolver os problemas dos pacientes, a longitudinalidade do cuidado, a proximidade ou vínculo com a comunidade, a abordagem familiar e centrada na pessoa, a integralidade do cuidado, a relação da equipe de saúde com a população, importância dada à prevenção. São ainda citados a organização, a dinâmica de atendimento, rapidez nos exames, a multidisciplinaridade, estrutura física adequada, competência cultural da equipe, tempo de atendimento, enxergar na prática os princípios da APS. A qualidade do trabalho da equipe que recebe os estudantes, bem como do sistema de saúde local e de sua articulação com o sistema mais amplo parecem importantes e estão relacionados com os resultados positivos anteriormente citados de aumento de motivação de trabalho nestas áreas (PEREYRA-ELÍAS *et al.*, 2016; WEBER, 2017). Além da importância de isto ser destacada na literatura sobre o assunto, é reforçada indiretamente por relatos de experiências em que isso não ocorre, resultando em impacto negativo (RUIZ; FARENZENA; HAEFFNER, 2010). Mesmo estágios curtos, mas com qualidade, parecem influenciar escolhas de carreira (CHATER *et al.*, 2014; STAGG *et al.*, 2012).

As características do trabalho no interior como o relativo isolamento e o tamanho menor das equipes muitas vezes estimulam uma maior resolutividade e

Tabela 8 - Aspectos do estágio citados como preferidos pelos alunos após a realização do estágio.

Aspecto citado como preferido	N (alunos)
Qualidade do serviço	46 (93,8%)
Competência do serviço / grau de resolutividade dos problemas	21 (42,8%)
Enxergar os princípios da APS	26(53%)
Longitudinalidade do cuidado	12(24,4%)
Integralidade	4(8,2%)
Coordenação	1(2%)
Competência cultural	4(8,2%)
Abordagem familiar e centrada na pessoa	8(16,3%)
Abordagem centrada na comunidade	17(34,6%)
Vínculo com a comunidade	17(34,6%)
Visão do contexto	5(10,2%)
Variedade de motivos de atendimento e representatividade populacional	6(12,2%)
Contato com a medicina de família e comunidade, prática generalista	3(6,1%)
Importância da prevenção e educação em saúde	2(4,2%)
Interdisciplinaridade	1(2%)
Qualidade de vida	5(10,2%)
Acolhimento da comunidade	5(10,2%)
Aspectos relacionados ao ensino	5(10,2%)
Tempo para estudar	4(8,2%)
Relação da equipe com o estudante	3(6,1%)
Aprender a trabalhar com os recursos disponíveis	2(4,1%)
Visitas domiciliares	2(4,1%)

Fonte: dados da pesquisa

O contato com a medicina de família e comunidade enquanto área de atuação e especialidade, como prática generalista (“todas as especialidades numa só” como diz um aluno no próximo capítulo), é também citado especificamente, com certa frequência. Isso parece demonstrar que ao menos para alguns alunos, ao longo do estágio, surgem oportunidades de refletir sobre a pressão por especialização existente e a confrontar alguns mitos como o de que é muito difícil fazer medicina generalista de boa qualidade (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010). Os médicos de família são médicos generalistas especializados na promoção de saúde e na prevenção, diagnóstico e tratamento dos problemas mais frequentes, a partir de uma abordagem centrada na pessoa e seu contexto familiar e comunitário. Ao estar inserido longitudinalmente em uma comunidade, há condições privilegiadas para proporcionar ao estudante um melhor entendimento do processo saúde-doença e do cuidado integral da saúde a partir de um entendimento amplo dos determinantes de saúde sem descuidar da excelência científica clínica. (STRASSER; STRASSER, 2020; MCWHINNEY; FREEMAN, 2010). Além destes fatores relacionados com a qualidade do serviço, surgem a seguir a variedade de motivos de consulta, bem como de grupos de pacientes atendidos (alta representatividade populacional, como adultos, idosos, crianças, gestantes). A qualidade de vida e tranquilidade do ambiente aparecem a seguir, seguida do relacionamento positivo com os professores, a relação de liberdade para elaborar e expor planos de conduta e raciocínios clínicos. Ainda em relação aos aspectos relacionados ao ensino, são destacados pelos alunos o incentivo e apoio logístico do preceptor ao estudo, a abordagem baseada em evidência e o tempo para estudar.

Seguem após a qualidade do acolhimento da comunidade e o respeito ao médico, bem como a sensação de fazer parte de uma comunidade, diferente da experiência em grandes centros urbanos, segundo os alunos. A relação positiva com a equipe de saúde aparece a seguir. Estes dois aspectos positivos citados reforçam o envolvimento da comunidade e da equipe na proposta de parceria entre a Universidade e o sistema de saúde local. Estes são apontados como essenciais na construção e manutenção de experiências de ensino rural para uma maior equidade em saúde. (STRASSER; STRASSER, 2020)

As visitas domiciliares são citadas a seguir, e são um dos diferenciais importantes dos estágios hospitalares. São também momentos especiais para que

vários dos outros fatores citados apareçam e sejam mais facilmente experimentados pelos estudantes em contato com a equipe. Constitui-se também espaço para outro aspecto aparecer que é o treinamento da adaptação das competências aos recursos disponíveis, visto que não há em geral acesso fácil a certos recursos tecnológicos que dispõe usualmente no hospital escola, aprendendo a “resolver os problemas mais prevalentes” com os “recursos disponíveis” e fazer “uma medicina simples e eficiente”. É interessante perceber como os estudantes muitas vezes são surpreendidos pela real prevalência dos agravos em uma população qualquer, visto que não há a usual pré-seleção de casos graves que costumam se deparar nos estágios especializados. Tendo isto em vista, frequentemente se dão conta de como a maioria dos casos de saúde são facilmente manejados com recursos relativamente simples e reforçam conhecimentos de semiologia médica, relações pessoais, comunicação interpessoal e epidemiologia, entre outros.

Aspectos do estágio menos apreciados pelos alunos

Em relação ao que gostaram menos (ver Figura 18 e Tabela 9), aparece em primeiro lugar os fatores relacionados ao deslocamento até a UCS (mas menos citados as dificuldades de acesso para alimentação, o deslocamento até Caxias do Sul para as aulas teóricas semanais e as dificuldades de comunicação, visto que alguns lugares podem apresentar problemas para o acesso à rede de telefonia celular e qualidade de sinal de internet). A frequência com que estes aspectos aparecem, parece reforçar as recomendações internacionais de apoio institucional aos estudantes, especialmente de regiões menos favorecidas (STRASSER; STRASSER, 2020). Neste caso específico, a Universidade oferece a todos estagiários que vão aos municípios do interior, um valor que cobre os principais gastos de estadia e deslocamento.

Eventuais dificuldades de acesso a recursos terapêuticos e diagnósticos, seja por tempo, burocracia ou indisponibilidade, foram os itens a seguir mais citados, incluindo exames, encaminhamentos para referência especializada e para hospitalização e material para realização de pequenos procedimentos, nesta ordem. Sensação de isolamento por estar no meio rural foi um problema citado por quatro alunos, seguindo, em frequência, as dificuldades de comunicação com pacientes (especialmente citados pacientes idosos que não falam bem o português) e as mudanças de estilo de vida (não especificadas, mas provavelmente relacionadas

Tabela 9 - Aspectos citados como menos apreciados pelos alunos.

Aspecto	n
Deslocamento até UBS 14 Deslocamento para aula teórica 1 Deslocamento para alimentação 1	16 (32,6%)
Escassez de recursos / burocracia / tempo para conseguir / horários) Exames 3 Hospitalização 2 Encaminhamento para referência especializada 2 Material p/ realização de pequenos procedimentos 1 Retorno de hospitalização 1	9(18,3%)
Nada	7(14,2%)
Dificuldades de comunicação com idosos devido ao idioma 3 com pacientes de nível social baixo 1	4(8,2%)
Sensação de isolamento	3(6,1%)
Horários de atividades Horário engessado 1 Visitas domiciliares 1	2(4,2%)
Pouco tempo de estágio	2(4,2%)
Características dos motivos de consulta Pouca diversidade 1 Pouca complexidade 1	2(4,2%)
Alteração rotina de vida	2(4,2%)
Outros	10 (20,4%) ver texto

Fonte: dados da pesquisa

Alguns autores (CHATER *et al.*, 2014) chamam a atenção para o fato de que as mesmas características que são estimulantes para uns em relação ao isolamento do meio rural, podem ser desestimulantes para outros. De forma semelhante, os aspectos culturais são estimulantes e interessantes para uns, mas ao mesmo tempo dificultam a comunicação médico-paciente com consequências potenciais tanto para o cuidado do paciente quanto para os desfechos educacionais.

Avaliação comparativa da opção de realizar o estágio rural e possibilidade de recomendação do estágio

Em relação a sensação de benefício ou prejuízo em relação à formação pessoal e profissional, somente um aluno deu uma resposta neutra/indiferente, sendo todas as outras positivas em relação à opção de ter realizado estágio rural. A

maioria das respostas ressalta tanto aspectos de desenvolvimento pessoal quanto profissional. Além disso, 100% dos alunos mencionaram a sensação de estar em vantagem em relação a seus colegas que não fizeram estágio rural. Da mesma forma, 100% dos estudantes referiram que recomendariam o estágio a colegas.

Do ponto de vista dos professores, há mais vantagens do que desvantagens para os alunos em realizar um estágio no interior. As respostas podem ser vistas de forma geral na Tabela 10. Alguns dos tópicos apresentados já foram discutidos e é interessante analisar a concordância de vários deles com o relato dos alunos. Entretanto, algumas ideias aparecem como novas, como a possibilidade de interação entre aluno e gestão e o relativo baixo *status* do professor generalista em área rural comparado com especialistas focais, que não aparecem na fala de alunos ou da equipe, como veremos a seguir. É possível que a interação entre os alunos e a gestão seja pouco chamativa aos primeiros por diversos fatores, embora possa estar incluída na resposta dos alunos que referiu como positivo o contato com o sistema de saúde do interior. Outras explicações para este fato podem ser o pouco interesse dos mesmos nesta área, a preocupação com o aprendizado do trabalho mais especificamente médico, tendo em vista a proximidade da conclusão de sua formação e as provas de residência médica e a pequena ênfase direta e com tempo exclusivo para este tipo de atividade durante o estágio, ficando estas atividades predominantemente subentendidas e contando com influência indireta no dia-a-dia do estágio.

Em relação à percepção de um *status* inferior do professor generalista para os alunos, isso se relaciona com aspectos culturais que valorizam diferentemente as áreas da medicina. Foi citado por um professor, e ao analisarmos as entrevistas, que aprofundaram esses itens, fica claro que é mais importante nos primeiros dias de estágio, relacionado a preconceitos em relação à qualidade do trabalho em saúde rural e urbano. Isso, entretanto, não se sustenta, tendo em vista que ao final do estágio aparecem com muita frequência como pontos positivos citados pelos alunos a alta qualidade da atenção e a boa relação com os professores. O aspecto mencionado pelo professor parece revelar que um certo esforço é necessário para estes profissionais em desfazer certas pré- concepções dos alunos e ganhar a confiança dos mesmos. Como citado, esta avaliação é parcialmente derivada de

dados das entrevistas com os professores e que será mais bem discutida no próximo capítulo.

Tabela 10: Vantagens e desvantagens destacadas pelos professores, em relação à educação médica rural.

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Vivência da realidade local (problemas e recursos disponíveis, contato com pacientes) (n=4)	Número de problemas de saúde relativamente limitados àquela comunidade (n=1)
Responsabilização e autonomia do aluno (n=2)	Dificuldade de acesso (n=1)
Prática médica resolutiva e percepção disso pelo aluno (n=2)	Baixo status do professor perante especialistas focais (n=1)
Qualidade de vida durante o estágio (n=1)	Nenhuma desvantagem (n=2)
Contato com a equipe de saúde (n=1)	
Prática de medicina reflexiva, centrada na pessoa (n=1)	
Melhor percepção do impacto da APS em uma comunidade (n=1)	
Possibilidade de interagir com a gestão (n=1)	
Relacionamento diferenciado com o professor (n=1)	

Fonte: dados da pesquisa

RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS DA EQUIPE

Embora o contato com equipes de saúde seja citado como um dos pontos positivos da formação na comunidade (DUBÉ; SCHINKE; STRASSER, 2019), raramente se encontram estudos que avaliam estas experiências do ponto de vista das mesmas equipes, uma exceção pode ser vista em Morrison *et al.*, (2014). A seguir, apresentaremos uma avaliação global da experiência de ensino a partir do ponto de vista de membros da equipe de Saúde do Pinhal Alto, escolhida por ser a UBS que recebe alunos há mais tempo. Esta avaliação se dará a partir da análise de respostas dos questionários autoaplicados (Anexo C) sobre o que a equipe julga positivo e negativo no estágio rural para os pacientes/usuários, para os alunos e para os próprios membros da equipe.

Em relação aos pacientes (Tabela 11), a boa qualidade do atendimento foi o item mais citado. Para alguns dos trabalhadores ela resulta de uma postura de maior

receptividade dos estudantes. Para outros, ela está relacionada a um maior tempo de consulta, o que contribui para a maior profundidade das mesmas. Com maior tempo, haveria mais oportunidades tanto para os pacientes explicarem seus problemas quanto para receber informações mais detalhadas e claras. Foi também destacado como positivo que o estudante e o professor estejam “mais atualizados”, por causa de sua relação com o meio acadêmico, produzindo-se um melhor resultado para o paciente. A avaliação de um médico em formação constitui-se em uma “segunda opinião” clínica, o que se somaria ao do médico assistente/professor, aumentando a segurança, sendo outro ponto positivo destacado por um profissional da equipe. Também foram destacadas como vantajosas para a comunidade, as ações educativas que são realizadas regularmente pelos estudantes e já descritas no capítulo anterior.

Tabela 11 – Aspectos positivos e negativos para os pacientes, destacados por membros da equipe de saúde em relação ao estágio rural.

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Mais tempo para o diálogo entre médico e paciente (n=5)	Demora na consulta (n=7)
Atendimento integral e por profissional atualizado (n=2)	Relatar problemas para desconhecidos (n=1)
Intervenções Comunitárias (n=2)	Alta rotatividade estudantes (estudantes (n=1)
Postura atenciosa e receptiva do estudante (n=1)	Dúvidas em relação à experiência do estudante (n=1)
Segunda opinião na consulta (consulta (n=1)	

Fonte: dados da pesquisa

É interessante notar que, apesar de muito citada como vantagem para os pacientes, a duração da consulta também aparece nas respostas como a maior dificuldade e como motivo de reclamação. Seguem-se a insegurança em relação à

experiência do atendente, a troca frequente de estudantes e o desconforto de relatar seus problemas a um profissional desconhecido, com uma citação cada.

Em relação aos alunos, a equipe cita mais frequentemente pontos positivos do que negativos (Tabela 12). Metade dos profissionais não soube apontar nenhum ponto negativo e os que o fizeram destacaram a distância a percorrer e as dificuldades de comunicação, em especial pela língua alemã, o que está em total acordo com o que os alunos avaliam, como visto anteriormente. Em relação aos pontos positivos, estão a aquisição de experiência, conhecimento da realidade rural, treinamento de habilidades e conhecimentos. Interessante notar como vários membros da equipe destacam a integralidade do atendimento como ponto forte, citando que o aluno tem contato com uma grande variedade de problemas e fases do ciclo vital, bem como complexidade cultural.

Tabela 12 – Aspectos positivos e negativos para os alunos, destacados por membros da equipe de saúde em relação ao estágio rural.

Aspectos Positivos	Aspectos negativos
Experiência do rural em si (n=4)	Deslocamento e distâncias (n=3)
Experiência em medicina rural (n=4) incluindo treinamento de habilidades, integralidade da atenção e competência cultural	Dificuldades de comunicação (n=2)
Motivação geral (n=1)	Não relatou nenhuma (n=4)

Fonte: dados da pesquisa

Em relação à própria equipe, os pontos positivos citados foram a colaboração nas atividades da equipe e a contribuição nas atividades de educação permanente (Tabela 13). A demora nas consultas foi novamente citada neste item como negativa, principalmente pelo fato de gerar reclamações aos membros da equipe. Este problema aparece na literatura também em outros países, como fator de alguma resistência à presença de alunos (PRICE; SPENCER; WALKER, 2008; O'FLYNN N; SPENCER; JONES, 1999). A divisão do (pouco) espaço físico da unidade e o relacionamento com algumas duplas de estudantes foram também citados. Interessante notar que houve divisão de opinião em relação ao número de consultas, com um profissional apontando um aumento como ponto positivo e outro

referindo que o fato de ter estudantes diminui o número de atendimentos. De forma objetiva, estas impressões não se confirmam, visto que o número de atendimentos nesta unidade não é significativamente alterado pela presença de alunos, sendo eles orientados a seguir a agenda original do médico da unidade - com atendimentos previstos a cada quinze minutos - e de acordo com o modelo de consultas paralelas descrito na literatura (CHATER *et al.*, 2014). Neste modelo o estudante tem seu próprio consultório e inicia o atendimento sendo, a seguir, introduzida a figura do preceptor, que revisa o trabalho feito e ajuda na tomada de decisões, assegurando a qualidade e concluindo a consulta. Desde que este modelo começou a ser implantado, as observações de demora em tempo de consulta diminuíram consideravelmente entre os pacientes.

Tabela 13 – Aspectos positivos e negativos para a equipe, destacados por membros da equipe de saúde em relação ao estágio rural.

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Colaborar ações em equipe (n=3)	Divisão de espaço (n=2)
Colaborar com a Educação Permanente em Saúde - EPS (n=3)	Demora consultas (n=3)
Aumento na oferta de atendimentos (n=1)	Diminuição na oferta de atendimentos (n=1)
Troca de experiência em geral (n=1)	Não respondeu (n=1)
	Falta interação com equipe de alguns estudantes (n=1)

Fonte: dados da pesquisa

A complementaridade de pontos de vista dos alunos, professores e equipe de saúde é importante, visto que se percebe o surgimento de novas informações a cada novo grupo incluído. Uma etapa de avaliação do ponto de vista dos usuários das Unidades de Saúde parceiras parece impor-se como etapa futura, tendo sido inicialmente prevista, mas abandonada devido às mudanças de rotina impostas pela pandemia de COVID-19. Há visivelmente uma necessidade de buscar-se o equilíbrio entre as necessidades de todos envolvidos, ficando evidente como não há só benefícios, mas também “custos” para os mesmos. Isso pode ser facilitado pela participação de todos (comunidade, gestão, equipe e universidade) desde o início

dos projetos. O envolvimento ativo dos estudantes como parte das soluções e como agregadores de melhoramentos devem ser estimulados para a manutenção no longo prazo das experiências de ensino médico rural (CHATER *et al.*, 2014). O engajamento nas atividades de educação permanente e em atividades comunitárias, além dos atendimentos individuais, assim como certo cuidado no uso do tempo e do espaço da UBS, aparecem como importantes fatores a serem considerados para o sucesso das parcerias. A discussão dos fatores que potencialmente podem aumentar a chance de sucesso de uma experiência de educação médica rural será retomada e aprofundada após a avaliação qualitativa do próximo capítulo.

CAPÍTULO 5: REDES DE ATUANTES EM EDUCAÇÃO MÉDICA RURAL E A EQUIDADE EM SAÚDE

Para melhor avaliarmos os potenciais benefícios e desafios da educação médica rural, convém irmos um pouco além e procurarmos diferentes formas de olhar, que nos forneçam informações que não tenham sido acessadas pelos métodos de análise mais tradicionais, como os utilizados anteriormente. Para isso, optou-se aqui pela estratégia de estudar as redes de atuantes (no sentido empregado pela Teoria do Ator-Rede) que estão envolvidas na educação médica rural.

A Teoria do Ator Rede (TAR), desenvolvida a partir dos trabalhos de Bruno Latour, John Law e Michel Callon, entre outros, tem como atitude básica, de ponto de partida, seguir os atuantes (“actants”, termo empregado para descrever tanto atores humanos quanto não-humanos) e observá-los em suas ações e relações. Os atuantes são quaisquer pessoas ou objetos que façam diferença no curso da ação de outro agente (LATOURE, 2012). A partir do amadurecimento da teoria resultante da adaptação de ferramentas clássicas da antropologia num contexto diferente¹⁸ do das “tribos exóticas” originalmente estudadas por aquela disciplina, a TAR passa à descrição da forma como agem os atuantes ao se associar em redes e, somente a partir disso, perceber quais teorias, ontologias e significados emergem (LATOURE, 2006). Um bom relato para a TAR, portanto, é “aquele que tece uma rede” (LATOURE, 2012).

¹⁸ A TAR inicialmente dedicou-se ao estudo dos cientistas e laboratórios.

Esta forma de trabalhar evita explicações e molduras pré-determinadas bem como adição de significados intuídos pelo pesquisador, ou ao menos, não os confundir com o resultado real da aplicação da TAR (LATOUR, 2012). O investigador observa e descreve idealmente se abstendo de julgar a forma como os atores analisam a sociedade que os rodeia, com nenhum ponto de vista sendo privilegiado e nenhuma interpretação censurada, mas também sem mudar “os registros” de descrição quando passa dos aspectos técnicos para os sociais (CALLON, 1984).

De certa forma, os atuantes têm muito mais autonomia do que em outros métodos onde frequentemente são reduzidos, mais ou menos conscientemente, a um papel legitimador e o trabalho do pesquisador é muito mais o de dar voz ao que está acontecendo do que interpretar ou teorizar de forma privilegiada sobre o que acontece. Negando forças sociais autônomas e estruturas prévias aos atuantes, a TAR considera o social algo que emerge da ação constante e que precisa estar continuamente em fluxo. Quando as respostas às perguntas acerca dos fenômenos estudados surgem elas não são redutíveis ao econômico, ao político, aos social ou ao tecnológico sozinhos, isoladamente. (LAW, 1986) Os atuantes quando transformam os significados e elementos através destes fluxos deixam de ser intermediários das ações “sociais” e passam a ser mediadores de operações como translações de interesses, deslocamentos de conceitos, recrutamentos de novos atuantes, etc, gerando mudanças nos limites de coletivos (LATOUR, 2001). Em vez de impor uma rede pré-estabelecida de análise sobre os atuantes, o observador acompanha-os a fim de identificar a forma como estes definem e procura associar os diferentes elementos pelos quais constroem e explicam seu mundo, seja ele social ou natural (LAW, 1986)

A partir deste referencial, os fenômenos naturais ou sociais (no sentido pós-kantiano ou mesmo fenomenológico) não são o ponto de encontro entre a coisa-em-si (sempre transcendente para o primeiro e em suspensão para o outro) e as categorias do entendimento humano (LATOUR, 2001) e que explica o que os atores fazem ou como agem, mas é algo que emerge da ação dos mesmos com elementos heterogêneos e híbridos naturais-sociais (LATOUR, 1994). São aquilo que circula ao longo de cadeias reversíveis de transformação, perdendo a cada etapa algumas propriedades a fim de ganhar outras (LATOUR, 2001). Mais do que o produto de um cientista observando eventos em um laboratório controlado, o produto final deve

assemelhar-se com o próprio laboratório, incluindo o cientista (LATOURE, 2006), onde por fim a produção do conhecimento não é apenas exploração, mas o processo de refazer os próprios passos, seguindo uma trilha demarcada pelos atos da exploração (LATOURE, 2001).

Não é objetivo deste trabalho uma reflexão teórica aprofundada sobre as motivações ou consequências desta filosofia de trabalho, que serve a nós modestamente como método. Inicialmente basta assumir que a TAR pode ser útil como ferramenta para uma compreensão de fenômenos complexos da realidade, em especial para os que ainda não se consolidaram em “caixas-pretas”, ou seja, que ainda não foram estabilizados de forma eficiente para que sejam mais ou menos automaticamente usados em novos arranjos com pouca ou nenhuma necessidade de reflexão e ressignificação. Neste caso, o fenômeno relativamente inovador estudado, embora possa ter raízes um tanto arcaicas, é a criação de novos arranjos de educação médica em ambientes muito diversos do tradicional hospital-escola ou unidade de saúde básica urbana, ou seja, as atuais redes de ensino médico rural, a partir de uma experiência específica.

Um nível diverso da discussão, por outro lado, se preocuparia com os desdobramentos ontológicos que a teoria traz, visto que tem como ponto de partida o questionamento das dicotomias (ou grandes divisões) clássicas entre natureza e cultura, características da modernidade. No presente trabalho, proponho a utilização da TAR de forma mais modesta e um tanto pragmática, ou seja, como útil para o estudo da realidade, especialmente ao praticar um prudente distanciamento das arriscadas molduras ideológicas pré-assumidas, das concepções excessivamente transcendentais do “social”, e dos embates da “guerra das ciências” (desafio próprio da filosofia das ciências), sem assumir necessariamente as bases ontológicas, como as que negam as diferenças *a priori* entre humanos e não-humanos, implicadas neste método. Para efeito deste trabalho, portanto, estas diferenças podem ser suspensas e temporariamente indeterminadas para fins práticos.

A seguir, iniciaremos com relatos de professores e alunos, a respeito de atendimentos realizados junto às equipes de saúde, que eles julgam ter sido positivos ou, pelo contrário, desafiadores. A partir disto, numa adaptação da TAR, iniciaremos o trabalho “de formiga” ao identificar e buscar seguir os atuantes nos processos educativos que eventualmente não estiveram tão evidentes nos capítulos

anteriores e buscaremos traçar paralelos entre as redes de produção da formação médica em áreas rurais em comparação com a formação tradicional. Tendo em vista o caminho metodológico resumido acima, as características da educação médica resultantes destes encontros deverão emergir da observação e descrição das relações entre os atuantes significativos em seus arranjos mapeáveis, mais ou menos imprevisíveis a priori. Algumas subdivisões no texto foram usadas com intuito de ajudar na visualização de algumas ideias-chave, mas ficará bastante evidente que as características destacadas insistem em reaparecer descontroladamente e a toda hora em outros trechos, reforçando uns aos outros, não devendo as divisões, portanto, serem levadas por demasiado a sério.

O RURAL E A INCLUSÃO DE ATUANTES INCOMUNS NO ENSINO MÉDICO - O ENVOLVIMENTO FAMILIAR E O CASO EKBOM¹⁹

P1²⁰: “Na turma passada, teve uma situação que ficou bem marcada, era uma senhora que atendo há muitos anos, diabética e hipertensa, com sensação de “vermes pelo corpo”. Os familiares vieram assustados, porque ela não tinha um quadro de demência e não parecia isquêmico. E aquilo foi piorando, ela começou a ter lesões de pele. Os alunos ficaram muito impressionados. E aí que vem um ponto que é a questão da responsabilização, onde eles assumem a responsabilidade pelo cuidado. Isso é importante, a gente consegue mostrar no rural, o aluno se interessa pelo caso, se sensibiliza com a família, com a situação do paciente e vai atrás de respostas. A dupla foi estudar e identificaram uma síndrome rara, psiquiátrica, que tem relação com pacientes que ficam isolados. Tem tudo a ver com o corona²¹ [vírus]. Ela começou a não sair de casa e desenvolveu a síndrome de Ekbom que é essa sensação psicótica de vermes pelo corpo. Era muito impressionante a consulta, ela ficava o tempo inteiro cuspiendo em um pano, dizendo que estava cheio de ovinhos dos bichinhos. E tu olhava e nada, e os familiares olhando atravessado para gente. Os alunos identificaram isso, a gente estudou o tratamento. No retorno, a

¹⁹ Optou-se por manter a transcrição das falas o mais próximo do real, podendo ocorrer, portanto, pequenos problemas de pontuação e concordância, relacionados às diferenças entre linguagem formal e informal. Quando isso tornou o texto mais difícil de ler, optou-se pela realização de mínimas correções.

²⁰ A partir deste ponto, os professores serão identificados pela letra P, os alunos estagiários pela letra A seguidas de numeração com objetivo de manter o anonimato. A letra E identifica as falas do pesquisador/entrevistador.

²¹ Ou seja, com a - então nova - pandemia de coronavírus e seus efeitos.

gente instituiu o tratamento com o envolvimento dos alunos. Na outra semana ela já estava melhor, num terceiro encontro, após aumento da dose conforme estava descrito na literatura ela volta praticamente assintomática. Então, desde um envolvimento com o sofrimento do paciente e a questão toda do quanto aquilo impacta a família, mobilizando os alunos a se responsabilizar ir atrás de resposta, eles aplicando e vendo a partir da longitudinalidade e do vínculo com a família uma resposta daquilo faz com eles fiquem muito impactados porque infelizmente na formação hospitalar eles não tem isso que é para ser algo muito básico na formação médica, essa sensação de se responsabilizar, de ir atrás por uma motivação pessoal, de querer ajudar o paciente e ao mesmo tempo depois conseguirem perceber a resposta e o benefício e a alegria do paciente e da família de que aquilo está melhorando. Eu vi que eles ficaram muito motivados com isso e é um exemplo do que a gente consegue fazer na APS, no rural, nessas situações.”

E: _ “Que recursos foram usados?”

P1: _ “Literatura básica (Tratado de Medicina de Família, Duncan²²) como era algo mais raro foram para o *Uptodate*²³ e, a partir daí, busca de artigos. Por termos acesso facilitado à internet e banco de dados completos, isso ajuda mesmo nessas situações que são mais raras, mas que também aparecem para nós na APS. Ficou a impressão para os alunos, interessante, de que a APS, apesar que a maioria dos nossos atendimentos ser focado para as comorbidades mais frequentes de uma população, como a gente está se responsabilizando por ela, qualquer outra coisa que apareça aí, muitas vezes coisas raras, também se torna algo de nossa responsabilidade. É importante para eles se darem conta desse detalhe, não é só saber bem das coisas prevalentes, mas também estar aberto para poder buscar informação de coisas raras, que provavelmente, eles mesmo comentaram isso, que na faculdade e, talvez, em nenhum outro lugar, eles veriam um caso desses. Talvez ao longo de toda vida médica isso não volte a se repetir. Deu bem para além de vínculo, responsabilização, acompanhamento, eles se deram conta do que significa porta aberta, que é a gente ter sob nossa responsabilidade situações muitas vezes raras e a gente vai ter que estar afinado nessa característica de busca de

²² Livros-texto nacionais de Medicina Ambulatorial e Medicina de Família e Comunidade.

²³ Base de dados secundária virtual, compilação médica internacional escrita por especialistas de diversas áreas.

informações, de se aprofundar em coisas que a gente muitas vezes nunca viu nem em nossa formação.”

Relatando sua experiência como médico e professor ao defrontar-se com uma “coisa rara”, nosso entrevistado nos apresenta um bom começo para identificarmos e seguirmos as ações de alguns atores importantes envolvidos na educação médica rural. Sempre é preciso começar em algum lugar, e como não há nada que obrigue a fazer diferente, começa-se aqui onde todos começamos, na família. Mais do que mera acompanhante, expectadora de uma relação que ocorre entre o médico e a paciente, ela nos é apresentada como quem busca, “assustada”, o atendimento para a paciente. Aparentemente, pelo relato do professor, tudo começou com um isolamento repentino, causado pela reação global inédita de confinamento, devido à pandemia de um novo coronavírus. Esta invasão do local pelo mundial e do macroscópico pelo microscópico, pela primeira vez na História conhecida da humanidade tendo sido mediada por uma rede planetária de mídia já daria uma tese de doutorado por si só! Mas como nos cabe objetivos mais modestos, voltemos a seguir aquela família assustada perante o novo, no mundo e dentro de casa. Ao procurar a equipe de saúde, o que estão fazendo é buscar novos aliados para uma rede familiar de autocuidado em saúde, que costumava funcionar bem para sintomas simples, mas que agora se mostra insuficiente. Na visão e linguagem Latouriana, um atuante recruta outros para ampliar o coletivo e lidar com a inovação.

O papel da família não para aqui, no entanto, e vai muito além disso, pois é necessário dar pequenas pistas aos estudantes e ao médico acerca do que julga estar errado (com “olhares atravessados”, por exemplo), num trabalho inicialmente um pouco tenso, pois de resultado ainda incerto, que é criar um acordo comum entre a equipe de saúde, estudantes, professor e a família consultante. Para complicar, inicialmente não é imediato, nem garantido para os envolvidos que há ali verdadeiramente um problema médico. “(...) tu olhava, e nada!”, nos diz o professor. Que desfecho se dará, produto deste primeiro encontro? Alguém, pondo-se no lugar da paciente ou da família, poderia temer um resultado desfavorável (não raro infelizmente, no nosso sistema de saúde), envolvendo algum profissional, quem sabe cansado, sobrecarregado pelo peso de redes de atores políticos, econômicos e técnicos - humanos e não-humanos - que tornam o trabalho no sistema público de saúde muitas vezes insalubre, como é de conhecimento público.

O que dirá, o que fará este médico, ou os estudantes menos experientes, ao não achar os ditos vermes, no pano cuspidor, insistentemente apresentado pela senhora? Dirá que não é nada? Encaminhará a paciente para um psiquiatra, a fim de “se livrar” rapidamente de mais um caso estranho e puder chamar o próximo paciente, de muitos, que esperam no burburinho da sala de espera? Dará um remédio de vermes, como solução fácil e que dialoga de certa forma com a proposta diagnóstica da paciente? Será que sem a presença e os olhares atravessados dos familiares, o desfecho seria diferente? Que miríade de fatores pode estar influenciando este atendimento e que é impossível aqui seguir completamente, neste caminho de formigas atuantes que adentra por frestas do consultório e do sistema de saúde...

Em algum ponto, precisamos delimitar e voltar ao que importa. Os atuantes do cuidado médico, já estão começando a atuar como educadores médicos. Os alunos, por enquanto, percebem olhares, explicações aparentemente fantasiosas, um professor tentando reger uma orquestra complexa de interesses de cura, de aprendizado e de satisfação dos envolvidos. Há algo errado ali, isso é claro. Felizmente, desta vez, a família conseguiu mexer da forma que desejava as cordas desta rede e os atendentes não a despacharam rapidamente com uma solução fácil. Os alunos “ficam impressionados”, como nos conta o professor. Há de fato ali um problema de saúde, entra-se num acordo, e não é só “de vermes”.

Os olhares conseguem ser mais eloquentes do que o trapo salivado e transladam os interesses de todos envolvidos e ativam os atuantes a mobilizar uma rede maior, como veremos a seguir. Há agora, além de vermes invisíveis a serem combatidos, também uma lista de outros objetivos: 1) algo a ser estudado pelos alunos, que desejam se formar, ser aprovados no estágio e, futuramente, se tornarem bons profissionais; 2) algo a ser apresentado pelos professores para os alunos, um “caso” e 3) as características da APS a serem ensinadas; 4) um paciente a ser “ajudado” e que é de sua “responsabilidade”; 5) uma família a ser acalmada e com uma responsabilidade agora mais suportável, visto que dividida com outros.

Os familiares, no entanto, não podem parar de atuar, ou a rede corre o risco de se desfazer. Nada de sentar e simplesmente esperar que o professor e os alunos ativem suas redes de atuantes científicos, diagnósticos e terapêuticos. Ela precisa continuar ativa, e é apresentada como alguém que ajuda a sensibilizar os alunos a

estudar e “se responsabilizar”, diferentemente do hospital, segundo observa o professor, além de mostrar o impacto da doença da pessoa no meio em que ela vive e tornar mais perceptível a real dimensão do sofrimento da doença. Além disso, também “se alegra” com os bons resultados, tornando gratificante o trabalho dos alunos.

Esta ação sensibilizadora, “motivadora”, se confirma ao recordamos que isso também apareceu diversas vezes nos resultados dos questionários dos alunos, anteriormente apresentados. Destacou-se lá como ponto positivo de entendimento “do contexto do processo saúde-doença” e como auxiliar do entendimento das “características do trabalho do médico de família” ao responsabilizar-se com níveis acima, mais amplos, ao do paciente e sua doença, que usualmente é apresentado ao aluno.

A família deve, além disso, ajudar na adesão ao tratamento, caso contrário, a paciente que já está confusa pode não segui-lo corretamente. Ou ainda pior, ela pode ser tentada a desistir, desanimada por ter a sua volta familiares e profissionais míopes e que não acreditam nela. Sua costura de rede aparentemente não funcionou como esperava e, só após os desfechos favoráveis, é que se tranquilizará.

O seguimento do caso após o primeiro atendimento tem que ser igualmente pactuado de forma conjunta. Este esforço continuado que gerou os resultados esperados, ao menos neste caso, retroalimenta os alunos e o professor, gratificando-os por não terem tomado decisões fáceis desde o início. A rede funciona adequadamente e potencialmente se incorpora gradual e repetidamente transformando os alunos num determinado tipo de profissional médico, próximo ao chamado “perfil do egresso” das diretrizes curriculares nacionais (BRASIL, 2014).²⁴

As redes não acabam aqui, mas vamos encurtar este relato inicial para não nos perdermos. Teremos oportunidade de aprofundar outros aspectos, que aqui só iniciamos, nos casos seguintes. Só para exemplificar do que se trata, não exploramos ainda o papel não menos importante das instituições mais distantes, como a Universidade e a Prefeitura, sem as quais não haveria os meios para os

²⁴ “Art 3o - O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.”

alunos estudarem e acharem as respostas, provendo livros, a internet e a medicação, atuantes essenciais para o desfecho final. Poder-se-ia aprofundar também o papel que um vírus novo adquire, mobilizando os governos mundiais e locais a produzir recomendações de isolamento que, associadas a sensação de medo e incerteza que aos poucos foi se alastrando por toda sociedade, acabou produzindo, na visão do entrevistado, a Síndrome de Ekbom. É necessário um recorte da rede em algum ponto. Sabe-se lá em que tramas nos enredaríamos ao prosseguir nas malhas que unem estes atuantes locais a laboratórios e mercados de animais chineses²⁵, centros de mídia e diplomacia ocidentais, produtores de imunizantes e cálculos políticos eleitorais obscuros, se pudessemos prosseguir indefinidamente.

Estamos aqui, então, focando na produção de educação médica e podemos perceber que mais do que um exercício teórico perceptível somente ao professor, tudo isso também é percebido como um aprendizado pelos alunos. Nas entrevistas, eles apresentam a família como alguém capaz de mudar os diagnósticos e as condutas médicas, e que isto aparece de forma especial no estágio rural, como vemos nos trechos de entrevistas a seguir:

A4: “A parte familiar, tem muito [no estágio rural], entender o contexto familiar é muito bom, porque às vezes tu muda a conduta por conta disso, porque tu muda a impressão que tu tens a respeito dos pacientes, entendendo porque ele está agindo de tal forma, ou a doença está agindo assim com ele por causa de todo contexto. Isto aqui, as pessoas conhecem muito bem. Eu acho que é mais fácil no meio rural que no urbano.”

A7: “Eu tive um caso em que a paciente veio por um transtorno de ansiedade, estava com alteração de humor e problemas em casa. A doença era mais pela própria família que morava com ela e que exacerbou o transtorno de ansiedade nela e não da paciente em si. Durante a conversa, depois ter pego todo caso, antes de discutir com o professor, veio ao acaso, acabou aparecendo, dependendo da pergunta mais direcionada e que acabou aparecendo um risco de suicídio da própria familiar da paciente que estava consultando e nesse meio tempo a gente tem que aprender a manejar esta questão de não necessariamente só conseguir tratar a paciente que estava na consulta, mas ter que tratar como um todo. Tratando ela

²⁵ Inicialmente, uma das teorias nunca totalmente comprovada ou descartada, é que o coronavírus em questão havia surgido em um mercado chinês de animais.

ajudaria a familiar e tratando a familiar ajudaria ela mesmo. Mas foi feito o manejo para ver o que poderia ser possível fazer, se iria precisar internação hospitalar, para controlar essa exacerbação. Nesse caso, foi conversado com a familiar, para ver se ela realmente acreditava que tinha risco de suicídio, se ela conseguiria manejar, evitar que ela ficasse trancada sozinha, que tivesse acesso às medicações, à riscos importantes, evitando uma tentativa de suicídio. E se ela não conseguisse fazer esse manejo domiciliar, se concordaria com uma internação para controle dos sintomas e para impedir que ela fizesse isso. No caso, ela garantiu que conseguiria e solicitou encaminhamento para psicólogo para ela e a familiar. Ela também estava bem transtornada tanto pela pandemia quanto pela exacerbação da familiar.”

No relato acima, o aluno descreve uma descoberta casual de uma emergência psiquiátrica ocorrida envolvendo um familiar da paciente que consultava e parte do seu desdobramento, que incluiu uma internação domiciliar. O aluno nos conta como ele percebeu a necessidade de ampliação do papel tradicional do médico, de ir além do que estava na sua frente, fisicamente no consultório, inicialmente sendo recrutado pela consultante e posteriormente mobilizando além dos familiares, outros profissionais, serviços e o próprio domicílio, com seus riscos e fatores protetores potenciais.

Neste tipo de atendimento, passa-se aos familiares uma série de orientações de prevenção de autoagressão, de como evitar acesso a objetos perigosos como objetos cortantes, armas de fogo, medicações, produtos químicos e também se limita o uso de chaves nas portas, entre outros. Avalia-se constantemente o tipo de suporte familiar a estas medidas e isto pode incluir uma visita domiciliar e a discussão de caso com o CAPS, serviço presente na cidade e direcionado ao apoio psicossocial. Durante este mapeamento, se for reconhecido que a rede de segurança domiciliar não conta com os atuantes devidos ou se estes se recusam a agir como esperado, outra rede envolvendo o hospital e psiquiatras seria necessária, como nos indica o estudante. Tudo vai depender da capacidade dos familiares se manterem ativos e continuamente recrutando (ou impedindo) certos atuantes de agir. Aqui, como nos casos anteriores, se a família parar, tudo desanda.

Podemos extrapolar nossa análise e imaginar que não seria muito diferente numa internação psiquiátrica, exceto talvez por quais atuantes estariam mobilizados. Se aqui, parentes agenciam ou alienam chaves, portas, facas e remédios, lá

enfermeiras também o fazem com horários, regras, portas, grades nas janelas, mais remédios e até contenções mecânicas e químicas, se necessário. Numa, os aspectos familiares ao paciente, como estar na sua casa, podem atuar de uma forma ou outra, positiva ou negativamente, gerando saúde ou mantendo estressores próximos, na outra, a retirada destes mesmos aspectos familiares pode resultar igualmente em melhores ou piores resultados.

Muito papel escrito (ou *bits*, hoje em dia), a experiência prévia com casos que deram mais ou menos certo, o exemplo dos professores e colegas, intuição e sabedoria de vida de inúmeras experiências prévias pessoais (e até um pouco de sorte, quem sabe?) precisam ser combinados pelo profissional com “o mundo” dos pacientes, familiares e do sistema de saúde para que a tomada de decisão tenha o máximo de possibilidade de dar certo. E este arranjo entre coisas e pessoas já está sendo o início de outros arranjos para os alunos, que mais ou menos conscientemente tomarão suas decisões futuras. Posteriormente, mais trabalho mobilizando agentes comunitários de saúde, revisões ambulatoriais de todos envolvidos, telefones e enfermagem, além de medicações, inserindo o aluno em um mundo muito diverso do que estava habituado no hospital-escola e com os professores-especialistas.

A IMPORTÂNCIA DO RECRUTAMENTO DE ATUANTES NÃO USUAIS NO ENSINO RURAL E OS ATRIBUTOS DA APS NA FORMAÇÃO MÉDICA

O escopo ampliado na medicina rural impulsiona os estudantes rumo à integralidade do cuidado

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014), ao descrever o perfil do formando egresso e as competências desejáveis ao futuro profissional, acertadamente destaca diversas vezes a necessidade de “integralidade da assistência” e da importância de promover a “saúde integral do ser humano”. Este termo comumente relaciona-se a uma abordagem da pessoa em todas suas dimensões físicas, mentais, psíquicas (e mais recentemente nota-se uma recuperação das dimensões espirituais, desprezadas por uma excessiva influência do positivismo e materialismo no último século especialmente), entendendo como útil embora um tanto artificial a separação entre elas, ao menos quando se trata da saúde. Além disso, o cuidado integral também

pressupõe acesso completo a diferentes níveis de intervenção, comumente esquematizadas como “prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo”. Isso se faz necessário como contrabalanço à excessiva fragmentação que o progresso do conhecimento especializado vem trazendo à ciência, infelizmente com frequentes consequências desumanizadoras ao cuidado à saúde. A seguir, serão destacados alguns relatos que mostram como as peculiaridades da prática profissional impactam positivamente através da educação médica rural, naquelas características desejáveis para os formandos descritas acima.

P1: “O outro [caso] era um paciente diabético que já estava com uma glicemia descompensada, com critérios para início de insulinoterapia e, como a maioria desses pacientes, muito resistente ao início da insulina. Tinha um agravante importante, além da obesidade e hipertensão, ele mora num lugar de muito difícil acesso, distante da unidade, de acesso complexo. Um casal de idosos que está nesse local. Isso era um ponto complexo dentro de toda complexidade do caso. Os alunos compreenderam essa dimensão, acompanhando e atendendo, que existia uma necessidade clínica do início da insulina. Estudaram, buscaram todas essas informações do que é necessário e como orientar para o início, mas tiveram um ponto adicional na complexidade do caso quando foram fazer visita domiciliar para entender quem era esse paciente, num lugar de muito difícil acesso, onde não havia vizinhos, onde a esposa não teria como transportar esse paciente se ele fizesse hipoglicemia, onde o telefone muitas vezes não pegava na região onde ele estava. Eu então “apimentei” o caso com os alunos, trazendo esse fato “observem o cuidado que nós teremos que ter no início de insulina numa situação complexa como essa”. Ficou claro para eles a importância da prevenção de se evitar a possibilidade de uma hipoglicemia, então toda orientação ficou mais complexa e bem detalhada por parte deles. Eles fizeram um material com folder, plastificado que até hoje eu tenho na unidade, que ficou como modelo. O tempo empregado na orientação da esposa, porque ele também tinha dificuldade visual pelas doenças. Foi muito importante ver o quanto eles conseguiram ajustar a teoria à prática, à realidade daquele casal, daquela situação. Isso muitas vezes passa batido numa formação onde tu não está inserido numa comunidade, tu não tem essa perspectiva, essas situações, para poder inserir na sua bagagem profissional. Só eles se darem conta daquela situação

fez com que eles se mobilizassem intensamente no cuidado de orientação de início de insulinoterapia. Fizemos isso, intensificamos as visitas e deu tudo certo, até hoje eles moram lá e fazem uso da insulina há mais de cinco anos. A aplicação prática ajustada à realidade do paciente ficou muito evidente e os alunos conseguiram se dar conta dessa dimensão, que para ele talvez nem existisse. Quando a gente está no hospital muitas vezes não tem noção desta complexidade.”

[Ao ser questionado por alguns detalhes, informa que] o deslocamento é realizado com carro da prefeitura, dirigido por algum membro da equipe, e que o mesmo fica disponível o tempo inteiro. As seringas e medicações são fornecidas pela UBS. Os alunos chegaram a ir até o domicílio para fazer a insulina *in loco*. A ACS vê uma vez por mês, usa seu carro nos locais mais distantes. Não lembra se naquela ocasião teve contato com a ACS. Os alunos têm contato com ACS na reunião da equipe, nas intervenções.

(...) A região “X” é a área mais distante da minha unidade, predomínio de idosos, êxodo rural importante e moradas longínquas (umas das outras). Nesta área tem muito o problema de relevo, essa casa começa a descer num morro, por isso não pega celular, e aí pega uma estradinha e vai, vai, vai e a última casa é a desses idosos, e só para sair dali é uma baita lomba que tu tem que encarar. Eles têm um fusca e é a esposa que dirige. tem essa dificuldade. A ACS desta área tem carro. Cada uma das agentes têm uma característica que se adequa com a área que ela cobre. Nas áreas mais próximas do posto, vão a pé e de bicicleta. Nessa área mais rural, ela usa o carro dela. Os alunos normalmente têm contato, em geral, ao longo das quatro semanas, em alguma reunião com a enfermeira e ACS, em outras vezes fazem a intervenção com elas.”

Neste relato, em contraste com o anterior, os alunos aparecem em uma postura bastante ativa, não se limitando a se sensibilizar pela família e paciente, buscar informações, diagnósticos e tratamentos. Desta vez, eles (mobilizados por um conjunto de elementos e falta de outros que veremos a seguir), se obrigam a adequar sua conduta, que fica mais complexa, incluindo, além das tarefas médicas mais ortodoxas, a fabricação de um folder plastificado, dirigir um automóvel até uma casa remota para “fazer insulina *in loco*” e dar orientações ao paciente, bem como avaliar se um familiar tem condições de ser co-responsável pelo tratamento.

Um destes produtos, o folder, ficou na unidade para atuação futura oportuna, prolongando potencialmente o impacto de sua ação. Estas tarefas, por sua vez, envolvem a geração e mobilização de uma série de habilidades de comunicação (empatia, diagnóstico situacional, planejamento estratégico) e manuais (confecção do folder, administração de medicação, dirigir) que, de longe, escapam da rotina controlada do hospital-escola, como veremos nos relatos dos alunos adiante. Caso investiguemos as causas destas diferenças nos depararemos com todo um mundo suprimido conscientemente no ambiente hospitalar e das salas de aula da Universidade, onde órgãos, hormônios, medicamentos, microorganismos e pessoas estão “domesticados” e tendem a funcionar convenientemente para, ao menos teoricamente, proporcionar ao ensino e tratamento os melhores resultados possíveis.

Fora do ambiente hospitalar (onde a maior parte dos problemas de saúde são cuidados, como vimos nos estudos de ecologia médica), as equipes de saúde de APS e estudantes atuam juntos, lidando com atuantes bem menos dóceis, que ora se recusam a tomar remédios, ora não enxergam bem a seringa para ajustar a dose da insulina, ou ainda, que não tem a renda ideal para sustentar tratamentos caros de longo prazo, ou que não sabem dirigir. Ainda figuram estradas rurais indóceis aos automóveis, telefones que se recusam a captar o sinal de escassas torres, especialistas distantes demais e alheios à cultura local, etc. Neste cenário, estudantes e equipes rurais, normalmente menores que as urbanas, são obrigados a ampliar seu escopo de habilidades usuais e realizar tarefas não previstas em suas formações urbanas (KONKIN *et al.*, 2020; STRALEN *et al.*, 2021; WENGHOFER *et al.*, 2018). Isso se dá ora realizando tarefas comuns, inespecíficas, ora assumindo para si responsabilidades extremamente especializadas, que de outra forma seriam delegadas a colegas de formação diferente ou até de outras profissões da saúde. Ao fazer os alunos “se darem conta” da situação, da “complexidade”, os atuantes diversos, presentes (ou ausentes) no mundo rural, produzem uma mudança, um “ajuste à realidade do paciente”, como nos fala o professor. E isso é perceptível aos alunos:

A5: “Aqui a gente acaba lidando com tudo. Absolutamente tudo, porque é só um médico no posto de saúde. Na cidade é um pouco mais dividido.”

Isso é possível e alcança melhores ou piores resultados, pela forma característica de organização do trabalho da APS na zona rural. A formação rural

impacta, igualmente, no número e qualidade de procedimentos que o futuro profissional executará (GOERTZEN, 2006; HUTTEN-CZAPSKI; PITBLADO; SLADE, 2004.)

Como nos mostra a professora a seguir, e também pode ser visto em praticamente todos os relatos anteriores, onde o vínculo criado pelo cuidado próximo e continuado, muda a relação entre os envolvidos e gera conhecimento dos atuantes usuais presentes na vida das pessoas da comunidade (ou o contexto, como diriam outros), reforçando a possibilidade de um cuidado integral através da ampliação do escopo do médico rural e da equipe de saúde (DELANEY *et al.*, 2002)

P3: “No geral, o estágio de medicina de família, de estarem aqui, é essa vivência com as questões de vida das pessoas. Ontem mesmo, uma aluna me disse: “como é legal tu tá aqui e falar o nome da pessoa, não do paciente ou que tem diabete ou não sei o que. Tu não tá rotulando pela doença, tu fala quem é a pessoa, que é filho de não sei quem e trabalha não sei aonde”. A gente fica na faculdade muito focado em diagnosticar e tratar, em saber lidar e fazer o manejo clínico e nada se fala desse manejo interpessoal, como tu criar um vínculo com a pessoa, como ter empatia. Poucos tem isso já encaminhado, a maioria acaba focando, quer ser bem intervencionista, já quer fazer tudo para a doença, mas não pensa no todo. Aqui na APS tu tem isso, tem como fazer o paciente retornar e tu vê todos os conflitos.

P3: Teve uma outra situação que a paciente tinha perdido o filho num acidente de trânsito, ele tinha saído para ir no mercado e ela falou para ele não demorar que a gente tem que fazer amanhã isso e aquilo e ele disse, não, eu já tô voltando. Foi um acidente... não teve nem o que fazer, ele morreu na hora. E aí eu vi que o aluno ficou... “bah!” ...congelou naquela consulta e depois eu perguntei para ele o que aconteceu e ele disse que fala exatamente assim com a [sua] mãe. Era perto de Finados, um momento que acaba lembrando tudo e ficou muito mexido. Eu acho que quando tu tá no ambulatório, no hospital dentro daquela carcaça que de certa forma te protege, tu não tá vendo que as pessoas têm as questões de vida muito parecidas com a gente e meio que tu fazes um distanciamento “ah, isso não vai acontecer comigo, isso é com ele”. E quando eles vêm para cá e a gente consegue abrir esse espaço para eles verem a história de vida, a família, tu acaba trazendo essa área em comum que têm os paciente com a gente. Essa proximidade que eu tento trazer para eles, de se colocar no lugar daquele paciente e da família e que

eles também consigam, de certa forma aumenta o vínculo, tua interação e troca com o paciente, por tentar enxergar com os olhos dele e a gente consegue ter uma visão mais real do paciente e do que a gente vai propor então.”

Neste relato, ficam evidentes não só o maior contato com “o mundo” do paciente, mas também as condições privilegiadas que um professor vinculado desta forma especial com a vida local (todos professores moram nos pequenos municípios em que trabalham) consegue proporcionar ao aluno. É evidente o quanto isso é diferente do que costuma ocorrer nas grandes metrópoles e no manejo hospitalar. Por outro lado, o medo de quebra de sigilo pode, às vezes, dificultar o surgimento de informações nos municípios pequenos, fazendo que o paciente se sinta mais à vontade ao se distanciar, como veremos a seguir, embora não necessariamente estes serviços estejam preparados para lidar com a complexidade das situações de vida das pessoas, focando mais em procedimentos pontuais.

A3: “Eu lembro um caso de que a paciente foi atendida no ambulatório, e ela estava em tratamento para um câncer, e era a última paciente, são às vezes quarenta numa tarde e tem que ir tocando, e a gente deixou a paciente falar, e a gente descobriu todo um histórico em casa, de violência doméstica, que ela tinha às vezes que se esconder do marido, dentro de uma caixa d’água, e coisas assim. E eu me senti mal por a gente não poder ajudar ela, a gente estava num ambulatório de uma especialidade muito focal e provavelmente ela nunca falou sobre isso naquele local e nem na cidade dela, porque ela não era de Caxias²⁶, a gente deu várias orientações, tentamos marcar umas consultas com a psicóloga dela para ela conseguir buscar uma ajuda na UBS sabe. porque a gente não sabia o que fazer por ela, são coisas que ficam mais soltas.”

É relativamente fácil perceber que há uma grande diferença entre atender uma situação como está no último horário (depois de “quarenta numa tarde”) de um serviço especializado em outra coisa e em um serviço generalista, de contato integral, como na APS. Embora o local em si, não garanta nada, evidentemente, os atuantes “à mão” para mobilizar facilitam ou dificultam os desfechos desejados, como vimos no relato anterior de internação domiciliar para paciente com risco de suicídio.

²⁶ Neste capítulo, nas falas registradas, algumas vezes se denomina o município de Caxias do Sul como simplesmente “Caxias”. Não confundir com o município homônimo de outra Unidade da Federação Brasileira.

Da mesma forma, usando um exemplo próprio, atender um idoso qualquer com lombalgia crônica, em um ambulatório especializado de coluna, em um grande hospital, em meio a uma grande demanda de outros pacientes com a mesma queixa e atender o Sr. M, marido da Sra. M, que são visitados regularmente pelo agente comunitário de saúde X, que acompanha diversos outros problemas de saúde na unidade. Ao ter contato próximo, repetido e variado com a mesma pessoa e sua família, a equipe e os alunos percebem atuantes que estão ocultos no atendimento quase que “de laboratório²⁷” que ocorre em alguns serviços especializados. Somente “mergulhando” no mar de atuantes reais que envolvem a vida das pessoas é que, por exemplo, se faz possível perceber a relação entre uma simples lombalgia e mudanças que ocorrem na macroeconomia e que vão refletir-se na chance de os jovens de áreas rurais optarem por permanecer no trabalho agrícola (ajudando os mais velhos, como o Sr. M) ou a saírem para outras alternativas na cidade. O prolongamento do tempo de trabalho braçal solitário dos idosos em nossa região, comparativamente às gerações anteriores, está diretamente relacionado às opções de trabalho, à circulação de informação que impactam as expectativas de consumo dos jovens, às políticas de redução do número de filhos, aos costumes e leis de divisão de heranças, etc... O tamanho desta rede para o futuro profissional de saúde depende em grande parte do grau de interesse e criatividade individuais, mas pode muito bem ser escondida ou evidenciada pelos arranjos em que colocamos os alunos durante sua formação.

É evidente que nem sempre a compreensão da complexidade da vida e suas relações com a saúde geram, automaticamente, soluções fáceis e eficientes, mas certamente contribuem para o enriquecimento da percepção dos alunos sobre o cuidado das pessoas. Em uma comunidade pequena e delimitada, como ocorre com mais frequência nos locais remotos e áreas rurais, pode-se criar, com alguma arte, condições propícias mediante a mobilização dos atuantes certos, para que a percepção dos futuros profissionais atinja um outro patamar, especialmente em áreas da construção do “ser médico” que, infelizmente, com alguma frequência, ficam em segundo plano nos currículos usuais. Mais adiante, quando os estudantes e professores nos contarem mais sobre como veem as diferenças entre suas

²⁷ No sentido da tentativa de isolar um fenômeno das “interferências culturais” e ver o fenômeno, a natureza, de forma “mais pura”, como foi durante muito tempo, e ainda é, o projeto de parte da ciência ocidental. (LATOURE, 1994).

vivências de generalismo e especialidades e, também, compararem mais as cidades com as zonas rurais, ficará ainda mais evidente como a educação médica rural contribui para a qualidade da formação e integralidade do cuidado.

O professor-médico “enraizado” nas comunidades rurais e sua influência longitudinal para a educação médica

Parece importante reparar que este entendimento mais amplo, envolvendo o “contexto familiar” e o envolvimento com estas redes de atuantes estão sempre ligados ao conceito de longitudinalidade do cuidado ou continuidade através do tempo do cuidado em saúde. No caso do estágio em questão, os professores são médicos de família “enraizados” na mesma comunidade há muitos anos, tendo um histórico de múltiplos contatos com os pacientes, suas famílias e muitas vezes domicílios e locais de trabalho. Eles moram nos municípios do interior onde trabalham e também se relacionam com a comunidade fora dos locais de trabalho, no seu dia-a-dia. As vantagens disso para a atenção em saúde são percebidas pelos alunos assim como o impacto na sua formação:

A3: “Foi bom perceber as questões da longitudinalidade, também eu fiquei mais calma que tu não precisa resolver todas as demandas que o paciente traz [no mesmo momento]. Eu consegui aprender a focar primeiro num problema porque depois vai ter tempo, tu vais ter mais contato com o paciente. Tu já conhece ele, a família dele.”

A1: “eu consegui tirar uma lesão que parecia ser um carcinoma...depois deu para ver a evolução do paciente, a cicatrização... se fosse para o ambulatório de cirurgia eu não acompanharia.”

E: Porquê?

A1: “por falta de continuidade, não veria os curativos como na UBS.”

Isso fica perceptível também a seguir:

A1: “No estágio anterior, marcou, conversando com o professor, sobre a longitudinalidade e sobre conhecer os pacientes e todo contexto. Ele me disse assim: “Bah, eu não trato só de clientes ou dos pacientes, eu trato dos meus amigos aqui.” Assim que acaba se tornando. Isso foi uma coisa bem impactante para mim. Porque a maioria dos pacientes que eu tive contato [antes, no resto da formação

médica], com poucos eu tive contato novamente, uma segunda e terceira vez, pouquíssimos. Um caso que me marcou, foi muito elucidativo, foi o de uma paciente diabética que já tinha indicação de começar insulina, mas ela vinha em um acompanhamento e tentando controlar com medicação oral e tal, isso há umas duas semanas, porque a diabetes evoluiu muito rápido assim, e foi conversado com ela e como o professor, que era médico há 10 anos já naquela unidade, já conhecia ela, sabia do contexto familiar, sabia que ela tava medindo a glicemia direitinho, tava cuidando a alimentação, tava seguindo todas as orientações assim, ele optou por postergar um pouquinho, para ver se conseguia controlar, para não ter necessidade de insulina. Porque ela estava muito aflita, parecia que para ela começar a insulina seria uma morte, seria como morrer. Então ele viu todos os sentimentos dela, todo contexto dela e durante esse período que ele resolveu postergar um pouco o início da insulina, ele foi trabalhando estes sentimentos com ela, como seria o começo, como aplicaria a insulina, como seriam os ajustes... E aí, quando ela realmente começou a insulina, eu lembro que foi numa visita domiciliar, a gente foi com a enfermeira, levamos as insulinas, foi feito um hgt, a enfermeira orientou ela como conservar: deixa a insulina aqui assim, neste lugar da geladeira, faz a insulina assim, tem que chacoalhar assim, todo processo que tinha que fazer, e ele foi lá e anotou e era final ano ainda então tinha toda a função de fechar a UBS, e ele considerou muito isso. Tal dia tem que ir lá na UBS, tal dia vai fazer o HGT²⁸, daí tu vai fazer tanto de insulina, num papel para a paciente, com todas as datas, porque como era final de ano, ela não ia conseguir, (...) foi muito legal de ver, a individualidade em todo um contexto específico e era o que a paciente precisava.”

Esta percepção da importância da longitudinalidade consegue extrapolar o nível individual, ajudando na compreensão mais ampla dos determinantes de saúde:

A6: “Em relação ao estágio rural me chamou a atenção a proximidade com a comunidade, me parece ser maior, ajudando a conhecer o paciente, ajuda a escolher um tratamento mais adequado, que muitas vezes a gente não pensaria sem ter o conhecimento da comunidade, da família e do jeito do paciente. [como exemplo] eu posso citar grupos de pacientes que vem com algumas queixas, que a gente descarta primeiramente coisas mais importantes, mas por tu conhecer aquele paciente, que ele tem algum problema familiar, que pode estar num momento mais

²⁸ HGT é a abreviatura de hemoglicoteste, ou teste de glicose em um gota de sangue periférico, extraída através de uma punção de vaso capilar, comumente na ponta de um dedo.

difícil da vida dele, tu sabe que aquele sintoma provavelmente está vindo de uma situação, pelo momento difícil. Alguns vem com visitas frequentes à UBS [nos estágios na cidade] e não têm o problema resolvido, às vezes por a gente não poder ver que a origem, pode ter uma causa diferente”.

O estágio rural, em especial neste formato estudado, com professor “autóctone”, ajuda os alunos a conhecerem e perceberem o impacto que certas características do cuidado médico que favorecem resultados positivos como a importância do vínculo e a confiança entre o médico e os pacientes:

A5 - “Eu acho que pode ser do rural isso, pois é só um médico, e é a referência deles, e eles não querem trocar, sabe, ser atendido por outra pessoa.”

A4 - “Eu também noto que no rural eles confiam muito no médico. Às vezes em Caxias [do sul] eles duvidam e pode ser isso que querem ir para especialista sempre, para ter uma segunda opinião sobre o assunto, e aqui eles confiam. Tu diz que tem que fazer uma coisa e eles vão e fazem.”

E: “Por quê?”

A4: “Talvez pelo tempo que tu estás aqui, e porque eles veem que as coisas dão certo, né? Lá é mais rotativa a coisa.”

A5- “Eu acho que a quantidade de informação na área urbana também é maior, tipo, de pesquisar no Google.”

A4 - “Às vezes, se o paciente tem um nível de instrução maior e antes da consulta ele pesquisa, isso é muito bom porque tu consegues discutir com ele e ele entende. Mas se é uma pessoa mais ignorante, que pesquisou coisas que não tem o menor sentido, aí ele acaba duvidando da conduta médica e dificulta. Aqui não tem este problema.”

A2: “Foi interessante acompanhar o médico que já está aqui há muitos anos, que já conhece os pacientes, as famílias, já sabe as causas - digamos assim- de doenças psicossomáticas, que a gente atendendo pela primeira vez não consegue identificar. A importância de ter vínculo com o paciente, de conhecer como isso traz diferença no atendimento na saúde, no atendimento a longo prazo, no acompanhamento dos pacientes. Foi muito legal.”

A5: “Eu tive uma paciente que veio me contando que tinha uma contratura muscular e eu caí na história dela. Eu até passei para ti [ao professor] e tu: então olha no histórico dela o que é a contratura. E ela tinha uma fratura, e ela sabia disso.

E naquele momento eu fiquei tipo [a aluna abre a boca e faz cara de chocada]... eu acho que tá na hora de eu olhar para antes disso tudo, para ver de onde o paciente está chegando.”

A2: “Tiveram vários casos, de pacientes poliqueixosos, e que ao mesmo tempo não eram. A gente na especialidade, vê doenças ali do estômago, por exemplo, tu vai pensar [primeiro] em doenças do estômago. E aqui eu vi vários pacientes que tinham várias queixas e tu poderias pensar: vou ter que encaminhar pro gastro[enterologista], pro ortopedista, e no fundo tu vai ver é alguma coisa psicológica ou alguma coisa do corpo mesmo, que vai somatizando em outras áreas. E dá para acompanhar o paciente, pedir para ele retornar, e isso é muito legal aqui. A gente não conseguiu ver isso lá em Caxias. A gente atendia uma vez e aí nunca mais.”

Percebe-se que o estágio rural, especialmente quando organizado de certa forma, apresenta grande potencial para cobrir algumas lacunas ou, no mínimo, reforçar alguns aspectos importantes para a formação do perfil profissional almejado nas DCN. Destacou-se, neste momento, a importância apontada pelos alunos de que os professores sejam os médicos há algum tempo das comunidades hospedeiras, o que nem sempre acontece em outras experiências de estágio. Por diversos motivos, na visão dos alunos, o vínculo de longa data, o conhecimento que isso gera da vida do paciente e a confiança mútua gerada disso hoje são difíceis de serem visualizados nos estágios urbanos e hospitalares especializados.

Há toda uma dificuldade logística de se conseguir estes arranjos principalmente devido às características do sistema de saúde brasileiro e à falta de políticas adequadas de formação suficiente de médicos de família, generalistas, e especificamente de recrutamento de bons profissionais para o interior e de retenção destes nos locais onde mais são escassos. O recrutamento e retenção de profissionais de saúde é um problema mundial para as comunidades rurais, como citado anteriormente, mas aqui fica destacado também o impacto que isso tem para a formação médica (KOVICH, 2017), o que é um assunto menos estudado. A continuidade do cuidado assim como da supervisão do aluno são pontos chave para a evolução dos modelos curriculares atuais (HIRSH *et al.*, 2007). Isto será retomado mais adiante, após ouvirmos mais professores e alunos nos mostrando quais atuantes estão ativos nos diferentes cenários de ensino.

O estudante com autonomia “às porteiras”²⁹ do SUS e algumas inversões de raciocínio.

Atualmente, já após três décadas de SUS e ao menos duas de saúde da família progressivamente sendo implantada e a APS ajudando a organizar os fluxos de pessoas dentro do sistema de saúde, alguns efeitos sobre a distribuição dos casos novos são observados. Em locais, como o que ocorre nos municípios participantes do estágio rural estudado, onde há uma porta de entrada definida no sistema e sendo o acesso especializado na sua maior parte acessado somente a partir de um atendimento generalista próximo à residência das pessoas, a grande maioria dos novos diagnósticos, em especial os comuns, ocorrem na Unidade de Saúde da Família. Em geral, quando um paciente chega hoje ao especialista, já está com várias etapas preliminares do raciocínio diagnóstico diferencial prontas, necessitando confirmação ou algum refinamento somente, além é claro de manejo e procedimentos específicos que não podem se dar na comunidade, como cirurgias e acesso aos exames especializados. Mesmo nos casos em que o diagnóstico não é estabelecido na Atenção Primária, há um grande trabalho de separação de áreas da medicina e de hipóteses mais ou menos comuns que já é estabelecida em nível local, inclusive para possibilitar a escolha de qual especialidade será mobilizada.

Isso não é irrelevante para a formação médica, tendo esta forma de organização do sistema de saúde impacto direto na formação médica. Uma das consequências imediatas é a necessidade de um deslocamento ao menos parcial do eixo central da formação clássica médica que ocorria sempre em alas especializadas de hospitais-escola, para a rede de Atenção Primária. Caso contrário, dá-se uma distorção na visão dos formandos entre problemas de saúde comuns e raros, além de enviesar a forma de acompanhá-los, tratá-los e, quando possível, solucioná-los. Um aluno que só tenha presenciado, por exemplo, situações complexas de hepatopatia crônica, como peritonites bacterianas e cirurgias de varizes esofágicas, que é o que se vê normalmente em internação hospitalar, pouco ou nada aprenderá sobre o manejo do paciente alcoolista pré ou já cirrótico, antes de chegar neste ponto, o que é tão ou mais importante, visto seu potencial preventivo. Desta forma, faz-se necessário e de fato tem ocorrido aos poucos, nas últimas duas décadas

²⁹ Aqui se faz uma alusão ruralizada ao conceito clássico de “porta de entrada” do sistema de saúde, para ressaltar as características rurais deste atributo da APS.

especialmente, tentativas de uma distribuição menos distorcida em todo o sistema educacional e de saúde, propiciando aos alunos uma visão mais ampla e completa de todas as etapas do cuidado da saúde. Como veremos a seguir, os alunos e professores percebem como o estágio rural contribui para este melhor entendimento.

A2 - “A gente começou a insulina, foi o primeiro paciente que realmente iniciou pelo menos para mim, a gente pega pacientes que já estão em tratamento geralmente.”

A7: “Tanto em hospital quanto ambulatório na cidade a gente constrói o nosso raciocínio clínico da doença para sintoma, para daí pensar numa coisa [num diagnóstico]. Aqui como a gente tá na linha de frente, o paciente vem com suas demandas, suas queixas e a gente tem que inverter o raciocínio para ver o que que vai ser. Isso vai nos preparar para o início da carreira médica. Todo mundo vai trabalhar em UBS, vai fazer plantão. Nenhum outro estágio da medicina nos instrui a fazer isso, nos faz raciocinar desse jeito. Tem toda discussão de caso clínico e hospitalar, mas nada é nesse sentido. É mais a doença x, é essa, tem que tratar assim e assado. A gente não vai tentar achar aqui o que o paciente tem, de fato.”

O aluno destaca como sua forma de raciocinar foi invertida ao se afastar das especialidades e dos ambulatórios urbanos. Ao longo de disciplinas fragmentadas, como ainda se estrutura grande parte dos currículos, ele é apresentado pelos diferentes professores especialistas, por exemplo, ao paciente com estenose de carótidas que tem tonturas, à pessoa com fibrilação atrial tonta, ao caso de tumor cerebelar com desequilíbrio e ao episódio de tontura ligada à ansiedade em uma pessoa que sofre de síndrome de pânico. Nas porteiras do sistema de saúde, por outro lado, ele se depara com uma pessoa tonta somente. A partir disso, precisa mobilizar ao contrário todo um corpo de conhecimento adquirido, num exercício inicialmente nada fácil de contorcionismo, até que se habitue a um outro sentido do fluxo de pensamento, e possa descobrir se aquela tontura é de origem vascular, cardíaca, neurológica ou psiquiátrica. Para completar, deve realizar isso, ao menos inicialmente, sem auxílio de especialistas, aparelhos de ressonância magnética e laboratórios sofisticados, que só poderão ser mobilizados posteriormente, obrigando o aluno e a equipe a aprimorar habilidades de avaliação semiológica, raciocínio clínico e epidemiológico que muitas vezes são substituídos por aparatos tecnológicos em outros espaços, nem sempre com resultados melhores.

O deslocamento das estruturas educacionais tradicionais, longe de ser somente geográfico, proporciona ao aluno desafios diferentes em parte advindos do estímulo à sua autonomia e da menor densidade de atuantes usuais do ensino médico, em serviços mais estruturados onde o aluno, muitas vezes, conforma-se com um papel muito inferior, secundário.

A4: “A gente tá meio acostumado a fazer fora da APS como se fosse uma triagem, sabe, e a gente não é instigado a pensar muito. Então a gente coleta aqueles dados e joga pro nosso preceptor [dos outros estágios]. E é isso, “que que a gente vai fazer?”. Aqui a gente foi mais estimulado a pensar “por nós” [mesmos]. E outra coisa é que a gente é muito acostumado ao ambulatório de especialidade e daí a gente fica muito restrito àquelas coisas, tipo: já tem o acompanhamento, já tem o diagnóstico, o que que a gente vai fazer? E não é a realidade que a maioria da gente [estudantes] vai viver logo que a gente se formar, pelo menos, que a gente vai atender mais estas consultas de demanda espontânea e estas coisas mais básicas que a gente não tem experiência ao longo da faculdade.”

A8: “As consultas no ambulatório [na cidade], apesar de terem horário marcado e cada paciente já saber o motivo da consulta, [mesmo assim] a gente demora muito mais para passar o caso e discutir e muitas vezes não somos direcionados a pensar e só reproduzir uma sequência de exames ou de procedimentos. Muitas vezes não pensamos no quadro clínico em si.”

A1: “(...) foi legal ver o paciente como ele chega e como vai chegar para o médico generalista, isso não vamos ver nas especialidades, nos outros estágios. Uma das principais diferenças é que nas especialidades ele vai chegar com um ponto objetivo: “eu tenho isso, fui na APS, fiz tal e tal exame e eu fui encaminhado por isso”. E aqui não, tu tens que investigar, tem que conversar, tem coisas sobrepostas ao quadro principal e foi muito bom ver isso, principalmente no estágio rural, que são municípios menores...”

A4: “A partir do momento em que eu posso pensar hipóteses diagnósticas e pensar condutas, nas primeiras consultas eu não fazia isso ainda, e a partir do momento que eu comecei a conseguir fazer, acrescentou muito.”

Esta relação distanciada com alguns atuantes e próxima com atuantes diversos aos do hospital parece gerar, a partir da fala de alunos, uma mudança no padrão de educação médica, como veremos a seguir.

A9- “O estágio nos traz algumas experiências que não estávamos habituados no cenário de hospital-escola, como atender casais e família numa mesma consulta, que estava antes direcionado sempre a uma só pessoa. Também de atender pessoas muito próximas e vendo as relações entre elas, por estar numa comunidade menor. Numa cidade grande acaba não tendo essa visão. Na visita domiciliar, conhecer o ambiente dos pacientes nos explica muita coisa. A gente atendendo eles e passando orientações, a gente muitas vezes não sabe se eles vão conseguir seguir aquilo, se eles simplesmente vão tentar... [no hospital, no estágio urbano]. A gente pula muitas etapas. Aqui a gente aprende a ir etapa por etapa para chegar a uma elucidação do diagnóstico. Por exemplo, atendi três pacientes da mesma família com queixas muito diferentes: um com queixas ortopédicas, e ele já tinha transtorno bipolar; a acompanhante tinha aumento de volume na axila e [consultou para] mostrar exames; e, uma senhora de mais idade com quadro demencial avançado, que precisava um ajuste de dosagem de medicação para se manter estável. A gente tenta manter o direcionamento para a pessoa, mas como algumas informações de um complementam a de outro, acaba sendo muito produtivo atender os três porque tu acaba tendo uma visão do que tá acontecendo não só com aquela pessoa mas o que os outros estão fazendo para ajudar ela. O lado ruim é que tu se perde um pouco no direcionamento da anamnese, de coisas que tem que perguntar para a pessoa, quando tu está sozinho com ela e acaba tendo que apressar um pouco para ter o manejo adequado.

Aqui fica evidente como o envolvimento de outros atores, como os familiares, em consultas conjuntas ou próximas, além de ampliar o entendimento da saúde por parte do aluno e ajudar a construir uma postura de mais autonomia, exige um amadurecimento do raciocínio clínico e das formas de usar certas ferramentas de trabalho que se pensavam já dominadas nesta altura da formação, como a anamnese médica.

A4: “As lombalgias, cialgias, a gente consegue ver direitinho, fazer os testes, hipóteses diagnósticas, dar o tratamento. Nós não fazíamos isso. Era muito teórico decorar tratamento, pois a gente não fazia isso na prática, a gente fazia receitas sem nem pensar no que a gente tava fazendo.”

A3: “Para mim fez toda diferença num dos estágios rurais que eu passei que a gente (na verdade em todos) a gente sempre é incentivado a pensar por conta

própria, nos outros estágios os professores dão a resposta para gente. Então, para mim, fez diferença ter tentado agir por conta própria, pensando se fosse eu [sozinho], o que eu faria. A busca ativa do problema, o estudo pontual, foi muito bom, fez toda diferença. Com o P1, por exemplo, a gente saía da sala [de atendimento] e ele perguntava o que a gente achava. Então, ele falava: “Vai estudar ali”. A gente pegava o livro, ele nos dava a fonte, a gente se sentia mais seguro. Diferente dos outros [estágios], que tu não era tão incentivado a pensar nas tuas condutas.”

E - “Era mais estudo em livro?”

A3: “Era, ou no celular. Eu gostava de pegar os livros que tinha lá. Tinha um atlas de dermatologia que eu não conhecia. Não lembro de um caso específico. Mas outra coisa, foi bom também ter contato com o telessaúde, que a gente não conhecia muito, não era acostumado. Eu até tive que fazer uma ligação e relatar um caso. Era um paciente com uma mancha no lábio inferior, que já tinha aparecido em uma outra consulta e não teve mudança e ele estava preocupado. Aí a gente conversou com o paciente e disse que ia pedir uma segunda opinião, mas que não parecia ser nada maligno, que não precisava se preocupar naquele momento, porque ele não tinha sintomas. Eu nunca tinha ligado para o telessaúde. O professor disse: tu vai passar o caso hoje então. Daí eu tive que ligar, por telefone, conversar, pedir a especialidade, falei com a dermatologia, daí tinha a opção de mandar foto também. Foi muito legal.”

E: “Mandaram foto? como?”

A3: “Foi por whatsapp. Daí eu conversei com ela, antes disso eu já tinha olhado no livro, no Fitzpatrick, e daí eu disse pro professor que achava que era um lago venoso. Ele disse que achava que era um hemangioma, daí no final era um lago venoso, ele disse que nunca tinha visto isso, que não lembrava disso. A conduta é expectante. Foi bem legal ter usado desta ferramenta, eu nunca tinha usado antes em nenhum outro estágio. E aí é bom também porque tu não te sente tão sozinho, né.”

A1: “Para mim todo estágio colaborou muito, pessoalmente e profissionalmente falando também. Todos os professores que eu passei sempre estavam instigando, sempre estavam “_Tá mas e aí o que tu acha? e os diagnósticos diferenciais? e como é que tu trataria? Sabe a recomendação para

isso? Como é que é? Como faz o rastreio?” É uma coisa que a gente não vê nas outras especialidades. E toda a questão de solicitar exames, que a gente é muito estimulado sempre, né? E isso colaborou muito, todo raciocínio clínico, fazer e ver as queixas principais do paciente e ver como é que tu vai tratar uma e a outra queixa então tudo isso vê o que pode manejar, esse *feeling* de conseguir resolver as coisas ficou muito mais claro na minha cabeça. Antes era muito subjetivo então ver isso na prática, sendo feito na prática, foi muito importante.”

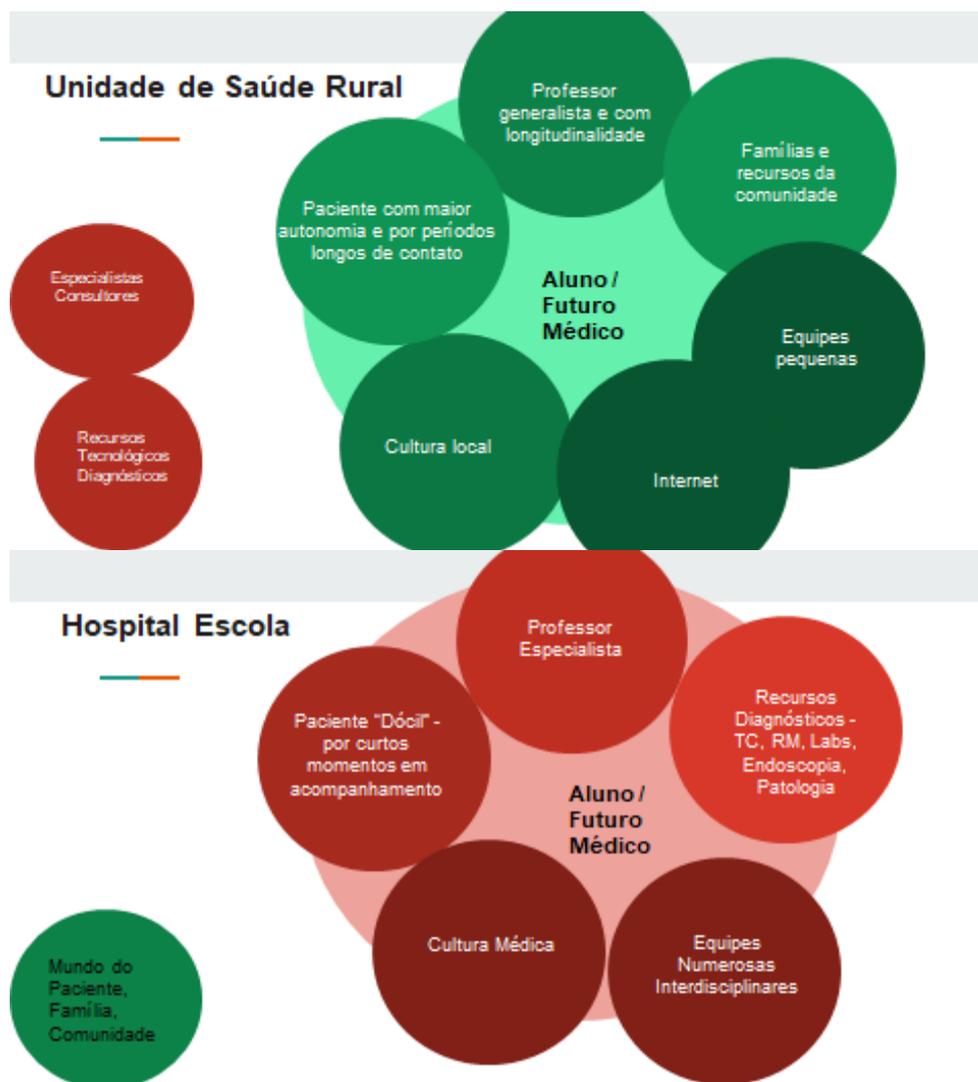
A11: "Eu gostei muito de a gente poder fazer as prescrições, isso nunca tinha acontecido ainda. (Em alguns estágios) o professor dita para a gente, e a gente não faz sozinho, (falas misturadas). Mais autonomia. Aí aprende a posologia melhor.”

Um novo atuante histórico aparece e está revolucionando os cuidados de saúde em áreas rurais e remotas. Especialistas, laudos, exames que sempre estiveram distantes nas zonas rurais começam a se aproximar destas áreas e comunidades através de cabos de fibra óptica, antenas de celular, satélites, ligados a um acúmulo histórico de conhecimento de microfones, aparecimento de câmeras e computadores. Novas formas de dispor informações científicas que há poucas décadas estariam praticamente inacessíveis e que, quando chegassem, demoraria anos e sacrifícios através de caras viagens, participação em congressos, livros médicos que demoravam anos para serem traduzidos, assinaturas caras de revistas de papel que só chegariam pelo correio, trazidas por carteiros de bicicletas, agora instantaneamente aparecem em telas que se multiplicam por todos os consultórios e até em nossos bolsos. O trabalho acumulado de gerações aprimorando algumas tecnologias está transformando os cuidados de saúde de pessoas distantes, diminuindo distâncias e, ao ligar especialistas e generalistas locais, por exemplo, adequa à cultura local um conhecimento muitas vezes exótico, produzido em outra realidade e que necessita um trabalho de adaptação como veremos a seguir ao lidar com a competência cultural da medicina rural. O impacto destes novos atuantes na educação médica é inegável e na perspectiva de vida e trabalho no interior destes futuros profissionais ainda está por ser investigada, mas certamente a internet está já mudando a visão que a humanidade tem da moradia em grandes cidades ou no interior, e não só para os médicos.

Os entrevistados estão nos contando, em resumo, que diferentes densidades de tecnologia e especialização, consequência de se estar nas porteiras do sistema

de saúde, lidando com casos não pré-selecionados, de forma generalista, acaba por estimular atitudes e competências diferentes do estudante de medicina. A maior autonomia que surge, estimulada pelo maior grau de incerteza e pela menor densidade de atuantes para dividir as responsabilidades gera, por sua vez, diferentes níveis de engajamento, responsabilização e estimula a qualidade no futuro profissional. Isto está de acordo com a literatura internacional relacionado ao tema (por exemplo em ZINK *et al.*, 2008). O uso da internet e dos serviços de teleconsultoria, por outro lado, ajuda a diminuir o sentimento de isolamento, como nos contam os alunos, e aumenta a segurança e qualidade do cuidado. Uma tentativa gráfica de sumarizar as diferenças de rede de atuantes entre a educação médica rural e urbana que estão aparecendo desde o primeiro caso apresentado, pode ser vista, a seguir, na figura 19. Mais adiante estes achados serão reforçados ao se analisar mais detalhadamente as comparações feitas pelos alunos e professores, entre o trabalho rural e urbano e entre os estágios nas especialidades e na medicina de família.

Figura 19 – Diferenças de redes de atuantes identificadas na educação médica rural e urbana.



O rural na busca de um equilíbrio entre generalismo e a especialização para o sistema de saúde

A9: “Os motivos de consulta no mesmo turno quase não se repetem. A gente tem um conhecimento mais amplo num estágio rural do que num ambulatório de especialidades no hospital.”

A8: “O estágio foi muito produtivo, nós temos ao longo da faculdade uma visão muito de especialista, mas no estágio a gente acaba tendo uma verdadeira

visão de generalista, acaba identificando várias deficiências da formação. Me ocorre muito no momento semiologia ortopédica que é uma coisa muito carente na formação acadêmica, não tem uma experiência tão prática em ambulatório e é uma queixa comum que os pacientes trazem para a gente. Até há algumas deficiências que eu identifiquei em coisas comuns como eletrocardiograma ou algum outro manejo de dor aguda, que é coisa que nós estamos tão habituados ao ambiente hospitalar e pacientes que já estão sendo evoluídos dias e dias e a gente acaba não tendo o primeiro contato com o paciente. Por exemplo, uma paciente obesa que veio com dor no ombro e pelo que a gente acaba vendo na formação acadêmica, o melhor exame de imagem para ver ombro é ressonância. A minha primeira conduta era solicitar uma ressonância e esqueci do básico de fazer uma boa semiologia ortopédica com ela e quem sabe um exame mais simples como uma ecografia. Isso depois eu fui ler no Duncan e na semiologia e teria muitas coisas para ser feito antes de solicitar um exame mais complexo. A gente então aplicou teste de semiologia que não mostrava nenhum sinal de gravidade no momento e optamos pela solicitação de ecografia.”

Muito já foi dito nas discussões da filosofia e antropologia da ciência sobre generalismo e a tendência à especialização nas ciências ocidentais e mais especificamente na medicina. Não cabe aqui uma revisão aprofundada do tema, mas ressaltar que a educação médica rural se mostra, a partir das experiências estudadas, como uma oportunidade ao estudante de experimentar um deslocamento em relação ao resto de sua formação e oportunizar outros pontos de vista complementares sobre a prática médica.

Já foi introduzida, anteriormente, a percepção que os alunos têm da diferença de foco da medicina de família em áreas rurais, ao perceber que estão lidando com pessoas e “seus mundos³⁰” ao invés do foco especializado em órgãos e doenças. Também se evidenciou como as distâncias, o tamanho das equipes e a densidade tecnológica geram diferentes arranjos na rede de atuantes mobilizados e mobilizáveis no cuidado à saúde e como isso gera uma responsabilização e engajamento com autonomia do estudante de medicina. O que veremos a seguir é o quanto a prática rural apresenta uma perspectiva diferente em relação às experiências de hospital-escola nos estágios especializados e o quanto isso pode

³⁰ No sentido do mundo de atuantes humanos e não humanos que cada pessoa mobiliza cotidianamente, assim como os significados e valores que emergem destas combinações.

contribuir para o déficit de generalistas qualificados e distribuídos no território nacional.

A4: “Na cidade as pessoas têm mais cultura [costume] de ir para especialista. Aqui as pessoas sabem que tem que vir para cá primeiro. E a gente percebe que a maior parte das coisas é resolvida aqui mesmo, na UBS.”

A5: “Na APS 1 quando falavam que 90% era a resolutividade, eu achava impossível. [risos]”

A4: “É, “claro que não!” [pensava]... mas sim! [sabe agora] Talvez isso seja bastante “do rural”, pois é mais difícil o acesso à cidade, né? E aí, te obriga a ser mais resolutiva. E que provavelmente não aconteceria se a gente tivesse passando no ambulatório da endócrino [endocrinologista], por exemplo. Porque lá a gente manda o paciente tomar o remédio e nunca mais vê ele, eles vêm descompensados e...”

A1: “Até foi uma coisa que a gente discutiu, assim, numa UBS de Caxias que eu passei, a gente viu alguns pacientes usando insulina ao invés de *bedtime*, uma vez só pela manhã. e aí depois sobre este caso, falando com o professor, [cogitou-se que] isso pode ser porque foi prescrito pelo endócrino. Mas não é a orientação [mais correta], né? Só que como ele [o endócrino] não tem o acompanhamento do paciente, ele não vai conseguir ver o paciente como a gente consegue ver na Atenção Primária, ele começa de manhã para não dar hipoglicemia de noite, para não precisar o acompanhamento tão mais frequente quanto a gente consegue ter aqui [no rural] . Então é uma aplicação muito melhor, muito mais clara, elucidativa, da prática do médico de família.”

E: “Mas é só [uma questão] de interesse? Digamos que seja um ótimo endócrino ou outra especialidade, que queria fazer muito bem feito, que dê certo a insulina, ele tem como fazer isso de ir atrás ou não?”

A1: “Geralmente demora bastante os encaminhamentos mas é muito difícil para conseguir, até um encaixe.”

E: “Mas se quisesse fazer uma visita domiciliar, ele conseguiria? O que ele teria que fazer? Vocês viram algum caso [no hospital / especialidade] que foi além?”

A1: “Não, nunca vi na especialidade, nem entrando em contato com o médico de família daquela pessoa.”

A3: “Na verdade tem muito paciente lá [na especialidade] que poderia ser visto pelo médico de família e não precisaria estar no especialista”

O desmantelamento do mito de baixa resolutividade da prática generalista aparece nesta conversa entre o entrevistador e alguns alunos e é bastante esclarecedora a respeito da mudança de visão que o estágio rural gera. O aluno fala que já sabia dos índices teóricos de resolutividade, informado pelas aulas do início do curso, mas que simplesmente não acreditava até ver. Isso se dá, provavelmente, pela cultura dominante de extrema confiança no modelo especializado e centrado em “alta tecnologia”, onde a medicina geral parece a muitos como um tipo obsoleto de medicina. A necessidade de um certo equilíbrio entre generalistas e especialistas vai ficando cada vez mais claro aos alunos, ao perceberem que há vários desses mitos em relação à prática generalista que os induzem a especializar-se.³¹(MCWHINNEY; FREEMAN, 2010). É interessante notar que o entrevistador provoca os alunos, tentando relativizar, questionando se o que perceberam no caso descrito não seria apenas um caso pontual, explicável pela diferença de interesse e qualidade específicos, mas os alunos “não se deixam levar”, insistindo nas diferenças de possibilidades de conhecimento profundo da pessoa e de continuidade do cuidado que o sistema de saúde gera em relação ao local de atendimento e grau de especialização do serviço.

A alta resolutividade, além disso, é claramente relacionada pelos alunos, às características da medicina rural, como distância, menor densidade de recursos, entre outros, como veremos a seguir:

A1- “E falando de resolução, foi legal no rural, porque como são áreas distantes do centro urbano, como no outro estágio que eu passei, não tinha hospital, o hospital era em outra cidade, se precisasse de algumas outras coisas teria que ser encaminhado, então todo este negócio de logística, para tu evitar os gastos, o incômodo para o paciente de ter que ir para outra cidade, de ter que viajar, tu ser resolutivo é muito importante.

³¹ McWhinney e Freeman (2010) elencaram seis falácias: (1) O generalista tem que conhecer todo o campo do conhecimento médico (e isso é angustiante pois seria impossível); (2) Em qualquer campo da medicina o especialista sempre sabe mais do que o generalista; (3) Ao se especializar, a incerteza pode ser eliminada; (4) É apenas por meio da especialização que se pode atingir a profundidade do conhecimento; (5) À medida que a ciência avança, a carga de informação aumenta; e (6) O erro na medicina é geralmente causado por erro de informação (e não por falta de atenção, problemas de comunicação, etc).

A3 - Eu concordo, e eu passei no mesmo lugar e o professor pedia para a gente anotar quantos pacientes a gente tinha feito [encaminhamento para especialista] e foram pouquíssimos! E [quando encaminhado era] para especialidades pontuais como oftalmologia, dentista, psicóloga, foi muito pontual. Então dá para ver a resolutividade que tu tens na UBS.”

A10: “Eu acho que o mais marcante para mim foi aquela paciente, acho que tinha uns 60 anos, com dor epigástrica, com pirose e com a endoscopia com *H. pylori*³². Na minha cabeça trata o *H. pylori*, como sempre a gente aprendeu lá na UCS. Aí tu veio e conversou com a gente, a gente estudou em casa, viu que era realmente controverso [a erradicação universal da bactéria]... Tratar um paciente assim no meio rural, numa UBS é muito diferente, num centro de especialidade...opa, então não é como eu aprendi na UCS, com os professores que são especialistas. Tem que dar uma estudada melhor. Nem tudo precisa ser tratado, às vezes tem que acompanhar, enfim, ficar mais alerta a isso. Nem tudo que eu aprendi eu colocaria em prática [do mesmo jeito] numa UBS. Nesta paciente a gente deu um inibidor de bomba [de prótons] por umas semanas e caso ela não melhorasse, ia retornar com a gente e aí trataria o *H. pylori*. Ela tinha feito EDA [endoscopia digestiva alta]. Se fosse lá, já teria tratado na mesma consulta, com a endoscopia positiva. Os professores lá iam falar: “prescreve, aí!” Não iam discutir, porque a gente já teve aula teórica disso, e é isso que eles nos tinham passado. Trata porque, no futuro, pode ocasionar um câncer de estômago e que para prevenir isso, teria que tratar todo mundo. Se tem sintomas, trata, isso que a gente aprendeu, tipo um protocolo. E lá não tem discussão de caso, a gente nem perguntou, nem duvidou, será que prescreve para todo mundo, trata todo mundo? Eu nunca parei para pensar nisso, para perguntar para eles. Talvez lá na atenção especializada era o certo, pois os pacientes que chegam lá são mais crônicos. Isso me marcou bastante, que tem diferenças no que a gente aprendeu lá e numa UBS.”

³² O *Helicobacter pylori* é uma bactéria associada a doenças do aparelho digestivo. Embora haja consenso atualmente sobre sua erradicação a partir do tratamento de antibióticos quando associada a algumas condições, como as úlceras pépticas, isso não está tão claro e consensual em relação a outras como nas gastrites. Levando em consideração sua alta prevalência mundial (aproximadamente metade da humanidade e 60% no Brasil segundo Siqueira. *et al.*, 2007), em especial em países pobres, nestes casos, pode ser um achado casual, em pessoas assintomáticas, provavelmente convivendo como saprófita e o rastreamento e erradicação universais destes casos não claramente relacionados a desfechos clínicos superiores.

Este relato deixa bastante claro como o estágio rural possibilita uma complementaridade na formação do futuro profissional em relação ao treinamento especializado. O aluno percebeu não só uma diferença de conduta entre a prática generalista “nas porteiras” do sistema de saúde. Ele percebeu a diferença que deve existir ao lidar com uma população não pré-selecionada, que geralmente tem contato com o médico num momento mais precoce da história natural da doença, que frequentemente se apresenta com sintomas menos específicos e que tem uma possibilidade de seguimento diferente. Além disso, ele destaca a diferença de conduta em relação à postura frente ao conhecimento. Pode-se questionar se uma visão mais crítica em relação ao conhecimento científico está diretamente relacionada ao generalismo ou à MFC, em relação ao especialista, mas, em nossa experiência, na percepção dos alunos é recorrente este assombro. Um espanto perante a quebra do mito de que o conhecimento do especialista é sempre mais profundo e eficaz.

Infelizmente, na formação médica - e isso não é, de forma alguma, uma exclusividade dos estágios especializados - frequentemente se negligencia uma visão aprofundada da qualidade da evidência e se prioriza a repetição acrítica de protocolos de serviços. Pode-se questionar se a ênfase na formação dada por um corpo docente predominantemente formado por professores especialistas, apesar de mais profunda em alguns aspectos, é a ideal ao se formar generalistas, que é o que efetivamente todos os alunos serão, ao final do curso de graduação. Frequentemente, fica a impressão de que o professor especialista não tem uma total noção do que, na sua área, é mais importante para o generalista e das reais frequências e impactos na sociedade em geral dos problemas de sua especialidade, pois frequentemente lida com subgrupos de pacientes específicos, pré-triados e seu interesse comumente se volta para os “casos raros” e mais complexos. Isso foi bem destacado na fala anterior. Curiosamente, isso também é apontado pelos alunos em estágios que deveriam ser mais generalistas, mas sem as características já descritas da MFC e da APS, como ocorre nas UPAS:

A11: “Para mim, eu não lembro bem quem era o paciente, mas o caso era também de dor abdominal. Na consulta a gente foi abordando todas as causas de dor abdominal. Isso é uma coisa que lá na UPA a gente não faz. A gente perguntou sobre alimentação, desencadeantes, e no fim a conduta foi dar uma orientação não

medicamentosa. Isso me marcou porque na outra semana a gente foi na UPA e atendeu a mesma dor abdominal e daí eu pensei que provavelmente vai ter que tomar um omeprazol e não, “pode ser um infarto, tem que fazer um eletrocardiograma” e eles nem perguntaram o que tinha desencadeado, não tinha conversado, chegaram e falaram, tá com dor abdominal, pode ser angina, tem que fazer um eletrocardiograma. Completamente diferente. Eu gostei muito de abordar sempre as causas e tentar um tratamento não farmacológico antes de sair dando medicação. Eu gosto disso. O da trombocitose também, o que me marcou foi que a gente não precisa ter sempre a resposta pronta. Naquela hora a gente não sabia o que fazer, mas conversou com a paciente, sentou, abriu e pesquisou na hora, durante a consulta. Eu nunca tinha presenciado isso.”

O teorema de Bayes descreve a probabilidade de um evento, baseado em um conhecimento *a priori* que pode estar relacionado ao evento. Para a medicina ele ajuda a entender como as probabilidades *a priori* podem alterar o valor preditivo de um teste, por exemplo.

“El buen ejercicio de un médico general, con una longitudinalidad plasmada debidamente en la historia clínica, permite valorar a muy bajo costo probabilidades previas (conocimiento de factores de riesgo por ejemplo) y aumenta la probabilidad pre-test. La labor de filtro aumenta la probabilidad de las enfermedades en el grupo de pacientes derivados y por ello mejora y justifica los métodos de diagnóstico y terapéutica de los especialistas. Supongamos, por ejemplo, que los médicos generales aumentan la probabilidad de la enfermedad en los pacientes derivados a los especialistas del 1 al 10%. Y aceptemos que estos emplean pruebas de sensibilidad 95% y especificidad 90%. El valor predictivo positivo pasa del 8'7% al 51'3%.” (ORTÚN; GÉRVAS, 1996).

Isso realmente ocorre e fica evidente aos alunos, de forma especial, em uma comunidade rural que conte com uma equipe de saúde estável, pois há um melhor conhecimento dos determinantes da saúde local, o que interfere na forma de exercer a medicina e gera um aprimoramento dos resultados. Esta característica de deixar a realidade local influenciar na forma como usamos as informações científicas disponíveis, e que de certa forma é bastante artística para o médico de família, também está relacionada à forma diferente do generalista em lidar com a incerteza. Como vimos anteriormente, a maior variedade de problemas que se apresentam, a

relativa menor densidade de atuantes médicos, associado ao acesso precoce de eventos iniciais e inespecíficos de adoecimento demanda uma ampliação do escopo de competências do médico rural. Além disso, como os alunos percebem e relatam, demanda uma postura diferente em relação à incerteza, que compreenda uma maior humildade, um questionamento contínuo da qualidade e aplicabilidade locais das evidências científicas e uma motivação contínua ao estudo.

A10: “Lá na UCS a pessoa vem consultar já com uma queixa certa, para a especialidade certa, o professor sabe todas as coisas, ele nunca não sabe o que o paciente tem. Isso é diferente para mim, entender que a gente não sabe algumas coisas e que o paciente não vai embora achando que a gente não sabe, se a gente tiver o jeito de conversar, explicar tudo, né. Eu sempre achei que se eu não soubesse, o paciente - meu Deus! - vai sair falando mal de mim, mas não calma, vai, depois estuda...”

Rural x Urbe: atuantes diferentes geram novos problemas de saúde que, por sua vez, demandam outros caminhos de cuidado e enriquecem com diversidade a formação

Quando pensamos nas diferenças de trabalho médico entre áreas rurais e urbanas, logo vêm à mente os diferentes tipos de problemas de saúde dessas localidades e alguns determinantes de saúde.

A4: “Os acidentes, os tipos de acidente também, de área rural, do trabalho. Tipo, “eu tava rachando uma lenha e bati na minha perna”. Na cidade estas coisas não acontecem [risos]. Ou às vezes com animais também. Picadas de insetos... até tem na cidade, mas eu acho que é um pouco menos.”

A5: “Eu vi também DPOC³³ em pessoas que nunca fumaram, que pode ter sido por contato por agrotóxico, ou coisas assim de meio rural, que nunca ia passar pela minha cabeça imaginar.”

Estes relatos exemplificam como o estágio rural apresenta um potencial para educação médica que ajude a preencher lacunas que são inevitáveis na formação

³³ A DPOC, ou doença pulmonar obstrutiva crônica, é uma patologia comum e frequentemente causada pelo hábito do tabagismo. Praticamente nenhum estudante chega ao estágio rural sabendo que é possível desenvolver quadros clínicos semelhantes a partir de causas especificamente rurais, como a inalação de fumaça de queimadas, partículas orgânicas, gases tóxicos por exemplo no manejo de silagem para animais e inalação de alguns tipos de agrotóxicos. O aprendizado de diagnósticos diferenciais para quadros deste tipo, como o “*farmer lung*” são trabalhados durante o estágio.

padrão. O aprendizado do manejo de acidentes com animais de criação, peçonhentos, com máquinas agrícolas, o exercício diagnóstico diferencial de causas menos comuns de patologias conhecidas (como no exemplo do DPOC), reconhecimento de doenças infecciosas hoje raras nas cidades são especialmente beneficiadas pela inserção rural (YAWN; BUSHY; YAWN, 1993; LOUE; QUILL, 2001). De fato, esta pode ser a única oportunidade que o aluno pode ter com alguns destes problemas, que são relativamente frequentes para uma parcela considerável da população e que raramente chega aos grandes centros urbanos e grandes hospitais, a não ser em suas manifestações mais graves, que também costumam ser as mais raras.

A5: “O que me chamou a atenção foi a casa dos 21 gatos (risos), na visita com a enfermeira.”

A4: “Em Caxias tem mais casebre, aqui me pareceu melhor a estrutura. E todas têm animais. Tem pouca criança aqui e muito idoso, isso também muda um pouco. Gestantes mais velhas aqui do que a gente costuma ver na cidade.”

A10: “Foi legal também uma paciente que estava com dor epigástrica, tinha uma gastrite na endoscopia e a gente prescreveu um chá para ela. Espinheira Santa. Isso tipo nunca ia acontecer fora do estágio rural, nem nas UBSs de Caxias a gente não prescreveria isso. Eu achei muito legal, outras alternativas, não precisa sempre ser um remédio, pode ser uma coisa mais, enfim, medicinal [natural?], as pessoas melhoram com isso, não precisa sempre estar prescrevendo, prescrevendo. Usar malva também, a gente nunca prescreve isso.”

O padrão de comparação é muito importante para o enriquecimento da formação médica. Os alunos fazem comparações entre rural e urbano em relação aos determinantes de saúde, dados demográficos e de recursos disponíveis para o manejo dos problemas, que realmente fazem diferença para o cuidado da saúde (LUTFIYYA; HALLER, 2012). Isso também esteve evidente em vários outros dos relatos apresentados anteriormente. A seguir, percebe-se em alguns relatos a comparação entre características do sistema de saúde e entre locais com a Estratégia de Saúde da Família em comparação ao modelo tradicional de UBSs (sem MFC) e como isso impacta sua formação.

A5: “Outro bom [ponto positivo] desta UBS [do estágio rural] também é a psicologia. É absurdo que tu precise de uma psicóloga hoje e tu tem para a semana que vem no máximo! Em Caxias tu tem para ano que vem e olha lá!”

A4: “[concordando com a colega] a estrutura é boa do apoio, aqui.”

A3: “e a questão da ESF, a gente consegue ver bem a diferença de onde tem isso e onde não tem. Eu passei em uma outra UBS, em Caxias, o serviço era totalmente desorganizado, os pacientes descompensados, gerava muita ansiedade. Então uma equipe bem treinada também faz toda diferença.

A8: “Eu acho que a gente aprende bastante a gerenciar o tempo, com a experiência na UBS [rural]. Normalmente a gente tem um turno para fazer as funções de hospitais e aqui a gente tem um tempo mais definido e guiado pela demanda.”

No meio rural, a diminuição de atuantes burocráticos, como formulários a serem preenchidos também parece influir na qualidade da atenção e da formação:

A8: “Aqui foi bem alimentado nosso raciocínio crítico, até pela metodologia que o professor tem de nos perguntar “o que você gostaria de fazer com este caso?”. Sempre isso nos faz pensar como nós agiríamos, como faríamos a consulta se estivéssemos sozinhos, nós os responsáveis por esse paciente. Isso foi muito produtivo. No ambiente hospitalar ou no ambulatório (em Caxias) a gente está muito refém da burocracia e é um tempo muito perdido. Aqui é uma situação mais prática, a gente não perde tanto tempo com preenchimentos e outras burocracias.”

O relato de um professor, a seguir, revisa e resume vários destes pontos, anteriormente comentados, de como a formação rural apresenta diferenças e oferece aos alunos oportunidades ímpares.

P2: “Muito diferente do ambiente hospitalar. Eu não sei se eu focalizaria num evento isolado, mas muitas vezes visitas domiciliares em pacientes em estágio terminal e aí fazer a discussão se é melhor levar para o hospital. E discutir que, às vezes, o melhor artigo, do melhor hospital do mundo até pode dizer que seja melhor levar para o hospital, mas que a realidade rural às vezes não tem a infraestrutura ideal e que, às vezes, é melhor manter em casa, pelas condições do mundo real. É uma avalanche de experiências positivas. Um paciente que eu já acompanhava há onze anos, etilista e tabagista, recasado, o casamento dele era bem interessante, ele morava na casa dele, no meio do mato, completamente isolado, e a companhia

morava numa casa no território da outra unidade de saúde, na beira da estrada. Com o passar do tempo ele foi ficando fragilizado, um cara de um bom humor, de uma empatia, um carisma bastante grande, ele era importante na comunidade, nos grupos de idosos. Ele era um cara que ficava bonachão e alegre bebendo. E acabou desenvolvendo cirrose. E aí acompanhando ele foi deteriorando, indo para o ambulatório, e era um sofrimento, levavam ele para o hospital. E a gente foi tendo várias conversas, atendendo ele em casa, conversas sobre terminalidade. As doutorandas começaram a acompanhar, diversas duplas. A mais marcante foi o último mês dele, eu tinha uma enfermeira nova, acostumada com UTI, que caiu de paraquedas na minha unidade, que não tinha entendido ainda que existe uma filosofia de trabalho e uma medicina baseada em evidências muito robusta para APS. E a gente foi e ele tava falecendo em casa. E a enfermeira chegou a dizer assim, eu me sinto mal, como é que a gente não pode levar ele para a UTI, e aí eu fiz toda aquela discussão com a enfermeira e as doutorandas observando. As doutorandas disseram que foi muito importante. Estava um manejo muito fino para ele não entrar em delírio. (...) Discutir tudo isso, neste ambiente de casa, com uma enfermeira dizendo que não era para ser... O cara era como se fosse um tio meu, eu gostava muito dele, gostava da família. E as doutorandas perceberam isso e vocalizaram que gostaram muito, e a residente também, de MFC, ela realmente tinha o treinamento para o tratamento paliativo, que também foi um aprendizado grande, que o cenário rural, tem uma dificuldade de acesso, distâncias mais longas (...). O paciente tinha uma preferência explícita por ficar em casa e eu deixava claro que não tinha problema se ele mudasse de opinião. O aprendizado que elas tem é o de ver um paciente super complexo, com muitas medicações, elas puderam ver como um regente, se ele fosse para o hospital teria que chamar várias especialidades, e como eu conhecia ele, ficava muito melhor em casa, isso impressiona os doutorandos, como eles se dão conta, existe aquele órgão, mas o transtorno não é só no corpo, é na família e é na comunidade. Uma das visitas ele tinha ido para o bar, a família não queria que ele fosse pro bar, a família pedia pra não darem bebida para ele, eu tinha conversar com ele e depois começou a beber álcool gel, toda a complexidade.”

Este relato, destaca várias diferenças na rede de atuantes envolvidos no cuidado desta pessoa e que também constituem a rede de atuantes de ensino. Em

um ambiente controlado de uma UTI, onde aspectos de hidratação, manejo de eletrólitos, regulagem de máquinas, gotejos de soros e horários de medicações estão em primeiro plano, espera-se certo prolongamento da vida, controle de sintomas e uma maior sensação de segurança, ou de se “estar fazendo tudo”, que podem não ser possíveis de ser alcançados em casa. Por outro lado, também há sempre certo risco de iatrogenia e aumento de infecções hospitalares, além do desconforto pelo ambiente não familiar, pela perda de autonomia e restrição no recebimento de visitas.

As discussões éticas em torno das escolhas de local de morte e a escolha de quais recursos são ou não aceitáveis para cada pessoa no fim da vida amadureceram bastante nas últimas décadas bem como a importância do acompanhamento domiciliar pelo médico de família (ABARSHI *et al.* 2009.; WHEATLEY; BAKER, 2007; PRITCHARD *et al.*, 1998).

O surgimento, no relato, de uma profissional com outro tipo de formação (que parece não ter tido ênfase suficiente em APS) joga luz sobre vários aspectos que estão sendo evidenciados ao longo deste estudo e fica claro o quanto um currículo com ênfase excessiva em ambientes hospitalares especializados pode dificultar a necessária adaptação para outras formas e locais de trabalho. Tende-se, naturalmente, a reproduzir o tipo de cuidado que vimos e experimentamos durante nossa graduação. O profissional de saúde sente-se tranquilo ao mobilizar sempre os mesmos atuantes e pode encontrar-se perdido e ansioso na falta deles. Grande parte da formação atual (inclusive em nível pós-graduado), como vemos repetidamente na fala dos alunos, contenta-se com a memorização e repetição acrítica de protocolos e fluxogramas. Resta saber quem está no centro do cuidado e a quem se quer tratar, acalmar e ofertar bem estar. O que nosso professor relata a pouco e o que ofereceu aos alunos foi o amargo, mas importante, ensinamento de que, algumas vezes, o profissional precisa gerar mal estar para si, para equipe (e às vezes para familiares, vizinhos e gestores) para colocar as necessidades do paciente em primeiro plano. Novamente o papel do médico de família generalista com escopo ampliado aparece, agora de casaca e batuta, como um regente, assumindo para si o papel que seria distribuído por vários especialistas, controlando o ritmo de medicações e de conhecimentos médicos complexos, o volume dos desejos de seu paciente, da inexperiência de uma residente, da ansiedade de uma

enfermeira para reproduzir sua formação, assim como a proximidade de bares, a distância de hospitais, as garrafas de álcool gel, os sentimentos próprios de familiaridade e empatia com o paciente. Um maestro com, atrás de si, uma plateia um tanto barulhenta e uma orquestra nem sempre afinada, mas que tem que tocar uma obra difícil e que tem seus momentos alegres e trágicos parece, realmente, ser uma boa metáfora do que os alunos se envolvem. Isso parece ser uma parte importante desta etapa de formação que os preparará para o mundo real, onde o sistema de saúde nem sempre se comporta como desejamos. Habilidades de resiliência, adaptação das evidências ao mundo real, defesa dos interesses do paciente, abnegação do conforto médico, são mostradas e envolvem os alunos de forma que extrapola as disciplinas usuais do curso e que não podem ser simplesmente discutidas em teoria num ambiente acadêmico.

Assim como as diferenças qualitativas e quantitativas na rede de atuantes em zonas rurais modifica a postura e o escopo da medicina rural, como visto anteriormente, as diferenças culturais contribuem para a formação médica³⁴. O idioma alemão é para algumas pessoas da região, a principal forma de comunicação. O mesmo, assim como aspectos da vida rural e da produção agrícola, ajudam na produção de competências específicas do profissional de saúde, frequentemente resumidas sobre o título de “competência cultural”, que também é o termo internacionalmente utilizado para um atributo derivado da APS.

A1: “Uma peculiaridade que eu gostei muito de vivenciar foi a competência cultural. Como a gente tá em áreas rurais colonizadas por alemães, tem muito essa questão do idioma, de conseguir compreender o paciente. Isso foi um belo exercício de jogo de cintura, para aprender a lidar com a situação e a encarar as dificuldades que surgem a partir disso. Cultura diferente de uma área urbana, de plantação, demandas por ferimentos são diferentes. Mesmo dentro do município, as demandas foram diferentes aqui no rural e quando a gente foi a outro bairro atender, foi legal de ver e acrescenta bastante.”

A4: “O desafio de conhecer uma cultura diferente, em uma cidade diferente, isso é positivo, com certeza. A gente tem que se adaptar, nem sempre vai ser como

³⁴ A discussão da competência cultural, ou sensibilidade intercultural como outros preferem, é muito grande e não será aprofundada aqui. Este tema, nesta mesma UBS e comunidade foi por mim estudada em minha dissertação de mestrado (TARGA, 2010) e está acessível online em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/24041>. No presente trabalho, me restringirei a citar e comentar algumas contribuições dos participantes da pesquisa em relação à educação médica rural.

a gente espera e como a gente foi educado. Tem que entender e conhecer, pelo menos.”

A5: “Esta dificuldade de comunicação assim, eu tive com vários pacientes, pela língua.”

A4: “É interessante, porque a gente acaba dando um jeito.”

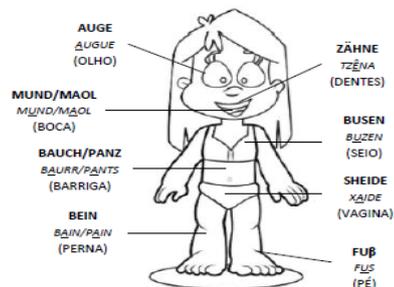
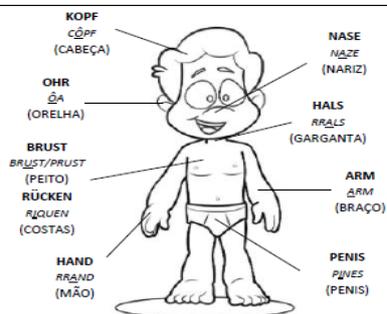
Em situações como esta, alguns atuantes são mobilizados, como familiares ou pessoas da equipe que passam a atuar como tradutoras, aplicativos de tradução simultânea, panfletos previamente preparados por colegas estagiários que tinham alguma familiaridade como o idioma (Figura 20), ajudam nesta nova tarefa, para a qual não houve nenhuma disciplina básica na graduação. Obviamente, a competência cultural não se limita ao idioma, mas a toda uma série de traduções de vida e significados, que exige um grau de atenção e habilidade de pactuação diferentes aos níveis usuais quando o aluno atua mais próximo de sua cultura.

Perceber-se, repentinamente, num espaço de relações culturais diferentes, que são evidenciadas pela forma diversa em que atuantes mais ou menos familiares funcionam, é relatado como estimulante pelos alunos. A necessidade de adaptação e improvisação é ressaltada, o uso das evidências científicas, previamente apresentadas como neutras e atemporais, precisa ser ressignificado com “jogo de cintura”. Essa característica maleável e adaptativa da medicina rural gera habilidades importantes para o futuro profissional, independente de onde ele opte por trabalhar e em que especialidade. Em um mundo onde o urbano é um amálgama cultural cada vez mais cosmopolita internacional, e que ao mesmo tempo, neste processo de globalização, gera-se frequentemente um paradoxal efeito reforçador de identidades locais, proporcionar ao futuro médico uma experiência de inserção em uma comunidade relativamente menor e mais homogênea, é um complemento indispensável para a formação. Isso se dá especialmente em um país diverso como o nosso e com necessidades tão importantes de descentralização, com qualidade, de seus recursos humanos em saúde. A formação rural é privilegiada para aquisição deste tipo de competência (TARGA, 2014b).

Figura 20: Material elaborado pelos estudantes para ajudar os futuros colegas estagiários a se comunicarem melhor no dialeto local.

GUTEN MORGEN - GUTN MÖRGEN - (BOM DIA)
 GUTEN TAG - GUTN TAG - (BOA TARDE)
 ICH HEIßE - ICH RÄUßE - (ME CHAMO)
 ICH BIN MEDIZIN STUDENT - ICH BIN MEDITZIN XTUDÉNT - (SOU ESTUDANTE DE MEDICINA)
 WIE GEHT'S - VI GEHT'S - (COMO VAI?)
 ALLES GUT? - ALLES GUT? - (TUDO BEM?)
 WAS IST PASSIERT? - WAS IST PASSIERT? - (O QUE ACONTECEU?)
 WO? - WO? - (ONDE?)
 JA - JÄ - (SIM)
 NEIN - NÄIN - (NÃO)
 BESSERUNG FÜR DICH - BÈSSARUNG FIA DIX - (MELHORAS A VOCÊ)
 AUF WIEDERSEHEN! - AUFVIDAZIN - (ATÉ MAIS/ADEUS)

SORTPRENA - ZORTBRÉNA - (AZIA)
 MÜDE - MÜDA - (CANSADO)
 DURCHFALL - DURIXFAL - (DIARREIA)
 WEH - VÊ - (DOR)
 FIEBER - FÛBA - (FEBRE)
 KEINEN APPETIT - KÄINEN APETÏT - (INAPETÊNCIA)
 ICH KANN NICHT SCHLAFEN - ICH KÄN NÏXT XLAFEN - (INSÔNIA)
 SCHLECHT - XLËKT - (NÁUSEA)
 JUCKEN - ÜQUEN/GUEPATS - (PRURIDO)
 SCHWINDEL - XVÏDEL - (TONTURA)
 HUSTEN - RÏLSTEN - (TOSSE)
 TRAUER - TRÄUA - (TRISTEZA)
 AUSSPËIEN - AUXPÄIEN/KÛTSA - (VOMITAR)



PALAVRA EM ALEMÃO
 PRONÚNCIA/DIALETO
 (TRADUÇÃO EM PORTUGUÊS)

Por vezes, a experiência do rural, por outro lado, pode ser frustrante. A distância de alguns recursos, o tamanho menor das equipes e o contínuo esforço de ampliação do escopo da prática médica têm limites e estes aparecem para os alunos. No capítulo anterior, os pontos menos apreciados pelos alunos já foram apresentados e discutidos. A seguir, apresentamos como isso surgiu nas entrevistas. Apesar de sistematicamente ter-se questionado aos alunos sobre momentos do estágio que poderiam ter sido melhores ou que julgaram não ter contribuído adequadamente na sua formação, houve poucas respostas a esta questão ³⁵.

A2: “Aquele paciente de ontem que eu atendi, a gente ficou conversando lá uma hora e eu saí com a sensação de poxa, a gente parece que ficou aqui e perdemos o tempo, porque ele já tá em acompanhamento e os medicamentos não estão ajudando, e a queixa dele de tontura, não deu para entender muito bem...e assim, ele foi encaminhado para o especialista, mas não sei, ele disse que sente aquilo há 30 anos, parece que dá muita angústia para ele, é bem ruim tu liberar um paciente assim e ter essa sensação de que tu não fez muita coisa. Por mais, é claro, a gente faz o que pode, tem muita coisa da vida pessoal do paciente que a gente não vai poder resolver, ali para nós ele não se abriu, disse que não tinha acontecido nada na vida pessoal dele para ter piorado. Tem casos que a gente fica com a

³⁵ Como as entrevistas foram feitas por um professor do estágio, geralmente nos últimos dias do mesmo, é possível que haja uma inibição natural dos alunos ao destacar pontos negativos. Isso poderia explicar o motivo de, nos questionários anônimos apresentados no capítulo anterior, isso ter aparecido relativamente com mais frequência. Sugere-se pesquisas futuras com ampliação de abordagens metodológicas para aprofundar estes aspectos.

sensação de ter feito pouco, que eu poderia ter feito mais sabe, pensado em uma coisa diferente, talvez... Isso me deixa um pouco frustrada.”

E: “O que foi feito e o que tu achas que faltou?”

A2: “Aí é que tá, não sei, a gente fez o que pode, a gente tentou trocar a medicação, tava com antidepressivo, a gente trocou e a gente encaminhou com especialista, para conversar melhor, ter um suporte...”

E: “Em outros estágios também?”

A2: “Em outros parece que não se dá tanta atenção à queixa do paciente, que é um atendimento mais solto, digamos assim, porque como não tem aquela continuidade, então trata ali na hora, aquela dorzinha e vai, sabe. Não é uma coisa que tu segue. Este tipo de queixa geralmente é ignorada, não se dá bola.”

Outra dupla de alunos destaca o impacto final para sua formação, que reforça os resultados do capítulo anterior sobre influência vocacional da experiência rural na formação.

A5: “Um positivo-negativo é que eu achei que foi bom conhecer para saber que não é meu estilo.”

A4: “E para mim o contrário, é essa medicina que eu quero fazer.”

A5: “É que querendo ou não a população jovem está abandonando a área rural, e sobram os idosos. E eu quero lidar com jovem [quer pediatria] às vezes eu me sinto desmotivada, quando tem um idoso cheio de comorbidade, que não se ajuda assim. Aí é uma coisa que eu não me vejo fazendo pro resto da vida. Eu não ia ser feliz.”

A4 – “[Para mim o que atrai] é que é uma medicina resolutiva, onde tu [como médico] conhece o contexto dos pacientes. Eles são cheios de comorbidades, e aí eu penso assim, na minha primeira consulta é difícil, ver toda a bagagem da pessoa, mas aí tu começa a ver ela muitas vezes e aí tu já sabe tudo isso. Aí deixa de ser pesado, de ser um fardo. Para mim não seria tão difícil [ser médico no meio rural], mas é mais pela resolutividade e pelo contexto dos pacientes, eu acho muito bom.”

“Cultivando Acordos” em um Frágil “Equilíbrio” para a Educação Médica Rural

O estudo até aqui realizado aponta para algo muito diferente de simplesmente inserir um aluno em um ambiente diverso, não bastando um “cenário rural” para que

as vantagens da educação médica rural apareçam. Comunidades, gestores dos mais diversos níveis, profissionais de saúde, Universidade, alunos e os mais diversos atuantes não-humanos precisam ser enredados e frequentemente acionados de certas formas para que se produzam as vantagens esperadas, gerando círculos virtuosos de retroalimentação positiva através de políticas, ações e posturas do dia-a-dia. A seguir, iremos mapear as redes envolvidas de uma forma um pouco diferente, agora com atenção especial para a forma como estes arranjos são produzidos e mantidos. O estudo dos atuantes envolvidos neste processo, que se mostrará relativamente frágil e por vezes tenso, será de utilidade para esta e outras experiências similares.

O primeiro ponto de tensão que identificamos surge no consultório, ao observarmos algumas interações entre professores, estagiários e pacientes. Embora, todos os atendimentos terminem com uma revisão clínica e, praticamente todos, com um contato pessoal do médico da unidade-professor, isso não parece ser suficiente para eliminar todas as tensões geradas pelas expectativas dos pacientes em relação ao seu atendimento e a inserção de um aluno ou residente, como nos conta o professor, a seguir:

P1: “Eu estava com o residente e os alunos. Uma paciente foi atendida pelo residente e tem um grau importante de ansiedade e irritabilidade, e acho que ela não estava muito bem compensada desses sintomas. O residente era bem sensível, bom profissional. Mas, por algum motivo, dentro das combinações que ele estava fazendo com ela... É que foi assim, ela chegou pedindo muita coisa, acho que pela ansiedade, ela chegou pedindo tudo que é exame, tudo que é coisa. E ele ao negar, ou negociar com ela, do ponto de vista...castrando, digamos assim, essas buscas que ela tava fazendo... A paciente ficou irritada, levantou, bateu na mesa, saiu chorando e xingando no corredor. Eu lembro que foi uma situação tensa. O que eu quero trazer com isso? A gente já faz uma certa seleção de pacientes para os alunos, mas às vezes a gente se passa em algum caso. Às vezes o paciente vem com uma expectativa de ser atendido por ti e vão para o residente ou aluno e isso pode gerar um conflito. Esse foi um caso que me fez ficar mais atento com isso. Entendo que os alunos têm que ter contato com tudo, mas a gente, conhecendo cada pessoa, nossa comunidade, a gente consegue ter essa sensibilidade para evitar conflitos. Esse foi um caso bem extremo e que acontece em menor forma

também em outras situações, quando o paciente vai para o aluno e ficam dizendo que queriam “que o Dr. X tivesse me atendido”. Para evitar isso, eu sempre olho todos os pacientes com os alunos, tenho cuidado com o tempo que os alunos ficam com os pacientes para evitar confusão, reclamações dos pacientes. (...) Depois eu consegui resgatar essa paciente, mantive o vínculo... depois a gente aumentou ou iniciou o inibidor da recaptação de serotonina dela, ela tinha esse perfil. Eu conversei com ela, disse para não passar por cima do atendimento dele, que eu ia voltar a falar com ela. Chamei ela de volta. Ela já tava lá na recepção, eu tentei fazer novos acordos, cedi em algumas solicitações, para não perder vínculo e manter ela próxima, falei isso para o residente e ficou tudo bem. Ela até pediu desculpas, mas foi tenso.”

Fica evidente o trabalho ativo que o professor assume, controlando tempo, selecionando pacientes, deslocando-se e negociando, preocupando-se com o vínculo com o paciente, que será importante para o desfecho “do caso”, mas também do estágio, como veremos. Este ato, que inicialmente envolve disputas sobre exames, presença de professores e que acaba por mobilizar mesas a serem percutidas, lágrimas, xingamentos e corredores que farão aparecer o professor momentaneamente ausente, pode potencialmente - como veremos a seguir - engajar secretários de saúde, prefeitos, reuniões, cálculos mais complexos políticos de desgaste e benefícios eleitorais, que podem, num grau extremo, até pôr em risco o futuro da relação entre Universidade e Prefeitura.

P1: “Esse equilíbrio entre gestão, comunidade e equipe e os alunos é importante ser mantido, sempre é um esforço mesmo, nós estamos balizando. Sempre que possível eu venho ressaltando com a gestão os benefícios dos alunos estarem comigo, com a equipe sempre tentando fazer essa integração, porque são pessoas a mais, [isso] complica para a limpeza, a equipe percebe isso, em relação ao tempo, os pacientes reclamam mais, para outros membros da equipe. O contrário também acontece, os pacientes saem elogiando, perguntando quanto tempo eles vão ficar ali, mas o que me preocupa é quando eles têm alguma dificuldade de vínculo, de tempo, [quando] eles saem insatisfeitos. Isso também repercute na equipe. É importante ter um acordo com a equipe, que ela entenda os prós e contras dessa união, dessa estrutura que é montada. A equipe vai com certeza vai enxergar os benefícios, mas também as dificuldades. Se ela não absorve isso junto,

amenizando, melhorando, trazendo pessoalmente os pontos dos nós, para que a gente possa melhorar, isso acaba repercutindo na gestão. A equipe tem que estar abraçando a causa. Esse vínculo como um acordo interno tem que ser um foco que tem que ser muito bem cultivado. A partir daí dá para melhorar e absorver as pequenas picuinhas e problemas que surgem sem que isso repercuta na gestão. Se a comunidade ficar insatisfeita, isso vai repercutindo. Se a equipe não absorver, isso pode parar na gestão e comprometer muito o estágio. Sempre que possível eu falo na câmara de vereadores, com o secretário de saúde (...) eles os alunos têm na maioria da vez um papel de apoio, na busca de informação, evoluindo os casos no computador, várias coisas que me ajudam. Se a gente perder essa linha, seja com a gestão ou neste acordo interno com a equipe, naturalmente vão surgir problemas e a gente não vai conseguir dar a volta.”

Um novo atuante aparece neste “esforço” de balizamento relatado pelo professor. A equipe de saúde também está lá e exige um trabalho de “cultivo”, um “acordo interno”. Junto com a comunidade estão sujeitas a “pequenas picuinhas” que podem “repercutir na gestão”. A equipe tem um trabalho conjunto a fazer, na opinião do professor. Após enxergar os benefícios apresentados pelo professor e parte dos pacientes, espera-se que ela “absorva” tensões, tolere o aumento do número de pessoas circulando na unidade, as complicações para limpeza, percebam os benefícios e “abraçe a causa”.

Isso que nos relata o professor, do seu ponto de vista, é o mesmo que foi apresentado nos questionários respondidos por membros das equipes, no final do capítulo anterior. Eles citaram a demora maior no tempo de atendimento dos estudantes de medicina como o principal aspecto negativo para os pacientes em relação ao estágio rural. Este tempo, além do atendimento médico em si, que normalmente conta com a realização da coleta da história clínica, estabelecimento de um vínculo médico-paciente e realização do exame físico, inclui também o tempo de apresentação do caso e discussão clínica com o professor e aprender a lidar com um prontuário eletrônico que pode ser novo para o estudante a cada estágio que passa.

Isso confirma os dados anteriores e evidencia o equilíbrio que os professores, por terem este duplo papel, em que também são os médicos responsáveis pela demanda local, precisam manejar:

P1: “(...) uma coisa que eu acho que pode atrapalhar é a questão de como estamos numa equipe em que nós somos os responsáveis pela demanda e ensino. A prioridade é a demanda. Muitas vezes, as situações dependem da população de cobertura, o nosso atendimento pode prejudicar o ensino. Se a gente tem excesso de população, com certeza vai ter prejuízo, de dar atenção adequada, buscar literatura...Eu tenho 2000 pacientes, e considero que isso permite um bom equilíbrio entre atendimento e ensino. Eu acho que passando disso, já complica. Os 4000, que o Ministério da Saúde recomenda, tu já não faz um bom trabalho de equilíbrio ensino e atendimento, em uma unidade rural. Em geral eu consigo fazer bem. Também não pode ser menos para não ficar ocioso e não ter casos. Às vezes, por estar com uma agenda mais lotada, por exemplo, voltando de férias, eu percebo que não fica como eu gostaria de fazer, os alunos falam que fica mais como o ambulatório do hospital, onde eles tão ali tocando e agente passa a não estimulá-los a fazer reflexões e a se responsabilizar pelos casos. Eles se tornam condutores de informações, eles trazem a anamnese, a gente faz o raciocínio e passa para eles entregarem de volta. Começa a ser menos produtivo.”

Este duplo papel também coloca os professores por vezes em situações complexas e que geram aprendizado pessoal, como vê-se a seguir.

P3: “Outra foi uma paciente extremamente obesa, com uma unha encravada desde que eu conhecia ela, por muito tempo, e ela nunca queria mexer. Depois de um tempão, não foi pouco tempo, ela decidiu mexer na unha. Naquela semana, tava uma aluna com um perfil muito, não sei como explicar, assim, tudo que eu falava para ela (e eu não acho isso ruim, tu ficar me perguntando, me questionando porque eu tô dando aquela resposta) mas ela nunca ficava satisfeita, ela desconfiava, “ah , mas não é bem assim, professora”. Tudo bem, a gente se entendia. Aí ela quis fazer, ela nunca tinha feito, eu expliquei para ela, senti que ela tinha segurança para fazer o procedimento. Só que aí a anestesia não pegava, era um dedo horrível, tava muito machucado e ela tinha um jeito assim, porque eu sou muito de ir aos pouquinhos, ainda mais quando a pessoa tem dor, eu não sou do tipo que ia rápido, e ela era o contrário, ela já queria terminar logo, só que a paciente tinha muita dor e chegou num ponto que eu disse: não, agora deixa! Eu falava, vamos esperar mais um pouco, fazer o efeito da anestesia, tu usa a tentacânula de tal forma e aí ela: “Não, profe, eu já vi e era de outro jeito, sem nada em baixo”. E aí, eu disse: “isso não vai

dar certo. Não, agora, deixa que não vai dar, deixa que eu vou terminar.” E eu vi que ela ficou muito braba, assim muito desconfortável. Eu também fiquei bastante [desconfortável] com toda situação. No fim a gente conversou e ela disse “ai profe, se tu disse que era para eu fazer, eu ia fazer da forma como eu achava, tinha que deixar”, para ela tava certo. Deu aquela incompatibilidade de pontos de vista. E a paciente, talvez se eu tivesse fazendo, também ia sentir dor, não ia ter como fazer, em função de todo comprometimento. E ali eu vi que foi uma situação que não foi muito legal, mas a gente conseguiu se entender, porque eu acho que cada uma conseguiu ver o ponto de vista da outra. Foi um aprendizado também.”

Estas experiências, por mais desafiadoras que sejam, parecem transformar positivamente a natureza do profissional do interior a ponto de o mesmo, por vezes, não se considerar mais somente um médico do interior. De fato, as evidências científicas apontam para o fato desta ligação acadêmica dos profissionais remotos ser um dos elementos de fixação destes no interior (WHO, 2021; WILSON *et al.*, 2009). Os professores igualmente percebem como seu este papel que liga as ações de educação médica rural com as políticas de recrutamento e retenção de recursos humanos para áreas rurais e remotas. Isto aparece em nossos dados igualmente.

P2: “A gente tem que formar médicos de família e que vão para o rural, isso é uma prioridade, não é brincadeira.”

P1: “Eu já não me vejo sendo médico rural fora do ambiente acadêmico. Essa ligação é muito importante.”

Este reforço de identidade, onde a função acadêmica reforça a inserção remota e vice-versa, não é, entretanto, para todos um achado isolado, mas aparece interligado e dependente de outros aspectos, como o tempo de estágio, que não deve ser curto demais, como visto anteriormente (CHATER *et al.*, 2014; STAGG *et al.*, 2012).

P2: “Eu tenho muito prazer em receber os doutorandos, mas este prazer começa a acontecer na terceira semana, quando começa a fazer um vínculo. Na primeira semana eu tô convencendo o cara que eu não sou um charlatão, na segunda ele começa a se orientar no trabalho.”

P2: “Acho que a troca muito frequente de alunos pode gerar estresse na equipe. Tem sempre alguém perguntando a mesma coisa que no mês anterior. Quando a pessoa aprendeu a ligar o computador, ela está saindo do estágio. O

doutorando não consegue dar uma contribuição e esclarecer o processo de saúde do serviço de forma a ajudar os outros profissionais, que não ganham nada para estar ali orientando o doutorando. Inúmeras coisas podem melhorar, mas nada chega perto de a gente ter um estágio mais longo. Eu estou completamente convencido de que a gente teria muito mais qualidade para o paciente, para a comunidade, para o aluno e para mim. Seria um salto qualitativo. Passa por um arranjo, não depende de mim. Quanto maior o tempo, mais chance de entender o caso de uma forma mais holística, tem um conhecimento mais profundo e mais abrangente. Acho que para os alunos que vêm com um treinamento muito fragmentado, para sensibilizar, um mês é muito fraco. Senão, não é sério (...) A gente tá “dando só um cheirinho”.

Características específicas para a professora/médica mulher também surgiram. De acordo com as evidências que vimos anteriormente (LIMA *et al.*, 2016; WWPRP, 2002), a prática médica e docente rural apresenta desafios específicos para as mulheres. Isso pode se tornar ainda mais problemático pela recente feminização progressiva dos egressos em medicina, como discutido no capítulo 3.

P3: “Eu acho que o importante de dizer, como mulher, eu vejo que existe uma dificuldade, assim, um ponto que é uma encruzilhada, de que rumo tomar. Esse ritmo de ser médica da equipe de saúde rural junto com a questão docente, de ter os alunos, isso acaba exigindo muito, de tempo, por estar em dois locais e ter que me ausentar um dia, por estar em Caxias. Isso acaba me sobrecarregando nos outros dias, eu tenho que fazer um horário estendido e, à noite, sempre tem alguma coisa que tenho que preparar para sexta-feira [dia das aulas na Universidade], e aí acaba que o tempo fica muito curto. É uma rotina que fecha no momento que tu tem só o teu trabalho como uma prioridade na vida. Eu percebo que eu poderia continuar, se o meu foco fosse só no meu trabalho, mas no momento que tu pensar em ter uma família, investir mais neste meu lado, já não cabe, o espaço não existe. Eu vejo como uma dificuldade importante. Talvez para o homem isso não seja tão importante, pois não tem a questão de gestação e amamentação. Eu estou pensando nisso, nessa reformulação, eu não consigo dar conta. Falta tempo para

estudar, para fazer um curso, não tem como multiplicar as horas do dia. Vejo como um limitador³⁶.”

Estes e outros desafios do trabalho médico fora dos grandes centros urbanos são percebidos pelos alunos durante o estágio. No capítulo 3, os alunos contavam sobre isso, que também aparece nas entrevistas dos professores, e são importantes para que os futuros profissionais possam fazer escolhas mais realistas em relação às suas carreiras.

P3: “Eles percebem algumas desvantagens de trabalhar no rural, de ser um município pequeno, de ser o único médico, acho que eles observam isso muito, porque tem a questão da perda de liberdade, de vida tua, não como profissional médico. Isso eles percebem bastante.”

A Universidade aparece nesta rede como um estimulador, ao prover apoio logístico, além da base formal de contrato dos professores em convênio com as secretarias de saúde. Entretanto este vínculo permanece frágil, podendo mudar facilmente, e necessitando ser reforçado como na análise e sugestão do professor, a seguir:

P1: “Eu acho que os alunos vêm muito pelo estímulo, incentivo da universidade, até do ponto de vista logístico. Isso ajuda e facilita o estágio. Por outro lado, o que eu vejo é que depois que os alunos vivenciam a experiência, talvez não fosse mais tão necessário este estímulo, mas inicialmente e ainda é importante para que os alunos se motivem a vir. [Quanto] à Universidade, a gente sempre corre o risco de retirarem esse apoio, por motivos financeiros. Acho que a gente já tem uma estrutura bem montada com os alunos, que entre eles fazem uma divulgação da experiência já, mas eu não saberia dizer quanto tempo isso iria se manter sem o apoio da Universidade. Um outro ponto, a gente deveria pensar em como estar trazendo isso para a Universidade, em reforçar a importância do estágio. Talvez escrito, dizer no que é que isso impactou a sua formação, um portfólio, uma descrição... 90% sai com uma experiência muito rica, eles falam isso, de como foram surpreendidos pelo estágio, de quantas coisas foram transformadas dentro dele durante o estágio. A gente acaba não aproveitando bem isso, para trazer apoio.”

³⁶ Essa professora reduziu sua carga horária, pouco tempo depois da entrevista e, no momento da conclusão deste trabalho, está afastada em licença maternidade.

O apoio institucional, no entanto, precisa ser bilateral, e as prefeituras dos municípios do interior, através de suas secretarias de saúde, como já iniciamos a perceber anteriormente, são elementos importantes e intrigantes nesta equação:

P2: “Eu passei um estresse tremendo nestes últimos quatro anos, com minha secretária de saúde, que não consegue ver bem quais são os benefícios de ter um cara que se mete a professor. Tem riscos de ser mal compreendido pela gestão e de ser sabotado. Eu tinha que peitar, digamos assim, essas sabotagens, de diversas formas. Agora trocou e ela [nova secretária de saúde] é muito mais amigável.”

P3: “Para mim foi muito fácil, eu cheguei aqui e o terreno estava pronto para receber os alunos, isso foi uma grande vantagem. O prof. X já tinha tudo estabelecido na unidade dele, então o que conta principalmente é a gestão estar ciente das vantagens de ter o ensino associado e como ele já tinha isso a bastante tempo, já estabelecido, a gestão estava clara desse benefício. Então a questão foi da própria equipe, dos colegas poderem se organizar, porque da parte institucional já estava tudo resolvido. Eles foram bem tranquilos, em nenhum momento teve empecilho “ah se tu tem aluno, tu vai ter que fazer tal coisa a mais”. Eu vejo mais pelos pacientes, claro, tem os que não gostam de ser atendidos (pelos estudantes), querem que seja só comigo, mas acho que isso é em qualquer lugar. E os colegas, de certa forma, muitas vezes eles gostam dos alunos porque, por exemplo, a gente faz uma agenda de [exame] preventivo [do colo de útero] e os alunos vão treinando mais o preventivo e para eles [equipe] já diminui a demanda que tem. As intervenções [educativas] ajudam em algumas coisas. Já teve várias vezes que [a gente] precisou ir na rádio, aí a gente levou os alunos para eles ajudarem e, para a equipe, acho que não mudou muito, nunca me falaram ao menos. Ao contrário, movimentada, eu vejo que a enfermeira se preocupa, que eles vão conhecer bem todo o território e já vê as visitas [domiciliares] diferentes para a gente ir percorrendo [o território da unidade] em todas as partes. O que eu acho que pode atrapalhar é agora na mudança de gestão [ano eleitoral], se vier alguém que não entenda isso, às vezes demora um pouco mais, a gente não deixa de atender ninguém, mas às vezes atrasa, se alguém vê isso como um problema, é capaz de cortar o estágio...Os pacientes que a gente sabe que não querem [ser atendidos por alunos] eu já poupo, né. [é melhor] tanto para eles [pacientes], como para mim. Também vejo que eles [os alunos] ficam desconfortáveis quando é alguém que não quer que eles atendam.

Essa atual gestão sempre foi bem parceira, vamos ver, o que pode interferir mais é a gestão.”

Por fim, sugere-se que alterações na visão da Universidade possam, além de facilitar a manutenção do estágio no nível local, reverter-se em benefícios também para a própria instituição de ensino, que está por sua vez interligada em redes de mercado:

P2: “Talvez a gente pudesse ter um apoio institucional maior. Para isso o reitor teria que ter uma melhor compreensão de como a saúde rural pode ser um nicho para a ucs se eles investirem mais nisso. (...) Pode se transformar até numa questão mercadológica...”

Mas como tudo, depende das pessoas, seja em nível institucional, seja na postura do estudante:

P3: “Acho que a validade do estágio está muito relacionada com o quanto o aluno está aberto. Não foi válido os estágios daqueles alunos que tipo “acabei vindo para cá porque foi o único lugar que restou”. Acho que é como qualquer outro lugar, meio que a pessoa tá ali de corpo presente. Mas de situações eu não vejo nenhuma que o aluno [relatou] “não valeu a pena”.

Em resumo, o que todos estão nos contando é que a experiência de educação médica rural mobiliza e necessita atualizar continuamente uma série de operações entre os envolvidos, para manter-se em um relativamente frágil (ou tenso) equilíbrio de interesses e resultados esperados. Através da metodologia escolhida, evidenciou-se mais profundamente o importante papel que os professores/médicos rurais assumem nestes delicados arranjos. No entanto, adicionalmente pode-se perceber várias outras perspectivas: as Secretarias Municipais de Saúde e prefeituras têm o desafio de atrair e reter médicos no interior, servindo e mantendo satisfeito e fiel seu eleitorado. Para isso, parece ser um bom negócio, conseguir um apoio extra da Universidade para atividades assistenciais, de promoção de saúde e de educação permanente dos profissionais. Isso tudo precisa ser contrabalançado por eles em relação às eventuais reclamações de demora nos atendimentos ou ao desgaste com as equipes, como vimos.

O gestor por sua vez também aparece, embora não tenha sido diretamente entrevistado, como outro habilidoso equilibrista que pode ser interessado ou hábil o suficiente (ou não) para utilizar a seu favor e de sua comunidades estas

possibilidades. Para a Universidade, potenciais interesses para além do de aprimorar a qualidade do ensino, através de uma variação de realidades e “cenários de ensino” e ajudar no exercício do seu papel social, há também potencial contribuição para combater as dificuldades de se achar bons campos de estágio, alguma eventual influência nas avaliações do MEC, que costuma valorizar este tipo de atividade, bem como possibilidades de propaganda. Tudo isso, pode ser tema de futuras pesquisas, que ampliem os atuantes ouvidos ou mesmo que utilizem outras metodologias.

Voltando ao início, estão os médicos do interior, agora adicionando a si o papel de professores, buscam apoio acadêmico para manterem-se atualizados, ter apoio na assistência que oferecem, eventualmente contar com alguma progressão de carreira municipal, combater o isolamento do interior, melhorar status e desgastes que surgem, como bem vimos, ainda com sua vida pessoal e acúmulo de tarefas. Os estudantes, por sua vez, sem os quais nada aconteceria, ora buscando aventura, ora testando-se profissionalmente, avaliando chances de possível carreira, buscando treinar habilidades e avaliando se tudo compensa as distâncias, custos, o temporário isolamento. E por último, mas não menos importantes, embora sendo envolvidos nisto, ainda com pouca voz ativa, estão as equipes, que logo percebem que ter ajuda no dia-a-dia, reforço nas atividades de educação permanente em saúde e fazer um trabalho ainda melhor, contribuindo para a formação de novos profissionais tem um preço a pagar, como dividir espaço físico e manejar reclamações.

São, portanto, necessários esforços de translação frequentes, e especialmente no início das experiências, para que os interesses e objetivos de diferentes atuantes sejam equiparados. Assim, é necessário que a gestão e a comunidade entendam que ter médicos no interior pode ser o mesmo que receber alunos e ajudá-los a gostar do trabalho no interior. Para a Universidade, ter uma boa avaliação como instituição e marketing favorável para captar novos alunos, a partir do reforço de seu engajamento comunitário, pode ser o mesmo que garantir transporte e diárias para alunos, além de remunerar e treinar alguns médicos do interior como professores, e assim por diante.

De forma a minimizar as dificuldades destes nem sempre fáceis arranjos, pode ser vital o envolvimento precoce de todos, com participação desde os primeiros momentos das equipes, gestores, acadêmicos e, muito importante, da própria

comunidade atendida pelos serviços. Conforme estas experiências vão se repetindo em diferentes lugares e acumulando-se conhecimento, pode-se tentar prever o grau de interesse de cada um e prever (quem sabe prevenir) com antecedência os desgastes futuros. Pela inovação da proposta, é natural que cada envolvido precise atuar de forma específica para que os outros elementos dessa rede não diminuam sua percepção de como a educação médica rural é relevante para si e para os demais. É preciso uma atenção constante, para que não percam o interesse pela ideia que a formação médica deve envolver também a realidade da saúde do interior, visto que é onde parte expressiva da população vive e busca cuidados de saúde. A força da inércia histórica, do fazer como sempre foi feito, está continuamente presente, contrapondo-se às inovações.

Os professores, que também são médicos contratados dos municípios, destacam-se como elementos-chave no preparo desta receita, pois são os únicos que estão em contato frequente com todos os outros ingredientes. As estratégias empregadas para manter o interesse dos outros, que eles nos relataram ao longo deste trabalho, incluem curiosamente sua capacidade de *aparecer* para a Universidade, que normalmente não os têm como agentes prioritários e, de certa forma, *desaparecer* para as prefeituras e comunidades, diminuindo atritos, normalizando a educação médica rural como parte da vida local, cultivando aliados entre os pacientes e as equipes de saúde e mantendo vivo o interesse dos alunos.

CONCLUSÃO

Os estudos de demografia médica, das demandas de saúde populacionais, as comparações internacionais e a própria experiência do cotidiano revelam uma desproporção qualitativa e quantitativa entre as necessidades de saúde brasileiras, a formação de recursos humanos e a sua distribuição. Longe de ser um fenômeno novo, este desequilíbrio tem sido uma constante na História de nosso país e assume especial dimensão e significado para as comunidades rurais. O Brasil, por suas características de imensa diversidade cultural e de biomas, apresenta desafios especiais que se somam aos usualmente vistos em outros locais. As soluções encontradas até o momento foram insuficientes para garantir a equidade desejada por nosso povo e expressa em nossa constituição. Apesar disso, o país não está sozinho nesta situação e é certamente possível ainda avançarmos. Para isso,

devemos juntar à nossa criatividade, resistência e espírito de adaptação - que são típicos nacionais e que tantos desafios históricos já superaram - os ensinamentos que podem ser extraídos das experiências exitosas de outros países. Alguns passos importantes já foram dados e é inegável o avanço nesta direção, especialmente após a implantação do Sistema Único de Saúde, há algumas décadas. Um exemplo que se destaca é o reforço da APS com a criação da Estratégia de Saúde da Família.

Um problema que tem raízes, características, condicionantes e consequências tão variadas como este, evidentemente, não tem solução rápida nem fácil, sendo consensual a necessidade de abordagens complexas e de longo prazo. Dentre as estratégias adotadas com sucesso, vem destacando-se mundialmente o aumento de interesse pela educação médica rural, tema deste trabalho. Em diversos países isso vem se desenhando através de fluxos de formação, que se iniciam antes mesmo da graduação, através do aprimoramento das formas de seleção dos estudantes, passando por uma formação com maior ênfase nas necessidades de saúde da população e com a descentralização dos cenários de ensino. Não esgotando aí os esforços necessários, estes fluxos de formação vão adiante, chegando até aprimoramentos nas pós-graduações e na educação permanente, incluindo reforços da ligação entre os trabalhadores de saúde em áreas rurais e a academia, com a produção de oportunidades de carreiras mais atrativas nestas áreas. Isso tudo, evidentemente, não pode ser visto desconectado de melhorias no próprio sistema de saúde e nas condições de vida do profissional do interior e sua família. Estas estratégias têm se mostrado em conjunto as mais adequadas para o enfrentamento do desafio.

Os dados apresentados neste trabalho reforçam estas noções e o acerto das experiências descritas acima, embora ainda de forma incipiente em nosso país. O serviço compulsório e o recrutamento indiscriminado de força de trabalho estrangeira, geralmente de países menos desenvolvidos, tem sido empregada com alguma frequência em países de nossa região. Estas são certamente opções viáveis e apresentam alguns resultados positivos, especialmente no curto prazo, podendo, portanto, ser adotadas de forma complementar e pontual em situações específicas. No entanto, parecem competir e prejudicar a adoção daquelas soluções anteriormente citadas e que se mostram politicamente e eticamente mais aceitáveis,

além de contribuírem de forma mais duradoura e eficaz para a solução dos problemas aos quais se propõem combater. Da mesma forma, a descentralização de cursos de medicina jamais deve ser realizada como um fim em si mesma, sem a adequada qualidade, recursos e avaliação constante.

Embora, nos últimos anos, alguns programas tenham tentado avançar na ampliação das estratégias empregadas, nossa “Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta” parece ainda ignorar a problemática da formação de recursos humanos para o meio rural. A instabilidade política nacional e as competições ideológicas, infelizmente, têm dificultado a continuidade e coerência das políticas. Muitas vezes, projetos de governo com visão de curto prazo e que priorizem ações com influência eleitoral imediata prevalecem sobre as visões de Estado, de longa duração. Além disso, nosso país conta com um princípio de descentralização da saúde, que pode ser ampliado no sentido de se aumentar a capacidade e a autonomia de municípios e mesmo de pequenas comunidades em atrair profissionais de saúde, sem que haja sempre a dependência de uma intervenção central de larga escala. Não desprezando o poder de políticas nacionais, devemos considerar que arranjos regionais podem ser por vezes mais eficazes em enfrentar problemas complexos, que assumem características peculiares locais, do que uma gestão excessivamente centralizada. Teoricamente, o equilíbrio entre os níveis macro e micro, centralizado e periférico, parece ser o ideal. Para que isso seja possível, no entanto, é importante estudar e conhecer quais fatores ajudam a atrair e fixar profissionais fora dos grandes centros, onde usualmente se concentram, e as peculiaridades regionais.

O Brasil conta com diversas experiências de educação médica rural, algumas já de várias décadas. Um problema para a sistematização do conhecimento, no entanto, é que são, em geral, projetos isolados e com características bastante distintas entre si. Algumas inovações relacionadas ao eixo de formação do Programa Mais Médicos, continuado de certa forma pelo Programa Médicos Pelo Brasil, estão em andamento, mas pela juventude da proposta e provavelmente pela instabilidade das políticas são escassos os relatos de qualidade dos resultados alcançados.

As ferramentas de telessaúde, por sua vez, podem ser aliadas importantes e certamente já estão transformando a educação médica, inclusive nas áreas rurais. Entretanto, também há riscos, dependendo da forma como forem utilizadas, de

competição com o aprimoramento local dos serviços de saúde. Pode ser financeiramente mais vantajoso - mas não necessariamente melhor - a substituição da relação presencial médico-paciente, por um modelo de medicina empresarial especializada, produzida à distância, onde os exames diagnósticos acabam por passar de um papel complementar ao de protagonistas. Isso poderia ocorrer, entre outros motivos, pela impossibilidade neste modelo da realização do exame físico e por distanciar o profissional do entendimento dos determinantes de saúde locais. Ainda é imprevisível se esse fenômeno desacelerará o necessário processo de criação, fortalecimento e distribuição de uma real força de trabalho nacional voltada para a Atenção Primária. Parece inegável, no entanto, que possui grande potencial de distorcer, ainda mais do que hoje, o perfil do egresso para longe do necessário, ao ampliar o mercado de trabalho para especialistas terciários, confortavelmente instalados nos grandes centros urbanos. Corre-se o risco de gerar justamente o efeito oposto ao que se deseja, que é o de melhorar a saúde de populações distantes, através do aprimoramento da qualidade dos níveis locais e regionais de sistemas de saúde e acabar-se produzindo a aberração de termos dois sistemas de saúde de qualidades distintas, um virtual para os meios rurais/remotos e, outro, real, para os centros urbanos. Sugere-se, portanto, muita cautela e parece imprescindível alguma regulamentação na forma como estas novas tecnologias vão se inserir no sistema de saúde nos próximos anos.

O valor da educação médica rural, no entanto, não se restringe, como vimos ao longo deste trabalho, à sua contribuição para a melhor distribuição dos recursos de saúde, mas também apresenta importantes contribuições para o perfil do profissional de saúde, independente do cenário e área que vá trabalhar posteriormente. A experiência aqui apresentada, do Internato Rural em Saúde da Família, que é parte do Internato em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Caxias do Sul, vem contribuindo na formação de mais de 500 profissionais médicos nos últimos 15 anos. Trata-se de um estágio rural voluntário que faz parte do internato médico em APS com forte ênfase na prática do médico de família e comunidade, em um contexto de equipe de saúde da família rural. Entre as características importantes desta experiência, destacam-se a qualificação dos professores como médicos de família e comunidade que estão inseridos como médicos das equipes de saúde da família, com razoável longitudinalidade naquelas

áreas rurais em que acompanham em tempo integral os alunos. Outro destaque é a ótima proporção entre o número de alunos para cada professor, permitindo um contato e observação mais profundos e fornecendo feedbacks úteis aos alunos.

O aumento da probabilidade relatada de trabalho fora dos grandes centros urbanos, por parte dos estudantes que participam do estágio, está entre as contribuições identificadas e reforça o achado de outras experiências na literatura científica. O estágio permite também uma reflexão por parte dos estudantes dos aspectos positivos e negativos da vida e do trabalho no interior, o que é especialmente importante tendo em vista sua origem predominantemente urbana. Além disso, observou-se que o estágio rural, pelas características próprias das comunidades e dos serviços de saúde do interior, permite uma importante vivência do sistema de saúde, das características da Atenção Primária à Saúde e da prática generalista e da Medicina de Família e Comunidade. Destacam-se o contato com um cuidado de saúde integral, culturalmente sensível, com longitudinalidade, que, infelizmente, não é proporcionado com frequência ao longo da formação médica atual, nem nos cenários de hospital escola especializado, tampouco na rede de Atenção Primária de grandes municípios.

O estudante tem a oportunidade de visualizar o funcionamento do sistema de saúde de uma outra perspectiva, a da porta de entrada mais longínqua do sistema de saúde. Neste local, oportunidades únicas de educação médica se dão, ao acompanhar um médico, trabalhando com uma equipe relativamente pequena, precisando ampliar seu escopo de habilidades para atingir o máximo possível de resolutividade e relativa independência do funcionamento do restante da rede de serviços. Esta mesma eficiência relativa de um serviço onde a semiologia e o raciocínio clínico epidemiologicamente amparado ganham importância especial, e que muitas vezes contradiz o senso-comum e as expectativas em relação à prática generalista, é vivida pelo aluno e é citada inúmeras vezes neste trabalho como aspecto positivo que impacta sua formação. Ao estar inserido em um ponto da rede de cuidado (agora no sentido Latouriano), onde a densidade de atuantes tecnológicos (no sentido mecânico e digital) e especializados é completamente diferente da que está habituado, o aluno percebe outras opções de alianças e mobilizações (da família, das estruturas comunitárias, da internet, etc...) e aprende a

ampliar seu leque de competências, bem como repensar seu papel dentro de uma equipe e de um sistema de saúde.

A experiência de fazer parte de uma comunidade rural e visualizar e incorporar no cuidado os determinantes de saúde também é destacado como positivo. O estágio é visto também como um momento de ganhar experiência médica em relação aos problemas de saúde comuns e à prática médica geral. A formação universitária médica, apesar de se propor a formar generalistas, é bastante centrada na figura do professor especialista e na rotação de áreas focadas em especialidades, embora isto esteja sendo melhor ajustado ao longo das últimas décadas. Apesar disso, ainda percebe-se o benefício dos estágios generalistas, como o rural, para a percepção mais realista da distribuição real dos agravos na população em geral, não pré-selecionada, e um entendimento mais adequado da evolução natural das formas comuns dos problemas de saúde. Para este fim, o estágio rural parece imbatível, especificamente pela sua localização - relativamente distante de outros recursos de saúde e, portanto, centralizando mais que nas cidades a porta de entrada do sistema -, sua proposta de atenção realmente integral e sua longitudinalidade, especialmente com a configuração de professores médicos de família rurais, locais.

Para a maioria dos alunos, ter um volume adequado de atendimentos, um alto grau de autonomia, tempo adequado para estudar, o estímulo de uma proporção boa do número de alunos por professor, combinado com experiências de vida e lazer fora da unidade, proporcionam um conjunto agradável e uma impressão geral positiva da medicina rural. Isso confirma-se em nosso trabalho, além da análise qualitativa, a partir da percepção relatada por todos os estudantes da amostra, de sentirem-se em vantagem em relação a seus colegas que não obtiveram a mesma oportunidade.

Os desafios e dificuldades identificados estão especialmente relacionados às distâncias e às carências do sistema de saúde, em especial dos fluxos coordenados de atenção entre os níveis de complexidade. A curta duração do estágio e a ausência de um “fluxo rural” que conecte-o às experiências prévias e posteriores podem diminuir seu impacto. Como é natural, a sensação de isolamento e maior autonomia, num cenário menos controlado do que o hospital-escola não é confortável para todos alunos, alguns relatando que o estágio rural também foi útil

para a percepção de que este não é o estilo de vida e trabalho que desejam. Apesar disso, a experiência parece contribuir também no preparo de melhores especialistas urbanos, pelo descrito acima.

A abordagem metodológica deste estudo nos permitiu visualizar as diferentes redes de atuantes envolvidas no estágio rural e suas contribuições para a formação médica. Alguns atuantes relativamente recentes, como os que conectam as pequenas comunidades rurais com os grandes centros urbanos, universidade e bancos de dados científicos, tiveram grande impacto na possibilidade de uma educação médica rural com qualidade, aliando os tradicionais atuantes comunitários (que normalmente estão ausentes ou distantes no ensino hospitalar e ambulatorial centralizado) aos modernos avanços tecnológicos (que antigamente estavam indisponíveis ao médico rural). O relativo isolamento e a densidade tecnológica diversa, tão características da prática médica generalista rural, proporcionam ao aluno o desenvolvimento de competências não só intelectuais e de habilidades técnicas, mas também de postura, visão de si no mundo e responsabilidade perante a comunidade. Características que muitas vezes são mais difíceis de proporcionar nos ambientes relativamente protegidos e superpovoados da formação médica tradicional, onde as responsabilidades estão muito diluídas e divididas entre muitos colegas, residentes, professores, máquinas, especialistas consultores e estrutura burocrática.

As mudanças nas relações da rede de atuantes do cuidado de saúde que acontece no meio rural induz o aluno a prestar a atenção a outros aspectos do cuidado de saúde que são extremamente relevantes ao resultado final do seu trabalho. Exemplos são os aspectos culturais, geográficos, de rede de apoio social, de disponibilidade de recursos, de limites e potencialidades de seus conhecimentos e habilidades. Isso torna a experiência de educação médica rural única e especial para a formação de um perfil médico adequado. A experiência, como um todo, ajuda a desafiar a crescente pressão por especialização, que distorce a relação entre necessidades populacionais e recursos de saúde e a derrubar mitos como os da impossibilidade de uma prática generalista de qualidade nos dias de hoje. Ao menos para parte dos estudantes, ajuda também a questionar a noção de uma melhor qualidade de vida e trabalho do médico nos grandes centros urbanos. Além disso, a formação predominantemente oferecida por professores especializados, tende a

ênfatizar, naturalmente, os problemas de saúde que são mais interessantes a esses. A experiência nos mostra que nem sempre conseguem priorizar em suas aulas o que, de fato, é o mais importante em suas especialidades para o conhecimento do médico geral que estão formando.

A educação médica rural, portanto, é um excelente instrumento de formação profissional. Além disso, constitui uma ótima forma de melhorar qualitativamente e quantitativamente a oferta de serviços de saúde disponíveis em uma comunidade rural, ajudando a fixar profissionais qualificados como os professores, gerando potenciais benefícios políticos aos gestores locais e oferecendo às Universidades ótima oportunidade de, com relativamente baixo investimento, aprimorar o perfil dos egressos e reforçar seu papel de engajamento comunitário e responsabilidade social. Apesar disso, constatou-se que a manutenção destas redes rurais de educação médica não ocorre espontaneamente, e os benefícios descritos não são automaticamente visíveis a todos envolvidos, demandando um papel ativo de vários atores. Vários esforços em transladar os interesses da universidade, gestores, equipes, professores, alunos e comunidade são continuamente necessários para que os resultados sejam obtidos e mantidos ao longo do tempo.

Sugere-se, a partir das conclusões acima, a inclusão na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, da educação médica rural (assim como provavelmente de outras áreas da saúde) como estratégica para a saúde das populações rurais, reconhecendo suas vantagens e especificidades. O uso do termo “rural”, deixando de lado preconceitos ideológicos, além de facilitar o uso prático cotidiano da política e aumentar sua visibilidade e inteligibilidade pela população em geral, também traria a vantagem de facilitar o diálogo científico internacional, visto que é o termo utilizado no mundo todo.

Novos e mais numerosos estudos detalhando as experiências existentes e comparando formas diversas de implementação da educação médica em áreas rurais são necessários. Experiências que incluam outros níveis de atenção à saúde, como os hospitais rurais devem ser realizados. Isso teria potencial positivo para estes serviços que frequentemente são subutilizados e sub-financiados, encontrando-se frequentemente em grave situação financeira, embora se constituam valiosos recursos para comunidades locais e para o resto do sistema.

Sugere-se, a partir do mapeamento das experiências positivas estudadas, a criação de uma estratégia nacional, regionalmente adaptável, de estímulo a núcleos de formação de excelência ligados àquelas. Esses mesmos núcleos poderão exercer papel de multiplicadores e consultores de novas ações em educação médica rural. Estes estímulos, que poderão ser governamentais, aos núcleos deverão ter caráter complexo, incluindo suporte financeiro, de apoio logístico, de qualificação técnica, de incentivo aos municípios para melhoria das condições de atração dos profissionais e universidades, de escuta e estímulo para participação das comunidades, entre outros.

Em um país com a riqueza de recursos de todas as espécies como o nosso, é inimaginável a dependência de programas de recrutamento estrangeiro ou serviço compulsório a menos que de curtíssimo prazo e para situações especiais, pontuais. Pelo contrário, possuímos todas as condições para investir na criação de uma força de trabalho contínua e qualificada para o Sistema Único de Saúde e, em especial, para a Atenção Primária à Saúde. Como visto, há poucas experiências no nível de pós-graduação em áreas rurais encontradas em nosso país, constituindo-se um importante eixo a ser desenvolvido. Tendo em vista que nenhum grande país do mundo, que possui extensas áreas rurais, consegue suprir suas necessidades de saúde totalmente baseado em um modelo totalmente fragmentado em especialidades, faz-se necessário investirmos na formação de um perfil de profissional com uma formação mais ampla e com autonomia para trabalhar neste tipo de realidade. O perfil do médico de família e comunidade, especialidade existente em nosso país desde a década de 70, a partir de múltiplos programas de residência médica e de validação de *expertise*, parece ser o mais adequado a estas iniciativas, tendo em vista às necessidades das populações rurais. Isto se dá pelo seu alto grau de resolutividade ao lidar com os problemas de saúde mais comuns, pela sua formação voltada para a abordagem integral e de primeiro acesso, culturalmente sensível e hábil em agir na intersecção dos atendimentos individuais e a esfera mais ampla da família, dos determinantes sociais e levando em conta o perfil epidemiológico local. Sugere-se o maciço incentivo à formação desse profissional, sem prejuízo para outras áreas, assim como feito na maioria dos países que têm experimentado bons resultados em lidar com extensas áreas rurais. Uma alternativa seria seguir a tendência dos países avançados e ampliar a oferta de

residência médica para uma cobertura total dos graduandos e usar isso para incentivar áreas com déficit de profissionais, como a medicina de família e comunidade. Parte desta formação, idealmente, deveria já se dar voltada para o escopo ampliado de habilidades exigidas em localidades rurais e, preferencialmente no próprio meio rural, como por exemplo num ano adicional de residência médica rural que envolvesse a rede primária e hospitais rurais com apoio à distância e programas de avaliação de qualidade.

Claro está que diversificar estratégias leva a resultados melhores e a fixação médica posterior dependerá sempre de múltiplos fatores. Aumentar a autonomia das próprias comunidades em atrair e manter profissionais de forma independente, mas não excludente das políticas centrais, passa por tornar disponíveis os dados que são conhecidos de como fazê-lo. Os resultados que temos até agora parecem apontar para uma combinação de criação de um “fluxo rural” que se inicia com a captação de potenciais estudantes com perfil determinado, tanto nas cidades quanto nas próprias comunidades, ou próximo a estas, associada à participação ativa comunitária rural durante a formação médica (graduada e pós) não só como campo de estágio, mas através de parcerias com as universidades, que podem ser das mais variadas formas.

Além disso, a criação de condições de vida e trabalho que compensem o profissional (frequentemente de origem urbana) podem facilitar a fixação de médicos e potenciais professores médicos nestas regiões. Uma combinação de apelo turístico, de lazer, de moradia, de oportunidades de trabalho para cônjuges, de facilitação da educação dos filhos além, obviamente, das condições do sistema local para o trabalho, parecem ser determinantes para a diminuição do isolamento de uma comunidade em relação ao sistema de saúde. Isso por sua vez costuma ser o passo inicial para uma experiência positiva de educação médica rural que posteriormente se desdobrará em um ciclo virtuoso, atraindo novos profissionais. Certificações, reconhecimento e premiação de experiências exitosas, além da facilitação da troca de experiências entre regiões são outras estratégias escassamente utilizadas em nosso país, mas que se mostraram positivas em outras regiões.

Em suma, de uma parte ou outra, seja partindo dos governos em suas diversas esferas, seja da universidade, de profissionais, alunos interessados ou diretamente de lideranças comunitárias, deve ser iniciado um processo de

construção de redes, de um coletivo, que evidencie e por vezes “traduza” ou “translade” os interesses de todas as partes envolvidas. Um contínuo trabalho de cultivo e regulação destas relações, assim como do papel de cada atuante, deve acontecer para que o potencial aqui apresentado da educação médica rural, como elemento da formação geral do profissional de saúde, seja cada vez mais adequado (quantitativamente e qualitativamente) às necessidades da população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SCHEFFER *et al.*, 2020, Schanaider A. Mais ou menos médicos! Rev. Col. Bras. Cir 2014; 41(5):303-304)

ABARSHI, Eburn *et al.* General practitioner awareness of preferred place of death and correlates of dying in a preferred place: a nationwide mortality follow-back study in the Netherlands. **Journal of pain and symptom management**, v. 38, n. 4, p. 568-577, 2009.

ALMEIDA, Magda Moura *et al.* It is time for rural training in family medicine in Brazil! **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.13, n.40, p. 1-4, 2018.

ANDO, Nilson Massakazu *et al.* DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA" O Conceito de rural e o cuidado à saúde". **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 6, n. 19, p. 142-144, 2011.

BALINT, Michale. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BARBOSA, Giselle de Lima; AMORIM, Roberta Kelly Menezes. Contribuição do internato rural na formação do Médico. **Anais do CBMFC**, n. 12, p. 1078, 2013. Acesso em: 12 nov. 2021. Disponível em: <https://www.cmf.org.br/brasileiro/article/view/571>

BARIDON, Nicolás Oddone. Problems in rural surgery in Uruguay. **World journal of surgery**, v. 30, n. 9, p. 1634-1635, 2006.

BASTOS, Mayara Lisboa *et al.* The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. **PloS one**, v. 12, n. 8, p. e0182336, 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>

BENDEZU-QUISPE, Guido *et al.* Characteristics of compulsory service programs for medical professionals in the Andean states. **Medwave**, v. 20, n. 2, p. e7848-e7848, 2020.

BORRACCI, Raul A. *et al.* Factors affecting willingness to practice medicine in underserved areas: a survey of Argentine medical students. **Rural and remote health**, v. 15, n. 4, p. 21-31, 2015.

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. **Diário Oficial da União**: Brasília, 22 out. 2013a.

BRASIL. Lei nº 8080, 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. **Diário Oficial da União**: Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 48p. Acesso em: 17 jul. 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.

BRASIL. Resolução n.3, CNE/CES de 20/06/2014 - **Diretrizes curriculares nacionais** do curso de graduação em medicina Diário Oficial da União. Brasília: MEC, 2014. BRASIL.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CALLON, Michel. Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. **The sociological review**, v. 32, n. 1_suppl, p. 196-233, 1984.

CAMMACK, Julia. More doctors, more problems: exploring Brazil's Mais Medicos program and the legal challenges it has provoked. **Wash. U. Global Stud. L. Rev.**, v. 14, p. 499, 2015.

CARDOSO FILHO, Francisco de Assis Brito *et al.* Perfil do estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, p. 32-40, 2015.

CARVALHO, Viviane Karoline da Silva; MARQUES, Carla Pintas; SILVA, Everton Nunes da. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2773-2784, 2016.

CENTENO, Angel. Medical schools must contribute to rural health care in South America. **Rural and Remote Health**, v. 4, n. 3, p. 1-3, 2004. Acesso em: 9 mar. 2020. Disponível em: <http://www.rrh.org.au>

CHAN, Benjamin T. B. *et al.* Factors influencing family physicians to enter rural practice: does rural or urban background make a difference? **Canadian Family Physician**, v. 51, n. 9, p. 1246-1247, 2005.

CHATER, Alan Bruce *et al.* **WONCA rural medical education guidebook**. World Organization of Family Doctors (WONCA): WONCA Working Party on Rural Practice, 2014. Acesso em: 31 out. 2022. Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/ruralGuidebook/RMEG.pdf>.

COLON-GONZALEZ, Maria *et al.* Successes, challenges and needs regarding rural health medical education in continental Central America: a literature review and narrative synthesis. **Rural and remote health**, v. 15, n. 3, p. 301-316, 2015.

CRISP, Nigel; CHEN, Lincoln. Global supply of health professionals. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 10, p. 950-957, 2014.

CYRINO, Eliana Goldfarb *et al.* Mapping the implementation characteristics of new Medicine programs in Brazilian federal universities Mapeo de las características de implementación de los nuevos programas de medicina en universidades federales brasileñas. **Revista Panamericana de Salud Pública= Pan American Journal of Public Health**, v. 44, p. e117-e117, 2020.

DE VILLIERS, Marietjie *et al.* Decentralised training for medical students: a scoping review. **BMC Medical Education**, v. 17, n. 1, p. 1-13, 2017.

DEL HIERRO, Galo Sánchez; REMMEN, Roy; HENDRICKX, Kristin. We need better medical undergraduate education in Ecuador. The case of perinatal mortality. **Atencion Primaria**, v. 49, n. 3, p. 195, 2017.

DELANEY, Gabrielle *et al.* Challenges to rural medical education: a student perspective. **Australian Journal of Rural Health**, v. 10, n. 3, p. 168-172, 2002.

DUBÉ, Timothy; SCHINKE, Robert; STRASSER, Roger. It takes a community to train a future physician: social support experienced by medical students during a community-engaged longitudinal integrated clerkship. **Canadian medical education journal**, v. 10, n. 3, p. e5, 2019.

ESCALANTE-ROMERO, Lorena *et al.* Work experiences in activities in Primary Health Care by medical students in Peru. **Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana**, v.15, p.1, p.14-18, 2010.

FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros *et al.* Medical school expansion policies: educational access and physician distribution. **Medical Education**, v. 53, n. 11, p. 1121-1131, 2019.

FISHER, Karin A.; FRASER, John D. Rural health career pathways: research themes in recruitment and retention. **Australian Health Review**, v. 34, n. 3, p. 292-296, 2010.

FREHYWOT, Seble *et al.* Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work?. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, p. 364-370, 2010.

GIRARDI, Sabado Nicolau *et al.* Preferences for work in primary care among medical students in Minas Gerais State, Brazil: evidence from a discrete choice experiment. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. e00075316-e00075316, 2017.

GOERTZEN, James. Learning procedural skills in family medicine residency: comparison of rural and urban programs. **Canadian Family Physician**, v. 52, n. 5, p.

622-623, 2006.

GOUVEIA, Eneline. *et al.* Validating competencies for an undergraduate training program in rural medicine using the Delphi technique. **Rural and remote health**, v. 16, n. 4, p. 1-13, 2016.

GREEN, Larry A. *et al.* The ecology of medical care revisited. **New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 26, p. 2021-2025, 2001.

GUILBAULT, Ryan William Raymond *et al.* Clinical medical education in rural and underserved areas and eventual practice outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Education for Health**, v. 30, n. 2, p. 146, 2017.

GUIMARÃES, Emanuel Vitor. **O internato rural e a formação do profissional médico para o programa de saúde da família**. 2004. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, 2004. Acesso em: 12 nov. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ECJS-7X4H2X>

HANCOCK, Christine *et al.* Why doctors choose small towns: a developmental model of rural physician recruitment and retention. **Social science & medicine**, v. 69, n. 9, p. 1368-1376, 2009.

HIRSH, David A. *et al.* "Continuity" as an organizing principle for clinical education reform. **New England Journal of Medicine**, v. 356, n. 8, p. 858, 2007.

HOGENBIRK, John C.; MIAN, Oxana; PONG, Raymond W. Postgraduate specialty training in northeastern Ontario and subsequent practice location. **Rural and Remote Health**, v. 11, n. 1, p. 246-252, 2011.

HOLST, Jens; NORMANN, Oliver; HERRMANN, Markus. Strengthening training in rural practice in Germany: new approach for undergraduate medical curriculum towards sustaining rural health care. **Rural and Remote Health**, v. 15, n. 4, p. 375-385, 2015.

HUGHES, Christopher *et al.* International surgery and the University of Connecticut experience: lessons from a short-term surgical mission. **Connecticut Medicine**, v. 74, n. 3, p. 157-160, 2010.

HUICHO, Luis *et al.* Factors behind job preferences of Peruvian medical, nursing and midwifery students: a qualitative study focused on rural deployment. **Human resources for health**, v. 13, n. 1, p. 1-11, 2015.

HUTTEN-CZAPSKI, Peter; PITBLADO, Robin.; SLADE, Steve. Scope of family practice in rural and urban settings. **Canadian Family Physician**, v. 50, p. 1548, 2004.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (ED.). **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística, 2017.

JAMIESON, Jean L. *et al.* One program, multiple training sites: does site of family medicine training influence professional practice location?. **Rural and Remote Health**, v. 13, n. 4, p. 76-87, 2013.

JAMOULLE, Marc; GOMES, Luis. Prevenção Quaternária e limites em medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 31, 2014.

KAGEYAMA, Angela. Desenvolvimento rural: conceito e medida. **Cadernos de Ciência & Tecnologia**, v. 21, n. 3, p. 379-408, 2004.

KAPADIA, Ronak K.; MCGRATH, Brent M. Medical school strategies to increase recruitment of rural-oriented physicians: the Canadian experience. **Canadian Journal of Rural Medicine**, v. 16, n. 1, p. 13, 2011.

KONKIN, Jill *et al.* Exploration of rural physicians' lived experience of practising outside their usual scope of practice to provide access to essential medical care (clinical courage): an international phenomenological study. **BMJ open**, v. 10, n. 8, p. e037705, 2020.

KOVICH, Heather. And how long will you be staying, doctor?. **New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 14, p. 1307-1309, 2017.

LATOURE, Bruno. **A Esperança de Pandora**: ensaio sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru, SP: Edusc, 2001.

LATOURE, Bruno. Como terminar uma tese de sociologia: pequeno diálogo entre um aluno e seu professor (um tanto socrático). **Cadernos de Campo (São Paulo-1991)**, v. 15, n. 14-15, p. 339-352, 2006.

LATOURE, Bruno. **Jamais Fomos Modernos**: Ensaio de Antropologia Simétrica. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

LATOURE, Bruno. **Reagregando o Social**: uma introdução à teoria do ator-rede. São Paulo: Edusc, 2012.

LAW, John *et al.* Power, action and belief. A new sociology of knowledge?. **Sociological (The) Review Keele**, n. 32, p. 1-280, 1986.

LIMA, Monica Correia *et al.* Manifesto de Natal-Por uma política afirmativa no recrutamento, formação, provimento, retenção e suporte para as médicas de família em contexto rural e remoto. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-5, 2016.

LOUE, Sana; QUILL, Beth E. (Ed.). **Handbook of Rural Health**. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001. 370p.

LUTFIYYA, May Nawal; HALLER, Irina V. Introduction: Place Matters. *Disease-a-Month*, v. 11, n. 58, p. 618-619, 2012.

MACIEL FILHO, Rômulo. Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. 2007. 266 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MARQUES, Marta Inez Medeiros. O conceito de espaço rural em questão. *Terra livre*, v. 18, n. 19, p. 95-112, 2002.

MATSUMOTO, Masatoshi *et al.* Does the insufficient supply of physicians worsen their urban-rural distribution? A Hiroshima-Nagasaki comparison. *Rural and Remote Health*, v. 12, n. 2, p. 228-236, 2012.

MAYTA-TRISTÁN, Percy *et al.* Proyección de trabajo en el interior del país y factores asociados en médicos recién colegiados de Lima, Perú 2010. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, v. 28, n. 2, p. 186-193, 2011.

MCGRAIL, Matthew R.; O'SULLIVAN, Belinda G.; RUSSELL, Deborah J. Rural training pathways: the return rate of doctors to work in the same region as their basic medical training. *Human resources for health*, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2018.

MCLEAN, Rick G. *et al.* A multi-university evaluation of the rural clinical school experience of Australian medical students. *Rural and Remote Health*, v. 10, n. 3, p. 1-8, 2010.

MCWHINNEY, Ian R.; FREEMAN, Thomas. **Manual de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010. p. 471.

MEDEIROS, Henrique Gonçalves Dantas de; TRINDADE, Thiago Gomes da. Fundamentos teóricos do projeto pedagógico de um curso de Medicina no sertão paraibano: contribuições ao debate sobre educação médica. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019.

MELI, Damian Notker *et al.* General practitioner teachers' job satisfaction and their medical students' wish to join the field—a correlational study. *BMC family practice*, v. 15, n. 1, p. 1-5, 2014.

MELO, Lucas Pereira de *et al.* A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n.1, p. 1333–1343, 2017.

MILLÁN, Teresa; VARGAS, N. A.; MADRID, Nelly. Internado rural en la carrera de medicina de la Universidad de Chile; una experiencia de aprendizaje significativo. *Educación Médica*, v. 9, n. 3, p. 20-21, 2006.

MORRISON, Tracy *et al.* Benefits and challenges of multi-level learner rural general practices—an interview study with learners, staff and patients. *BMC medical*

education, v. 14, n. 1, p. 1-12, 2014.

NATIONAL RURAL GENERALIST TASKFORCE. Advice to the National Rural Health Commissioner on the Development of the National Rural Generalist Pathway. Australian Government: National Rural Health Commissioner, 2018. Acesso em: 08 jun. 2022. Disponível em: https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/05/advice-to-the-national-rural-health-commissioner-on-the-development-of-the-national-rural-generalist-pathway_0.pdf

NEWMAN, Dana E.; SHAPIRO, Miriam C. Obstacles faced by general practitioners in Loreto Department, Peru in pursuing residency training. **Rural and Remote Health**, v. 10, n. 2, p. 11-27, 2010.

O'SULLIVAN, Belinda G. *et al.* A review of characteristics and outcomes of Australia's undergraduate medical education rural immersion programs. **Human Resources for Health**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2018.

O'SULLIVAN, Belinda G. *et al.* **Development of a checklist for implementing rural pathways to train and support health workers in low and middle income countries.** A Report for WHO. Draft for consultation. Monash University e Wonca Working Party on Rural Health, 2019. Acesso em: 01 fev. 2022. Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/News/RuralRound-upLandmarkGlobalRuralFramework.aspx>

O'FLYNN, Norma; SPENCER, John; JONES, Roger. Does teaching during a general practice consultation affect patient care?. **British Journal of General Practice**, v. 49, n. 438, p. 7-9, 1999.

OLIVEIRA, Felipe Proença de *et al.* "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 623-634, 2015.

ORTÚN, Vicente; GÉRVAS, Juan. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. **Med Clin (Barc)**, v. 106, n. 3, p. 97-102, 1996.

ORZANCO, Maria Gabriela *et al.* Nature and nurture in the family physician's choice of practice location. **Rural and remote health**, v. 11, n. 3, p. 190-202, 2011.

PAREDES, Angilberto; GONZÁLEZ, Cesar. La pasantía rural en Paraguay / Rural rotation in Paraguay. **Rev. Salud Pública Parag.**, v. 3, n.2, p. 6-16, 2013.

PEÑA, Sebastian *et al.* The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 5, p. 371-378, 2010.

PEREIRA, Douglas Vinícius Reis *et al.* Mapping of medical schools: the distribution of undergraduate courses and annual vacancies in Brazilian cities in 2020. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.

PEREYRA-ELÍAS, Reneé *et al.* Differences on primary care labor perceptions in medical students from 11 Latin American Countries. **Plos one**, v. 11, n. 7, p. e0159147, 2016.

PHILLIPS, Julie P. *et al.* Medical student debt and primary care specialty intentions. **Family medicine**, v. 42, n. 9, p. 616, 2010.

PINHEIRO, Roseni *et al.* Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. In: **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. 2013. p. 302-302.

PINHEIRO, Roseni; SILVEIRA, Rodrigo. Sobre o rural, a interiorização na saúde e a formação médica: concepções e ações com destaque para o contexto da Amazônia Legal. In: **Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. 2013. p. 147-172.

POLIGNANO, Marcus Vinícius, *et al.* Internato rural da faculdade de medicina da UFMG: 25 anos de integração docente-assistencial. In: 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária [Internet]; set 12-15; Belo Horizonte, MG, Brasil. **Anais [...]**. Belo Horizonte: UFMG, 2004. Acesso em: 10 nov. 2022. Disponível em: <https://www.ufmg.br/congrext/Educa/Educa107.pdf>

PONTILLO, Amílcar Fernández; TORREALBA, María de Lourdes Vargas; FUENTES, Luzmila. Percepción de las Competencias adquiridas por los egresados de la Escuela de Medicina para el ejercicio como médico rural: Universidad de Carabobo, núcleo Valencia. **Comunidad y Salud**, v. 12, n. 1, p. 37-45, 2014.

PRICE, Richard; SPENCER, John; WALKER, Jeremy. Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations? **Medical education**, v. 42, n. 4, p. 374-381, 2008.

PRITCHARD, Robert S. *et al.* Influence of patient preferences and local health system characteristics on the place of death. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 46, n. 10, p. 1242-1250, 1998.

RABINOWITZ, Howard K. *et al.* Comprehensive medical school rural programs produce rural family physicians. **American Family Physician**, v. 84, n. 12, p. 1350-1350, 2011.

RAMÍREZ, Marco. Expectativas profesionales de internos de medicina y su inclinación por la atención primaria de salud. In: **Anales de la Facultad de Medicina**. UNMSM. Facultad de Medicina, v.69, n.3, p. 176-181, 2008.

REGO, Rhyan Meninea do *et al.* O perfil atual do estudante de Medicina e sua repercussão na vivência do curso. **Pará Research Medical Journal**, v. 2, n. 1-4, p. 0-0, 2019.

REID, Steve *et al.* **What brings us together**: The values and principles of rural medical education. Rural Medical Education Guidebook. World Organization of Family Doctors (WONCA): Working Party on Rural Practice, p. 43-58, 2014.

ROCHA, Erika Maria Sampaio *et al.* Education in the Mais Médicos program: the gap between proposals and implementation. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.

ROURKE, James *et al.* From pipelines to pathways: The Memorial experience in educating doctors for rural generalist practice. **Rural and remote health**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2018.

ROYSTON, Pam. J. *et al.* Medical student characteristics predictive of intent for rural practice. **Rural and Remote Health**, v. 12, n. 3, p. 1-10, 2012.

RUIZ, Danilo Garcia; FARENZENA, Gilmor José; HAEFFNER, Léis Salette Bonfanti. Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, p. 21-27, 2010.

SACO-MENDEZ, Santiago Máximo; ZAVALA-SARRIO, Solomon. Influência da integração docente-assistencial na qualidade dos serviços de saúde no primeiro nível de atenção e na formação médica da Universidade Nacional San Antonio Abad de Cusco. **Anais da Faculdade de Medicina**. UNMSM. Faculdade de Medicina, v. 78, n. 3, p. 309-314, 2017.

SAINI, Narender K. *et al.* What impedes working in rural areas? A study of aspiring doctors in the National Capital Region, India. **Rural and Remote Health**, v. 12, n. 1, p. 242-248, 2012.

SCHEFFER, Mário César; CASSENOTE, Alex Jones Flores. A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 21, p. 268-277, 2013.

SCHEFFER, Mário *et al.* **Demografia médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, 2020. 312 p.

SCHROEDER, Steven A. We can do better - improving the health of the American people. **New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 12, p. 1221-1228, 2007.

SCHUBERT, Nicholas *et al.* International approaches to rural generalist medicine: a scoping review. **Human resources for health**, v. 16, n. 1, p. 1-27, 2018.

SILVA, Hilton P. *et al.* The More Doctors for Brazil Project-challenges and contributions to Primary Care in the vision of the cooperated physicians. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1257-1268, 2017.

SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro *et al.* **Itinerários formativos do Internato Rural na Amazônia: experiências nas fronteiras de mundo, saberes e práticas e responsabilidade**. 2014. 290 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio

de janeiro, 2014. Acesso em: 05 abr. 2021. Disponível em:
<https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/4663/1/Rodrigo%20Pinheiro%20Silveira%20-%20tese.pdf>

SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro; PINHEIRO, Roseni. Internato rural na Amazônia: aspectos históricos, contexto atual e principais desafios. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 24, n. 2, p. 371–390, 2017.

SIQUEIRA, Juliana S. *et al.* Aspectos gerais na infecção por *Helicobacter pylori* - revisão. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 9-13, 2007.

STAGG, Pamela *et al.* Are medical students influenced by preceptors in making career choices, and if so how? A systematic review. **Rural and Remote Health**, v. 12, n. 1, p. 204-224, 2012.

STARFIELD, Barbara *et al.* **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRALLEN, Ana Cristina van *et al.* The scope of practice of primary health care physicians in rural and urban areas in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00211520, 2021.

STRASSER, Roger Peter; STRASSER, Sarah. **Reimagining Primary Health Care Workforce in Rural and Underserved Settings (English)**. Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper Washington, D.C.: World Bank Group, 2020. Acesso em: 02 ago. 2022. Disponível em:
<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/304851606975759118/reimagining-primary-health-care-workforce-in-rural-and-underserved-settings>

TARGA, Leonardo Vieira *et al.* Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.9, n.32, p. 292–294, 2014a.

TARGA, Leonardo Vieira *et al.* Internato Médico Rural na Serra Gaúcha: a experiência da Universidade de Caxias do Sul. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v.42, n.1, p. 59-70, 2021.

TARGA, Leonardo Vieira, SCHWALM F, HOBLIK M. Estágio rural potencializa interiorização do médico de família e comunidade. *In*: 10º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis, SC, Brasil. **Anais [...]**. Florianópolis: SBMFC, 2009.

TARGA, Leonardo Vieira *et al.* Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 64-66, nov. 2013.

TARGA, Leonardo Vieira *et al.* História do Grupo de Trabalho em Medicina Rural da SBMFC. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p.

2365-2365, 2020.

TARGA, Leonardo Vieira *et al.* Internato médico rural na Serra Gaúcha: a experiência da Universidade de Caxias do Sul. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 42, n. 1, p. 59-70, 2021.

TARGA, Leonardo Vieira. Área Rural. *In*: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. 1, p. 431-442.

TARGA, Leonardo Vieira. Intercultural Competence in Rural Medical Practice. **Wonca. Wonca Rural Medical Education Guidebook**. Bangkok: Wonca, 2014b. Acesso em: 31 out. 2022. Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/ruralGuidebook/RMEG.pdf>

TARGA, Leonardo Vieira. Medicina de Família e Comunidade em cenários específicos: área rural. *In*: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade-: Princípios, Formação e Prática**. Artes Medicas, 2018. p.498-507.

TARGA, Leonardo Vieira. **Mobilizando coletivos e construindo competências culturais no cuidado à saúde: estudo antropológico da política brasileira de Atenção Primária à Saúde**. 2010. 236 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

TARGA, Leonardo Vieira; DE CAMARGO, Tatiana Souza. Avaliação do internato médico rural em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Caxias do Sul: reflexões para a educação médica e políticas de saúde. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 43, n. 1, p. 51-74, 2022.

TARQUI-MAMANI, Carolina B.; SANABRIA ROJAS, Hernán A.; ZÁRATE CÁRDENAS, Eduardo. Expectativas de laborar en el primer nivel de atención de salud de los estudiantes de una facultad de medicina de Lima, Perú. *In*: **Anales de la Facultad de Medicina**. UNMSM. Facultad de Medicina, 2015. p. 57-62.

TAVEIRA, Maria das Graças Monte Mello. **Clínica ampliada: as oportunidades de vivência discente no estágio rural em Arapiraca**. 2014. 38 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) Programa de Pós-Graduação em Ensino da Saúde da Faculdade de Medicina - FAMED da Universidade Federal de Alagoas- UFAL, Alagoas, 2014.

TESSON, Geoffrey *et al.* Advances in rural medical education in three countries: Canada, the United States and Australia. **Rural and Remote Health**, v. 5, n. 4, p.1-8, 2005.

TESSON, Geoffrey; HUDSON, Geoffrey; STRASSER, Roger. **Making of the Northern Ontario School of Medicine: a case study in the history of medical education**. McGill-Queen's Press-MQUP, 2009.

VALLINOTO, Izaura Maria Vieira Cayres *et al.* A Extensão Universitária como Cenário de Prática e de Protagonismo do Graduando em Medicina na Atenção Primária em Saúde na Ilha de Marajó, Estado do Pará. **Interfaces**, v. 7, n. 1, p. 501–510, jun. 2019.

VASQUEZ-CEVALLOS, Leonel A. *et al.* Design and technical validation of a telemedicine service for rural healthcare in Ecuador. **Telemedicine and e-Health**, v. 24, n. 7, p. 544-551, 2018.

VEIGA, José Eli da. Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula. **Campinas: autores associados**, v. 200, 2002.

VERAS, Renata Meira *et al.* Socioeconomic profile and career expectations of medical students of the Universidade Federal da Bahia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020.

VIEIRA, Rebeca Maria de Medeiros; PINTO, Tiago Rocha; MELO, Lucas Pereira de. Narrativas e memórias de docentes médicos sobre o ensino baseado na comunidade no Sertão Nordestino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. 142-151, 2018.

VILLAFUERTE-GALVEZ, Javier; CURIOSO, Walter H. Teaching global health at the frontlines: a multidisciplinary course in Peru presents basic concepts to students. **PLoS medicine**, v. 4, n. 6, p. e130, 2007.

WALKER, Judith H. *et al.* Rural origin plus a rural clinical school placement is a significant predictor of medical students' intentions to practice rurally: a multi-university study. **Rural and remote health**, v. 12, n. 1, p. 109-117, 2012.

WEBER, César Augusto Trinta. Dialectics of a medical provision policy in priority areas in Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n.3, p. 268-277, 2017.

WENGHOFER, Elizabeth F. *et al.* Geographic variation in FP and GP scope of practice in Ontario: comparative provincial study. **Canadian Family Physician**, v. 64, n. 6, p. e274-e282, 2018.

WENGHOFER, Elizabeth F.; HOGENBIRK, John C.; TIMONY, Patrick E. Impact of the rural pipeline in medical education: practice locations of recently graduated family physicians in Ontario. **Human resources for health**, v. 15, n. 1, p. 1-6, 2017.

WHEATLEY, Victoria J.; BAKER, J. Idris. "Please, I want to go home": ethical issues raised when considering choice of place of care in palliative care. **Postgraduate Medical Journal**, v. 83, n. 984, p. 643-648, 2007.

WHITE, KerrL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. **Health Services Research**, v. 32, n. 1, p. 11-21, 1997.

WHO. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva, 2010.

WHO. World Health Organization. **WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas.** World Health Organization, 2021.

WILSON, Nathan W. *et al.* A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. **Rural and remote health**, v. 9, n. 2, p. 1-21, 2009.

WIWANITKIT, Viroj. Mandatory rural service for health care workers in Thailand. **Rural and Remote Health** (Online), v. 11, p. 1-9, 2011.

WORLEY, Paul *et al.* A typology of longitudinal integrated clerkships. **Medical Education**, v. 50, n. 9, p. 922-932, 2016.

WORLEY, Paul; ESTERMAN, Adrian; PRIDEAUX, David. Cohort study of examination performance of undergraduate medical students learning in community settings. **BMJ**, v. 328, n. 7433, p. 207-209, 2004.

WWPRP - Wonca Working Party on Rural Practice (2002) Policy on Female Family Physicians in Rural Practice, Monash University School of Rural Health; Traralgon, Vic., 2002. Acesso em: 05 mar. 2022. Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/GetFile.aspx?oid=4D40AB00-4847-4CE6-A2BB-CC468FBCAE1F>

YAWN, Barbara P.; BUSHY, Angeline; YAWN, Roy A. (Ed.). **Exploring rural medicine: Current issues and concepts.** Sage Publications, 1993.

ZINK, Therese *et al.* Is there equivalency between students in a longitudinal, rural clerkship and a traditional urban-based program?. **Family medicine**, v. 42, n. 10, p. 702, 2010.

ZINK, Therese *et al.* The rural physician associate program: the value of immersion learning for third-year medical students. **The Journal of Rural Health**, v. 24, n. 4, p. 353-359, 2008

Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS – QUÍMICA
DA VIDA E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Leonardo Vieira Targa, Médico, formado pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, aluno de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências – Associação de IES da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, estou desenvolvendo uma pesquisa inicialmente intitulada “**Educação Médica em Áreas Rurais: redes de atuantes e equidade em saúde**”, sob a coordenação e supervisão da Prof.^a Dr.^a Tatiana Souza de Camargo, professora da Faculdade de Educação, vinculada ao respectivo programa de Pós-Graduação.

O objetivo geral deste trabalho é fazer uma análise de experiências de ensino médico em áreas rurais e hospitalares urbanas. De forma mais específica, esta análise incluirá a observação e descrição do que resulta da interação de diferentes redes de atuantes em que os estudantes de medicina, professores, outros profissionais de saúde, preceptores, pacientes, famílias e comunidades, aparatos médicos, laboratórios, farmácias, medicamentos, enfermarias, etc., se relacionam. A partir disto, serão realizadas comparações entre diferentes arranjos de atuantes e a partir da observação de como estes ao agir e relacionar-se, geram significados e resultados diversos (ou não) de ensino e aprendizagem. Procurar-se-á analisar o potencial que estas experiências possam ou não ter em políticas de formação médica e potenciais implicações para o cuidado da saúde. Por fim, inclui-se como objetivo específico a avaliação por parte dos estudantes de um estágio rural e possíveis influências nas opções profissionais posteriores.

Para realização desta pesquisa realizarei entrevistas com estudantes de medicina, profissionais de saúde, professores de medicina e usuários do sistema de saúde nos locais onde ocorre o Estágio Rural de Medicina de Família e Comunidade da

Universidade de Caxias do Sul. Também serão aplicados questionários aos estudantes e profissionais de saúde. O tempo de preenchimento dos questionários e das entrevistas pode ser variável, mas estima-se que levem aproximadamente quinze a vinte minutos cada.

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa. Entre os possíveis riscos, prevê-se o eventual desconforto em falar sobre os temas da pesquisa, experiências do estágio e de avaliar a si mesmo e aos envolvidos no estágio. Em contrapartida, os resultados deste trabalho terão como potenciais benefícios: o melhoramento da educação médica, a aproximação entre academia e comunidade, o melhor entendimento das vantagens e desvantagens de cenários rurais no ensino de profissionais de saúde e uma melhor reflexão dos envolvidos em relação ao estágio médico rural. Você tem a liberdade de optar pela participação na pesquisa e retirar o consentimento a qualquer momento, sem a necessidade de comunicar-se com os pesquisadores. Porém, caso necessite de algum esclarecimento, poderá entrar em contato com a Prof.^a Dr.^a Tatiana Souza de Camargo, responsável pela realização deste trabalho, através do telefone (51) 3308-4155 ou pelo seguinte endereço: Avenida Paulo Gama, SN, Porto Alegre, CEP: 90046-900, sala 805, Faculdade de Educação.

Também será garantido o resguardo e sigilo de seus dados pessoais ou de qualquer aspecto que possa identificá-lo neste trabalho, primando pela privacidade e por seu anonimato. Manteremos em arquivo, sob nossa guarda, por no mínimo cinco anos, todos os dados e documentos da pesquisa, sendo estes armazenados na Faculdade de Educação, situada na Avenida Paulo Gama, SN, sala 825, Porto Alegre, CEP, 90046-900, telefone para contato 3308-4155. Após transcorrido esse período, os mesmos serão destruídos.

Ao final desta pesquisa, todos os dados coletados serão utilizados para a construção de uma Tese de Doutorado, a ser defendida em banca pública no Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências, além da produção de artigos com resultados das observações parciais, sendo estes publicados em periódicos desta área de estudo e/ou apresentados em eventos, como Congressos e Seminários. Os dados obtidos a partir desta pesquisa não serão usados para outros fins além dos previstos neste documento.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, localizado na Av. Paulo Gama, 110, sala 317, Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro, Porto Alegre/RS – CEP: 90040-060 – Fone (51) 3308-3738.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será rubricado em todas as folhas e assinado em duas vias, permanecendo uma com você e a outra deverá retornar ao pesquisador.

Tatiana Souza de Camargo

Assinatura do pesquisador responsável

Local e data: _____, _____ de _____ 20_____.

Declaro que li o TCLE: concordo com o que me foi exposto e aceito participar da pesquisa proposta.

Assinatura do participante

Anexo B – Questionário auto-aplicado pelos alunos via googleforms

Sexo (M) (F) - Idade: _____ Fez estágio rural sim () não ()

1 – Onde você nasceu (escolha a opção que considera mais adequada)?

- a) Área Predominantemente Rural Remota
- b) Área Predominantemente Rural Próxima a uma Cidade
- c) Área Intermediária Remota
- d) Área Intermediária Próxima a uma Cidade
- e) Área Predominantemente Urbana

2 – Onde você estudou a maior parte de sua formação básica e média (1º e 2º graus escolares ou equivalente)?

- a) Área Predominantemente Rural Remota
- b) Área Predominantemente Rural Próxima a uma Cidade
- c) Área Intermediária Remota
- d) Área Intermediária Próxima a uma Cidade
- e) Área Predominantemente Urbana

3 – **Quando você foi aprovado** para o curso de Medicina, como você classificaria a sua **vontade de trabalhar como médico fora de uma grande cidade?**

- a) Altíssima (era seu plano preferencial)
- b) Alta (pensava, mas não estava certo; ou, era plano secundário)
- c) Média (pensava como última opção)
- d) Baixa (não gostaria; ou, pensava negativamente em relação a opção)
- e) Baixíssima (não pensou ou pensava muito negativamente)

4 – **Hoje em dia**, como você considera a sua **vontade de trabalhar fora de uma grande cidade?**

- a) Altíssima (era seu plano preferencial)
- b) Alta (pensava, mas não estava certo; ou, era plano secundário)
- c) Média (pensava como última opção)

- d) Baixa (não gostaria; ou, pensava negativamente em relação a opção)
- e) Baixíssima (não pensou ou pensava muito negativamente)

5 – Se você fosse hoje trabalhar **fora de uma grande cidade**, qual seria o principal motivo?

6 – Qual a principal razão que o levaria a preferir trabalhar **em uma grande cidade**?

7 – Por que você escolheu fazer (ou não fazer) o estágio rural?

(Caso não tenha feito o estágio rural, vá para questão 13 após responder esta)

8. O que você gostou mais durante o estágio rural?

9. O que você gostou menos?

10. Você acha que a experiência beneficiou sua formação pessoal e profissional? Como e por quê?

11. Você se sentiu em vantagem ou desvantagem em relação a seus colegas que não fizeram o estágio rural? Comente.

12 – Você acha que ter uma experiência em saúde rural durante sua formação médica aumentou sua chance de trabalhar em uma área rural ou cidade pequena? Justifique, se quiser.

13. Você recomendaria o estágio rural para futuros internos?

a) sim

b) não

c) talvez ou indiferente

14. Você se sentiu em vantagem ou desvantagem em relação aos colegas que fizeram estágio rural? Comente. (ignore esta questão se você fez o estágio rural)

Anexo C – Questionário auto-aplicado para equipe de saúde

- 1 – Cite algo positivo para os pacientes em relação a ter estudantes de medicina no seu local de trabalho.
- 2 – Cite algo negativo para os pacientes em relação a ter estudantes de medicina no seu local de trabalho.
- 3 - Cite algo positivo para os alunos em relação a treinarem no seu local de trabalho.
- 4 - Cite algo negativo para os alunos em relação a treinarem no seu local de trabalho.
- 5 - Cite algo positivo para a equipe/ você em relação a ter estudantes de medicina no seu local de trabalho.
- 6 - Cite algo negativo para a equipe / você em relação a ter estudantes de medicina no seu local de trabalho.

Anexo D – Questionário auto-aplicado para professores

Sexo (M) (F) - Idade: _____

1. Fez algo em área rural durante sua formação acadêmica? sim () não ()

O quê? _____

2. Fez algo em área rural durante sua residência? sim () não ()

O quê? _____

3. Onde você nasceu (escolha a opção que considera mais adequada)?

- a) Área Predominantemente Rural Remota
- b) Área Predominantemente Rural Próxima a uma Cidade
- c) Área Intermediária Remota
- d) Área Intermediária Próxima a uma Cidade
- e) Área Predominantemente Urbana

4. Onde você estudou a maior parte de sua formação básica e média (1º e 2º graus escolares ou equivalente)?

- a) Área Predominantemente Rural Remota
- b) Área Predominantemente Rural Próxima a uma Cidade
- c) Área Intermediária Remota
- d) Área Intermediária Próxima a uma Cidade
- e) Área Predominantemente Urbana

5. **Quando você foi aprovado** para o curso de Medicina, como você classificaria a sua **vontade de trabalhar como médico fora de uma grande cidade?**

- a) Altíssima (era seu plano preferencial)
- b) Alta (pensava, mas não estava certo; ou, era plano secundário)
- c) Média (pensava como última opção)
- d) Baixa (não gostaria; ou, pensava negativamente em relação a opção)
- e) Baixíssima (não pensou ou pensava muito negativamente)

6 – **Hoje em dia**, como você considera a sua **vontade de trabalhar (ou continuar trabalhando) fora de uma grande cidade?**

- a) Altíssima (é seu plano preferencial)
- b) Alta (pensa, mas não está certo; ou, é plano secundário)
- c) Média (pensa como última opção)
- d) Baixa (não gostaria; ou, pensa negativamente em relação à opção)
- e) Baixíssima (não pensa ou pensa muito negativamente)

7 - Se você fosse hoje trabalhar (ou continuar) **fora de uma grande cidade**, quais seriam os principais motivos?

8 – Quais as razões que o levaria a preferir trabalhar (ou continuar) **em uma grande cidade?**

9 – Quais vantagens e desvantagens você destacaria sobre os estágios médicos em áreas rurais e/ou pequenas cidades?

Anexo E – Roteiro para entrevista semi-estruturada com alunos

Conte-me sobre um caso de uma pessoa que você atendeu ou ajudou no atendimento durante o estágio rural que você considera que foi importante para sua formação médica.

(Explorar detalhes se necessário)

Explique-me, por favor, mais porque esta experiência foi importante para sua formação médica.

Há algo que teria feito ainda melhor esta experiência para sua formação?

Conte-me sobre uma situação que você considera que tenha influenciado negativamente (ou tenha deixado de ser positivo) para sua formação, durante o estágio rural.

Anexo F – Roteiro para entrevista semi-estruturada com equipe de saúde

Conte-me sobre um caso ou de uma situação que você considera que foi positivo para os alunos estarem treinando em uma área rural (Explorar detalhes se necessário)

Explique-me, por favor, mais porque esta experiência foi importante.

Há algo que teria feito ainda melhor esta experiência?

Conte-me sobre uma situação que você considera que tenha influenciado negativamente (ou menos positivamente) na formação de um aluno na sua unidade.

Anexo G – Roteiro para entrevista semi-estruturada com professores

Conte-me sobre um caso ou uma situação de educação médica que você considera que foi importante para a formação de um aluno seu.

(Explorar detalhes se necessário)

Explique-me, por favor, mais porque esta experiência foi importante.

Há algo que teria feito ainda melhor esta experiência?

Conte-me sobre uma situação que você considera que tenha influenciado negativamente (ou menos positivamente) na formação de um aluno seu.

No seu ponto de vista, como o estágio se formou e como ele se mantém. Há perigo de acabar? Por que e como.