

Vol XIII, Núm 2, jul-dez, 2021, pág. 467-504.

RELEITURA DE UM PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA: TRINTA ANOS DO INTERNATO RURAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, BRASIL

Heliana Nunes Feijó Leite
Suely A. do N. Mascarenhas

RESUMO

Nesta pesquisa buscou-se refletir sobre a contribuição do Internato Rural do curso de medicina da Universidade Federal do Amazonas-UFAM para a formação de profissionais preparados para o exercício profissional na Atenção Primária à Saúde, principalmente no interior do Amazonas uma vez que o curso foi criado a partir de um apelo dramático de um Governador, sensibilizado pela situação de desassistência à saúde nesses municípios. O objetivo principal foi o de buscar informações institucionais que permitissem uma primeira aproximação com o problema do insuficiente provimento e fixação de médicos no interior, avaliando indiretamente a contribuição na UFAM na minimização dessa realidade desfavorável uma vez que a instituição está há mais de trinta anos proporcionando a seus estudantes de medicina uma vivência nesse cenário para sensibilizá-los a uma futura atuação profissional. Para alcançar o objetivo a abordagem qualitativa com o uso da pesquisa documental e de estudos sobre o tema realizados em outros estados. Após trinta e um anos de atividades ininterruptas, a realidade pouco mudou, mas já se identifica a presença de médicos nos municípios da região metropolitana da capital Manaus e em municípios com maior acesso a meios de transporte e comunicação, permanecendo as assimetrias de acesso ou inequidades entre as microrregiões dentro do estado. Essa primeira reflexão com certeza precisa de outros estudos mais aprofundados para a produção de conhecimentos que permitam mudanças mais efetivas e sustentáveis.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Formação Médica, Internato.

ABSTRACT

This research sought to reflect on the contribution of the Rural Internship of the medical course at the Federal University of Amazonas-UFAM to the training of professionals prepared for professional practice in Primary Health Care, especially in the interior of Amazonas since the course was created from a dramatic appeal by a Governor, sensitized by the situation of lack of health care in these municipalities. The main objective was to seek institutional information that would allow a first approach to the problem of insufficient provision and establishment of doctors in the countryside, indirectly evaluating the contribution at UFAM in minimizing this unfavorable reality since the institution has been providing more than thirty years their medical students

experience in this scenario to sensitize them to a future professional performance. To achieve the objective the qualitative approach with the use of documentary research and studies on the theme carried out in other states. After thirty-one years of uninterrupted activities, the reality has changed little, but the presence of doctors in the municipalities of the Metropolitan Region of the capital Manaus and in municipalities with greater access to means of transport and communication has already been identified, asymmetries of access or inequities remain between micro-regions within the state. This first reflection certainly needs other more in-depth studies for the production of knowledge that allows more effective and sustainable changes.

Keywords: Primary Health Care, Medical Education, Internship.

RESUMEN

Esta investigación buscó reflexionar sobre el aporte del Internado Rural del curso de Medicina de la Universidad Federal de Amazonas-UFAM a la formación de profesionales preparados para el ejercicio profesional en Atención Primaria de Salud, especialmente en el interior de Amazonas desde que se realizó el curso. creado a partir de un llamamiento dramático de un gobernador, sensibilizado por la situación de falta de atención de salud en estos municipios. El objetivo principal fue buscar información institucional que permitiera una primera aproximación al problema de la insuficiente provisión y establecimiento de médicos en el campo, evaluando indirectamente el aporte de la UFAM en minimizar esta realidad desfavorable ya que la institución viene brindando por más de treinta años brindando sus estudiantes de medicina viven en este escenario para sensibilizarlos a un futuro desempeño profesional. Para lograr el objetivo el enfoque cualitativo con el uso de investigaciones y estudios documentales sobre el tema realizados en otros estados. Luego de treinta y un años de actividades ininterrumpidas, la realidad ha cambiado poco, pero ya se ha identificado la presencia de médicos en los municipios de la Región Metropolitana de la capital Manaus y en municipios con mayor acceso a medios de transporte y comunicación, persisten asimetrías de acceso o inequidades entre microrregiones dentro del estado. Esta primera reflexión sin duda necesita de otros estudios más profundos para la producción de conocimiento que permita cambios más efectivos y sostenibles.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Educación Médica, Pasantía.

INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado de parte do aporte da pesquisa autoetnográfica realizada ao abrigo do doutorado em educação da primeira autora (2016-2020- PPEGE-UFAM).

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

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

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

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

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

Gestores da saúde nos municípios de atuação do estágio curricular em Medicina Preventiva e Social, cognominado de Internato Rural por ser desenvolvido no interior do Estado, questionam que enquanto o médico atua na lógica do atender, fazer o diagnóstico e prescrever, características da atenção centrada na doença-queixa-prescrição, as políticas de saúde que acompanham o perfil epidemiológico da demanda atendida na rede de serviços ao longo de décadas, precisam de um profissional que acolha, escute, priorize os problemas, defina o projeto terapêutico com a equipe de saúde, a pessoa e a família, registre e alimente os sistemas de informação além de acompanhar o cuidado centrado na saúde da pessoa, na família e na comunidade, em uma abordagem clínica ampliada.

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

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

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

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

Segundo o Relatório de Docentes por Curso emitido em 05.05.2020 a Faculdade de Medicina conta com cento e cinquenta e um (151) docentes e de acordo com matrícula efetivada por período no primeiro semestre de 2020 possui setecentos e cinquenta (750) estudantes, sendo que 225 desse total estão cursando o Estágio Curricular Obrigatório/Internato. A Faculdade de Medicina da UFAM já formou mais de quatro mil médicos (4.242) desde o início de seu funcionamento em 1965 até abril de 2020.

O quadro docente do curso está composto por médicos em sua grande maioria com carga horária de trabalho parcial de 20 horas semanais, com doutorado e mestrado. Concentram suas aulas práticas nos serviços públicos onde trabalham como médicos, priorizando os cenários hospitalares e prontos socorros com insignificante inserção na rede de Atenção Primária em Saúde.

Essa situação deixa a formação dos médicos completamente afastada da realidade e incapaz de atender as demandas da população e as explicações são variadas, tais como a falta de preparo do corpo docente das escolas, os currículos nos quais há a divisão do ciclo básico e ciclo clínico que mal se relacionam, a excessiva carga horária, a teoria e prática dissociadas, e ênfase na assistência especializada e no uso maciço de procedimentos de alta densidade tecnológica.

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

ferramentas da abordagem clínica ampliada e do cuidado centrado na pessoa, família e comunidade, características do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde.

A Atenção Primária à Saúde é um modelo assistencial e estratégia de organização dos serviços com vistas ao aumento da cobertura e resolutividade da assistência. A denominação que recebe no Brasil é Atenção Básica. A execução da estratégia deve estar a cargo, preferencialmente, de um médico especialista em Medicina de Família e Comunidade, capacitado para o trabalho considerando a abordagem clínica ampliada e suas ferramentas.

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

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

É nesse contexto que o módulo de Medicina Preventiva e Social/Internato Rural do Estágio Curricular Obrigatório do curso de Medicina na rede básica de saúde se concretiza, colocando o Interno em diferentes cenários de práticas e de aprendizagem para sua formação e futura atuação profissional.

Para a formação de profissionais capacitados para o atendimento das demandas da população e da rede de serviços, acompanhando a política de saúde que tem na APS o modelo assistencial e na Estratégia Saúde da Família a sua operacionalização, Siqueira (1996) sugere que há alternativas não excludentes para encaminhar soluções, tais como mudanças pedagógicas no curso de graduação, Residência em Saúde da Família e alterações no Internato (Internato em Saúde da Família-ISF), dentre outras.

O módulo de Medicina Preventiva e Social do Internato do curso de Medicina, estágio prático em serviço obrigatoriamente desenvolvido no interior do Estado

(Internato Rural), configura-se como uma ação estratégica da UFAM e da Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva para a sensibilização dos futuros médicos para atuarem no interior, ação que depende da política de saúde do Estado promovendo condições mínimas de recursos para apoio ao diagnóstico e tratamento de média complexidade tecnológica, para atrair e fixar médicos no interior, principalmente nos municípios remotos.

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

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

Assim como a Faculdade de Medicina foi criada a partir de um apelo do Governador Arthur César Ferreira Reis em 1964 para atender à carência de médicos no interior, o Internato Rural foi construído enquanto proposta de interiorização do curso para colocar os futuros médicos em contato com a realidade e assim sensibilizá-los para a futura atuação profissional, sendo implantado inicialmente em Parintins como atendimento a uma provocação feita à Universidade Federal do Amazonas, pelos médicos que trabalhavam em naquele município e eram procedentes de outros Estados. Esses médicos estiveram reunidos em um congresso e questionaram o fato da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) desenvolver projetos e ações em um campus avançado em Parintins e a UFAM, não realizar nenhuma ação (UFAM, 1964).

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

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

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

Nesse módulo o estudante tem a oportunidade quase única de experimentar “a vida como ela é” no interior do Amazonas. Durante o estágio em serviço e na comunidade o estudante vivencia o processo de trabalho com todas as dificuldades de operacionalização das políticas de saúde pública e isso bem antes das diretrizes

curriculares determinarem o percentual de carga horária na Atenção Primária à Saúde e suas estratégias de operacionalização através das Equipes de Saúde da Família e as dos Agentes Comunitários de Saúde, no interior do Amazonas.

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

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

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

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

O módulo é subdividido em quatro períodos:

- a) oficina de alinhamento conceitual;
- b) estágio em Unidades Básicas de Saúde/UBS da rede de atenção à saúde do município de Manaus (60 dias);
- c) estágio em UBS da rede de saúde dos municípios de Iranduba, Manacapuru, Rio Preto da Eva e Presidente Figueiredo da RMM; Itacoatiara, Parintins, Humaitá,

Coari, Benjamin Constant onde há campus da UFAM; e Tabatinga (fronteira com Benjamin Constant), desenvolvido durante mais 60 dias; e

d) oficina de avaliação do estágio.

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

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

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

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

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

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

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

Enquanto área básica do estágio curricular obrigatório do curso de medicina, o Internato Rural pode ser considerado como uma releitura do projeto pedagógico buscando nas práticas pedagógicas uma mudança de concepção da saúde para preparar o

egresso não apenas para assistir a doença, mas cuidar do outro, incorporando as ciências humanas ao conhecimento médico clássico para permitir o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Mas não se pode perder de vista o caráter estratégico do estágio na sensibilização do futuro profissional para atuação nessa realidade social e sanitária singular do interior do Amazonas na perspectiva do cuidado e da promoção da saúde.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Na pesquisa adotamos o suporte filosófico da hermenêutica dialética na abordagem qualitativa, do tipo descritivo, buscando o resgate e registro da história do estágio em Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas-Campus Manaus.

Para alcançar os objetivos propostos realizamos pesquisa documental, tomando em consideração relatórios institucionais, na produção científica sobre o ensino médico e estágio rural no Amazonas e no Brasil, no plano de ensino do módulo de Medicina Preventiva e Social e observação participante.

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

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

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado da pesquisa documental apresenta-se em primeiro lugar parte da avaliação dos estudantes concludentes do estágio sobre sua vivência e a partir delas as sugestões para a melhoria da qualidade do estágio e em segundo lugar os dados sobre o provimento e fixação de médicos no interior do Amazonas como contribuição para a execução de outros estudos para caracterizar com maiores detalhes dessa situação e as possíveis causas.

As indagações a pesquisar dizem respeito aos motivos pelos quais os três cursos de medicina que existem em Manaus com turmas concludentes, com ingresso de aproximadamente trezentos e cinquenta (350) estudantes, não tem contribuído para uma maior cobertura assistencial e de cuidados em saúde nos municípios do interior do Amazonas.

Necessário se faz pesquisar qual a contribuição dos Governos estadual e municipais para a manutenção desse problema de assimetrias assistenciais ao não proverem profissionais e recursos tecnológicos necessários para apoio ao diagnóstico e tratamento da população do interior do estado. As demandas da população e da política de saúde precisam ser atendidas considerando a necessidade de observar o estabelecido na Constituição Federal do Brasil no artigo 19, onde está estabelecido que: “É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: III - criar distinções entre brasileiros ou preferências entre si”. (BRASIL, 1988).

A avaliação dos estudantes concludentes do estágio em Medicina Preventiva e Social/Internato Rural

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

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

Para realizar uma primeira aproximação sobre a percepção dos Internos em relação aos objetivos do estágio ao inseri-los em uma realidade social, epidemiológica e de gestão em saúde, vinculando a formação crítica e reflexiva às demandas dessas realidades, foram investigadas as seguintes questões: que cenários consideraram mais relevantes para a aprendizagem (Quadro 1) e quais as situações mais marcantes para a vida pessoal e profissional que vivenciaram? (Quadro 2).

Esses Internos informaram que os cenários mais relevantes para a aprendizagem foram: atendimento às comunidades rurais incluindo as visitas domiciliares e atenção à saúde indígena (25%), atendimento à população ribeirinha nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais/UBS Fluviais (22%), atendimento na Unidade Básica de Saúde/UBS incluindo as visitas domiciliares e atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF (16,7%), Consultório de Rua e atendimento na UBS incluindo visitas domiciliares e atenção à saúde indígena (16,7%) e os atendimentos à população ribeirinha e na UBS incluindo as visitas domiciliares (11,1%), (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição dos Internos segundo o cenário de maior relevância para a aprendizagem.

CENÁRIOS DE MAIOR RELEVÂNCIA PARA A APRENDIZAGEM	%
Sem comentários	2,7
Atendimento na UBS+visitas domiciliares+atendimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	16,7
Todo o estágio	5,5
Atendimento Médico+atendimento aos ribeirinhos+visitas domiciliares	11,1
Consultório de rua+atendimento na saúde indígena+visitas domiciliares+UBS	16,7
Atendimento rural+visitas domic.+atend. Indígenas	25
Atendimento população rural+UBS Fluvial	22,2

Fonte: Base de dados da pesquisa.

O que foi mais citado como relevante para a aprendizagem nos grupos de cenários de práticas foi a visita domiciliar, certamente porque durante estas o Interno teve a oportunidade de entrar em contato direto com a realidade da vida das pessoas. Essa oportunidade não se faz presente no decorrer do curso com disciplinas que são ministradas em horários restritos de discussão teórica e aulas práticas geralmente em ambulatórios e hospitais de média e alta densidade tecnológica onde as pessoas se apresentam com algum sofrimento, agravo ou doença e os determinantes sociais não ocupam prioridade na análise situacional individual.

Quando se trata de situações mais impactantes para a vida do Interno (Quadro 2), mais uma vez a visita domiciliar foi a mais citada (33,3%). Sair do ambiente protegido de um ambulatório de especialidades ou um hospital e pronto socorro na capital do Estado e de uma UBS na cidade ou nos municípios, coloca o Interno diretamente em contato com o desconhecido, considerando que além das aulas práticas, a maioria desses estudantes é proveniente de classes sociais e econômicas mais abastadas com condições de moradia, saneamento e acesso a bens e serviços essenciais.

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

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

Quadro 2 - Situações mais marcantes na vivência de aprendizagem dos Internos

SITUAÇÕES MAIS MARCANTES	%
Realidade das visitas domiciliares	33,3
Atendimento à população rural+UBS Fluvial	13,8
Atendimento à saúde mental	13,8
Palestras nas escolas	11,1
Escassez /falta de alternativas de medicamentos	11,1
Condições de saneamento básico da população	5,6
Atendimento médico humanizado	5,6
Médico sem perfil para o trabalho na APS	5,6

Fonte: Base de dados da pesquisa.

Continuando a avaliação buscou-se verificar se algum conteúdo que não foi abordado durante o curso foi necessário durante o estágio e nesse aspecto houve um equilíbrio nas respostas para quatro conteúdos que foram citados. Para 13,9 %, a clínica ampliada e método clínico centrado na pessoa, relação médico-paciente e habilidades de comunicação, atenção à saúde mental e grupos populacionais prioritários na Atenção Primária à Saúde/APS e processo de trabalho e ferramentas de abordagem individual e coletiva. Para 5,5% não houve nenhum conteúdo que tenha dificultado o estágio e toda a experiência esteve ancorada em conteúdos que já havia discutido nas disciplinas, mas 8,4% dos Internos não responderam a essa questão (Quadro 3). Nesse aspecto fica claro o distanciamento entre o que é ensinado nas salas de aulas teóricas e unidades de práticas e a realidade de social e de saúde da população do interior.

Quadro 3 - Distribuição percentual de conteúdos não abordados no curso e que foram necessários no estágio.

CONTEÚDOS NÃO ABORDADOS	%
Não respondeu	8,4
Atendimento a grávidas e adolescentes	5,5
Não houve conteúdos não abordados	5,5
Trabalho em equipe	5,5
Relação médico/paciente + habilidades de comunicação	13,9
Saúde mental+atendimento humanizado	13,9
Gestão do SUS+saúde indígena+Fitoterapia	8,4
Tratamento dos agravos mais comuns	5,5
Método clínico centrado na pessoa	13,9
Processo de Trabalho.+ferramentas da Abordagem Clínica Ampliada	13,9
Atendimento a. Grupos populacionais Prioritários	5,5

Fonte: Base de dados da pesquisa.

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

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

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

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

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

Pode-se perceber que os resultados da avaliação dos internos concludentes, considerando apenas os aspectos de cenários de práticas mais relevantes para a aprendizagem, as situações de maior impacto e os conteúdos não abordados durante o curso e que foram necessários para o estágio, precisam ser levados em conta nas discussões do novo currículo do curso. Este currículo precisa ser adequado às Diretrizes Curriculares Nacionais, sendo que as discussões deverão ser retomadas na escola em tempo oportuno considerando a situação de pandemia em andamento em 2020. A vivência na Atenção Primária no interior do Amazonas subsidiou possíveis mudanças na percepção de conteúdos (conhecimentos), habilidades e atitudes necessários para preparar o futuro médico de acordo com a realidade, por parte desses internos.

Situação de provimento e fixação de médicos no interior do Amazonas

Os resultados da pesquisa de dados institucionais apresentam informações que comprovam um grande problema de saúde pública no interior do Amazonas que é a insuficiência de médicos para a atenção à saúde da população. O Amazonas continua com insuficiente número de médicos, após mais de meio século da criação do curso de medicina da UFAM provocado pelo apelo de um Governador do Estado em uma exposição ao Reitor da Universidade do Amazonas em 03.11.1963. Nela o governante pede que o Conselho Universitário analise a possibilidade de criação dos cursos de medicina, farmácia, odontologia e artes (UFAM, 1964).

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

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

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

da UFAM no município de Coari e um em Manaus vinculado a uma instituição privada de ensino superior.

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

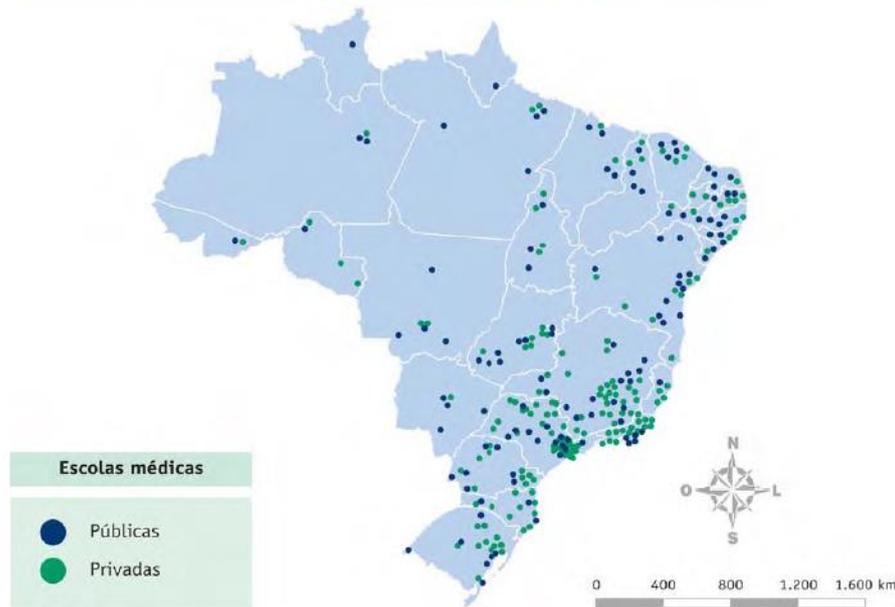
O maior dos desafios da Educação Médica na Amazônia é formar “o médico” com o perfil configurado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais que é (BRASIL, 2014):

Art. 3 O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014).

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

Figura 1 - Distribuição de escolas médicas

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

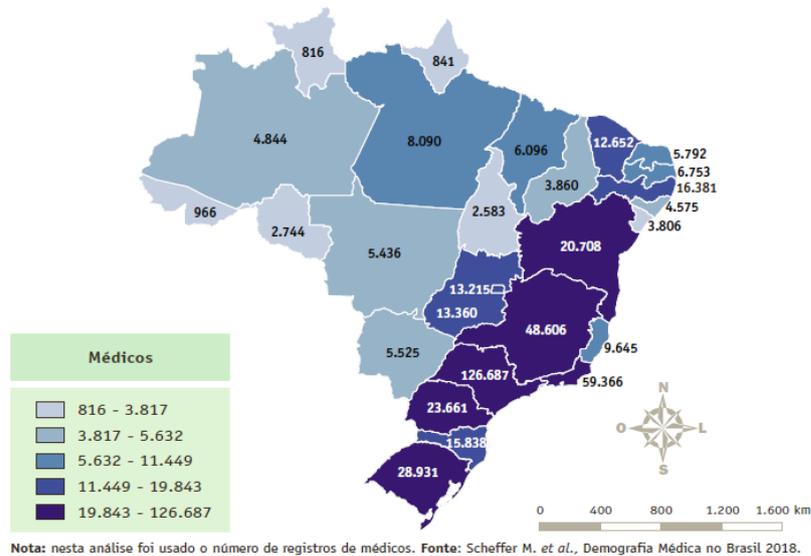


Fonte: Scheffer et al. (2018).

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

Figura 2 - Distribuição de médicos

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



Fonte: Scheffer et al. (2018).

O quadro 1 apresenta a desigualdade na distribuição dos médicos quando se considera as áreas urbanas e rurais do Brasil em relação à região norte, ficando nítida a concentração nas capitais onde se costuma se encontrar as melhores condições de vida e de trabalho profissional, com recursos de apoio para diagnóstico e tratamento de alta densidade tecnológica. As maiores desigualdades de acesso a atendimento médico na região norte estão no Amazonas, Amapá e Roraima e a distribuição mais equilibrada no Tocantins com os municípios do interior em pequena vantagem em relação à capital.

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

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

Fonte: Scheffer et al. (2018).

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

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

Dentre todas as condições necessárias para a formação adequada desse médico necessário para a sociedade, recai sobre o professor de medicina, a culpa por seu desinteresse em participar nos processos de discussão para a mudança e, sobre essa constatação, Gordan (2014) já avaliou e concluiu que a compreensão das razões e o

processo de mudança é o primeiro desafio a enfrentar quando se necessita da inserção docente em currículos inovadores.

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

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

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

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

Pode-se constatar a desigualdade na distribuição desses profissionais, pois se concentram na capital do Estado, onde as condições de trabalho, representada, dentre outros itens, pelos recursos de alta densidade tecnológica para apoio ao diagnóstico e tratamento, estão disponíveis. As figuras que representam esses dados falam por si só. Resta aprofundar estudos para a verificação de outros fatores que contribuem para a

manutenção dessa desigualdade na distribuição, apesar do número de escolas médicas existentes no Estado e dos vários programas de Residências Médicas desenvolvidos na rede de serviços de saúde públicos e privados.

No gráfico 1 é possível constatar que o percentual de médicos no interior não chega a 10% do total de inscritos no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Amazonas. Essa situação pode configurar uma inequidade de acesso a atendimento médico, um descumprimento a princípios constitucionais que veda tratamento discriminatório aos cidadãos por parte da União, Estados, Municípios e Distrito Federal.

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



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

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

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



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

Neste gráfico pode-se verificar a contribuição do curso de Medicina da UFAM na provisão de médicos se comparada às demais do Estado (Universidade do Estado do Amazonas-UEA) e o Centro Universitário Nilton Lins-UNL (privada), mas o que chama a atenção é o percentual de médicos formados em outras escolas do Brasil que residem e trabalham no interior. (Gráfico 3).

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



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

O quadro 2 mostra o percentual de médicos do interior em 15 municípios, acompanhando a concentração verificada na capital do Estado. Aqui cabem algumas informações que são singularidades do Amazonas. Os três municípios com maior número são coincidentemente os que possuem uma Brigada de Infantaria onde há um ambulatório de saúde especializado com outros profissionais além de médicos (Tefé) e duas Guarnições do Exército Brasileiro (Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira) cujas gestões e provimento de profissionais são de sua responsabilidade. Nesses municípios certamente os médicos foram obrigados a transferir o registro de Manaus e de outros Estados e como não solicitaram desligamento, continuam como médicos do interior, situação que precisa ser atualizada, mas não é objeto de análise nessa pesquisa.

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

e fixação de médicos, inclusive especialistas que além de trabalharem no serviço público tem a opção da rede privada.

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

Quadro 2 - Os 15 municípios com maior concentração de médicos registrados. Maio de 2020

Município	Número
Tabatinga	142
São Gabriel da Cachoeira	100
Tefé	68
Parintins	47
Coari	30
Humaitá	30
Itacoatiara	30
Manacapuru	30
Boca do Acre	15
Presidente Figueiredo	12
Autazes	11
Maués	11
Benjamin Constant	10
Borba	10
Iranduba	9

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

A seguir as informações sobre os contratos médicos da Secretaria de Estado da Saúde onde mesmo com o contrato de cooperativas e empresas médicas para a manutenção do atendimento na rede de serviços de média e alta densidade tecnológica na capital, os poucos serviços onde mantém médicos concursados em seu quadro, consta-se a desigualdade na distribuição, com a rede do interior que não possui contratos com terceirizados, o número de médicos a 30,5% do total e a 20% dos especialistas. (Gráfico 4)

Gráfico 4 - Distribuição dos contratos médicos da Secretaria de Estado da Saúde segundo lotação/local de trabalho. Abril de 2020



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

No quadro 3 está apresentado, em destaque dos demais municípios, os 9 municípios sem nenhum médico e os cinco com a maior concentração de médicos inclusive especialistas. Essa distribuição de contratos médicos segue o perfil da distribuição dos registros no Conselho Regional de Medicina. Verifica-se que não há nenhum médico contratado pelo Governo nos municípios de: Apuí; Caapiranga; Fonte Boa; Itamarati; Juruá; Maraã; São Gabriel da Cachoeira; Tonantins; e Uarini. A concentração está nos municípios da Região Metropolitana de Manaus (Itacoatiara, Iranduba, Rio Preto), Parintins e Guajará (fronteira com Cruzeiro do Sul/AC).

Quadro 3 - Contratos médicos da Secretaria de Estado da Saúde segundo município do Amazonas. Abril de 2020.

MUNICÍPIO	GENERALISTA	ESPECIALISTA
Apuí	0	0
Caapiranga	0	0
Fonte Boa	0	0
Itamarati	0	0
Juruá	0	0
Maraã	0	0
São Gabriel da Cachoeira	0	0
Tonantins	0	0
Uarini	0	0
Guajará	11	
Iranduba	12	5
Itacoatiara	23	9
Parintins	12	7
Rio Preto da Eva	13	8

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

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

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

(Intercambistas), aguardando prova de revalidação de diplomas (REVALIDA) e atendem em Unidades Básicas de Saúde com registro no Ministério da Saúde. (Quadro 4).

Quadro 4 - Distribuição dos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil segundo local de trabalho e registro no Conselho Regional de Medicina. Abril de 2020.

LOCAL DE TRABALHO	CRM BRASIL	INTERCAMBISTAS	TOTAL
Manaus	53	11	64
Interior	78	201	279
Distrito Sanitário Especial Indígena	7	82	89
Total	138	294	432

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

Os médicos com registro no Conselho Regional de Medicina estão proporcionalmente concentrados em Manaus (82,8% dos registrados) em relação aos municípios do interior com 28,1% e aos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena - DSEI com apenas 7,9% do total de médicos atuando nesses locais (Quadro 5).

Quadro 5 - Distribuição de médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil por Distrito Sanitário Especial Indígena. Abril de 2020.

DSEI	CRM BRASIL	INTERCAMBISTAS	TOTAL
DSEI Alto Rio Negro	1	14	15
DSEI Parintins	2	9	11
DSEI Alto Solimões	1	25	26
DSEI Javari	0	6	6
DSEI Manaus	2	10	12
DSEI Médio Purus	0	7	7
DSEI Médio Solimões	1	11	12
Total	7	82	89

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

O reforço no aumento da cobertura das ações de Atenção Primária à Saúde representada pelo trabalho dos médicos do Programa, também confirma a desigualdade na distribuição, mantendo a concentração em Manaus e nos municípios da Região Metropolitana, com algumas exceções (Quadro 6). A concentração de médicos desse programa cujo objetivo é atender prioritariamente as regiões remotas continua sendo em Manaus. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas apresentam um número absoluto maior, mas esses profissionais estão distribuídos ao longo das calhas dos rios. Apenas dez (10) municípios contam com mais de 7 médicos.

Considerando o total de médicos do programa, onze municípios e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas concentram mais da metade dos profissionais (58,3%), sendo que 63,5% não possuem registro no Conselho Regional de Medicina do Amazonas.

Quadro 6 - Distribuição dos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil segundo município e registro no CRM. Abril de 2020.

LOCAL DE TRABALHO	CRM BRASIL	INTERCAMBISTAS	TOTAL
Manaus	53	11	64
DSEI	7	82	89
Coari	4	9	13
Maués	5	11	16
Parintins	1	9	10
Parintins	1	9	10
Tabatinga	5	6	11
Manacapuru	6	3	9
Benjamin Constant	2	6	8
Eirunepé	1	7	8
Humaitá	6	1	7
Lábrea	1	6	7

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

A apresentação do diagnóstico da situação da distribuição de médicos no Estado foi para enfatizar que é um problema de Saúde Pública que se arrasta sem soluções sustentáveis porque decorrem de equívocos em relação à análise de seus vários determinantes. Gestores, profissionais de saúde e representantes da sociedade costumam

atribuir responsabilidade pelo problema para as escolas médicas. As quatro escolas médicas do Estado foram criadas com a justificativa de provimento de médicos como se bastassem formar adequadamente o profissional, esquecendo-se das condições de trabalho, responsabilidades dos governos Federal, Estadual e Municipal. Estudos sobre esse tema precisam ser realizados na busca de subsídios para a busca de alternativas estratégicas para a construção de propostas sustentáveis de atração e fixação de médicos para o interior, incluindo as regiões mais isoladas geograficamente com população dispersa nas suas áreas rurais.

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Na UFAM o Internato Rural foi uma ação de benefício social para as comunidades do interior e mais recentemente para as de Manaus, que se desenvolveu

ininterruptamente até 23.03.2020, data em que todas as atividades da instituição foram suspensas devido à pandemia de COVID-19.

Mas a contribuição do curso de medicina para a minimização do problema de inequidade na distribuição de médicos no interior do Amazonas ainda é mínima, mesmo com a estratégia de levar os estudantes para essa realidade, para conhecerem as peculiaridades e necessidades dessas populações. Os dados institucionais do Conselho Regional de Medicina, da Secretaria de Estado da Saúde e do Programa Mais Médicos para o Brasil, mesmo sendo gerais, apontam para a permanência da distribuição desigual de médicos entre a capital e os municípios com maiores dificuldades de acesso e comunicação.

Essas conclusões não pretendem esgotar o tema por se tratar de uma primeira aproximação através de um estudo descritivo apresentando o caso específico do curso de medicina da Universidade Federal do Amazonas, Campus Manaus e cujo objeto de estudo foi o Internato Rural. O curso precisa fazer a releitura de seu Projeto Pedagógico e construir estratégias para a formação em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais e a Política Nacional de Atenção Básica.

Em relação à situação de provimento e fixação de médicos no interior há necessidade da gestão da saúde incentivar estudos mais específicos que permitam, além do diagnóstico, a busca de alternativas para a resolução do problema.

Dada a complexidade dos problemas aqui apresentados, reconhecemos as limitações da pesquisa e a necessidade de estudos mais aprofundados abrangendo especificidades do curso de medicina e as condições estruturais do trabalho médico no interior do Amazonas. Portanto, esse estudo é uma contribuição para desencadear a produção de novos conhecimentos sobre esses temas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Congresso Nacional, Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Acesso: 2/12/2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. Câmara de Educação Superior. **Resolução n. 4, de 07 novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**.

BRASIL. **LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm. Acesso em: 24 nov. 2020.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UFAM- UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. **Documento N° GE-611/64- Solicitação do Governador para a criação das Faculdades de Medicina, de Farmácia, de Odontologia e a Escola de Artes.** Manaus, 1964. [Arquivo interno].

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

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

Recebido: 6/6/2021. Aceito: 15/6/2021.

Autoras:

Heliana Nunes Feijó Leite

Professora TI na Universidade Federal do Amazonas-Campus Manaus-Faculdade de Medicina – Autora da pesquisa de doutorado em Educação que originou os dados apresentados no artigo (PPGE-UFAM 2016-2020).

E-mail: helianafeijo@ufam.edu.br

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2365-6585>

<http://lattes.cnpq.br/9638916399403585>

Suely A. do N. Mascarenhas

Professora DE na Universidade Federal do Amazonas-Campus do Vale do Rio Madeira – Instituto de Educação, Agricultura e Ambiente – IEAA – Humaitá. Orientadora da primeira autora na pesquisa de Doutorado PPGE-UFAM (2016-2020) que originou a tese e os dados apresentados no artigo.

E-mail: suelyanm@ufam.edu.br

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0545-5712>

<http://lattes.cnpq.br/9048283421149753>