

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALVINO CAMILO DA SILVA

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO ÂMBITO RURAL

TOLEDO
2022

ALVINO CAMILO DA SILVA

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO ÂMBITO RURAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Departamento de Saúde Coletiva do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título em Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Coorientador: Prof. Dr. Ipojucan Calixto Fraiz

TOLEDO
2022

S586 Silva, Alvino Camilo da
Integração ensino-serviço-comunidade no âmbito rural
[recurso eletrônico] / Alvino Camilo da Silva. – Toledo, 2022.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade
Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Coorientador: Prof. Dr. Ipojucan Calixto Fraiz

1. Educação médica. 2. Saúde da população rural – Educação.
3. Estudantes de medicina. I. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos.
II. Fraiz, Ipojucan Calixto. III. Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade
Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: W 20



TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ALVINO CAMILO DA SILVA** intitulada: **INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO AMBITO RURAL**, sob orientação do Prof. Dr. DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 26 de Agosto de 2022.

Assinatura Eletrônica

26/08/2022 19:57:45.0

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

26/08/2022 16:38:12.0

SABRINA STEFANELLO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

26/08/2022 19:15:41.0

CRISTINA DE OLIVEIRA RODRIGUES

Avaliador Externo (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - CHC - UFPR)



ATA Nº08/2022

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

No dia vinte e seis de agosto de dois mil e vinte e dois às 14:00 horas, na sala Videoconferencia Teams, Videoconferencia Teams, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação do mestrando **ALVINO CAMILO DA SILVA**, intitulada: **INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO AMBITO RURAL**, sob orientação do Prof. Dr. DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), SABRINA STEFANELLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), CRISTINA DE OLIVEIRA RODRIGUES (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - CHC - UFPR). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 26 de Agosto de 2022.

Assinatura Eletrônica

26/08/2022 19:57:45.0

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

26/08/2022 16:38:12.0

SABRINA STEFANELLO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

26/08/2022 19:15:41.0

CRISTINA DE OLIVEIRA RODRIGUES

Avaliador Externo (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - CHC - UFPR)

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO ÂMBITO RURAL

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-graduação em Saúde da Família - ProfSaúde, do Departamento de Saúde Coletiva do setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: _____

Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Departamento Saúde Coletiva – UFPR

Coorientador: _____

Prof. Dr. Ipojucan Calixto Fraiz
Departamento Saúde Coletiva – UFPR

Dedico este trabalho aos meus filhos:

Eduardo Almeida da Silva

Kamilla Fernanda Degrandis da Silva

José Gustavo Camilo Degrandis

Davi Camilo Degrandis

Heitor Camilo Degrandis

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pela compreensão e apoio.

Ao orientador Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos, por me indicar o caminho, compartilhando sua experiência durante o percurso.

Ao coorientador Prof. Dr. Ipojucan Calixto Fraiz, pelas oportunas considerações.

A professora Dr^a. Cristina de Oliveira Rodrigues e Dra Sabrina Stefanello, por terem aceitado o convite para fazerem parte da banca de avaliação da pesquisa e nas observações feitas.

A todos os profissionais da universidade pública pela dedicação e por nos oportunizar o aprendizado.

Aos colegas de trabalho da ESF Interior Oeste.

Aos participantes da pesquisa.

*Ninguém educa ninguém, ninguém educa
a si mesmo, as pessoas educam-se entre
si, mediatizados pelo mundo.*

(Paulo Freire)

RESUMO

A integração ensino serviço tem sido um desafio para os cursos de medicina, com as últimas diretrizes curriculares nacionais de 2014 e a reformulação nos currículos dos cursos de medicina os acadêmicos devem se integrar desde o início do curso prioritariamente nas unidades de saúde de atenção primária no sistema único de saúde (SUS). No âmbito rural, esses desafios se tornam ainda maiores, em razão de uma série de características singulares que as unidades de saúde rurais têm, como: distância das cidades, estruturas físicas inadequadas, falta de insumos, dificuldades de acesso a profissionais etc. Este trabalho é um recorte da pesquisa “Integração Ensino Serviço na Implantação de Cursos de Medicina no Paraná” e abordou as características e particularidades da integração ensino serviço no âmbito rural na estratégia de saúde da família (ESF) Interior Oeste em Toledo no Paraná, por meio de quinze entrevistas semiestruturadas, sendo que foram entrevistados três trabalhadores, seis estudantes de medicina e seis usuários do serviço da ESF atendidos por estes estudantes sob a supervisão de um preceptor selecionado pela Universidade, tratando-se de um estudo qualitativo descritivo. Os dados foram analisados através da hermenêutica, neles predominaram pontos positivos, tanto nos relatos dos alunos, como profissionais de saúde e usuários do serviço. Os estudantes de medicina demonstravam receio de fazer o estágio rural, percepção que mudou após as dez semanas de estágio. Constatou-se também que o estágio aconteceu de forma não institucionalizada e sim porque o preceptor selecionado estava lotado no serviço de saúde rural.

Palavras-Chave: Integração. Ensino-serviço. Estágio Rural. Saúde.

ABSTRACT

The teaching-service integration has been a challenge for medical courses, with the latest national curriculum guidelines of 2014 and the reformulation in the curricula of medical courses, academics must be integrated from the beginning of the course, primarily in the primary care health units in the single health system (SUS). In rural areas, these challenges become even greater, due to a series of unique characteristics that rural health units have, such as: distance from cities, inadequate physical structures, lack of supplies, difficulties in accessing professionals, etc. This work is an excerpt from the research "Service Teaching Integration in the Implementation of Medicine Courses in Paraná" and addressed the characteristics and particularities of the service teaching integration in the rural context in the Family Health Strategy (ESF) Interior Oeste in Toledo in Paraná, by through fifteen semi-structured interviews, in which three workers, six medical students and six users of the FHS service attended by these students were interviewed under the supervision of a preceptor selected by the University, in a descriptive qualitative study. The data were analyzed through hermeneutics, in which positive points predominated, both in the reports of students, health professionals and service users. The medical students showed fear of doing the rural internship, a perception that changed after the ten weeks of internship. It was also found that the internship took place in a non-institutionalized way, but because the selected preceptor was assigned to the rural health service.

Keywords: Integration. Teaching-service. Rural Internship. Health.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização Dos Participantes.....	36
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAPES – Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde

COUN – Conselho Universitário

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ELAM – Escuela Latinoamericana de Medicina

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituição de Ensino Superior

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas

MFC – Medicina da Família e Comunidade

MS/GM - Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

MS/MEC – Ministério da Saúde/Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PET – Programa de Educação pelo Trabalho

PNAB – Plano Nacional de Atenção Básica

PNSIPCF = Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

PR - Paraná

SP – São Paulo.

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSs – Unidades Básicas de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVO GERAL	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
2 REVISÃO TEÓRICO EMPÍRICA	18
2.1 O CONCEITO DE RURALIDADE	18
2.2 SAÚDE E RURALIDADE	23
2.3 O ENSINO MÉDICO NO ÂMBITO RURAL	28
2.4 CURSO DE MEDICINA DA UFPR CAMPUS TOLEDO	31
3 METODOLOGIA	33
4 RESULTADOS	36
4.1 CATEGORIA 1: “A EXPERIÊNCIA DE TRABALHAR E ESTAGIAR EM ESF RURAL” (PROFISSIONAIS E ESTUDANTES)	36
4.2 CATEGORIA 2: “AS RELAÇÕES NA EQUIPE DURANTE O ESTÁGIO” (PROFISSIONAIS E ESTUDANTES)	39
4.3 CATEGORIA 3: “AS PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE OS ESTUDANTES E SOBRE A ESF”	41
5 DISCUSSÃO	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA	56
ANEXO 2 – TCLE PROFISSIONAIS	57
ANEXO 3 – TCLE USUÁRIOS DE SAÚDE	60
ANEXO 5 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	66

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é um recorte da pesquisa: Integração ensino-serviço na implantação de cursos de Medicina do Paraná, resultado de um estudo complementar sobre a integração ensino serviço no âmbito rural, numa ESF Rural no município de Toledo no Paraná.

Objetivou-se, a partir da pesquisa, o desafio de compreender a integração ensino serviço na ESF no interior Oeste, sendo que o pesquisador (neste caso, a pessoa que escreve), faz parte desse processo, pois trabalha no local da pesquisa. Tal lugar social permitiu condições favoráveis para a pesquisa, pois as expressões não linguísticas podem ser melhor compreendidas pelo pesquisador. Também houveram questões desfavoráveis, pois os entrevistados podem não ter se sentido à vontade para fazer seus relatos e contar todas as experiências vivenciadas. Da mesma maneira, foram abordadas estratégias utilizadas para inserir os estudantes nas atividades da unidade de saúde.

Sou filho de pequenos agricultores assentados e nunca pensei em estudar Medicina. Aliás, esse não é um sonho para ser sonhado e realizado por jovens pobres e, principalmente, oriundos da zona rural. Em 1997, saí do assentamento onde morava, de nome Jabuticabal, no interior do Goioxim, e fui morar em Cantagalo para poder concluir o Ensino Médio. Trabalhava durante o dia em uma cooperativa e estudava em período noturno no Colégio Olavo Bilac.

Em 2002, surgiu a oportunidade de me candidatar a uma bolsa para estudar Medicina em Cuba, devido a um gesto de solidariedade deste país que, por meio do Projeto ELAM¹, disponibilizava tais bolsas para jovens de baixa renda do mundo inteiro. A distribuição das bolsas no Brasil era feita pela embaixada de Cuba, por meio de movimentos sociais e partidos políticos, que indicavam jovens de origem humilde para concorrer.

No mesmo ano, fui à São Paulo me preparar, juntamente com outros jovens indicados por movimentos sociais e partidos políticos, na Escola Nacional Florestan

¹ Fundada em 1999 em Havana Cuba, a ELAM (Escuela latinoamericana de Medicina) é uma das maiores escola de medicina do mundo em matrículas, com aproximadamente 19.550 alunos de 110 países matriculados em 2013. A missão da ELAM é formar médicos de alto nível acadêmico, éticos, altruístas, com preparação científica e consciência social.

Fernandes,² em Guararema-SP, a fim de concorrer à bolsa de estudo oferecida por Cuba. Fui aprovado na seleção e, em Março de 2003, viajei para Cuba com aproximadamente 30 jovens de todo o Brasil, selecionados e contemplados com a bolsa para fazer Medicina na ELAM.

Nos primeiros seis meses de estadia em Cuba, fizemos um curso preparatório, chamado “pré-médico”, que a Universidade ministrava para aperfeiçoar o idioma espanhol e disciplinas básicas como: Biologia, Química, Física, Conhecimentos Gerais etc., por conta de os estudantes serem oriundos de vários países que possuem idioma, cultura e educação diferentes. Foram mais de 6 anos de muito estudo e trocas de experiências inestimáveis com estudantes do mundo todo. Em 2009, concluí com sucesso a graduação em Medicina e retornei ao Brasil.

Chegando ao país, após seis anos e meio de estudos em Cuba, a tarefa agora era revalidar o diploma. Nesse ano, ainda não existia o Revalida. No entanto, em 2010, houve uma avaliação como projeto-piloto de revalidação de diplomas médicos³ feito pelo INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais). Nela, aprovaram apenas 2 dos 628 inscritos e eu não estava entre eles.

Com este índice de aprovação, estava nítido que a avaliação estava inadequada para avaliar conhecimentos de médicos generalistas, já que os inscritos na prova são graduados em vários países, não sendo possível a Medicina de outros países ser tão diferente da brasileira. Em 2011, houve o primeiro processo do Revalida⁴. Me inscrevi e fiz a prova: dos 677 inscritos, foram aprovados 65 médicos, e eu estava entre eles.

Como em 2010 já tinha concluído especialização em Medicina de Família e comunidade, em Fortaleza, me sentia apto para trabalhar como médico. Escolhi o

² A Escola Nacional Florestan Fernandes, em Guararema, na Região Metropolitana de São Paulo, é um centro de educação e formação, idealizado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra.

³ O Ministério da Educação e o Ministério da Saúde elaboram uma nova sistemática de revalidação de diplomas de médicos brasileiros formados no exterior. Em setembro de 2009, os dois ministérios aprovaram o projeto piloto de revalidação do diploma médico, por meio da Portaria Interministerial nº 865. O projeto piloto estabelece que os alunos formados em instituições estrangeiras que queiram revalidar seu diploma no Brasil farão um exame nacional que avaliará os conhecimentos, habilidades e competências requeridos para o exercício profissional da medicina no país. O exame foi elaborado e aplicado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), com apoio das universidades participantes do projeto.

⁴ Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida) é um exame realizado anualmente pelo Inep para validar diplomas médicos expedidos por universidades de fora do Brasil, instituído pela portaria nº 278, de 17 de março de 2011.

município de Madalena, no assentamento 25 de maio, localizado no sertão do Ceará, meu primeiro local de trabalho como médico de família e Comunidade no Brasil. Foi uma experiência gratificante trabalhar no sertão do Ceará, em uma UBS rural, em área parecida com a minha comunidade de origem, no Paraná.

Em 2013, decidi retornar ao Estado do Paraná, pois queria ficar mais próximo da família. O município escolhido para trabalhar foi Rio Bonito do Iguaçu, na ESF Arapongas, do Assentamento Ireno Alves dos Santos, um dos maiores assentamentos da reforma agrária da América Latina. Lá, trabalhei até 2016 através de contrato por pessoa Jurídica⁵, com o município em questão.

Em 2017, fui aprovado em um concurso público no município de Candói e decidi mudar de cidade novamente, por conta de o vínculo empregatício ser melhor, com direitos trabalhistas garantidos. Nesta cidade, trabalhei em UBSs rurais e assentamentos (UBS São Pedro, Rio Novo e Rio da Lage). Em 2016/2017, fiz especialização em Preceptoria de residência médica no SUS, no Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês, mas as aulas presenciais aconteciam na Faculdade Campo Real de Guarapuava.

Em 2019, fui convocado para um concurso público no município de Toledo onde fui aprovado em 2016. Decidi, então, mudar de cidade. Em 8 de março de 2019, assumi o concurso no município de Toledo, lotado na ESF Interior Oeste. Em julho de 2019, fiz o processo seletivo e fui aprovado para ser preceptor de Medicina de Família e Comunidade (MFC), dos estudantes do nono período do curso de Medicina da UFPR Campus de Toledo. Desde então, trabalho como médico de família e comunidade e preceptor nessa ESF Rural. Foi nesse cenário que a presente pesquisa foi realizada.

1.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar, analisar e compreender as características e particularidades da integração ensino-serviço-comunidade no âmbito rural, entre o curso de Medicina da UFPR – Campus Toledo e a Esf Interior Oeste de Toledo/PR.

⁵ Modelo de contrato trabalhista no qual municípios, Hospitais privados, filantrópicos, clínicas particulares, planos de saúde etc., precarizam o vínculo trabalhista com profissionais de saúde, isentando-se de pagar qualquer direito trabalhista garantido na constituição a esses profissionais.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção dos estudantes de Medicina do nono período da UFPR/Toledo, sobre a integração ensino serviço na ESF Interior Oeste.
- Abordar a percepção dos profissionais de saúde da Esf Interior Oeste sobre o estágio supervisionado em Medicina de Família e Comunidade.
- Identificar a percepção da comunidade sobre os estagiários de medicina da ESF Interior Oeste.

2 REVISÃO TEÓRICO EMPÍRICA

2.1 O CONCEITO DE RURALIDADE

Segundo a ONU (2021), a diferenciação entre população urbana e rural não é passível de uma definição única, que seria ideal para aplicar a todos os países.

De acordo com Kageyama (2008), existem duas visões do que é rural: a primeira se dá no fato que ruralidade tem, na sua essência, a questão geográfica; a segunda, se efetiva em afirmar que rural é uma área afastada ou isolada. Desta forma, o rural pode ser entendido como uma região mais distante, incumbida da produção primária (agricultura, pesca, pecuária), com baixa densidade populacional, pobre, conservadora e com dificuldades para se ajustar ao mercado.

Ainda vale ressaltar mais duas grandes visões sobre a representação dos termos campo/cidade ou rural/urbano: a dicotomia e o *continuum*. A primeira destaca as diferenças entre o urbano e o rural enquanto a segunda admite maior integração, diferenciando-se pela intensidade, e não pelo contraste (GIRARDI, 2008).

A visão dicotômica:

[...] dedicou-se a estabelecer uma oposição entre dois polos autônomos, bem delimitados e excludentes. Sua origem, segundo Davoudi e Stead (2002), remonta às transformações e problemas acarretados com o rápido processo de urbanização nos países europeus e ondas migratórias na América do Norte, sendo, portanto, predominantemente na virada do Século XIX. Os autores destacam que essa divisão, fruto das transformações sociais, levou a duas correntes: uma considerada anti-urbana na qual a vida rural era idealizada e seu desaparecimento lamentado e outra, pró-urbana, em que a urbanização era considerada o motor do progresso, inovação e modernização (IBGE, 2017, p.3).

Os críticos ao modelo dicotômico, porém, indicavam que havia áreas em uma cidade que eram similares a áreas rurais e áreas na zona rural com características urbanas. Como uma reação às dicotomias polarizadas, surgiu a visão do *continuum*:

De acordo com o Dicionário Oxford de geografia humana, o continuum rural-urbano é: Um conceito que postula que não há uma divisão aguda entre a vida urbana e rural, mas que os assentamentos existem ao longo de um contínuo de muito rural para altamente urbano. O urbano não para simplesmente e começa o rural, mas eles vazam através um do outro. Além disso, é possível encontrar espaços em uma cidade que parecem rurais, e lugares em áreas rurais que são bastante urbanos. Como tal é problemático falar de lugares como simplesmente rurais ou urbanos, em vez disso é preciso

considerar como eles se entrelaçam e se sobrepõem (IBGE, 2017, p.4).

Devido ao fato de o conceito de rural ou ruralidade não ser consenso na literatura e não existir uma definição única, cada país tende a utilizar critérios próprios para delimitar essas definições.

No sentido prático, a definição de limites entre os espaços rurais e urbanos, seja para fins administrativo-burocráticos ou mesmo para fins estatísticos, tem sido feita baseada na seleção de um ou mais elementos, conforme análise a seguir:

As técnicas e critérios existentes para operacionalizar e classificar foram sistematizadas por Endlich (2010). São elas a delimitação político-administrativa; o corte populacional; a densidade demográfica; a ocupação econômica da população. Além deles, destacam-se também a morfologia e o modo de vida (IBGE, 2017, p.4).

Vários países utilizam outros critérios para definição de áreas rurais e urbanas, como tamanho da população, densidade demográfica, oferta de serviços, participação da agricultura, divisão administrativa, o uso do solo, distância das habitações etc.

Williams (2011) destaca como o campo pode se referir tanto às práticas de caçadores, pastores, fazendeiros e empresários agroindustriais como a sua organização pode se manifestar em tribo, feudo, campesinato, comuna rural, latifúndios e plantations. As cidades também se manifestam de forma bastante heterogênea, apesar de possuírem determinadas características comuns e há, prossegue o autor, uma série de assentamentos humanos que desafiam as estruturas tradicionais da cidade e do campo (IBGE, 2017, p.5).

Quando as definições são baseadas em limites quantitativos, a população mínima para um local ser considerado urbano varia muito. Como exemplo, enquanto em países da África e América Latina a média é de 2 mil, na Islândia é de 200 e na Itália é de 10 mil, deixando evidência que existe uma grande diferença dos números utilizados.

No Brasil, o Decreto Lei n. 311, de 02 de março de 1938 atribui a delimitação de zonas rurais e urbanas aos municípios. Assim como em outros países, a delimitação do território rural brasileiro é considerada, em geral, como o excedente do território urbano, ou seja, o que não é considerado urbano é apontado como rural. Sendo assim, zona rural, meio rural ou campo é toda a região geográfica não classificada pela legislação municipal como zona urbana ou zona de expansão urbana. Em geral, estas áreas têm menos densidade populacional e reduzidas ofertas de serviços públicos à população.

Até 2017, no Brasil, imperava a dicotomia rural/urbano, já que a definição do IBGE é tida como referência ao fato de ser expressada por um órgão governamental. Esta definição é tomada como oficial em forma frequente, ainda que esse órgão utilize as delimitações feitas pelos legislativos municipais. Quando não existe legislação municipal, o IBGE usa seus próprios critérios para fins censitários. Ademais, os instrumentos utilizados pelos municípios para definir os territórios em rurais ou urbanos atendem a objetivos fiscais, havendo, portanto, uma superestimação da população urbana. Isso tende a gerar consequências para a elaboração de políticas públicas, como se observa a seguir:

É verdade também que os limites oficiais entre zona urbana e zona rural, são em grande parte instrumentos definidos segundo objetivos fiscais que enquadram os domicílios sem considerar necessariamente as características territoriais e sociais do município e de seu entorno. Atendem, portanto, aos objetivos das prefeituras, mas dificultam políticas públicas e investimentos preocupados com as outras facetas e escalas da classificação rural-urbano (IBGE, 2017, p.6).

O planejamento e a gestão de políticas públicas passam a ser, conseqüentemente, ineficientes. Isso porque os dados censitários, muitas vezes, não condizem com a realidade. Isto afeta o cumprimento do objetivo de redução das desigualdades territoriais, o incentivo ao desenvolvimento rural, dentre outros fatores.

As tendências atuais para a classificação é de buscar alternativas para não tratar o rural como subproduto do urbano, atendendo uma demanda do planejamento de políticas públicas rurais.

Apesar das tentativas recentes de ampliar o leque de abordagens de classificação das áreas rurais e urbanas, na maioria das vezes é inevitável a utilização de patamares demográficos em alguma etapa da tipologia. Dessa forma, não se trata de abandonar os dois critérios mais frequentes – tamanho de população e político-administrativo – e sim de associá-los à outros critérios (IBGE, 2017, p.6).

Devido à necessidade de se alinhar aos critérios usados internacionalmente, não abandonando os mais utilizados (tamanho da população e político administrativo), mas adicionando mais critérios, o IBGE se propôs a definir uma tipologia rural urbana para o recorte territorial municipal, conforme se observa a seguir:

O critério fundamental escolhido para essa metodologia é a densidade demográfica, alinhada com tipologias bem aceitas internacionalmente como a da OCDE e União Europeia. Essa escolha facilita a comparabilidade dos resultados brasileiros com um número significativo de países. Além disso

optou-se por considerar o critério de acessibilidade a centros com alto nível hierárquico em relação a rede urbana. Desse modo, buscou-se critérios alternativos e complementares àqueles mais frequentes em tipologias oficiais: a patamares demográficos de localidades e a de critérios legais – que vigora atualmente no País (IBGE, 2017, p.7).

A nova definição de tipologia foi efetuada pelo IBGE segundo processo de classificações e cruzamentos matriciais sucessivos, com base nos seguintes critérios: população em áreas de ocupação densa, proporção da população em áreas de ocupação densa em relação à população total e localização.

Adicionalmente, para ampliar o entendimento das áreas urbanas e rurais, qualificou-se a tipologia com um critério que leva em conta o acesso dos municípios a bens e serviços mais complexos. A localização ou a acessibilidade aos centros urbanos mais estruturados também se apresenta como um elemento importante, já que a relação das cidades menores com os centros urbanos de maior hierarquia reflete diretamente no modo de vida e na configuração do espaço. Esse aspecto contribui com o objetivo de se construir uma tipologia que rompa com a abordagem dicotômica que separa os espaços rurais dos espaços urbanos (IBGE, 2017, p.8).

O estudo do IBGE definiu a nova tipologia rural urbana dos municípios brasileiros, cujas respectivas classes são:

a) Município predominantemente urbano:

- Municípios em unidades populacionais com mais de 50 000 habitantes, em área de ocupação densa;
- Municípios em unidades populacionais que possuem entre 25 000 e 50 000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização superior a 50%;
- Municípios em unidades populacionais que possuem entre 10 000 e 25 000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização superior a 75%.

b) Município intermediário:

- Municípios em unidades populacionais que possuem entre 25 000 e 50 000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização entre 25 e 50%;
- Municípios em unidades populacionais que possuem entre 10 000 e 25 000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização entre 50 e 75%;
- Municípios em unidades populacionais que possuem entre 3 000 e 10 000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização superior a 75%.

c) Município predominantemente rural

- Municípios em unidades populacionais que possuem entre 25 000 e 50 000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização inferior a 25%;
- Municípios em unidades populacionais que possuem entre 10 000 e 25 000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização inferior a 50%;
- Municípios em unidades populacionais que possuem entre 3 000 e 10 000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização inferior a 75%.

Na tipologia proposta neste estudo, vemos que 76,0% da população brasileira se encontra em municípios considerados predominantemente urbanos, correspondendo somente a 26,0% do total de municípios. A maior parte dos municípios brasileiros, foram classificados como predominantemente rurais (60,4%), sendo 54,6% como rurais adjacentes e 5,8% como rurais remotos (IBGE, 2017, p.8).

Pode-se verificar que existe uma discrepância de números com a classificação anterior simplificada de rural e urbana, onde apenas 15% da população brasileira era considerada rural. Esta nova classificação tipológica do IBGE parece ser mais adequada para utilização como referência na construção de políticas públicas do que a anterior, por ser mais ampla, profunda e alinhada a critérios internacionais, conseguindo refletir melhor a realidade nos dados censitários, coletados a cada dez anos pelo IBGE.

O processo de elaboração e análise dos resultados da tipologia proposto neste estudo do IBGE torna evidente a amplitude e complexidade na definição de uma tipologia rural urbana na escala municipal. Abre caminho para a reflexão e necessidade de produção futura de novos conceitos, métodos e técnicas operacionais voltadas para uma abordagem morfológica detalhada e que reflita as especificidades regionais brasileiras, considerando seus contrastes econômicos, sociais, culturais e as dimensões continentais do Brasil. Só assim será possível elaborar políticas públicas que possam diminuir as profundas desigualdades sociais e regionais existentes e favorecer o desenvolvimento social, político e econômico de maneira equânime no país.

2.2 SAÚDE E RURALIDADE

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente a metade da população mundial vive em áreas rurais, e cerca de 80% das pessoas extremamente pobres do mundo também vivem nessas áreas, enquanto menos de um quarto dos médicos trabalham nestes locais (OMS, 2021).

Sendo assim, cerca de 2 bilhões de pessoas que moram em áreas rurais e remotas em todo o mundo, não têm acesso satisfatório aos serviços básicos de saúde de que necessitam em suas comunidades.

A concentração de profissionais de saúde, sobretudo médicos, nos grandes centros urbanos, afeta a maioria dos países. Experiências internacionais no provimento e retenção de profissionais em áreas de vulnerabilidade abrangem uma gama de estratégias, do incentivo à obrigatoriedade, tais como seleção, educação, serviço civil obrigatório, regulação, incentivos e apoio. Grande parte destas estratégias corresponde às recomendações elaboradas pela Organização Mundial de Saúde para melhorar a retenção de trabalhadores de saúde em áreas rurais e remotas (SANTOS *et al.*, 2015, s/p).

Outro aspecto preocupante é a distribuição dos médicos: o acesso a serviços médicos é inadequado ou inexistente para muitas comunidades rurais em todo o mundo. (CAMPBELL *et al.*, 2019)

Qualquer sistema de saúde só funciona com profissionais motivados e qualificados, assim como a melhoria da abrangência dos serviços de saúde e a garantia do desfrute de serviços de alta qualidade depende da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e aptidão dos profissionais de saúde para tal. O acesso

aos serviços de saúde não deve depender de onde a pessoa mora. A escassez em número e combinação de profissionais de saúde determinados e habilitados e a sua distribuição desigual entre, e dentro dos países, é uma questão preocupante e que precisa ser revista. Este acesso desigual a profissionais e serviços impacta na saúde da população e acirra as desigualdades socioeconômicas (OMS, 2021).

A população camponesa, por ter características diferenciadas, possui necessidades e demandas na área da saúde diferentes da população urbana, para quem as políticas da área são concebidas e onde os profissionais atuam e realizam sua formação. Existe uma grande desigualdade na oferta de serviços públicos para a população do campo e da cidade e, na área da saúde, isso é mais acentuado. Por isso, a população do campo necessita de uma política de saúde específica que leve em consideração suas características particulares.

No Brasil, para atender às necessidades específicas de atenção à saúde da população do campo, o Ministério da Saúde trabalhou com o Grupo da Terra, instituído por meio da Portaria MS/GM nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005, que teve como objetivo elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas. (*Chamber of Deputies Government of Brazil*, 2013)

Em 2011, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866 de 2 de dezembro de 2011 e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), resultado do debate com representantes dos movimentos sociais e aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) é um marco histórico na saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações. É instrumento norteador e legítimo do reconhecimento das necessidades dessas populações na área da saúde (PNSIPCF, 2011).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta expressou o compromisso político do governo federal em garantir a essa população o direito ao acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade. Esta política inclui as peculiaridades e especificidades dessas populações neste setor. O processo de sua construção baseou-se nas evidências das desigualdades e em suas

necessidades e teve caráter participativo, por se fundamentar no amplo diálogo entre o governo e as lideranças dos movimentos sociais por intermédio do Grupo da Terra (PNSIPCF, 2011).

A operacionalização da política depende do comprometimento de gestores federais, estaduais e municipais do SUS e da articulação com outras políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde, como a educação, o trabalho, o saneamento básico e o ambiente.

O Eixo 3 da PNSIPCF trata sobre a educação permanente e educação popular em saúde, com foco nas populações do campo e da floresta, visando articular para que estratégias como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró Saúde (Portaria Interministerial MS/MEC nº 309/2007), o Programa Telessaúde Brasil (Portaria nº 2.546/2011) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde (Portaria nº 421/2010), considerem as questões tratadas e orientadas por esta política.

A PNSIPCF induz a consideração dos temas relacionados às necessidades da saúde rural na educação permanente dos profissionais, o que pode e deve evidentemente ser extrapolado para sua formação inicial. (TARGA *et al.*, 2021)

A falta de profissionais em zonas rurais e remotas e as dificuldades de acesso aos recursos de saúde estão entre os principais obstáculos para melhorar este setor nas áreas rurais e para uma maior equidade entre a saúde rural e a urbana. (TARGA *et al.*, 2021)

Ainda segundo Targa *et al.* (2021), os fatores descritos na literatura, relacionados a essa falta de profissionais de saúde em zonas rurais e remotas, bem como as estratégias testadas para enfrentar este problema são: 1) os relacionados à seleção dos estudantes (formas de ingresso, origem geográfica, características de personalidade, gênero e renda); 2) os relacionados com a própria formação (localização do curso, modelos de rotação de estágios, exposição a diferentes cenários de ensino, direcionamento dos currículos para as necessidades locais, programas-compulsórios); 3) pós-graduação (estímulos de recrutamento e retenção baseados nos fatores anteriormente citados, análise de desempenho em provas, pós-graduação rural, educação permanente, fortalecimento das chances de ligação do profissional rural com carreira acadêmica e pesquisa, características da docência rural, suporte e incentivos).

Evidências apontam nítidas diferenças entre os habitantes das regiões brasileiras, no que se refere ao acesso e a cuidados médicos no país.

Além disso:

[...] a falta de acesso à atenção primária abrangente em saúde atingia grande parte da população brasileira de regiões longínquas, de difícil acesso e nas periferias das grandes cidades. Nestas situações, as Equipes de Saúde da Família (ESF) eram compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e não contavam com a participação do profissional médico, tornando-se consideravelmente limitadas no seu trabalho de promover atenção integral à saúde (SANTOS *et al.*, 2015, s/p.).

Ainda segundo Santos *et al* (2015), o desafio da redistribuição de médicos foi motivo de diversas intervenções governamentais, mas estas não lograram alcançar a quantia necessária para suprir as demandas dos municípios.

O Programa Saúde da Família (PSF), agora denominado de Estratégia de Saúde da Família, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994. Deve ser composto de, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ou mais agentes comunitários de saúde, podendo também ter um odontólogo, auxiliar de saúde bucal nas equipes que tem saúde bucal, que seriam responsáveis pelo cuidado de, no máximo, 4.000 pessoas de uma área de abrangência previamente determinada. A atuação dessas equipes deve acontecer em unidades básicas de saúde, nas residências e com mobilização nas comunidades. O programa foi instituído objetivando levar serviços primários de saúde para o mais próximo da população e garantindo acesso equânime aos serviços de saúde com base nos princípios doutrinários do SUS: universalidade, integralidade, equidade e participação social (SANTOS, JACINTO, 2017).

No Brasil, a Atenção Primária em Saúde (APS), nomeada de Atenção Básica (AB), considerada porta de entrada do sistema de saúde, foi o nível inicial de um programa com um domínio reestruturante, com enfoque em ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, assistência e recuperação da saúde e qualidade de vida. Devido à atenção básica estar mais próxima da população, houve maior aproximação entre ela e os serviços. Na atualidade, o PSF tornou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo preferencial para reformulação da assistência e do cuidado da saúde na atenção primária. (MOTTA, SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

A PNAB (2006):

[...] foi elaborada e aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicita a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS. Na PNAB, atenção básica é definida como 'um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde'. Essas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. Fortalecem os princípios da APS em um Sistema Universal de Saúde, como é o SUS: universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social. Em 2011, com a proposta de Redes de Atenção à Saúde nas regiões brasileiras, a APS foi definida como porta de entrada do SUS (SANTOS, JACINTO, 2017).

A ESF desenvolveu-se, gradativamente, alavancando a APS no Brasil de uma maneira extraordinária em relação a vários indicadores de desempenho derivados dos atributos da APS, segundo avaliação feita pela metodologia PCATool, construída a partir dos atributos essenciais e derivados da APS, por Bárbara Starfield.

Este instrumento foi validado no Brasil em versões adulto e criança, e é aplicado através de entrevistas com os usuários. Os atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem profundamente interligados na prática assistencial, individual ou coletiva.

Segundo estudos realizados com base em dados da pesquisa nacional por amostras de domicílios no PNAB (2008), mais da metade da população brasileira refere estar cadastrada em unidades de saúde da família, sendo esse número maior em áreas rurais. Segundo esses dados da PNAB, a cobertura da ESF é maior em áreas rurais, o que pode ser justificado pela falta de acesso a outros serviços e pelas condições socioeconômicas da população do campo. Ainda segundo a literatura, a ESF teve impacto significativo em indicadores como mortalidade infantil no campo, por exemplo.

Segundo Santos e Jacinto (2017), o PSF tem um impacto sobre a saúde das crianças da área rural, no Brasil, estatisticamente significativo e de magnitude elevada. Contudo, esse impacto está concentrado nas regiões Norte e Nordeste.

Percebe-se que os PSF/ESF vêm sendo um programa importante para levar serviços de saúde incluindo serviços médicos para a população do campo. O Programa Mais médicos é uma das estratégias que se tornou eficaz para enfrentar a falta de médicos nos pequenos municípios, zonas rurais e remotas, diminuindo as

iniquidades em saúde e intervindo também na nova forma de formação profissional, em tema que será abordado com mais detalhes posteriormente.

2.3 O ENSINO MÉDICO NO ÂMBITO RURAL

Por conta das dificuldades de atrair e reter profissionais médicos em áreas rurais, alguns países do mundo têm adotado algumas estratégias com o objetivo de solucionar este problema. Como exemplo, destaca-se que a Austrália adotou a estratégia de financiamento de escolas médicas rurais. Uma revisão sistemática de 2018 das características e resultados dos programas rurais de graduação em medicina da Austrália apontou que os programas estão moderadamente associados a uma maior oferta de médicos em início de carreira (BAILEY; PIT, 2020).

Reconhecendo estes desafios, em 2019 a Administração de Recursos e Serviços de Saúde financiou 27 hospitais rurais, escolas de medicina osteopática e alopática e pontos do Serviço de Saúde Indiano, com intuito de desenvolver programas de educação médica de pós-graduações rurais por meio do Programa de Planejamento e Desenvolvimento de Residência Rural. O modelo de roteiro para o Desenvolvimento do Programa de Residência Rural delineou o programa em cinco fases progressivas do estágio, (*Stage 1: Exploration, Stage 2: Design, Stage 3: Development, Stage 4: Start-up, Stage 5: Maintenance*) a partir do interesse inicial e “a necessidade reconhecida de um programa de educação médica para atender às necessidades locais de saúde, até a implementação de um programa funcional, credenciado e financeiramente sustentável” (HAWES et al., 2020, p.39 - tradução nossa).

A formação dos profissionais de saúde, especialmente do profissional médico, vem experimentando transformações nas últimas três décadas na América Latina. No Brasil, percebe-se adversidades diretamente ligadas às estratégias de ensino e na adequação desses profissionais à realidade dos sistemas de saúde. A necessidade de mudança tem sido reconhecida nos últimos anos, enfocando, principalmente, a graduação médica quando realizada em integração entre os centros formadores e os serviços de saúde (SPINELLI, 2008).

Esta renovação visa mudar o perfil de formação dos profissionais de saúde, com o objetivo de ajudar a resolver a lacuna deixada na resolução dos problemas de

saúde e sofrimento das pessoas pelo atual modelo de formação Flexneriano, que centra o cuidado em nível hospitalar, com ênfase apenas na dimensão biológica do ser humano, sendo insuficiente no cuidado integral.

Essas propostas de modernização do processo de ensino abrangem tanto o processo de trabalho como o de gestão e formação dos recursos humanos da área da saúde. A proposta de integração entre as universidades e os serviços de saúde surge com o intuito de equilibrar a qualidade e quantidade de profissionais que deveriam ser formados e de integrar o ensino médico a diversas instâncias dos serviços de saúde (SPINELLI, 2008).

Segundo Targa *et al.* (2021), a OMS recomenda abordagens múltiplas às nações que enfrentam dificuldades no recrutamento e retenção de profissionais de saúde para áreas rurais. Dentro dessa abordagem, são citados os fatores relacionados à formação profissional como importantes indutores de uma melhor distribuição posterior dos profissionais. Evidências internacionais acumulam-se reforçando esta recomendação.

Recursos humanos na área médica tornam-se fundamentais para que qualquer sistema de saúde seja próspero. A formação de médicos capacitados e motivados para trabalhar na zona rural e a distribuição equitativa desses profissionais correlaciona-se com a melhora nos indicadores de saúde e qualidade de vida dessas populações (SHANKAR, 2018).

Nos EUA, onde as escolas de Medicina são financiadas majormente pelo setor privado, o financiamento do governo para os departamentos de Medicina de família e comunidade está associado ao aumento da força de trabalho médico na atenção primária e maior acesso à saúde para pessoas que moram em áreas rurais e carentes (SHANKAR, 2018).

As experiências de interiorização na formação médica são parte importante, embora ainda estejam longe de ser comuns nos currículos médicos brasileiros.

Os estágios integrados longitudinais vêm sendo implementados como um modelo educacional para treinamento clínico em todo o mundo. Em um modelo comum de estágio, os alunos são colocados em pequenas comunidades rurais durante seu ano clínico principal, onde têm o acompanhamento de um preceptor de práticas de cuidado integral dos pacientes desses territórios ao longo do tempo. Por meio dessa experiência ampliada e integrada, aprendem a maioria das competências

clínicas essenciais do ano em várias disciplinas simultaneamente (CUNCIC *et al.*, 2018).

No Brasil, diversas ações se sucederam no intuito de transformar o modelo pedagógico do ensino médico. Têm papel fundamental nesse processo de mudança as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), publicadas em 2001, que criaram as possibilidades para a emergência de novas metodologias e novos cenários de ensino e aprendizagem. No decorrer desse processo, as experiências de internato rural, que já estavam em curso em algumas universidades, como a Universidade Federal de Minas Gerais e a Universidade Federal do Amazonas, encontraram campo fértil para seu desenvolvimento e fortalecimento. Em 2014, novas DCNs foram publicadas, garantindo pelo menos 30% do internato em atenção primária à saúde (APS) e na rede de urgências e emergências, com prioridade para o primeiro. As novas DCNs continuam e reforçam as bases político-pedagógicas para o internato rural (SILVEIRA, PINHEIRO, 2017).

A implantação do internato rural é considerada um avanço nos currículos dos cursos da Amazônia, representando um dos aspectos que privilegiam o olhar regional para a formação em Medicina. Existem três movimentos que influenciaram e convergiram na construção e no desenvolvimento dessa experiência, que é uma realidade atual em diversas escolas médicas da região, mas que não é livre de desafios para sua consolidação e seu fortalecimento. O primeiro é o Projeto Rondon, uma das experiências pioneiras da extensão universitária no Brasil, realizada nas décadas de 1970 e 1980, com especial inserção na região Amazônica, com o objetivo principal de integrá-la e protegê-la, o que diz muito a respeito do contexto ideológico vigente nas instâncias governamentais na época da ditadura militar. O segundo é o internato rural da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), iniciado em 1978, uma das experiências pioneiras na interiorização da graduação no Brasil. Pelo reconhecimento de seu sucesso, influenciou a implantação de estágios curriculares de graduação fora da sede das universidades em diversos cursos de Medicina no país. O terceiro é o Projeto Saúde Alegria, sendo uma influência mais recente realizada nas décadas de 1990 e 2000, principalmente por sua característica de trabalhar para desenvolver a tecnologia da atenção à saúde em unidades fluviais (SILVEIRA, PINHEIRO, 2017).

O Internato Rural do curso de graduação em Medicina da UFMG surgiu na proeminência de um longo processo de mudança pelo qual está passando a educação médica no país. A Integração Docente-Assistencial ou Ensino-Serviço, tem-se tornado a grande bandeira com a qual os novos educadores médicos têm se preocupado. O currículo da Faculdade de Medicina da UFMG pode ser visto como algo de grande expressão dessa nova proposta e o Internato Rural é apontado como a “ponta de lança” de tal currículo (ALVES, 1998).

Fica claro que a interiorização da universidade e a chegada nas áreas rurais e remotas desassistidas podem melhorar a integração ensino serviço na APS e contribuir para ampliar o espectro de competências e habilidades dos profissionais, resolver o embaraço crítico da falta de profissionais de saúde nestes locais e dar acesso de maneira mais equânime para a população do campo e da cidade.

A formação de profissionais de saúde vem passando por mudanças nos últimos anos no Brasil e América Latina, no sentido de auxiliar aqueles que não estão conseguindo resolver oportunamente as demandas das populações assistidas.

2.4 CURSO DE MEDICINA DA UFPR CAMPUS TOLEDO

Com o Programa Mais Médicos, teve-se a criação e interiorização de novos cursos de medicina, com diretrizes curriculares integradas ao SUS e objetivo de ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do sistema único de saúde, além de fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço.

O Programa Mais Médicos:

O Programa Mais Médicos foi criado pela Lei nº 12.871, de 22/10/2013 e elegeu três frentes estratégicas: 1) mais vagas e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; 2) investimentos na construção de Unidades Básicas de Saúde; 3) provimento de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de vulnerabilidade. A última possui caráter de curto prazo para atender o problema imediato de carência de médicos, enquanto se aguardam os efeitos das medidas estruturantes. A provisão de médicos tem recebido maior visibilidade pública que as demais, suscitando mais controvérsias (SANTOS *et al.*, 2015, p.139).

O Programa Mais Médicos intermediou a qualificação profissional, com abertura de novas vagas em Cursos de Medicina, com base nas novas Diretrizes

Curriculares Nacionais, as quais mudam o peso das disciplinas e preveem a inserção precoce do estudante de medicina nos serviços públicos de saúde. Segundo a Lei, estes cursos serão localizados de acordo com o vazio de médicos no território nacional, em municípios nos quais haja redes de atenção à saúde do SUS adequadas para a oferta do curso de Medicina, incluindo: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (SANTOS *et al.*, 2015).

Neste contexto, o Conselho Universitário da Universidade Federal do Paraná (UFPR) em 18 de dezembro de 2014, por meio da RESOLUÇÃO Nº 26/14-COUN, aprova a criação do Campus Toledo para a implantação do Curso de Medicina e demais cursos da área da saúde da Universidade Federal do Paraná, com o apoio da Prefeitura Municipal de Toledo. Em 9 de abril de 2015, cria-se o curso de Medicina, com a Resolução nº 04/15-COUN.

Assim sendo, em 21 de março de 2016, iniciam-se as atividades e a aula inaugural do curso de Medicina da UFPR no novo Campus da UFPR, em Toledo.

3 METODOLOGIA

O estudo parte da hipótese de que existem muitos fatores que caracterizam e diferenciam o processo de integração ensino-serviço no âmbito rural do urbano e precisam ser melhor compreendidos para que essa integração possa melhorar, tornando o processo satisfatório para todos os atores envolvidos no processo.

À pesquisa, interessa a experiência de atendimento pelo ângulo participante, isto é, os significados que eles atribuem a essa experiência. Por esse motivo, uma entrevista aberta pareceu ser a melhor maneira de alcançar esses conteúdos, pois abre espaço para o sistema de referência do entrevistado (FLICK, 2008).

A definição dos participantes foi feita de maneira intencional pelo pesquisador, para um profissional de cada categoria da equipe mínima, única existente na ESF (enfermeira, técnica de enfermagem e acs). O convite foi feito pessoalmente para os profissionais da equipe, aos que aceitarem participar foi apresentado o TCLE e uma data e local foram agendadas para a entrevista, em sala disponível na própria UBS. Antes da entrevista, foi coletada a assinatura no TCLE.

Os participantes foram previamente esclarecidos sobre o estudo, que o mesmo faz parte de uma pesquisa maior, intitulada: “A Integração Ensino Serviço na Implantação dos Cursos de Medicina no PR”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR sob o número: CAAE: 25274819.9.0000.0102. Assim como lhes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual depois de lido foi assinado, pelos convidados que aceitaram participar, apenas um usuário do serviço de saúde convidada não demonstrou interesse em participar. O participante teve a opção de desistir, em qualquer momento, se desejasse ou se sentisse desconfortável.

A entrevista foi gravada em aplicativo de celular e não se prolongou por mais de 40 minutos. Além disso, foi realizada apenas uma entrevista por dia para não prejudicar o andamento do serviço. Foram convidados também seis estudantes do nono período do curso de Medicina que fizeram estágio na ESF e todos aceitaram participar. Para evitar que se sentissem constrangidos ou pressionados a participar, foram convidados apenas estudantes que já tinham concluído o estágio na ESF. O convite foi feito via *WhatsApp*. Foi apresentado o TCLE e data e horário para a realização da entrevista foram agendadas, via plataforma TEAMS. Os TCLEs foram

assinados em formato de assinatura digital pelos estudantes. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, foi feita a transcrição e análise. Cada estudante indicou um usuário que tenha atendido na ESF para participar da pesquisa e, posteriormente, este foi convidado via telefone ou pessoalmente. Então foi apresentado ao participante o TCLE e agendado a data e horário da entrevista que foi realizada na ESF, em sala com mesa e cadeira disponível. A entrevista foi gravada no aplicativo de celular e, posteriormente, feita a transcrição e análise.

Foram feitas perguntas a partir de um roteiro de seis questões para os profissionais de saúde (Anexo 2), com o objetivo de extrair a percepção sobre a experiência vivenciada. Um roteiro de cinco perguntas também foi realizado para os usuários (Anexo 3) do serviço selecionados para o estudo, com o objetivo de conhecer a experiência deles. Por fim, foi elaborado roteiro de seis questões para orientar as entrevistas dos estudantes (Anexo 4). O roteiro das questões foram semelhantes, buscando entender o cotidiano na UBS e a relação entre estagiários, trabalhadores e usuários e a percepção sobre o estágio.

Os entrevistados foram identificados com letras (P=Profissional, E=Estudante, U=Usuário) e números, não correspondendo à sequência das entrevistas, com o objetivo de manter o sigilo dos participantes.

Após a transcrição dos dados, foi feito o processo de leitura inicial superficial e detalhado de acordo com a dinâmica hermenêutica, com postura interpretativa que se sustenta na busca da compreensão do texto. Em sequência, foi realizado o processo de transformação dos textos em narrativas, no quais se manteve o sentido das falas dos participantes. Foram eliminados os vícios de linguagem e trechos inespecíficos e uma grade de análise foi criada para agrupar os relatos semelhantes, organizando o material em núcleos argumentativos e esses em categorias.

Foram identificadas três categorias a partir dos principais temas abordados nas entrevistas.

Categoria 1: “A *experiência* de trabalhar e estagiar em ESF rural” (profissionais e estudantes).

Categoria 2: “As *relações* na equipe durante o estágio” (profissionais e estudantes).

Categoria 3: “As *percepções* dos usuários sobre os estudantes e sobre a ESF”.

A análise dos dados usou o referencial da Hermenêutica de Paul Ricoeur, que leva em consideração a relevância das relações entre a narração e o tempo vivido; entre a consciência e a experiência. Partindo do pressuposto que “toda história é narrativa” e que, por isso, não podemos dissociar o fato do contexto do narrador, sua biografia, seu tempo político (RICOEUR 2013, p.102).

Em seus escritos sobre Hermenêutica, Paul Ricoeur aponta questões teóricas importantes para a interpretação dos textos; no caso deste trabalho pertinente, tanto para o texto transcrito das entrevistas como para o texto da dissertação. Levanta-se a partir do referencial teórico - algumas perguntas: É possível acessar propriamente a experiência vivida por um sujeito? Quando a narração da experiência vivida se aproxima da experiência?

Segundo Ramberg e Gjesdak (2005), o termo “hermenêutica” se refere tanto à arte quanto à teoria de compreender e interpretar expressões linguísticas e não-linguísticas. Partindo desse preceito buscou-se a partir das entrevistas compreender e interpretar as experiências vivenciadas pelos envolvidos no processo. Foi um grande desafio fazer a análise das transcrições e interpretar as expressões linguísticas e não linguísticas, primeiramente porque o pesquisador está diretamente envolvido no processo de pesquisa. Mas também porque realmente é dificultoso interpretar e narrar com linguagem compreensível as experiências vividas pelos sujeitos envolvidos no processo e porque o pesquisador não tinha ainda o domínio integral do método qualitativo de pesquisa.

Após o término da pesquisa, os materiais das gravações em vídeo, áudio, TCLE e material transcrito foram guardados em arquivos protegidos no computador e arquivos pessoais do pesquisador. Todo o material foi destruído após seu uso nas análises da pesquisa, após o tempo estabelecido de guarda de cinco anos, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12.

4 RESULTADOS

A pesquisa teve a participação de um total de quinze entrevistados. Três eram profissionais de saúde na ESF Interior Oeste de Toledo; seis eram estudantes do nono período do estágio supervisionado obrigatório em Medicina de Família e Comunidade do curso de medicina da UFPR-campus-Toledo; seis eram usuários do serviço de saúde no local da pesquisa.

Os participantes da pesquisa foram apresentados da seguinte maneira:

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES				
	NÚMERO	DESIGNAÇÃO	GÊNERO	
			MASCULINO	FEMININO
ESTUDANTES	6	E (1,2,3,4,5,6)	2	4
USUÁRIOS	6	U (1,2,3,4,5,6)	2	4
PROFISSIONAIS	3	P (1,2,3)		3

FONTE: o autor (2022)

Para melhor compreensão dos dados obtidos na pesquisa, estes foram divididos por temas em três categorias:

4.1 CATEGORIA 1: “A EXPERIÊNCIA DE TRABALHAR E ESTAGIAR EM ESF RURAL” (PROFISSIONAIS E ESTUDANTES)

Alguns profissionais de saúde relataram que essa tinha sido a primeira experiência em uma unidade de saúde rural. Alguns tinham trabalhado nas unidades de saúde da cidade e a mudança para o meio rural proporcionou um trabalho diferente. Levantam como diferenças o fato de a população ser menor e que utiliza mais os serviços, com isso relatam ter mais proximidade com esta população o que aumenta a grau de satisfação no trabalho segundo eles. Outros entrevistados citam a partir

deste lugar, na UBS rural, se esforçam mais em falar uma linguagem mais simples ou adaptar as orientações e diálogos para esta população. Isto os tornam mais sensíveis à cultura local da comunidade, os fazendo escutar melhor esta população. Desta maneira, percebem que o público atendido acaba por retornar mais vezes para a unidade, mesmo que tenham plano de saúde.

[...] “a experiência em trabalhar numa UBS rural é muito boa, porque tem uma população menor, mas que utiliza muito da UBS. Mesmo a maioria que tem plano de saúde, gostam e usufruem da UBS. A gente percebe que quando o cliente volta é porque ele gosta do atendimento né, logo a gente está conseguindo fazer e levar a saúde e a prevenção para a população” (P1).

Outro aspecto abordado pelos profissionais de saúde são as dificuldades encontradas para se deslocar trabalhar na ESF rural devido à distância, mas que isso é compensado devido ao fato de a população ser acolhedora, e que a população realmente precisa do serviço. Isso faz com que os profissionais de saúde se sintam mais comprometidos com o serviço e com a saúde daquela população.

[...] “tem as suas dificuldades devido à distância, né, mais assim o pessoal é bem mais acolhedor, é eles precisam da unidade, eles vêm quando eles precisam é bem melhor do que trabalhar na cidade” (P2).

Os profissionais de saúde também relataram que o atendimento na UBS Rural é significativamente diferente da cidade porque o público é distinto e têm uma cultura enraizada, ou seja, uma cultura conservadora forte e diversa da cultura das pessoas da cidade, com quem estão acostumados a lidar. Isso é algo que promove reflexão sobre a importância da equipe conhecer e se apropriar da cultura e linguagem usada pela comunidade para poder dar um atendimento mais individualizado e diferenciado, propondo ações de saúde em parceria com a comunidade, de acordo com a realidade local.

[...] “é um público geralmente um pouco mais de idade e com uma cultura bem enraizada já, diferente, então a gente aprende muito assim, questão de respeito e de assim, entender primeiro o lado da cultura do paciente pra de repente atender ele de uma forma diferente, né, um pouco mais simples né, falar uma linguagem mais simples que ele entenda, então é muito válido nessa parte de entender mais a cultura né, da comunidade” (P3).

A percepção dos estudantes sobre o estágio na UBS Rural, segundo alguns entrevistados, foi favorável e enriquecedora devido ao acolhimento da comunidade

rural ser diferente do pessoal da cidade. Segundo eles, os usuários de saúde da UBS Rural aderem melhor às condutas médicas do que os da cidade. Os estudantes relataram e comparam essa experiência com suas experiências prévias do meio urbano, conforme observa-se nos relatos a seguir:

[...] “a população tem um acolhimento diferente do pessoal da cidade, e eles vem na gente um espelho muito grande, então a gente consegue repassar as condutas pra eles e eles segue à risca, e na cidade a gente não tem tanta adesão como numa população rural (E1).

Outros estudantes relataram que não imaginavam ter esse contato com a população rural, porque acreditavam que a Universidade buscava UBS da área urbana para o estágio. Tiveram receio no início da quantidade de atendimentos não ser suficientes, mas depois chegaram à conclusão que o fluxo menor de pacientes foi bom porque havia mais tempo para praticar as habilidades e competências como anamnese e exame físico. Relataram também que a diversidade de casos, principalmente que não costumavam ver na cidade, auxiliou expressivamente na sua formação.

[...] “eu imaginava que a faculdade buscava UBS do, da área urbana né, quando eu fiquei sabendo eu gostei da ideia, a princípio, fiquei um pouco e receoso, assim dar da quantidade de atendimentos que a gente tivesse lá, mas de certa forma por ter um fluxo um pouco menor, é, a gente conseguia também é um pouco mais de tempo para conseguir aprimorar a anamnese, aprimorar o exame físico e isso ajudou bastante também, sem falar que é, são casos assim que a gente não costumava ver, é tem patologias lá um pouco diferentes do que a gente via nos outros períodos aqui no Toledo, e isso ajudou bastante a formação também”(E4).

Outro aspecto memorado pelos estudantes durante suas entrevistas foi a grande quantidade de queixas ortopédicas atendidas na UBS, às quais os estudantes inferem que seja principalmente por causa do trabalho braçal realizado pela população. Também foi mencionado pelos estudantes que muitos agravos à saúde (como ferimentos com necessidade de sutura e crises hipertensivas) podiam ser melhor avaliados, pois a UBS passa a ser a única referência de saúde para aquela comunidade.

[...] “foi muito interessante eu acho que principalmente é pela, pela pelas queixas tinha muita queixa ortopédica né, principalmente por causa do trabalho braçal né, que os pacientes tinham éé, e também como era a única referência ali de saúde naquele, naquela vila né, quase, quase uma vila é era, era unidade então muitas coisas que iriam para UPA numa situação de cidade, acabava indo para lá, então às vezes a pessoa cortava o dedo

precisava de uma sutura ou a pressão aumentava muito, que seria um caso de se indicado para UPA, a pessoa ia para lá primeiro, para daí a gente avaliar olhar” (E5).

De maneira geral, foi expresso pelos estudantes que a experiência foi agregadora, devido ao estágio acontecer em um espaço totalmente diferente de onde estavam acostumados a frequentar nas unidades de saúde do centro e dos bairros de Toledo. Relataram também que se via uma proximidade maior com a população rural do que com a população urbana, uma realidade totalmente distinta. Foi mencionada também a distância da UPA como fator que contribuiu para isso.

Em sequência, um trecho da entrevista:

[...] “A minha experiência eu considero que foi muito é agregadora assim, porque é uma realidade totalmente diferente do que a gente estava acostumado a ver aqui nas unidades do centro de Toledo e das, dos outros dos outros bairros né, então a gente via muito mais proximidade com a população lá, é uma realidade totalmente diferente, que pela distância da UPA, enfim eu acho que acrescentou bastante assim na, na minha formação profissional” (E6).

4.2 CATEGORIA 2: “AS RELAÇÕES NA EQUIPE DURANTE O ESTÁGIO” (PROFISSIONAIS E ESTUDANTES).

A partir da pergunta disparadora “como é o trabalho com os alunos?”, os profissionais de saúde conseguiram expressar a percepção sobre o trabalho com os estudantes. Destacaram que o trabalho foi satisfatório, sendo que apenas um profissional de saúde não soube precisar esta relação, afirmando relatividade nesse quesito e que isso pode variar de pessoa para pessoa ou de acordo com o grupo de estudantes que estiverem fazendo o estágio. À seguir, uma parte do relato:

[...] “Isso varia muito, de pessoa pra pessoa, eu vejo que... grupos também né, porque tem pessoas que são mais tímidas, tem pessoas que são mais é, espontâneos, tem aqueles que não gostam muito de se misturar de conversar, então tem assim, isso varia, depende de cada pessoa” (P1).

Os demais profissionais de saúde expressaram que o trabalho é favorável porque os estagiários auxiliam a equipe no que precisam, seja para fazer triagem ou visita domiciliar, afirmam que os estagiários estão sempre à disposição para ajudar, como observa-se no relato a seguir:

[...] “Aqui é muito bom, eles fazem assim, eles auxiliam muito unidade, eles ajudam no que a gente precisar, é desde que preciso fazer uma triagem, precisa fazer uma visita domiciliar o que você precisar deles eles estão sempre a disposição pra ajudar aqui na unidade” (P2).

Também foi mencionado pelos profissionais que a relação é agradável porque os estudantes respeitam o espaço dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho, entendem o trabalho e perguntam sempre que possuem dúvidas, dão sugestões quando perguntados, dentre outras ações. Além disso, estão sempre disponíveis e dispostos a compartilhar experiências, tirando dúvidas, dando sugestões, o que foi citado como ponto positivo. Não foi mencionado nenhum ponto negativo.

[...] “É uma boa relação, eles respeitam nosso espaço, respeitam nosso trabalho, nos perguntam se tem alguma dúvida, também nos sugerem alguma coisa que a gente pergunta é, eles sempre estão disponíveis né, sempre dispostos a tirar algumas dúvidas que a gente tenha, então não tem nenhum ponto negativo” (P3).

Para conhecer as relações do ponto de vista dos estudantes de medicina, foi feita a seguinte pergunta no roteiro da entrevista: Como é a relação da equipe com você? A partir disso, os estudantes revelaram que, de maneira geral, gostaram do estágio, que foram bem recebidos pelo Médico da UBS e que o mesmo os deixou à vontade. Reiteraram que foi proporcionado um espaço adequado para os estagiários e expressaram também que gostaram da equipe de enfermagem com quem ficaram na triagem, e também com o motorista e ACS da equipe durante as visitas domiciliares. Por fim, mencionaram que toda a equipe proporcionou que os estudantes ficassem à vontade, o que facilitou para que o estágio fosse satisfatório.

Eu gostei da equipe no geral, o doutor recebeu a gente muito bem, sempre deixou a gente muito à vontade para fazer o nosso estágio lá, então eu me senti bem à vontade mesmo, gostei é, proporcionou um espaço bem legal para gente ali, gostei muito também da, da parte da enfermagem que a gente ficava na triagem mas também deixava a gente ficar a vontade, explicava o que era para ser feito né, e fazemos visitas domiciliares fizemos né, com motorista e com a ACS é, e também eles sempre deixavam a gente à vontade, eu achei bem bacana” (E2).

Outro aspecto enfatizado pelos estudantes se efetivou com a receptividade, pois expressaram que a relação foi adequada, sendo que todos da equipe foram bem receptivos e que facilitaram o contato relacional, dando abertura para que os

estudantes participassem dos serviços. Os estudantes consideram que conseguiram participar de muitas atividades, desde as reuniões de equipe até outras atividades na UBS. Por fim, salientaram que se sentiram parte da equipe no período do estágio que estiveram na UBS.

[...] “eles foram muito bem receptivos, ah, deram muita abertura para que a gente participasse dos serviços, a gente conseguiu fazer é, é na medida do possível do que tinha de serviços né, a gente conseguiu participar em muita coisa, ahh, todos muito bem receptivos, acho que essa foi ah, a palavra chave, assim, receptividade da do pessoal da unidade, a relação com a equipe foi muito boa, a gente pode participar das reuniões e discutir junto com a equipe a gente assim, eu diria que se sentiu parte mesmo da equipe da unidade enquanto esteve lá, foi muito bom essa experiência, em relação a isso” (E3).

Os estudantes expressaram que conseguiram criar vínculo com a equipe e principalmente com a ACS, que também tinha um forte ligação com toda a comunidade, por ser a única ACS da equipe para a comunidade, o que facilitou o estreitamento relacional e laboral. Relataram que a relação foi satisfatória com toda a equipe e que se sentiram aceitos por todos os integrantes da equipe, com elevada aprendizagem.

A relação da equipe foi maravilhosa né, pessoal super aceitou a gente lá, foi todo mundo muito educado a gente realmente conseguiu criar vínculo muito fácil com a equipe principalmente com ACS né, que era uma só, então assim diferente de outras unidades que às vezes tem cinco, seis ACS, lá era uma ACS só, que atende a toda a população, então ela acabou ficando muito próxima da gente ela era muito próxima de todos os pacientes que chegavam lá também, à enfermeira também super aceitou a gente lá as técnicas, o próprio doutor né, aceitou muito bem a gente lá a gente aprendeu bastante então assim eu, eu acredito que a equipe tenha recebido a gente muito bem” (E6).

4.3 CATEGORIA 3: “AS PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE OS ESTUDANTES E SOBRE A ESF”.

Na experiência subjetiva dos usuários sobre esses atendimentos com os estudantes, surgem diversos sentimentos relatados pelos participantes como apresentados a seguir. Esses relatos apareceram em resposta à pergunta: Como foi a sua experiência de ter sido atendido por estudantes de Medicina? Sobre essa experiência, os usuários relataram, de maneira breve, que foi adequada, e citaram

alguns elogios como ser bem atendidos, muito atenciosos, esclarecedores e tempo adequado de atendimento. Em seguida, verifica-se a transcrição de algumas falas dos entrevistados:

“Faz algum tempo já que eu venho aqui na UBS para ser atendido aqui, e sempre é eu sou atendida por é estagiários, e eu não tenho nenhuma reclamação e sempre fui muito bem atendida” (U1).

“Ótima a minha experiência, eu gostei muito, eu acho assim que estamos no caminho certo né, pois aqui na nossa comunidade a gente precisa muito e aqui nessa comunidade a gente é muito bem atendido”(U6).

Além de elogios, também foram feitas sugestões para os estudantes, conforme destaca-se no seguinte relato:

“São bem atenciosos assim com a gente, bem educados né, com os outros, a, só achei que eles poderiam ir um pouco mais fundo assim ao perguntarem, fazer mais pergunta né” (U5).

Quando foi perguntado aos usuários de que forma os estudantes poderiam melhorar na prestação de serviço à comunidade que se beneficia da UBS, alguns consideraram que o trabalho dos estudantes prestados na UBS é bom ou ótimo e não souberam dizer o que pode ser melhorado, afirmando que estão satisfeitos com o serviço dos estudantes. Apenas um usuário sugeriu que os estudantes deveriam fazer mais perguntas aos pacientes quando por eles atendidos.

[...] “já fui atendida tanto aqui como na cidade por estagiários e o atendimento é muito, eu acho muito bom, eles, eles pedem mesmo, eles pesquisa o que você está sentindo, eu acho bem interessante, pode ser que tenha uma forma de melhorar, só que agora no momento assim eu não, não sei dizer qual, mas com o tempo” (U1).

[...] particularmente eu achei para mim, eles estavam muito bons, eu não sei qual como é a função dos estagiários no geral, mas os atendimentos aqui em Concórdia eu achei muito bons, todos que me atenderam foram excelentes” (U3).

[...] “da forma que eles me atendeu, a atenção, eu não vejo outra, outro meio de deles melhorar, para mim está bom, está ótimo” (U4).

[...] “perguntando mais né, sobre os sintomas que a gente tem, eles ficam um pouco mais calado né, minha observação é isso” (U5).

Ao perguntar para os usuários sobre uma breve avaliação de comparação entre o atendimento da UBS na comunidade rural e o atendimento da UBS na cidade, alguns afirmaram que o atendimento na zona rural é melhor que o atendimento na zona

urbana, expressando diversos fatores como: mais atenção nas consultas, proximidade do domicílio, agilidade, praticidade e rapidez no atendimento, conforto, dentre outros. Apenas dois entrevistados não puderam opinar com precisão, pois os mesmos alegaram nunca terem tido experiência no atendimento que não fosse dentro da comunidade rural. Outros usuários expressaram que a receptividade na UBS rural é melhor, que o tempo de espera para consulta na cidade é maior que na UBS rural. Segundo os usuários, há maior atenção no local e, por isso, se sentem mais à vontade para falar e para confirmar o atendimento qualitativo.

A seguir as frases dos entrevistados sobre esse tema:

“A experiência da rural é muito melhor, porque para começar porque é pertinho de casa né, e é depois, não porque é o doutor Camilo, mas depois que ele veio aqui em Concórdia nossa, veio os estagiários então ficou, ficou muito melhor e muito melhor em todos os sentidos né” (U2).

“Eu só fui atendida aqui, eu só tenho elogios para essa unidade, mas por experiência em levar outra outras pessoas para a unidade na cidade, são bem mais demorados no atendimento e não tem a receptividade que tem aqui na zona rural” (U3).

“Ah, o que eu percebo assim o atendimento na área rural é bem mais, mais rápido mais, mais tranquilo mas, mais rápido, eee, é uma atenção melhor” (U4).

5 DISCUSSÃO

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde, com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores. Nesse contexto, visa-se a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, assim como a qualidade da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ZARPELON, TERRENCIO & BATISTA, 2018).

A integração ensino-serviço-comunidade é um dos elementos que estimula, no Brasil, o movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde. Entende-se como um trabalho coletivo que integra alunos, professores e equipes dos serviços de saúde e visa a construção da sincronia entre a qualidade da assistência prestada aos usuários, a excelência da formação dos profissionais e o desenvolvimento dos serviços e trabalhadores (ALBUQUERQUE et al., 2008).

A integração ensino-serviço é fortalecida por novos conceitos e valores como responsabilidade social e interprofissionalidade, que podem contribuir para aumentar a capacidade dos profissionais de refletir criticamente sobre o contexto atual. Portanto, tem grande potencial na formação de futuros profissionais, trabalhadores, gestores dos serviços (BOLLELA, GERMANI & AMARAL, 2014).

O estágio supervisionado em Medicina de família e Comunidade em Toledo ocorre em quatro unidades de saúde. O pré-requisito para o estágio acontecer nessas unidades é que sejam Estratégias de saúde da Família (ESFs). Estas ESFs têm suas práticas ancorada no trabalho em equipe e foco na integralidade do cuidado, trabalhando de maneira interdisciplinar, o que permite melhores resultados das ações em saúde na comunidade. Assim, os estudantes (grupos de 4) integram as equipes das ESF do município de forma longitudinal durante um período de 10 semanas. Nas entrevistas, foi possível perceber que os profissionais das equipes que tem estagiários consideram os estudantes parte da equipe.

Foi realizado um estudo intitulado: “Integração Ensino Serviço na Implantação de cursos de Medicina no PR”, que abordou a integração ensino serviço nas ESFs urbanas que tem o estágio em Toledo. Esse trabalho visou abordar essa integração, mas com foco na área rural. Nos relatos dos estudantes que fizeram o estágio na ESF

Interior Oeste, observamos algumas características da população do campo, como por exemplo, ser uma população mais receptiva, acolhedora, o que facilitou o vínculo com a equipe. A importância desse trabalho interprofissional ficou caracterizada com os estudantes expressando nas entrevistas sentirem-se parte da equipe, o que pode ter ocorrido porque as equipes rurais são menores e isso predispõe a uma melhor integração da equipe e um vínculo maior com a comunidade.

Aspectos históricos das relações entre instituições de ensino e serviços de saúde começaram a ser destacados nas décadas de 1970 e 1980 e assumiram diferentes modelos, diretrizes e configurações teóricas, desde a simples utilização dos serviços de saúde como espaços de prática até tentativas de reorganização da educação sob o perspectiva de um novo modelo de atendimento (TEÓFILO, 2015).

A Organização Mundial da Saúde, ao longo das últimas décadas, vem dando destaque à injustiça social como grande causa para as desigualdades que interferem direta e indiretamente nas condições de saúde e doença das populações em esfera global. Logo, abarcar as determinações sociais da saúde e da vida se configura como um importante desafio na formulação de políticas sociais para o enfrentamento das desigualdades, com repercussões importantes quando se trata da territorialização e integralização da atenção em saúde (OMS, 2015).

Os fatores que condicionam as iniquidades em saúde e as necessidades dos grupos afetados pela pobreza e desvantagem social não podem ser desconsiderados na atualidade (RODRIGUES, 2018). As condições de vida, presença, qualidade e acessibilidade aos serviços e ações de saúde pública, aos recursos comunitários, bem como o grau de integração e suporte social presente em uma comunidade, gênero, raça e etnia, dentre outros fatores, fazem parte de uma equação delicada que condiciona as disparidades observadas no processo saúde-doença-cuidado, aspectos que, ademais, se articulam de forma diferenciada nos contextos urbanos e rurais (DANTAS et al., 2020).

Nesse sentido, a população rural acaba ficando novamente em desvantagem porque poucas universidades no Brasil têm, em seus currículos, estágios com foco nas populações rurais. As justificativas para isso são diversas, passando por que as áreas são de difícil acesso, falta de estrutura física, falta de recursos humanos, equipes incompletas, profissionais pouco treinados para trabalhar com essas populações e estudantes pouco motivados para estagiar nesses territórios, conforme

foi expressado nas entrevistas da presente pesquisa. Nesse estudo, verificamos que a interiorização dos cursos de medicina a partir da Lei do Programa Mais médicos, contribuiu para levar o estágio para a zona rural, e assistir a essas populações que historicamente são desassistidas. Mesmo que o curso de medicina da UFPR Campus Toledo não tenha em seu currículo regular estágio rural, o estágio rural aconteceu devido ao preceptor estar lotado numa UBS Rural.

Dantas *et al.* (2020) ainda afirmam que estruturar uma política de saúde para as populações rurais significa reconhecer a presença de profundas desigualdades sociais e iniquidades em saúde, bem como a distribuição desigual da riqueza, com amplos setores de sua população vivendo em condições que não lhes permitem o acesso a bens essenciais à sua saúde. A pobreza, nestes contextos rurais, se manifesta na falta de emprego, falta de projetos e assistência técnica no campo, de moradia digna, de alimentação adequada, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde, de educação e de mecanismos de participação popular na construção das políticas públicas. Manifesta-se também na ausência de resolução de conflitos, o que agrava mais ainda a violência no campo, assim como na precariedade de relações ambientais sustentáveis (SAVASSI *et al.*, 2018).

Ainda que a área rural correspondente à ESF Interior Oeste, onde aconteceu a pesquisa, seja uma área formada por comunidades com boas situações socioeconômicas (em maioria), e de fácil acesso à cidade, existem muitas características que limitam o acesso à saúde para essas comunidades. Essas regiões estão expostas a situações adversas que afetam a saúde e as diferenciam de comunidades urbanas.

Tais condições insalubres demandam investimento na saúde dos trabalhadores rurais, tendo em vista que são vulneráveis aos processos de trabalhos particulares a que estão submetidos, expostos a diversos fatores de risco de natureza física (acidentes), química (exposição a agrotóxicos, minerais ou metais pesados), biológica (dores osteomusculares, parasitoses), mecânica e ergonômica (LER/Dort) e psicossocial (transtornos mentais e dependência química) (DANTAS *et al.* 2020).

Como estratégia para superar essa situação, regular a relação entre universidades e gestores do SUS e fomentar processos de mudanças sustentáveis, foram instituídas, em 2015, diretrizes para a celebração de Contratos Organizacionais de Ação Pública Educação-Saúde (COAPES) (MS, 2015). As políticas, alcançadas

a partir da análise de seus pontos fortes e fracos, ressaltam o papel do professor como ator capaz de implementar inovações e mudanças na formação universitária. Complementarmente, apontam para a necessidade de ações que possam desenvolver os professores para que possam enfrentar os desafios relacionados à reorientação da formação profissional na área da saúde (CYRINO et al., 2015).

A lei do programa Mais médicos teve três eixos principais e um desses eixos se colocava nas ações voltadas para estruturar as Unidades básicas de saúde, de modo que propiciasse uma melhor integração ensino-serviço. Vale lembrar que as unidades de saúde, em geral, e particularmente as rurais, carecem de estruturas adequadas. Com o programa Mais Médicos, havia recursos destinados para investir nessa adequação. Ademais, isso já não está mais entre os pontos elencados no “Novo Programa Médicos pelo Brasil”, que veio para substituir o Mais Médicos.

A interiorização dos cursos de medicina a partir da lei do Programa Mais Médicos pode auxiliar nas rupturas desse paradigma. Mas, como visto nas entrevistas, existem muitas incertezas, medos e até mesmo preconceito por parte dos estudantes e profissionais de saúde sobre a população do campo. Em suma, é necessário incluir a população do campo no processo de integração ensino serviço, seja em estágios durante a graduação ou pós-graduação, as IES deveriam colocar em seus currículos estágios nessas áreas, com essas populações pouco assistidas. Assim seria possível romper o ciclo vicioso que inicia com pouco interesse dos estudantes por estagiar e conhecer essas populações e como se dá o processo saúde-doença,. Do contrário, essas populações que são expressivas continuarão desassistidas ou sendo assistidas por profissionais que não possuem o conjunto de habilidades e competências necessárias para proporcionar ações e serviços de saúde de qualidade.

A integração entre ensino e serviço proporciona melhor capacitação do docente, do estudante e do profissional do serviço de saúde. Por conseguinte, garante ações e serviços de qualidade à população, seja ela rural ou urbana, por meio da reorientação da atenção básica e do modelo de atenção à saúde vigente no sistema nacional de saúde. Esta integração também contribui para fortalecer a formação capacitada do estudante para atuar nos diferentes cenários de atenção à saúde, incrementar o processo de capacitação do profissional em serviço, assim como promover o trabalho multiprofissional em todos os níveis do sistema (VIEIRA et al., 2016).

A diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem aproxima os estudantes da vida cotidiana das pessoas e contribui para o desenvolvimento de olhares acadêmicos críticos e voltados para os problemas reais da população. Tal fato não é uma exclusividade das escolas médicas brasileiras. Os formandos em Medicina da Universidade do Chile relatam que sua experiência em Internato de quatro semanas em uma comunidade rural constitui uma oportunidade de desenvolver uma medicina mais reflexiva e mais próxima das pessoas. A realidade social observada por um ângulo de visão mais amplo dos problemas de saúde que os pacientes possuem é um campo fértil para formar o “médico integral” (RUIZ, 2010).

Por tudo isso, o cenário rural e a população do campo não podem ser esquecidos nos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação da saúde, mesmo com todos os “nós” críticos existentes para que estágios aconteçam nesses cenários, essas populações têm direito a atenção à saúde de forma equitativa, integral e de qualidade como todos os brasileiros e brasileiras. Uma excelente oportunidade para quebrar esse ciclo vicioso de falta de motivação, habilidades e conhecimentos insuficientes dos profissionais da saúde para lidar com a população do campo seria ter em todos os currículos dos cursos da área da saúde estágio nos cenários rurais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dissertar sobre essa experiência de integração ensino serviço em uma ESF rural em Toledo foi uma oportunidade única, extraordinária e desafiante. O estágio não aconteceu de maneira planejada e foi ofertado aos alunos do curso de medicina da UFPR Campus Toledo como parte integrante do currículo do curso. O estágio aconteceu por acaso, devido ao preceptor selecionado pela IES estar lotado na ESF rural. Espero que essa pesquisa sirva como estímulo para a universidade inserir no currículo do curso de medicina o estágio rural como opção para seus estudantes, já que, como vimos na pesquisa, as características da população do campo, bem como suas formas de viver e adoecer, são diferentes da população da cidade.

Os principais nós críticos para o atendimento da população do campo foram o difícil acesso devido à distância das comunidades da cidade, tanto para os profissionais chegarem até a população nos pontos de atendimentos ou nas residências através das visitas domiciliares, assim como para a população ir até os serviços de saúde, também são para o estágio rural. Além disso, destaca-se equipes menores e sem apoio de equipes multiprofissionais, as estruturas dos serviços de saúde inadequadas. Também observa-se as condições e agravos a saúde peculiares, que são diferentes da população urbana com a que os profissionais de saúde estão habituados a trabalhar. Por outro lado, o vínculo na equipe e com a população, o acolhimento e receptividade, foram mencionados como os principais pontos positivos.

Os profissionais de saúde precisam conhecer e saber lidar com os agravos à saúde dessas populações, necessidade que foi identificada pelos próprios estudantes durante as entrevistas, relatando que seria importante que todos os estudantes tivessem essa oportunidade de conhecer a realidade da população do campo. Para que isso aconteça e que estudantes tenham oportunidade de fazer estágio nesse cenário, que é um excelente campo de estágio, é importante que haja oportunidade para os futuros profissionais médicos ampliar a gama de conhecimentos, habilidades e estar aptos para atender essas populações que são desprovidas de serviços e profissionais de saúde qualificados para atendê-los, e são parte considerável da população brasileira.

A superação dos obstáculos passa pela disposição de estabelecer um diálogo e ampliação das ações, tanto das instituições de ensino superior (IES) quanto dos

serviços de saúde que serão campo de estágio. Estratégias bem-sucedidas envolvem a conscientização do gestor, a celebração de parcerias formais entre a IES e o serviço e promoção da participação de representantes das instituições envolvidas (professores, estudantes, gestores, profissionais, usuários) em entidades de controle social, como o Conselho Local de Saúde.

No entanto, há desafios que ainda precisam ser enfrentados quando se trata de compartilhar objetivos e fortalecer relações baseadas no diálogo, principalmente na ação de servir as populações menos favorecidas, como ocorre com as comunidades rurais no Brasil. Quando a universidade se aproxima do sistema de saúde, se aproxima também da população. Isso contribui para mudar o paradigma de isolamento e a distinção entre as atividades denominadas ensino e serviço. Cumprem de maneira mais eficaz seu papel social na formação de profissionais mais humanos e com habilidades e competências para atuar em todos os cenários que poderão estar inseridos durante o exercício da profissão. Notou-se que a percepção inadequada que os estudantes de medicina tinham antes do estágio se modificou após as dez semanas de estágio rural, fato considerado como um dos achados mais importantes dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev Bras Educ Méd**. 2018;32(3):356-62.

ALVES, A. L. Breve Resumo Histórico do Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG. **Rev. bras. educ. méd**, v. 22, n.1, p. 54–58. 1998.

BAILEY, J; PIT, S. Medical students on long-term rural clinical placements and their perceptions of urban and rural internships: A qualitative study. **BMC Medical Education**, v. 20, n. 1, p. 1–8. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02103-7>. Acesso em: 12 Jul.2021.

BATISTA, M. Hermenêutica filosófica e o debate Gadamer-Habermas. **Revista Crítica e Sociedade**, v. 2, n. 1, p. 101–118. 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/criticasociedade/article/download/15000/9769>. Acesso em: 12 Jul.2021.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012.

BOLLELA V.R.; GERMANI A. C. C. G.; AMARAL, E. Educação baseada na comunidade para as profissoes da saude: a experiencia brasileira. In: BOLLELA V.R. et al. (Org.). Educação baseada na comunidade para as profissoes da saude: atualizando com a experiencia brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2014. pág. 3-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 12 Jul.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015**. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca**. Relatório Final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2004.

CAMPBELL, D. G.; MCGRAIL, M. R.; SULLIVAN, B.; RUSSELL, D. J. Outcomes of a 1-year longitudinal integrated medical clerkship in small rural Victorian communities. **Rural Remote Health**, v. 19, n. 2, p. 4987, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.22605/RRH4987>. Acesso em: 12 Jul. 2021.

CUNCIC, C.; REGEHR, G.; FROST, H.; BATES, J. It's all about relationships: A qualitative study of family physicians; teaching experiences in rural longitudinal clerkships. **Perspect Med Educ**, 7(2), 100–109. Disponível em:

<https://dx.doi.org/10.1007/s40037-018-0416-y>. Acesso em: 12 Jul.2021.

CYRINO E. G. et al. Há pesquisa de ensino na saúde no Brasil? **ABCS Saúde Sci.**; n. 40, v.3, 2015, pp. 146-55.

DANTAS, M. B. et al. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais. **Athenea digital**, v. 20, n. 1, 2020.

DE LIMA, A. P. et al. Atenção Domiciliar em saúde bucal: experiência de integração ensino-serviço-comunidade em centro de saúde da família. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 1, 2019.

DE-CARLI, A. D. et al. Integração ensino-serviço-comunidade, metodologias ativas e Sistema Único de Saúde: percepções de estudantes de Odontologia. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 476-483, 2019.

FARIA, L. et al. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1257-1266, 2018.

FRENK, J. et al . Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world . **Rev Peru Med Exp Salud Publica** . n. 28, v.2, pp. 337 – 41, 2011.

GRDEN, C. R. L. et al. Atuação da residência multidisciplinar em saúde do idoso em uma comunidade rural. **Revista Conexão UEPG**, v. 15, n. 2, p. 187-192, 2019.

HAWES, E. *et al.* A Roadmap to Rural Residency Program Development. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 12, n. 4, p. 384–387. 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-19-00932>. Acesso em: 12 Jul.2021.

IBGE. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação.** 2017. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>0Ahttp://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm. Acesso em: 12 Jul. 2021.

LUZ, M. C.; BALDANI, M. H.; SILVA JUNIOR, M. F. Integração ensino-serviço-comunidade no curso de odontologia: experiências exitosas entre o município e a universidade. **Archives of health investigation**, n.35, v. 7, 2018.

MEDEIROS, M. C. B. O. **Proposta de criação de estágio em medicina rural no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de uma instituição federal de ensino do interior do Rio Grande do Norte.** 2021. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

MENDES, T. M. C. et al. Contribuições e desafios da integração ensino-serviço-comunidade. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

MOTTA, L. C. de S; SIQUEIRA-BATISTA, R. Family Health Strategy : Clinical and Critical. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p.196–207. 2015.

OLIVEIRA, F. P. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015 . *Interface - Comun Saúde, Educ* . 2018.

OLIVEIRA, C. S.; BRÊTAS, A. C. P.; ROSA, A. S. A importância da extensão universitária na graduação e prática profissional de enfermeiros. **Currículo sem Fronteiras**, v. 17, n. 1, p. 171-186, 2017.

OLIVEIRA, F. L. B.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J. Extensão universitária: contribuições na formação de discentes de Enfermagem. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 17, n. 1, p. 19-24, 2015.

OLIVEIRA, F. P. de et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

ONU. **Relatório Social 2021**. Desenvolvimento Social e do Trabalho. Genebra. Conselho Geral. 2021.

PINHEIRO, L. C. R.; DE CARVALHO, R. B.; DE SOUSA VIANA, P. F. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade e a formação em Odontologia: possíveis conexões e fluxos no ensino na saúde. **Revista da ABENO**, v. 18, n. 4, p. 148-159, 2018.

RIBEIRO, M. C. P. **Integração ensino-serviço-comunidade: um estudo de caso sobre a gestão municipal**. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

RITZ, S. A.; BEATTY, K.; ELLAWAY, R.H. Accounting for social accountability: Developing critiques of social accountability within medical education . **Educ Heal Chang Learn Pract** . 2014 ; 27 (2): 152 – 7 .

RODRIGUES, A. M. E. **Envelhecimento em contexto rural: um estudo no âmbito de uma rede local de intervenção social**. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Educação. São Paulo. 2018. Dissertação de Mestrado.

RUIZ, D. G. Internato Regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. **Rev. bras. educ. med.** 34 (1), Mar 2010.

SAVASSI, L. C. M. et al. **Saúde no caminho da roça**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2018.

SANTOS, L. M. P, *et al.* Mais Medicos Program: An effective action to reduce health inequities in Brazil. **Ciência e Saude Coletiva**, v. 20, n. 11, 2015. p. 3547–3552. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>. Acesso em: 12 Jul. 2021.

SANTOS, A. M. A.; JACINTO, P. de A. O impacto do programa saúde da família sobre

a saúde das crianças da área rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, 55(2), p. 227–246. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1234-56781806-94790550202>. Acesso em: 12 Jul.2021.

SCHOTT, M. Articulação ensino-serviço: estratégia para formação e educação permanente em saúde. **Revista Família**, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 6, n. 2, p. 264-268, 2018.

SHANKAR, P. R. Wonca rural medical education guidebook. **Janaki Medical College Journal of Medical Science**. Vol. 6, Issue 1. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3126/jmcjms.v6i1.20577>. Acesso em: 12 Jul.2021.

SILVA, A. F. L.; RIBEIRO, C.D.M.; SILVA JÚNIOR, A. G. Pensando extensão universitária como campo de formação em saúde: uma experiência na Universidade Federal Fluminense, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 45, p. 371-384, 2013.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Internato rural na Amazônia: aspectos históricos, contexto atual e principais desafios TT - Rural internship in the Amazon region: historical aspects, current context and main challenges. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, v. 24, n. 2, p. 371–390. 2017.

SILVEIRA, J. L. G. C. da et al. Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.

SOUZA, L. B.; BONAMIGO, A. W. A interface ensino-serviço na formação farmacêutica: revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 2, p. 157-169, 2018.

SPINELLI, M. A. **Teaching-health service integration** : the rural medical boarding school of the Marco Aurelio Bertúlio das Neves, p. 341–366. 2008.

TARGA, L. V. *et al.* **Internato médico rural na Serra Gaúcha** : a experiência da Universidade de Caxias do Sul Rural medical internship in Serra Gaúcha: the experience of the Universidade de Caxias do Sul, p. 59–70. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2021v42n1p59>. Acesso em: 12 Jul.2021.

TELLES, A. O. et al. **A expansão de escolas médicas e o Programa Mais Médicos**. 2020. Tese de Doutorado.

TEÓFILO, T. J. S. Políticas de inducao a mudanca na educacao dos trabalhadores da saude: matrizes discursivas do campo. **Saudade Redes**.; 1(3): pp. 73-86, 2015.

TORRES, C. P. et al. Nova visão da integração ensino-serviço para melhoria do cuidado à saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 19, n. supl, p. 63-66, 2018.

VENDRUSCOLO, C. et al. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface Comunic Saúde Educ**. 2016; 20:1015-25.

VIEIRA, L. M.; SGAVIOLI, C. A. P. P.; SIMIONATO E. M. R. S. et al. Formação profissional e integração com a rede básica de saúde. **Trab educ saúde** [Internet]. 14(1), pp.293-304. 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00093>

WEBER, C. et al. Integração ensino-serviço-gestão na saúde bucal em Santa Maria e região: relato de experiência em estágio curricular acadêmico e Residência Multiprofissional. **Rev ABENO**. 17(4), pp. 144-52. 2018.

ZARPELON, L. F. B.; TERCENIO, M. L.; BATISTA, N. A. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 4241-4248, 2018.

ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

O roteiro da entrevista para profissionais de saúde

1. Como é a sua experiência em trabalhar numa UBS rural?
2. Como é o trabalho com os alunos? Você poderia contar sobre a sua experiência com os alunos?
3. Na sua opinião, como você acha que os alunos chegam aqui? 4. O que é que você acha importante da sua vivência ser passado para os alunos no trabalho na APS rural?
5. Como é a relação dos acadêmicos com a equipe? Você pode dar exemplos?
6. Como os estagiários são integrados na equipe?

Roteiro da entrevista dos usuários:

1. Como foi a sua experiência de ter sido atendido por estudantes de Medicina? 2. O que você acha desse atendimento em comparação com os anteriores?
3. Como você acha que eles poderiam melhorar?
4. Pode contar sua experiência entre ser atendido na UBS rural em comparação a ser atendido nas unidades da cidade?
5. O que você acha da presença de estagiários de Medicina na UBS?

Roteiro da entrevista para os estudantes:

1. Como é a sua experiência em fazer estágio numa UBS rural?
2. Como é a relação da equipe com você?
3. Como foi o processo de escolha para você fazer estágio na UBS rural?
4. Como você considera essa experiência dentro da sua formação?
5. Como é a relação dos pacientes com você?
6. O que você pode nos falar sobre fazer estágio em UBS rural e urbana?

ANEXO 2 – TCLE PROFISSIONAIS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Deivisson Vianna Dantas dos Santos e Alvino Camilo da Silva, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de saúde da Secretaria de Saúde do Município de Toledo, a participar de um estudo intitulado “Integração ensino-serviço no âmbito rural em Toledo”.

- a) O objetivo desta pesquisa é identificar aspectos entre a integração ensino-serviço na atenção primária entre o curso de medicina da UFPR – Campus Toledo e a rede de saúde do município de Toledo, PR.
- b) Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista que será gravada em áudio no aplicativo de celular.
- c) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado as questões abordadas na entrevista.
- d) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser desconforto e/ou constrangimento durante as entrevistas. Isso será minimizado porque a entrevista será feita em sala privativa e terá a garantia de anonimato.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são encontrar informações que poderão ajudar em uma melhor integração ensino-serviço entre o curso de medicina da UFPR – Campus Toledo e a Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, além de colaborar para o arregimento do conhecimento científico na área da saúde e educação, assim como possivelmente permitir um melhor atendimento em saúde da população de Toledo.
- f) Os pesquisadores Deivisson Vianna Dantas dos Santos e Adriano Massuda, responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Universidade Federal do Paraná, Rua Padre Camargo, 280 –3º andar Alto da Glória – Curitiba - PR.

telefone: (41) 3360-7231, (45) 3378-6745, (45) 98837-2590, deivianna@gmail.com, a.massuda@gmail.com, no horário das 8:00 horas até às 12:00 horas e das 14:00 horas até às 18:00 horas, e o pesquisador Alvino Camilo da Silva, também responsável pelo estudo, pode ser localizado na ESF Interior Oeste, Av. Santo Campagnolo, 9485 Distrito de - Concórdia do Oeste, Toledo - PR, 85927-971, telefone (45) 3376-1204, das 8:00 as 12:00 horas e das 13:30 às 17:30 horas, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável
 Legal: _____
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o
 TCLE: _____
 Orientador:

- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, no caso o orientador desse estudo. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.
- i) O material obtido – áudio – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído adequadamente ao término do estudo, dentro de 12 meses.

- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como transporte, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código).
- l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Toledo, ____ de _____ 2021

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal _____

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

ANEXO 3 – TCLE USUÁRIOS DE SAÚDE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Adriano Massuda e Fabio Oliveira de Freitas, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, participante da pesquisa, a participar de um estudo intitulado “Integração ensino-serviço no âmbito rural em Toledo”.

- a) O objetivo desta pesquisa é identificar aspectos entre a integração ensino-serviço na atenção primária entre o curso de medicina da UFPR – Campus Toledo e a rede de saúde do município de Toledo, PR.
- b) Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista na UBS, que será gravada em áudio no aplicativo de celular.
- c) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado as questões abordadas na entrevista.
- d) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser desconforto e/ou constrangimento durante as entrevistas. Isso será minimizado porque a entrevista será feita em sala privativa e terá a garantia de anonimato.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são encontrar informações que poderão ajudar em uma melhor integração ensino-serviço entre o curso de medicina da UFPR – Campus Toledo e a Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, além de colaborar para o arregimento do conhecimento científico na área da saúde e educação, assim como possivelmente permitir um melhor atendimento em saúde da população de Toledo.
- f) Os pesquisadores Deivisson Vianna Dantas dos Santos e Adriano Massuda, responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Universidade Federal do Paraná, Rua Padre Camargo, 280 –3º andar Alto da Glória – Curitiba - PR. E o pesquisador Fabio Oliveira de Freitas, também responsável pelo estudo,

pode ser localizado na Universidade Federal do Paraná - Campus Toledo, rodovia PR 182, S/N, Km 320/321. E-mail: deivianna@gmail.com, a.massuda@gmail.com e f.freitasmsn@hotmail.com telefone: (41) 3360-7231, (45) 3378-6745, (45) 98837-2590, no horário das 8:00 horas até às 12:00 horas e das 14:00 horas até às 18:00 horas, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável
Legal: _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE:

Orientador:

- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. A sua participação ou não participação, não influenciará nas avaliações das disciplinas cursadas.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, no caso o orientador desse estudo. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.
- i) O material obtido – áudio – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído adequadamente ao término do estudo, dentro de 12 meses.

- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código).
- l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Toledo, ____ de _____ 2021

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável
Legal _____

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o

TCLE _____

ANEXO 4 – TCLE ESTUDANTES



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Adriano Massuda, Fabio Oliveira de Freitas e Alvino Camilo da Silva, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, aluno (a) do 9º período do curso de graduação de medicina da UFPR – Campus Toledo, a participar de um estudo intitulado “Integração ensino-serviço no âmbito rural em Toledo”.

- a) O objetivo desta pesquisa é identificar aspectos entre a integração ensino-serviço na atenção primária entre o curso de medicina da UFPR – Campus Toledo e a rede de saúde do município de Toledo, PR.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista online via Microsoft TEAMS, sendo a imagem e áudio gravado, ou presencial, sendo gravado apenas áudio no aplicativo do celular.
- c) Se a entrevista for online você receberá um link com o acesso ao programa Microsoft TEAMS, em dia e horário previamente combinado e cuja entrevista levará no máximo 1 hora.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado as questões abordadas na entrevista.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser desconforto e/ou constrangimento durante a entrevista. Isso será minimizado pela entrevista vir a ser realizada de forma privada e contar com a garantia de anonimato.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são encontrar informações que poderão ajudar em uma melhor integração ensino-serviço entre o curso de medicina da UFPR – Campus Toledo e a Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, além de colaborar para o desenvolvimento do conhecimento científico na área da saúde e educação, assim como possivelmente permitir um melhor atendimento em saúde da população de Toledo.
- g) Os pesquisadores Deivisson Vianna Dantas dos Santos e Adriano Massuda, responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Universidade Federal do Paraná, Rua Padre Camargo, 280 –3º andar Alto da Glória – Curitiba - PR. E os pesquisadores Fabio Oliveira de Freitas e Alvino Camilo da Silva, também responsáveis pelo estudo, poderão ser localizados na Universidade Federal do

Paraná - Campus Toledo, rodovia PR 182, S/N, Km 320/321. E-mail: deivianna@gmail.com, a.massuda@gmail.com, f.freitasmsn@hotmail.com e kamilo25@gmail.com, telefone: (41) 3360-7231, (45) 3378-6745, (45) 98837-2590, (45)99862-0380, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal:

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE:

Orientador:

- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. A sua participação ou não participação, não influenciará nas avaliações das disciplinas cursadas.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, no caso o orientador desse estudo. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.
- j) O material obtido – vídeo e áudio – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído adequadamente ao término do estudo, dentro de 12 meses.
- k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

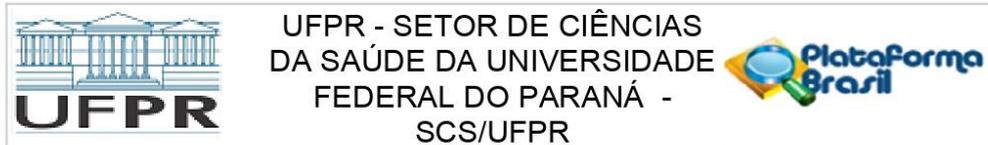
Toledo, ____ de _____ 2021

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Orientador

ANEXO 5 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Integração ensino-serviço na implantação de cursos de medicina do Paraná

Pesquisador: Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 25274819.9.0000.0102

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.565.931

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto oriundo do programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, intitulado " Integração ensino-serviço na implantação de cursos de medicina do Paraná", tendo como Pesquisador Principal Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Coorientador: Prof. Dr. Adriano Massuda e colaborador Mestrando Fabio Oliveira de Freitas.

Objetivo da Pesquisa:

1.1 Objetivo geral

Identificar aspectos entre a integração ensino-serviço-comunidade na atenção primária entre o curso de medicina da UFPR – Campus Toledo e a rede de saúde do município de Toledo, PR.

1.2 Objetivos específicos

- Identificar as dificuldades na integração ensino-serviço na atenção primária entre o curso de medicina da UFPR – Campus Toledo e a rede de saúde do município de Toledo, PR;
- Analisar as soluções realizadas no percurso da integração ensino-serviço na atenção primária entre o curso de medicina da UFPR – Campus Toledo e a rede de saúde do município de Toledo, PR;
- Conhecer as especificidades da integração ensino-serviço-comunidade no âmbito rural em Toledo/Pr, sob o ponto de vista dos estudantes de medicina, dos profissionais de saúde, e da população da área de abrangência da ESF Interior Oeste.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

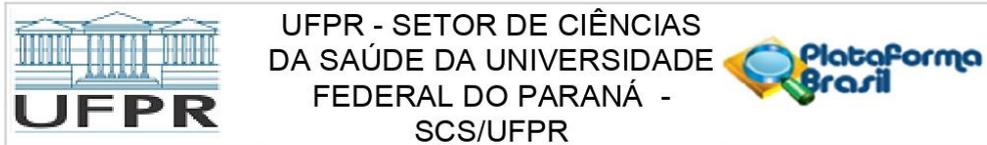
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.565.931

- Identificar a influência que o estágio em UBS rural pode ter para fixação de médicos nas UBSs rurais.
- Sugerir ações para melhorar a integração ensino-serviço na atenção primária na área urbana e rural, entre o curso de medicina da UFPR – Campus Toledo e a rede de saúde do município de Toledo, PR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

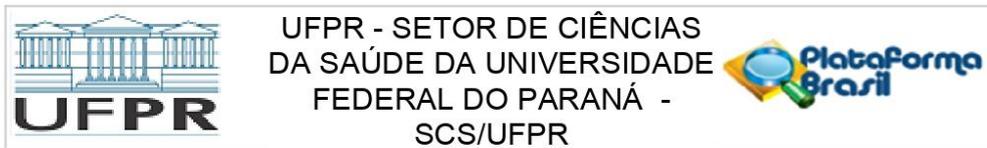
Segundo os pesquisadores: "Os possíveis riscos da pesquisa incluem: desconforto e/ou constrangimento perante as questões abordadas nas entrevistas. Estes riscos serão minimizados, assegurando aos participantes os esclarecimentos antes e após as entrevistas e a garantia de total privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa, bem como, seu direito de desistência da pesquisa a qualquer momento. Em relação aos benefícios da pesquisa, espera-se encontrar informações que poderão ajudar em uma melhor integração ensino-serviço entre o curso de medicina da UFPR – Campus Toledo a Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, além de colaborar para o arregimento do conhecimento científico na área da saúde e educação, assim como possivelmente permitir um melhor atendimento em saúde da população de Toledo".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo previamente aprovado; pesquisador solicita EMENDA assim justificada: "Inclusão do pesquisador Alvino Camilo da Silva na equipe de pesquisa. Além disso, alterar na metodologia todos os grupos focais e nominal para entrevista individual a distância, assim sendo serão entrevistados: 3 a 4 gestores da secretaria de saúde de Toledo, 4 a 5 professores do curso de medicina – Campus Toledo que atuam na atenção primária do município de Toledo, 4 a 5 trabalhadores da saúde da atenção primária e 4 a 5 alunos do curso de medicina do Campus Toledo. A entrevista será marcada previamente através de convite por e-mail e terá duração de até 2 horas. Além disso, será gravado a imagem e o som pelo programa TEAMS de forma privativa e sigilosa e depois transcrito para futura análise. Após o término da pesquisa, o material das gravações será adequadamente destruído".

"Todos os participantes das entrevistas terão a pesquisa explicada previamente, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo este logo depois assinado caso o participante queira fazer parte da pesquisa. O participante da pesquisa poderá sair em qualquer momento da

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.565.931

pesquisa ou caso se sinta desconfortável".

"A justificativa para a inclusão de pesquisador é para agregar o conhecimento mesmo a pesquisa e mudança para entrevista à distância se deve a persistência da pandemia de coronavírus e a tentativa de manter os participantes seguros".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram originalmente anexados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há. Emenda em condições de aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1670527 E3.pdf	16/02/2021 22:05:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	02/02/2021 21:16:38	ALVINO CAMILO DA SILVA	Aceito
Outros	declaracao_compromisso_novo.pdf	19/09/2020 09:13:37	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	emenda2.docx	19/09/2020 09:11:25	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_novo.docx	19/09/2020 09:10:47	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

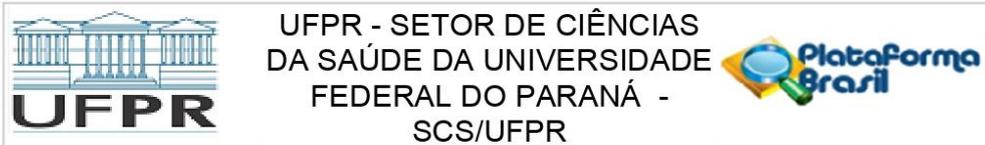
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

Continuação do Parecer: 4.565.931

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional_de_saude_corrigido2.docx	19/09/2020 09:10:36	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_professor_corrigido2.docx	19/09/2020 09:10:27	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo_gestor.docx	19/09/2020 09:10:18	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aluno_corrigido2.docx	19/09/2020 09:10:08	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	carta_pendencia_emenda.docx	28/03/2020 12:36:17	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuario_corrigido.docx	28/03/2020 12:35:07	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	emenda.docx	08/03/2020 20:04:32	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuario.docx	08/03/2020 19:57:39	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	carta_pendencia.docx	29/11/2019 20:54:20	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_professor_corrigido.docx	29/11/2019 20:33:35	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional_de_saude_corrigido.docx	29/11/2019 20:33:14	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aluno_corrigido.docx	29/11/2019 20:32:28	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_integracao_ass_gi.pdf	07/11/2019 19:43:18	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_profissional_de_saude.docx	07/11/2019 19:27:02	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

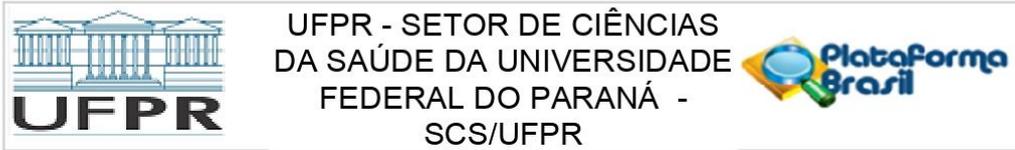
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

Continuação do Parecer: 4.565.931

Ausência	TCLE_profissional_de_saude.docx	07/11/2019 19:27:02	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_professor.docx	07/11/2019 19:26:04	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aluno.docx	07/11/2019 19:25:46	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	declaracao_comite_compromisso.pdf	05/11/2019 21:15:07	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	check_list.pdf	05/11/2019 19:48:38	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	carta.pdf	05/11/2019 19:07:53	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	analise_de_merito.pdf	05/11/2019 19:02:28	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	extrato_de_ata.pdf	05/11/2019 18:53:42	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	coparticipante_sms.pdf	01/11/2019 20:51:53	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	concordancia_sms.pdf	01/11/2019 20:51:17	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	coparticipante_ufpr.pdf	01/11/2019 19:12:19	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito
Outros	concordancia_ufpr.pdf	01/11/2019 19:09:13	FABIO OLIVEIRA DE FREITAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 01 de Março de 2021

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br