

INSERÇÃO DA MEDICINA DE FAMÍLIA NA GRADUAÇÃO: O OLHAR DE UM DOCENTE

*Nancy Cristina Baumgartner Fernandes de Barros **

INTRODUÇÃO

Este documento tem por objetivo relatar a experiência da implantação do internato de Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), enfatizando a importância dessa especialidade nos cursos de graduação em medicina, em especial no momento de reforma do ensino médico brasileiro, à luz das diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina.

Em todo o mundo a graduação em medicina sofreu uma mudança de paradigma a partir da Conferência Mundial de Educação Médica realizada em Edimburgo, em 1988. As escolas médicas têm empreendido inúmeros esforços desde então para implantar os princípios gerais, enfatizados na Declaração de Edimburgo, como ampliar os cenários do ensino médico, antes centrados no hospital, para abranger todos os recursos de assistência à saúde da comunidade, garantir que os conteúdos curriculares reflitam as prioridades de saúde do País e criar currículos e sistemas de avaliação dos estudantes que permitam atingir tanto a competência profissional como valores sociais e não apenas a retenção de informações.

O Brasil também acompanhou esse movimento, sendo um marco importante no contexto nacional foi a publicação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação

* Mestre em Engenharia Química. Professora do Departamento de Medicina Clínica - CCS/UFRN

em Medicina¹ (RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4), que flexibilizaram as organizações curriculares, possibilitando a construção de projetos político-pedagógicos mais condizentes com o pensamento contemporâneo. Em seu artigo 3º essa resolução apresenta o perfil do médico egresso dos centros formadores do País:

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001, p. 38).

Foi nesse contexto de reorganização e reestruturação do ensino da Medicina que a Medicina de Família e Comunidade começou a ser inserida nos currículos de graduação das escolas médicas em todo o mundo. Seus princípios e práticas constituem elementos importantes na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer, envolvendo os estudantes em uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde, contribuindo para a formação do médico generalista com o perfil apresentado pelas DCN.

A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – CONTEXTO HISTÓRICO²

A Medicina de Família e Comunidade é “uma especialidade eminentemente clínica que também desenvolve, de forma integrada

-
- 1 BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.
 - 2 JOÃO WERNER FALK (Brasil). Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **História**. Disponível em: <www.sbmfc.org.br>. Acesso em: 12 set. 2010.

e integradora, práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, dirigidas a pessoas, famílias e comunidades”³. É reconhecida como especialidade médica pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) desde 1981, quando ainda se chamava Medicina Geral Comunitária (MGC). Em 1986 foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina. No entanto, desde sua criação essa especialidade médica sofreu críticas tanto de representantes da classe médica quanto de políticos por considerarem a mesma como medicina de esquerda e de “comunistas”, o que fez com que ela pouco se desenvolvesse ou quase se extinguisse. Após a promulgação da “constituição cidadã” de 1988 e com a criação, em 1994, do Programa Saúde da Família, a Atenção Básica em Saúde se expandiu muito, numa velocidade bem maior que a capacidade de formação de pessoal capacitado a atuar em sua esfera. A partir daí foram estimulados os cursos de especialização, polos de capacitação e a inserção da Medicina de Família e comunidade nos cursos de graduação. Nesse novo panorama favorável ao seu desenvolvimento, a Medicina Geral Comunitária teve novo impulso e, em 2002, passou a se chamar Medicina de Família e Comunidade, reconhecida pela CNRM⁴. Na mesma época foi reativada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária, desativada desde 1994 pela falta de motivação e de mercado de trabalho para o MGC no Brasil, mas com o nome de Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Atualmente a MFC assume um papel relevante na promoção de atenção integral à saúde, resgatando a relação médico-paciente que foi prejudicada no processo de fragmentação decorrente da ultraespecialização da medicina.

3 Anderson, MIP, Demarzo M, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, *A Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação*: recomendações e potencialidades. Rio de Janeiro: SBMFC, 2005. 32p. Disponível em: <www.sbmfc.org.br>.

4 BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução 04 de 23 de dezembro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, p. 7-14. 29 dez. 2003.

O INTERNATO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UFRN: ASPECTOS GERAIS E COMPETÊNCIAS

O Internato de Medicina de Família e Comunidade objetiva propiciar ao aluno uma vivência, em tempo integral, num serviço de Atenção Primária à Saúde, numa perspectiva acadêmica onde devem estar integrados o ensino, a pesquisa e a extensão e onde também estarão sintonizados com a realidade epidemiológica, social e cultural da comunidade atendida pelo respectivo serviço.

Em relação ao modelo de ensino-aprendizagem, propomos desenvolver um conjunto de metodologias ativas colocando o aluno como sujeito central do processo, possibilitando a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento tanto das habilidades profissionais como da deontologia médica.

Esperamos que os alunos desenvolvam as seguintes competências:

- ☐ Convivência e colaboração com profissionais de outras profissões e especialidades para prover cuidado centrado na pessoa e nos aspectos preventivos, durante todas as fases da vida;
- ☐ Sensibilidade e responsabilidade em relação ao paciente, a sua cultura, idade, e gênero;
- ☐ Prática de diagnóstico e terapêutica com base em evidência científica e com participação do paciente e de sua família, informando-os apropriadamente e envolvendo-os no processo;
- ☐ Acolhimento e resolutividade aos agravos agudos e crônicos mais comuns, segundo protocolos clínicos embasados cientificamente, e envolvendo os principais grupos de cuidado (crianças e adolescentes, mulheres, adultos e idosos);
- ☐ Manejo dos agravos de saúde numa abordagem multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo também a família, e tendo como objetivo a melhora funcional e de qualidade de vida da pessoa;
- ☐ Prática da educação em saúde dos pacientes, suas famílias e comunidade, aconselhando sobre os hábitos de vida inadequados à saúde e aplicando estratégias adequadas de abordagem do problema, visando mudanças de comportamentos e considerando a cultura de cada pessoa e população;

- ☐ Descrição da prevalência e a história natural dos problemas de saúde mais comuns, tanto em nível individual quanto familiar e comunitário;
- ☐ Reflexão e discussão sobre o cuidado integral, contínuo e integrado para as pessoas, além das dificuldades inerentes a esse processo;
- ☐ Identificação dos vários níveis de prevenção e aplicação das ações preventivas em cada nível, segundo embasamento científico;
- ☐ Diferenciação das características epidemiológicas dos vários níveis de atenção;
- ☐ Reconhecimento e interpretação das leis públicas mais relevantes referentes à promoção de saúde das populações;
- ☐ Entendimento da complexidade do diagnóstico feito muitas vezes frente à escassez de dados clínicos;
- ☐ Manejo adequado da tecnologia de informação em saúde;
- ☐ Treinamento de técnicas de comunicação adequadas para trabalho em equipe Multiprofissional e para a educação e informação em saúde dos pacientes e familiares;
- ☐ Reconhecimento dos limites do conhecimento pessoal, porém, sempre coordenando e advogando pelo cuidado adequado à população dentro do sistema de saúde nacional;
- ☐ Reconhecimento das barreiras físicas, culturais e administrativas para o cuidado integral e adequado às pessoas.

RELAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E OPERACIONALIZAÇÃO

A inserção da Medicina de Família e comunidade na graduação do curso de medicina da UFRN faz parte de uma ampla discussão iniciada no segundo semestre de 2008, quando a primeira turma do currículo que havia sido reformulado em 2002 estava se formando. A percepção dos professores que estavam atuando no internato era de que ele estava fragmentado nos departamentos, com importantes lacunas e que havia duas áreas importantes não contempladas na graduação: a medicina de família e a urgência.

A coordenação do curso de medicina, mediante ações articuladas com a Associação Brasileira de Ensino Médico e com a reitoria da UFRN, mediou as discussões entre os diversos departamentos do curso de medicina e a comissão do internato para definir como os alunos seriam inseridos na rede básica. Nesse ínterim foram criados os programas PET-Saúde e Pró-Saúde, o que permitiu que em 2008 os estudantes dos primeiros períodos do curso fossem gradativamente apresentados à rede básica através das disciplinas Saúde e Cidadania I e Saúde e Cidadania II. O PET-Saúde possibilitou que as preceptorias dessas disciplinas fossem remuneradas e o Pró-Saúde destinou recursos para melhorias da estrutura física das unidades. No ano de 2009 a coordenação de medicina concentrou seus esforços para viabilizar a contratação de médicos de família e comunidade para implantação do internato nessa especialidade. Foram criadas 4 vagas para MFC, 2 vagas para psiquiatria para atuação na APS e 2 vagas para geriatria, com a mesma finalidade. Esses professores foram nomeados em 2010, o que tornou possível a efetivação desse internato em 2010.2.

Para a operacionalização do internato foram necessários os seguintes passos:

- ☐ Definição do corpo docente para atuar no internato de MFC;
- ☐ Contratação de responsabilidades com a rede pública do município de Natal/RN;
- ☐ Investimento para assegurar infraestrutura básica para o ensino, a fim de preparar as unidades que recebem alunos para a prática do ensino, através do programa Pró-saúde;
- ☐ Parceria estreita com gerência local e equipe (reuniões, discussões, planejamento etc.) em todos os locais onde está sendo realizado o estágio. Essa parceria estreita é realizada com o docente e a unidade de saúde à qual está vinculado, explicitando compromissos compartilhados;
- ☐ Montagem de dispositivos de desenvolvimento docente com apoio institucional, objetivando educação continuada dos docentes e dos tutores escolhidos entre os profissionais das equipes das unidades básicas;

O internato é desenvolvido durante o nono período de medicina, ao longo de sete semanas. Sendo uma disciplina eminentemente prática, suas atividades são realizadas prioritariamente nas Unidades de Saúde de Família nos seus variados equipamentos (ambulatorios, salas multiuso, sala de arquivo, sala de acolhimento, sala de vacina, sala de procedimentos, etc). Algumas atividades são realizadas também em outros cenários de prática pertinentes ao processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde, como associações de moradores e centros comunitários, escolas, igrejas e creches comunitárias e domicílio, nos casos de visitas domiciliares.

A carga horária total dessa unidade de ensino é de 315 horas, divididas conforme mostrado na tabela abaixo:

Tabela 1 – Distribuição da carga horária do internato de MFC

Atividade	Carga horária semanal	Carga horária total
Consultório de MFC	24	168
Atenção Domiciliar	4	28
Grupos Terapêuticos	2	14
Outras atividades coletivas	1	7
Administrativo-gerenciais	2	14
Atividades Teóricas	8	56
Estudos Individuais	4	28
TOTAL	45	315

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

- Consultório de MFC: espaços institucionais reservados para a realização de consulta individual ou familiar no âmbito da APS (Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família);
- Atenção Domiciliar: consultas e internações domiciliares;
- Grupos Terapêuticos: atividades de organização e realização de trabalho com grupos de pacientes/pessoas/comunidade, que tem por objetivo a informação, a educação em saúde, o incremento da autonomia, o suporte terapêutico relacionados a temáticas específicas e/ou grupos homogêneos;

□ Atividades administrativo-gerenciais: atividades de organização dos prontuários médicos e outros registros que propiciem a organização e o planejamento das ações de saúde; reuniões da equipe da Saúde da Família, bem como a gestão de serviços e sistemas locais de saúde;

□ Outras atividades coletivas: visitas domiciliares não clínicas, cadastramento de famílias; contato com associações de moradores, participação em reuniões comunitárias, dos conselhos de Saúde e outras instâncias de representação social da comunidade; ações de intersetorialidade.

□ Atividades Teórico-práticas:

1. Aula expositiva dialogada:

Exposição do conteúdo, com a participação ativa dos estudantes, considerando seu conhecimento prévio como ponto de partida. Os estudantes são levados a questionarem, interpretar e discutirem o objeto de estudo, a partir do reconhecimento e do confronto com a realidade⁵.

2. Estudo de caso:

Nessa atividade realizamos a análise de uma situação real, um caso clínico de um paciente apresentado de forma estruturada. Orientamos aos alunos que o caso selecionado para o estudo deve ser aquele que tenha se mostrado desafiador para o grupo e que possa mobilizar conhecimentos relevantes para o processo de aprendizagem, dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde. O que se pretende com essa atividade é que o aluno aprenda através da busca orientada de conhecimentos e da discussão de diferentes pontos de vista. A tarefa exige ainda um forte componente de trabalho em equipe. O Es-

5 ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pressate (Org.). *Processos de Ensino da Universidade*: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 8. ed. Joinville: Univille, 2003.

tudo de Caso também é um elemento do processo avaliativo desenvolvido no estágio. Sua configuração e os critérios para sua pontuação serão descritos detalhadamente na seção Instrumentos de Avaliação.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Considerando a avaliação como um processo e não apenas como um resultado, optamos por realizar a avaliação continuada, utilizando vários instrumentos aplicados em diversos momentos, possibilitando ao aluno um leque maior de oportunidades, para que este possa revelar sua aprendizagem, o que permite ao professor identificar potencialidades e fragilidades de cada aluno, tentando corrigi-las à medida que o estágio se desenvolve. Serão utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

Prova Objetiva

A prova teórica adotada pelo internato é do tipo de múltipla escolha, estruturada na forma de resposta única. Na elaboração das questões damos preferência a enunciados que contenham casos clínicos simples, nos quais as alternativas se refiram a condutas ou diagnósticos daquele caso específico. Mais de uma questão pode se referir a um mesmo caso clínico: nesse caso as questões devem ser independentes, de modo que uma resposta não pode depender da outra e uma questão não pode conter elementos que favoreçam a resposta da outra. Algumas questões conceituais também são inseridas na prova, em menor número. A nota da prova teórica tem peso 3 na nota final.

Estudo de Caso

O Estudo de Caso já foi descrito anteriormente. A dinâmica que formulamos para essa atividade no internato de MFC é a seguinte:

- No início do rodízio, grupos de 2 ou 3 alunos são divididos por Unidade de Saúde da Família onde vão estagiar. Cada um desses grupos será responsável por apresentar um caso. A ordem da apresentação é feita por sorteio. Também é sorteado um grupo que irá debater cada caso a ser apresentado;
- A função do grupo apresentador é escolher dentre os pacientes atendidos na unidade o caso estudo e descrevê-lo, expondo os dados clínicos, o contexto em que ocorreu a situação, as hipóteses levantadas e o plano de cuidados elaborado para o paciente. O grupo também formula questões que irão orientar o debate. A descrição do caso e as questões orientadoras são enviadas para o grupo debatedor e demais alunos previamente;
- A função do grupo debatedor é fazer um julgamento crítico do caso, apresentando o seu ponto de vista, justificando suas proposições mediante aplicação dos elementos teóricos que dispõe;
- A função do professor é ser mediador do processo, retomando os pontos principais, analisando coletivamente as soluções propostas;
- Os demais grupos participam ativamente do processo contribuindo na exposição, questionando e respondendo.
- No final do rodízio, tanto o grupo debatedor como o apresentador entregam aos professores uma produção escrita contendo o relato do caso, principais pontos debatidos e as conclusões construídas coletivamente.

A Figura 1 apresenta o instrumento utilizado para avaliar o Estudo de Caso:

**Figura 1 – Instrumento para Avaliação do Estudo de Caso
– Grupo Apresentador**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA
INTERNATO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

AVALIAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

GRUPO APRESENTADOR

ALUNO: _____

Item analisado	Pontuação máxima	Pontuação
Qualidade da apresentação oral e produção escrita		
Apresentação oral:		
Adequação da terminologia médica;	1,0	
Postura éca ;	0,5	
Tempo de exposição	0,5	
Aspecto da escrita e construção gramatical	0,5	
Construção do texto que sintetize o aprendizado	1,5	
Abordagem do caso clínico		
Presença de elementos no exame clínico que favoreçam o julgamento crítico, permitindo estabelecer um diagnóstico e plano de cuidados adequados	1,5	
Adequação do caso ao contexto biopsicossocial	1,0	
Presença dos atributos da APS no cuidado (acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação)	1,5	
Capacidade de mobilizar conhecimentos		
Coerência e relevância das proposições sugeridas para abordagem do assunto	1,0	
Qualidade das referências bibliográficas sugeridas	1,0	
NOTA FINAL	10	

Avaliador: _____ Data: ____ / ____ / ____

Figura 2 – Instrumento para Avaliação do Estudo de Caso – Grupo Debatedor

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA
INTERNATO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

AVALIAÇÃO DO ESTUDO DE CASO
GRUPO DEBATEDOR

ALUNO: _____

Item analisado	Pontuação máxima	Pontuação
Qualidade da apresentação oral e produção escrita		
Apresentação oral:		
Adequação da terminologia médica;	1,0	
Postura éca ;	0,5	
Tempo de exposição	0,5	
Aspecto da escrita e construção gramaca l	0,5	
Construção do texto que sintetize o aprendizado	1,5	
Capacidade de refletir sobre o caso e aplicação do conhecimento		
Análise crítica do caso relatado	1,5	
Riqueza de argumentação (aprofundamento)	2,0	
Coerência e presença dos atributos da APS (acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação) nas soluções apresentadas	1,5	
Pesquisa de outras fontes científicas	1,0	
NOTA FINAL	10	

Avaliador: _____ Data: ____ / ____ / ____

Avaliação prática

O instrumento para a avaliação prática escolhido foi uma adaptação do Mini-CEX, método que tem sido usado nas escolas de medicina diversos países, especialidades, cenários clínicos e níveis de treinamento. Segundo Norcini⁶, o Mini-CEX consiste em uma observação estruturada de um encontro clínico real e avalia, simultaneamente, os conhecimentos, as atitudes e as habilidades clínicas do aluno. Os avaliadores são docentes de medicina qualificados. O Mini-CEX se destina a identificar áreas de potencialidades e fragilidades apresentadas pelo aluno e realizar um *feedback* educacional para o mesmo. A partir dessa avaliação, o professor pode inclusive formular um plano de ação educacional para suprir as deficiências do estudante, a fim de ajudá-lo a desenvolver as competências esperadas para ele, o que faz com que o Mini-CEX seja não só um instrumento de avaliação, mas tenha, sobretudo, um caráter formativo.

A condução do processo é de responsabilidade do docente que escolhe um encontro clínico (consulta ambulatorial, admissão de paciente em um leito hospitalar etc.) que seja representativo do seu processo de trabalho. Essas avaliações podem ser programadas. A observação normalmente demora 20 minutos e o retorno cerca de 5 minutos, podendo ser necessário alocar mais tempo.

O Mini-CEX avalia sete áreas de competências, que estão descritas na Tabela 2. No registro da avaliação o professor deve também relatar os pontos fortes e frágeis do aluno e o plano educacional para estimular o desenvolvimento das deficiências. Nem todas as áreas precisam ser avaliadas em todos os encontros.

O aluno deve ser avaliado dentro do esperado para o período do curso em que se encontra. O retorno (*feedback*) objetiva maximizar o impacto educacional do uso do Mini-CEX e deve ser feito com sensibilidade e em um local adequado.

O formulário adaptado à realidade do nosso internato pode ser visto na figura 3.

6 NORCINI, J. J. *The mini clinical evaluation exercise* (Mini-CEX). **The Clinical Teacher**. 2005; (2)1:25-30.

Tabela 2 - Competências avaliadas no Mini-CEX e seus descritores

COMPETÊNCIA	DESCRIPTORES
HISTÓRIA CLÍNICA / ANAMNESE	Facilita ao paciente elaborar e contar sua história; Utiliza perguntas apropriadas para obter a informação exata, adequada; Responde adequadamente aos estímulos verbais e não verbais.
EXAME FÍSICO	Segue uma sequência lógica e eficiente; Faz um exame direcionado / apropriado ao problema do paciente; Explica ao paciente; É sensível ao conforto do paciente e a modestia;
PROFISSIONALISMO	Mostra respeito, compaixão, empatia, estabelece confiança. Atende às necessidades do paciente de conforto, respeito, confidencialidade. Comporta-se de maneira ética, tendo consciência de enquadramentos jurídicos; É ciente de suas próprias limitações.
JULGAMENTO CLÍNICO	Faz o diagnóstico apropriado e formula um plano de gestão adequado; Solicita exames complementares adequados, de forma selecionada, considerando riscos e benefícios.
HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO	Explora a perspectiva do paciente; Linguagem adequada, sem jargões, aberta e honesta, empática; Combina plano de gestão / terapêutico com o paciente.
ORGANIZAÇÃO E EFICIÊNCIA	Estabelece prioridades; É oportuno e sucinto; Sintetiza.
CUIDADO CLÍNICO GLOBAL	Julgamento global baseado na avaliação das áreas acima.

Figura 3 – Instrumento para Avaliação Prática

Exercício de Mini Avaliação Clínica - Consulta

AVALIADOR: _____ DATA: ____/____/____

ESTUDANTE: _____

LOCAL

Ambulatório ☐ Enfermaria ☐ UE ☐ Outro _____

Situação do paciente ou seu diagnóstico

Idade do Paciente: ____ Gênero ____ Caso Novo ☐ Reforço ☐

Complexidade: Baixa ☐ Média ☐ Alta ☐

Foco: História Clínica ☐ Exame físico ☐ Manejo do paciente ☐

Resolução de problemas ☐ Relações interpessoais ☐

1. HISTÓRIA CLÍNICA ANAMNESE: (não observado) ☐

1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
INSATISFATÓRIO SATISFATÓRIO EXEMPLAR

2. EXAME FÍSICO: (não observado) ☐

1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
INSATISFATÓRIO SATISFATÓRIO EXEMPLAR

3. MANEJO DO PACIENTE: (não observado) ☐

1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
INSATISFATÓRIO SATISFATÓRIO EXEMPLAR

4. RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS: (não observado) ☐

1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
INSATISFATÓRIO SATISFATÓRIO EXEMPLAR

5. RELACIONAMENTO COM PACIENTES: (não observada) ☐

1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
INSATISFATÓRIO SATISFATÓRIO EXEMPLAR

Tempo gasto na avaliação: observado: _____ feedback _____

Comentários _____

Mini-CEx: Competências Avaliadas e Descritores

1. História Clínica-Anamnese

- Estudante apresentou-se ao paciente e deixou-o à vontade
- Deu oportunidade ao paciente de elaborar e apresentar o seu problema de forma integral
- Utilizou habilidades de comunicação (tipo perguntas, escuta ativa, questões para esclarecer a informação, silêncio, comunicação verbal e não verbal) efetivamente
- Identificou a percepção do paciente sobre seu estado – idéias e diagnóstico do paciente, preocupações e expectativas.
- Identifica o diagnóstico dentro do contexto social, psico-social e físico

2. Exame Físico

- Realiza o exame físico e identifica os sinais clínicos corretamente
- Utiliza instrumentos diagnósticos de forma competente
- Lava as mãos e utiliza medidas de proteção universais
- Demonstra sensibilidade às necessidades do paciente

3. Manejo do paciente

- Alcança um entendimento compartilhado com o paciente
- Solicita investigação complementar e interpreta os resultados apropriadamente
- Negocia um plano terapêutico aceitável com o paciente
- Utiliza terapia medicamentosa de forma racional e custo-efetiva
- Incorpora mudança do estilo de vida no plano terapêutico e aproveita oportunidades para fazer orientações de promoção à saúde
- Orienta claramente como será o seguimento (retornos referências)

4. Resolução de Problemas

- Procurar informação relevante e específica para construção do diagnóstico diferencial
- Gera hipóteses diagnósticas apropriadas ou identifica o problema
- Procura por sinais físicos específicos que auxilia na confirmação ou não da hipótese diagnóstica aventada
- Interpreta e aplica corretamente as informações obtidas do prontuário do paciente
- Aplica conhecimento básico, comportamental e das ciências clínicas ao problema do paciente
- Reconhece e respeita os limites de sua competência pessoal e profissional
- Demonstra uma abordagem bem organizada para obter e oferecer informações

5. Relacionamento com pacientes

- Mantém relacionamento amigável mas profissional
- Utiliza-se de empatia para encorajar o paciente a expressar seus sentimentos e impressões
- Suporta o paciente no processo de aceitação da sua condição clínica
- Demonstra uma preocupação de que a atitude do paciente para com o médico afetar a cooperação entre ambos

AVALIAÇÃO DO INTERNATO DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELO DISCENTE

Ao final do módulo de sete semanas, aplicamos um instrumento para avaliação do internato em MFC (Figura 4), visando subsidiar o Curso de Medicina e a Comissão de Internato de informação e dados que possam contribuir para a melhoria do processo de formação e qualificação profissional dos médicos egressos da UFRN.

Os primeiros resultados, embora ainda não representativos por se tratar apenas de uma primeira turma de 16 alunos, foram bastante satisfatórios e animadores. Mostraram alguns pontos de fragilidades, para os quais pretendemos empenhar esforços, objetivando minimizá-los. Esses pontos estavam relacionados principalmente à rede de Saúde Pública, como organização, infraestrutura e recursos humanos. Dentre as potencialidades, destacou-se a percepção do aluno de que o estágio lhe proporcionou o contato com o paciente, num papel de maior autonomia para conduzir e buscar soluções para os problemas, dando-lhes a oportunidade de integrar e aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de graduação e, principalmente, de ampliá-los mediante a busca ativa e orientada de conhecimentos para a resolução dos problemas complexos que surgiram na prática. Outro ponto de grande importância foram os depoimentos de alguns alunos que enfatizaram o desenvolvimento de uma maior empatia com os pacientes ao conhecer a realidade em que eles estavam inseridos, fato que atribuíram como facilitador para aprimorar hábitos e atitudes mais éticas e humanas.

Em termos de satisfação geral, 81% dos alunos qualificaram o internato em MFC como bom e ótimo (Figura 5). A avaliação da preceptoría realizada pelos médicos da rede em relação à qualidade técnica foi classificada como regular por 50% dos internos e ruim ou muito ruim por outros 25% (Figura 6), o que mostra a necessidade de reforçar a capacitação desses profissionais através da educação continuada. Em relação à disponibilidade desses

mesmos preceptores, 50% dos alunos classificaram como ótima e 25% como boa (Figura 7), o que demonstra o grau de envolvimento com o internato dos tutores recrutados na rede. Isso se constitui em uma potencialidade que deve ser aproveitada. Quanto à estrutura física das unidades de saúde, 50% considerou como regular, ruim ou muito ruim (Figura 8). Adequar a estrutura dessas unidades ao ensino irá beneficiar não só o internato como também a população assistida pela mesma. No que diz respeito às atividades teórico-práticas, 100% classificaram como boas ou ótimas (Figura 9), o que mostra que os temas abordados estavam apropriados ao processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde. De igual modo, 100% dos alunos consideraram o aprendizado oferecido pelo internato em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes como importante para sua formação médica (Figura 10). A opinião a respeito do internato antes e depois da realização do mesmo também foi questionada e 69% afirmaram que o internato foi melhor do que imaginavam (Figura 11). Os alunos também atribuíram uma nota ao estágio. A média foi de 7,8, com moda de 8,0, nota máxima de 9,0 e nota mínima de 6,0. Algumas perguntas abertas foram incluídas para tentar identificar as potencialidades e fragilidades e permitir ao aluno sugestões para o aperfeiçoamento desse módulo de ensino. As perguntas com suas respectivas respostas estão sintetizadas nos quadros 1 a 4, onde foram consideradas as ideias centrais de cada citação, através de uma abordagem de análise temática dos depoimentos.

Figura 4 – Avaliação do Internato pelo Discente

AValiação DO INTERNATO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (MFC) – Turma: R1 / 2010.2	
Essa avaliação tem como objetivo principal melhorar o Internato em Medicina de Família e Comunidade. Todas as perguntas abaixo deverão ser respondidas. Respostamos que não é necessário identificar-se ao preencher a avaliação e que a mesma não faz parte de sua nota, portanto forneça suas respostas de modo que a próxima turma se beneficie dos comentários. Caso você queira, identifique a Unidade de Saúde em que realizou o Internato. A identificação da Unidade de Saúde permitirá maiores condições de qualificar o Internato.	
USF: _____	
1. Como você classificaria sua satisfação geral com o Internato em MFC de acordo com as figuras abaixo?	() A () B () C () D () E
2. Do que você mais gostou no Internato em MFC?	_____ _____ _____
3. Do que você menos gostou no Internato em MFC?	_____ _____ _____
4. Como você avalia a preceptoría quanto à disponibilidade de supervisão?	() A () B () C () D () E
5. Como você avalia a preceptoría quanto à qualidade técnica da supervisão?	() A () B () C () D () E
6. Como você avalia a estrutura física da Unidade de Saúde onde você realizou seu estágio?	() A () B () C () D () E
7. Como foi sua satisfação em relação aos seminários?	() A () B () C () D () E
8. O aprendizado oferecido pelo Internato em MFC em termos de conhecimento, habilidades e atitudes foi importante para a sua formação médica?	() Com certeza não () Provavelmente não () Provavelmente sim () Com certeza sim () Não sei
9. Dê uma nota geral (zero a 10) para o Internato em MFC.	_____
10. Dê suas sugestões para melhorias do Internato em MFC. Estágio teórico-prático:	_____ _____ _____ Seminários: _____ _____ _____
11. Pense qual era sua opinião a respeito desse estágio há sete semanas e agora e assinale uma das alternativas abaixo	(a) O estágio foi melhor do que eu imaginava (b) O estágio foi pior do que eu imaginava (c) O estágio foi mais ou menos o que imaginava (d) O estágio foi exatamente o que eu imaginava Comente sua resposta anterior: _____ _____ _____

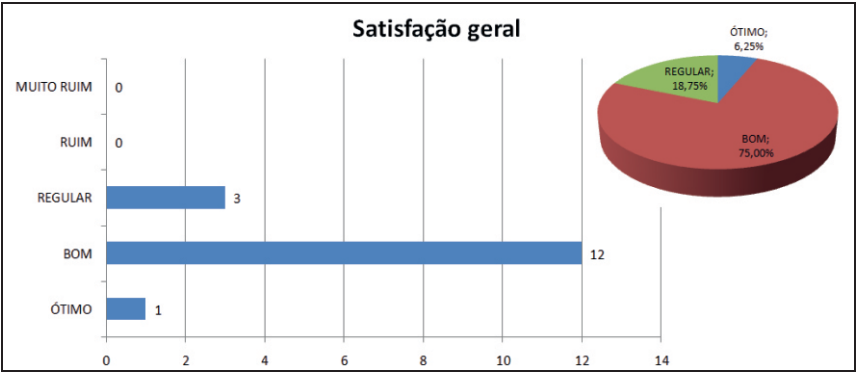


Figura 5 – Satisfação geral dos doutorandos com o internato de MFC

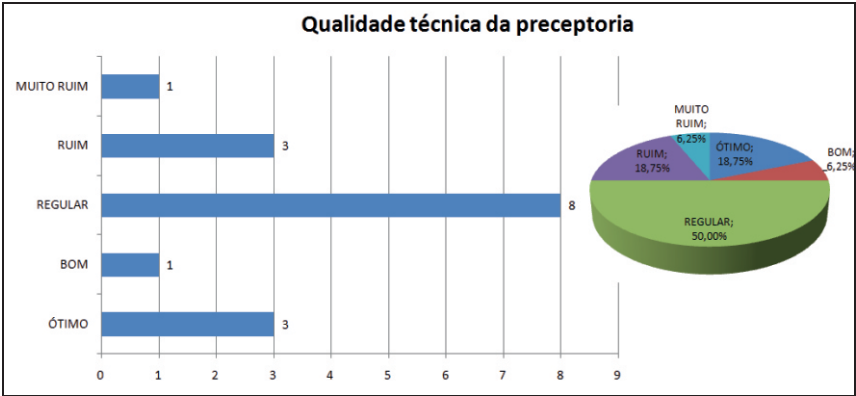


Figura 6 – Avaliação da qualidade técnica dos preceptores pelos discentes

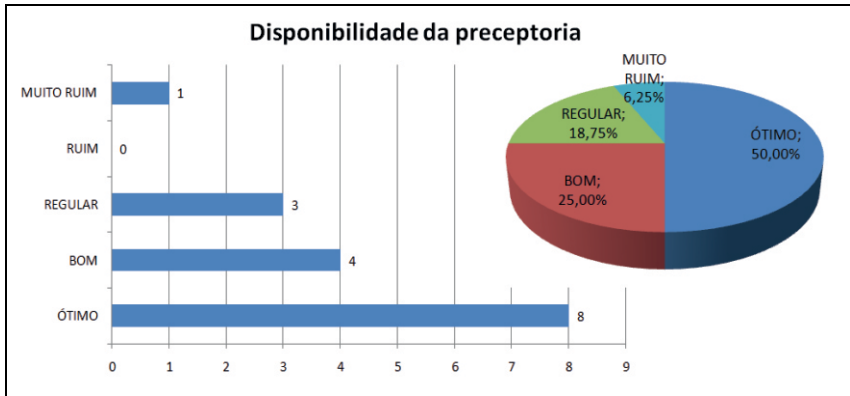


Figura 7 – Avaliação da disponibilidade da preceptoría pelos discentes

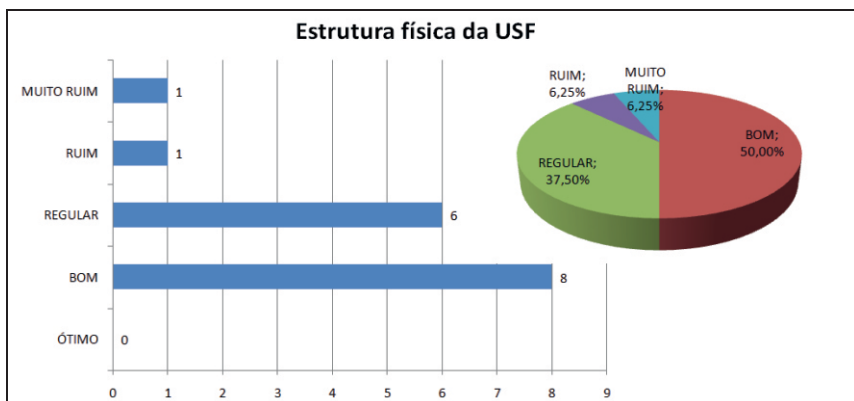


Figura 8 – Avaliação da estrutura física das unidades de saúde



Figura 9 – Avaliação das atividades teórico-práticas

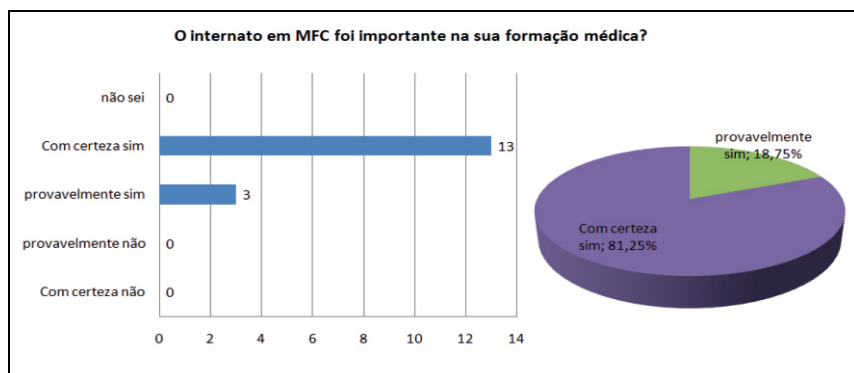


Figura 10 – Importância do internato de MFC para formação médica na percepção dos doutorandos

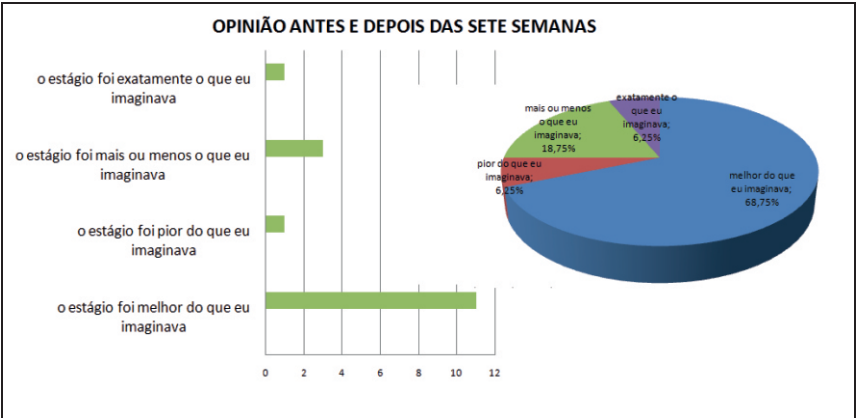


Figura 11 – Opinião dos alunos sobre o internato antes e depois do rodízio

O Quadro apresenta os pontos que os alunos identificaram como polaridades positivas. Devem ser bem trabalhados para que continuem representando potencialidades do internato.

Quadro 1 – Respostas ao quesito “O que você mais gostou no internato de MFC?”

Prática médica na APS, com estabelecimento da relação médico-paciente e autonomia para sugestão na elaboração do cuidado (13)* (65%)**
Integração com a equipe multidisciplinar (3) (15%)
Vínculo com a comunidade (3) (15%)
Organização do internato (1) (5%).

** Frequência de aparecimento da ideia, quando maior que uma vez. **Em termos percentuais. Alguns alunos deram mais de uma resposta.*

O Quadro 2 apresenta polaridades negativas citadas na avaliação do internato pelos discentes. Alguns pontos corroboram com as dificuldades percebidas pelo corpo docente e se traduzem em fragilidades que precisam ser corrigidas.

Quadro 2 – Respostas ao quesito “O que você menos gostou no internato de MFC?”

Baixa qualidade técnica dos tutores - médicos da rede (10)*
Estrutura física e organizacional das unidades (2)
Quantidade insuficiente de práticas em saúde do idoso
Qualidade e quantidade do matriciamento em psiquiatria
Falta de rede de cooperação entre Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) e rede básica
Falta de práticas em Unidades de Pronto Atendimento;
Aulas de ética e humanização, que segundo os alunos seriam desnecessárias já que são vistas em várias disciplinas do curso.

** Frequência de aparecimento da ideia, quando maior que uma vez. Alguns alunos deram mais de uma resposta.*

O Quadro 3 apresenta as sugestões dos doutorandos para as situações que eles perceberam como deficiências do internato em relação às atividades nas unidades de saúde e o Quadro 4 contém sugestões para melhoria dos temas das aulas expositivas e melhor aproveitamento do estudo de caso.

Quadro 3 – Sugestões dos doutorandos para melhorias do internato em MFC no que diz respeito às atividades práticas

Capacitação dos tutores e/ou escolha de tutores mais atualizados (8)*
Mais atendimentos na saúde mental com realização desses atendimentos na própria Unidade para um maior aproveitamento (7)
Mais atendimentos práticos na saúde do idoso (3)
Rede de cooperação entre HUOL e APS
Escolha de USF mais próximas.

** Frequência de aparecimento da ideia, quando maior que uma vez. Alguns alunos deram mais de uma resposta.*

Quadro 4 – Sugestão dos alunos quanto às atividades teórico-práticas

Temas foram bons ou excelentes (6) Sem sugestões (5) Incluir temas como DM, cefaleia e tonturas (3) Envolver especialistas nas discussões de casos Incluir casos clínicos nas aulas expositivas
--

** Frequência de aparecimento da ideia, quando maior que uma vez. Alguns alunos deram mais de uma resposta.*

DIFICULDADES ENCONTRADAS

As dificuldades encontradas na minha experiência docente, atuando na implantação do internato de MFC na UFRN, apresentam muitas convergências com as dificuldades relatadas por outros docentes de diferentes instituições que também implantaram essa disciplina no currículo de medicina, de acordo com pesquisas realizadas na I e II Mostra de Medicina de Família e Comunidade na Graduação² da qual participaram instituições de ensino médico que já haviam implantado o internato de MFC ou estavam em fase de implantação. Além disso, na avaliação do estágio, realizada no fim do primeiro rodízio, os alunos endossaram o que foi percebido em minha apreciação pessoal. As similaridades das dificuldades apresentadas demonstram que, mesmo apresentando heterogeneidades, a Atenção Primária à Saúde e a rede pública de saúde do Brasil apresentam dificuldades comuns a todos os municípios. O Quadro abaixo sintetiza as principais barreiras encontradas:

Quadro 5 – Principais dificuldades apontadas pelos professores da UFRN responsáveis pela implantação do internato de MFC

1. Estrutura inadequada da rede municipal de saúde;
2. Infraestrutura inadequada das Unidades de Saúde;
3. Desconhecimento da especialidade de MFC;
4. Resistência por parte dos discentes e pelos docentes de outras especialidades, resultado de preconceito e desvalorização em relação à inserção da MFC na graduação;
5. Resistência por parte dos médicos da rede municipal em receber estudantes, o que aumentaria sua sobrecarga de trabalho, segundo os mesmos;
6. Dificuldade na relação ensino-serviço de saúde, limitando a inserção dos estudantes nas Unidades;
7. Falta de qualidade técnica dos preceptores (médicos da rede);
8. Número insuficiente de docentes envolvidos na atividade;
9. Falta de rede de cooperação entre o hospital universitário e rede básica para facilitar o apoio de especialistas às Equipes de Saúde da Família;
10. Observação de que, mesmo com a mudança de cenário, a USF tende, na prática, a reproduzir o modelo biomédico dominante.

SUGESTÕES PARA MELHORIAS DO INTERNATO

Os desafios e circunstâncias com que nos deparamos nos levaram a fazer algumas reflexões e a partir daí elaborar propostas para melhoria da relação ensino-serviço, ponto que se mostrou com significativa fragilidade, tanto na experiência docente quanto na avaliação discente:

- ☐ Provocar a UFRN no sentido de se colocar como parceira do sistema municipal de saúde, objetivando um esforço articulado para a efetiva organização da Atenção

Primária à Saúde e reestruturação de suas áreas físicas. Investimentos devem ser feitos para adaptar a infraestrutura das Unidades básicas para o ensino em APS, pois as mesmas não estão preparadas para receber um grupo, ainda que pequeno, de alunos;

- Contratar claramente as responsabilidades da UFRN e da rede municipal. Apresentamos a seguir alguns aspectos que devem ficar explícitos nessa parceria:
 - Definição dos docentes responsáveis pela integração docente-assistencial de cada unidade de estágio;
 - Definição de distritos, serviços e equipes onde ocorrerão os estágios;
 - Definição dos tutores da rede que irão acompanhar os alunos nas atividades práticas;
 - Informação à comunidade de que naquela Unidade está sendo desenvolvida uma parceria com a instituição de ensino e que estagiários estão atuando sob supervisão médica direta. Essa informação deveria, inclusive, ser visual, com placas ou outros dispositivos identificando aquela Unidade como Unidade-escola;
- Envolvimento de docentes de outras áreas, tanto para apoio matricial como para o reconhecimento da importância do estágio na formação médica;
- Criar mecanismos que possibilitem o desenvolvimento dos professores e tutores da rede, objetivando a formação continuada, tanto na área de docência como em temas de atualização clínica. Deveria também utilizar esse dispositivo para levar os profissionais da rede a uma reflexão profunda de que é necessário não somente uma mudança de cenário de prática, mas uma verdadeira mudança de paradigma, no sentido de desenvolver de forma plena as competências da APS;
- Elaborar uma rede de cooperação entre o HUOL e a rede básica, respeitando as pactuações existentes, mas fa-

cilitando o apoio de especialistas às Equipes de Saúde da Família, garantindo a integralidade da assistência aos usuários atendidos por essas equipes;

- Elaboração de projeto para a implantação dos recursos da telemedicina nas Unidades Básicas com utilização pelos alunos, docentes e equipes.

CONCLUSÃO

A Medicina de Família, com seus princípios e práticas centrados na pessoa, na relação entre médico e indivíduo e entre este indivíduo e sua família e a comunidade

onde vive, se constitui em uma especialidade médica com potencial estruturante para os sistemas nacionais de saúde. Os fundamentos conceituais e éticos, as técnicas e práticas da Medicina de Família e Comunidade constituem elementos importantes na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer, envolvendo os estudantes em uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde. A motivação dessa inserção nas escolas médicas brasileiras surgiu a partir da sobreposição de seus princípios às recomendações tanto da Declaração de Edimburgo como das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, o que a colocou numa posição estratégica na formação do médico com o perfil definido por essas diretrizes.

As dificuldades para inserção dessa especialidade em escolas médicas no País se relacionam em grande parte ao sistema de saúde, em especial à rede básica, que tem gestão municipal. No entanto a implantação dessa rede no país se faz de maneira muito heterogênea, com qualidade e capacidade resolutiva muito desigual. Em nossa cidade a rede se mostrou totalmente desestruturada, com equipes incompletas, baixo nível de cobertura, baixa resolutividade, pobre integração ao sistema hospitalar e de especialidades. Toda essa problemática afeta diretamente a qualidade do estágio de Medicina de Família. No entanto, ao final do primeiro rodízio, com uma avaliação tão positiva dos alunos, sentimos que o primeiro passo foi dado na direção certa, embora

a caminhada tenha se apresentado no início assustadora. Mas o importante é que a inércia foi vencida. As dificuldades não são mais percebidas como obstáculos, mas como desafios a serem superados. As potencialidades, como combustível para essa superação. Fortalecer ainda mais as potencialidades, corrigir as fragilidades, colocar em prática as soluções apresentadas vai nos levar a consolidar a inserção da Medicina de Família e comunidade no curso de graduação de Medicina da UFRN. O nosso objetivo final, no entanto, é bem mais amplo: contribuir para a formação de um médico generalista, com perfil mais ético e humano, apto a trabalhar na Saúde Pública do nosso País, quer seja na atenção primária ou em outros níveis de assistência.

REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pressate (Org.). *Processos de ensinagem da universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. 8. ed. Joinville: Univille, 2003.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

FALK, João Werner (Brasil). Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *História*. Disponível em: <www.sbmfc.org.br>. Acesso em: 12 set. 2010.

Anderson, MIP, Demarzo M, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, *A Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades*. Rio de Janeiro: SBMFC, 2005. 32p. Disponível em: <www.sbmfc.org.br>.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução 04 de 23 de dezembro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, p. 7-14. 29 dez. 2003.

NORCINI, JJ. *The Mini Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX). The Clinical Teacher, 2005, (2)1, p. 25-30.