



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

RICARDO DE LIMA LACERDA

COMPETÊNCIAS MÉDICAS NO CENÁRIO RURAL BRASILEIRO

CAMPINAS
2021

RICARDO DE LIMA LACERDA

COMPETÊNCIAS MÉDICAS NO CENÁRIO RURAL BRASILEIRO

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Ensino em Saúde.

ORIENTADORA: SIMONE APPENZELLER

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELO
ALUNO RICARDO DE LIMA LACERDA E ORIENTADA PELA
PROF. DRA. SIMONE APPENZELLER.

CAMPINAS
2021

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

L116c Lacerda, Ricardo de Lima, 1979-
Competências médicas no cenário rural brasileiro / Ricardo de Lima
Lacerda. – Campinas, SP : [s.n.], 2021.

Orientador: Simone Appenzeller.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Saúde rural. 2. Educação baseada em competências. 3. Educação
médica. I. Appenzeller, Simone, 1974-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Medical competencies in Brazilian rural scenario

Palavras-chave em inglês:

Rural health

Competency based education

Medical education

Área de concentração: Ensino em Saúde

Titulação: Doutor em Ciências

Banca examinadora:

Simone Appenzeller [Orientador]

Joana Fróes Bragança Bastos

Mara Cristina Ripoli Meira

Roberta Vacari de Alcantara

Alfredo José Muniz de Andrade

Data de defesa: 12-11-2021

Programa de Pós-Graduação: Clínica Médica

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-6638-0657>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/1699005348778647>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

RICARDO DE LIMA LACERDA

ORIENTADOR: SIMONE APPENZELLER

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DRA. SIMONE APPENZELLER

2. PROF. DR. ALFREDO JOSÉ MUNIZ DE ANDRADE

3. PROF. DRA. JOANA FRÓES BRAGANÇA BASTOS

4. PROF. DRA. MARA CRISTINA RIPOLI MEIRA

5. PROF. DRA. ROBERTA VACARI DE ALCANTARA

Programa de Pós-Graduação em clínica médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 12/11/2021

DEDICATÓRIA

A todos os trabalhadores da saúde, que heroicamente enfrentam todos os dias diversas dificuldades no desempenho das suas atividades, sem jamais hesitar ou questionar a importância dessa missão.

Em especial aos trabalhadores de áreas rurais e remotas, cujo convívio contínuo com todos os tipos de obstáculos, os ensinou a ser o principal fator de redução de iniquidades.

AGRADECIMENTOS

Muitos fizeram parte do percurso dessa pesquisa e contribuíram para que esse trabalho se tornasse possível.

Às equipes do programa Mais Médicos Para o Brasil. A potencialidade e capilaridade do trabalho de vocês fez a diferença nesta pesquisa, e faz diferença na atenção a saúde da população.

Aos meus colegas e amigos da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, pelos conselhos, companheirismo e parceria.

Aos colegas do instituto FAIMER Brasil por todo o suporte e direcionamento.

Agradecimento especial a minha orientadora, Simone, pela sabedoria compartilhada, atenção dedicada e principalmente pela paciência necessária.

Ao grupo de trabalho de saúde rural Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, pelo caminho trilhado e pela dedicação incansável ao tema.

A toda a minha família, e em especial aos meus pais.

A minha esposa, que além do companheirismo habitual, não mediu esforços para que esse sonho se tornasse realidade.

RESUMO

Introdução: Mundialmente, metade da população vive em área rural, porém menos de 25% dos médicos trabalham nessas áreas. No Brasil, há mais de 30 milhões de pessoas vivendo em área rural. Existem evidências de que o oferecimento de experiências significativas durante a graduação e a implementação de um programa específico de treinamento para a zona rural, após a formação, são as intervenções mais efetivas para o recrutamento e a retenção. **Objetivos:** Identificar os programas de internato rural em atividade no Brasil. Traduzir e aplicar um questionário sobre competências internacionalmente aceitas, validar esse questionário e disponibilizar ferramentas para que os programas de graduação possam desenvolver seus currículos considerando competências essenciais para profissionais médicos em cenário rural. **Método:** Foi realizada uma análise documental de Projetos Pedagógicos Curriculares (PPC) de escolas médicas no Brasil com existência de internato rural no currículo. Uma tradução de questionário de competências foi feita, baseada em diretrizes previamente estabelecidas, após autorização do autor. Responderam ao questionário médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), supervisores desse programa e médicos especialistas em medicina rural de todas as regiões do Brasil. **Resultados:** Das 357 escolas médicas existentes no Brasil, foram encontrados 18 programas de internato rural, referentes a 5% das instituições. Na resposta aos questionários aplicados, observou-se uma excelente consistência dos itens, com o coeficiente alfa de Cronbach entre 0,92 e 0,93. Foram enviados um total de 556 e-mails para diferentes médicos, e recebemos 152 (27,3%) respostas. A taxa de respostas foi: 95/152 (62,5%) médicos do Programa Mais Médicos, 41/152 (27%) de supervisores do programa e 16/152 (10,5%) de especialistas em medicina rural. Observou-se que 39% dos supervisores do Programa Mais Médicos não tiveram treinamento rural específico e apenas 12,2% estão atualmente trabalhando em área rural. Entre os médicos formados no Brasil, 37,8% tiveram prática rural na graduação, enquanto entre os formados no exterior esse número foi de 62%. **Discussão:** A pesquisa foi motivada pela necessidade da construção de um instrumento para mapear as competências essenciais para atuação de médico generalista em cenário rural. Esse estudo traduziu o questionário de competências médicas para atuação de generalistas em cenário rural desenvolvido por Longenecker *et al.* A validade do conteúdo foi conduzida por especialistas membros do Grupo de Trabalho Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, enquanto a confiabilidade foi estimada utilizando a avaliação da consistência interna dos itens através do coeficiente alfa de Cronbach. Avaliamos que o Programa Mais Médicos não abordou de forma abrangente todas as recomendações da Organização Mundial de Saúde para recrutamento e seleção de profissionais de saúde para áreas rurais. **Conclusão:** São necessárias mudanças nos PPCs, com inclusão de internato rural, com inserção de competências bem definidas e baseadas nas necessidades de saúde da população. O questionário traduzido apresentou evidências de validade, podendo ser utilizado como um referencial sobre a atuação de médico generalista em cenário rural. As competências desenvolvidas anteriormente por outros pesquisadores e aceitas internacionalmente, são válidas para o Brasil, definindo conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas a essa área.

Palavras-chave: Saúde Rural; Educação baseada em competências; Educação Médica

ABSTRACT

Introduction: Worldwide, half of the population lives in rural areas, but less than 25% of doctors work in these areas. In Brazil, there are over 30 million people living in rural areas. There is evidence that offering significant experiences during undergraduation and the implementation of a specific training program for the rural area, after graduation, are the most effective interventions for recruitment and retention. **Objective:** Identify the rural clerkships in operation in Brazil. Translate and apply an internationally accepted questionnaire on competencies, validate this questionnaire and provide tools for undergraduate programs to develop their curricula considering essential competencies for medical professionals in rural settings. **Methods:** A documentary analysis of Curricular Pedagogical Projects (PPC) of medical schools in Brazil with rural clerkship in the curriculum was carried out. A questionnaire on competencies was translated, based on previously established guidelines, after authorization by the author. Answered the questionnaire physicians participating in the Program More Doctors for Brazil (PMMB), supervisors of that program, and medical specialists in rural medicine of all Brazilian regions. **Results:** Out of the 357 medical schools existing in Brazil, 18 rural clerkships programs were found, referring to 5% of the institutions. In the questionnaire responses, an excellent consistency of the items was observed, with Cronbach's Alpha coefficient between 0.92 and 0.93. A total of 556 e-mails was sent to different physicians, and we received 152 (27.3%) responses. The response rate was: 95/152 (62.5%) physicians from the More Doctors Program, 41/152 (27%) from supervisors of the program and 16/152 (10.5%) specialists in rural medicine. It was observed that 39% of More Doctors Program supervisors had no specific rural training and only 12.2% are currently working in rural areas. Among doctors trained in Brazil, 37.8% had rural practice in their undergraduate course, while among those trained abroad, this number was 62%. **Discussion:** The research was motivated by the need to build an instrument to map the essential competencies for the general practitioner in a rural setting. This study translated the questionnaire on competencies for general practitioners in a rural setting developed by Longenecker et al. Content validity was conducted by specialists who are members of the Rural Work Party of the Brazilian Society of Family Medicine, while reliability was estimated using the assessment of the items' internal consistency through Cronbach's alpha coefficient. We evaluate that the More Doctors Program did not comprehensively address all the World Health Organization's recommendations for the recruitment of health professionals for rural and remote areas. **Conclusion:** Changes are needed in the PPCs, with the inclusion of rural clerkships, with insertion of well-defined competencies based on health needs of the population. The translated questionnaire presented evidence of validity and can be used as a reference on the performance of general practitioners in a rural setting. The competencies previously developed by other researchers and internationally accepted are valid for Brazil, defining knowledge, skills and attitudes related to this area.

Keywords: Rural Health; Competency based education; Medical education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC - Centers for Disease Control

CFE - Conselho Federal de Educação

CSN – Companhia Ciderúrgica Nacional

COAPES - Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ERIC - Education Resources Information Center

ERS - Economic Research Service

IES – Instituição de Ensino Superior

NCHS - National Center for Health Statistic

NRS - National Records of Scotland

OMB - Office of Management and Budget

PAF- Royal Mail Postcode Adress File

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

PMM – Programa Mais Médicos

PMMB - Projeto Mais Médicos para o Brasil

RHlhub - The Rural Health Information Hub

RUCA - Rural-Urban Commuting Area

SAPE - Small Area Population Estimates

USDA - U.S Department of Agriculture

SUS – Sistema Único de Saúde

VPF – Versão Pré Final

VF – Versão Final

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
UMA BREVE APRESENTAÇÃO DE QUEM ESCRIVE.....	11
DEFINIÇÃO DE RURAL.....	12
INTERNATO RURAL	16
COMPETÊNCIAS MÉDICAS	18
O PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL	18
OBJETIVOS	19
GERAL.....	19
ESPECÍFICOS	20
METODOLOGIA.....	20
DESENHO DO ESTUDO	20
<i>Pesquisa bibliométrica.....</i>	<i>20</i>
<i>Aspectos éticos</i>	<i>20</i>
<i>Tradução do questionário.....</i>	<i>21</i>
APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	24
<i>Participantes da pesquisa.....</i>	<i>24</i>
<i>Procedimentos e técnica de coleta</i>	<i>25</i>
<i>Técnica de tratamento de dados.....</i>	<i>26</i>
RESULTADOS	27
ARTIGO 1- INTERNATO RURAL NOS CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL	27
ARTIGO 2 – COMPETÊNCIAS MÉDICAS NO CENÁRIO RURAL BRASILEIRO	45
DISCUSSÃO GERAL	64
CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	65
ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DO AUTOR PARA A VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	69
ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	70
ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	77

INTRODUÇÃO

Uma breve apresentação de quem escreve

A pessoa que escreve esta apresentação em primeira pessoa, Ricardo, sinto a necessidade de contextualizar minha inserção nesse tema, por diversos motivos.

Apesar de ter nascido em Juazeiro da Bahia, município tipicamente do interior, por ter sempre vivido em área urbana e ter todos os parentes de pai e mãe em uma grande metrópole, no Rio de Janeiro, não imaginava que tivesse qualquer identificação com o ambiente rural.

Formei-me em Medicina em Volta Redonda-RJ, em um curso médico bem avaliado, que me possibilitou conhecer o que existia de melhor em tecnologias médicas, em relação a aparelhos, procedimentos, entre outros, considerando estar em um município agraciado com a proximidade dos grandes centros e com as vantagens financeiras e tributárias de abrigar uma multinacional como a CSN (Companhia Siderúrgica Nacional).

No entanto, no ano de 2013, tive a oportunidade de ir morar em Paulo Afonso-BA. Município de interior, com pouco mais de cem mil habitantes, foi um dos escolhidos para iniciar um curso de medicina da expansão das escolas médicas federais propiciadas pelo Programa Mais Médicos Pelo Brasil.

Em meio aos desafios de implantação de um curso de medicina no interior, sem as facilidades médicas disponíveis apenas em centros de referência, e em meio a discussão nacional que do tema emergiu, considerando que outras escolas iniciaram seus cursos médicos pelo interior do Brasil em circunstâncias semelhantes, descobri as especificidades da medicina para atuação em cenários rurais e remotos.

Estudar a medicina rural me fez perceber não apenas o quanto é importante melhorarmos o recrutamento e retenção de profissionais de saúde para essas áreas, mas também o quanto é importante que em um país com as características demográficas do Brasil, todos os egressos das nossas escolas médicas tenham as competências específicas necessárias para atuação nesses locais.

Conhecer as necessidades de saúde de parcela importante da população brasileira, com suas especificidades, me tornou um médico melhor, um professor melhor, e sem a menor dúvida, um ser humano melhor. Muito do Brasil é rural, muito do Brasil é remoto.

Definição de rural

Não é possível na atualidade a concepção do rural e do urbano como sendo dimensões distintas, como se existisse uma espécie de “cerca invisível” que as delimitasse como duas realidades ou dois mundos. Evidentemente existem diferenças que precisam ser compreendidas como particularidades do território e sua territorialidade, com suas especificidades. É imperioso revisar os conceitos relacionados territorialidade, espaço e território para pensar o desenvolvimento rural e urbano na escala regional (1).

A relação entre rural e urbano tem sido discutida a partir de diversas perspectivas em diferentes momentos históricos e que resultam, conseqüentemente, no estabelecimento de critérios distintos para definir esses espaços. No entanto, com a globalização e o desenvolvimento científico, essas diferenças têm sido reduzidas, fortalecendo o desenvolvimento do conceito de um “novo rural”, expressão utilizada para se referir ao cenário de desenvolvimento de atividades terciárias, como turismo e prestação de serviços nos espaços rurais (2).

Segundo a divisão de estatística das Nações Unidas, ainda não é possível uma definição única para distinção entre urbano e rural que seja aplicável a todos os países. Onde não há recomendações regionais, os países devem estabelecer suas próprias definições baseados em suas necessidades. A distinção tradicional entre rural e urbano tem sido baseada no pressuposto que áreas urbanas, independentes da forma como foram definidas, proporcionam um modo de vida diferente e, geralmente, um padrão de vida mais elevado que as áreas rurais (3).

A classificação rural e urbana do governo escocês fornece uma definição padrão de áreas rurais na Escócia. O SAPE (Small Area Population Estimates) é produzida pela National Records of Scotland (NRS) e Royal Mail Postcode Address File (PAF) e atualizada a cada dois anos. São três classificações: rural,

urbana e área remota. Na Escócia as áreas urbanas representam 2,2% do território, onde vivem 91% da população. Por área urbana se entende as áreas com alta densidade de códigos postais, cuja população combinada está entre 500 habitantes ou acima. A densidade de um código postal é definida usando medidas de população, endereços residenciais e endereços não residenciais por hectare, usando os limites de código postal mantidos pelo NRS com base na atribuição de códigos postais aos endereços pelo Royal Mail. Por área rural, se entendem comunidades com menos de 3000 habitantes. Uma área acessível deve estar a 30 minutos de carro de uma área de 10000 habitantes ou mais. Uma área remota é a que está a mais de 30 minutos de carro de uma região de pelo menos 10000 habitantes (4).

Nos Estados Unidos, The Rural Health Information Hub, é financiado pelo Federal Office of Rural Health Policy para ser uma Câmara nacional sobre questões de saúde rural. Eles mantem o RHlhub, um site (<https://www.ruralhealthinfo.org>) onde se pode obter informações sobre determinada área, se urbana ou rural. Utiliza-se a definição de 3 entidades: U.S Census Bureau, Office of Management and Budget (OMB) e Economic Research Service, U.S Department of Agriculture (USDA-ERS). U.S Census Bureau considera como área urbana localidades com um núcleo de 50000 pessoas ou mais. Uma cidade de 50000 habitante pode ou não estar em um núcleo. Um núcleo tem uma área total inferior a duas milhas quadradas e uma densidade populacional de 1000 pessoas por milha quadrada. Um aglomerado urbano é um núcleo com densidade semelhante, mas com população entre 2500 e 50000 habitantes. Todas as localidades que não se enquadrem como área urbana ou aglomerado urbano, é classificada como rural (5).

Já o Office of Management and Budget (OMB) define como áreas metropolitanas os municípios centrais com uma ou mais áreas urbanizadas e municípios periféricos os que estão economicamente vinculados aos centrais, conforme medido pelo deslocamento de trabalho. Os municípios periféricos estão incluídos em uma área metropolitana se 25% dos seus trabalhadores se deslocam para os municípios centrais ou, ao contrário, se 25% dos empregos são preenchidos por trabalhadores vindos do município central. Os não metropolitanos se dividem em áreas micropolitanas, que são áreas com pelo

menos 10000 habitantes, mas que não se enquadrem como parte de uma área metropolitana, e as demais áreas, consideradas não urbanas (6).

Uma outra estratégia para classificação de zonas rurais baseada no método da OMB é o esquema de classificação urbano-rural do National Center for Health Statistic (NCHS). Esse esquema de classificação inclui os dois tipos de área não metropolitana (micropolitanas e não urbanas) no entanto, divide ainda mais as áreas metropolitanas em 4 níveis. Esse esquema é usado pelos Centers for Disease Control (CDC) para investigar a relação entre saúde e o grau de urbanização e para comparar características de saúde em municípios rurais e urbanos (7).

Economic Research Service (ERS), U.S Department of Agriculture (USDA) e o Federal Office of Rural Health Policy colaboraram para desenvolver o sistema Rural-Urban Commuting Area (RUCA). Esse método está ganhando popularidade por várias agências governamentais, particularmente para o uso na identificação de áreas rurais dentro de municípios metropolitanos. São 33 códigos para permitir que demógrafos, pesquisadores em saúde, formuladores de políticas e outros usem de acordo com suas necessidades (8).

No Reino Unido o Rural Urban Classification é uma estatística oficial usada para distinguir áreas rurais e urbanas. A classificação define uma área como rural se ela não estiver em uma área com mais de 10000 habitantes. Esse método simples é usado para análises estatísticas na Inglaterra e País de Gales. Porém, paralelamente, um método específico foi identificado como apropriado para a delimitação de assentamentos urbanos a partir da identificação de "áreas construídas com uma área mínima de 20 hectares e uma população associada de 1.000". Densidades residenciais são calculadas nessas "células" definindo diversos perfis de densidade (9).

Se diferenciarmos o rural e o urbano apenas a partir de delimitações espaciais e funcionalidades, os limites entre ambos podem parecer claros, mas a complexidade envolvendo campo e cidade, assim como suas inter-relações, nos incita a uma compreensão com maior amplitude e profundidade que alcance uma melhor captação de seus sentidos e dimensões no território (10).

No Brasil, o Decreto Lei n. 311, de 02/03/1938 associa a delimitação de zonas urbanas e rurais aos municípios. Contudo, muitas vezes a legislação não

consegue acompanhar em tempo hábil as transformações sociais e econômicas que alteram de maneira profunda a configuração espacial dos municípios, bem como o processo de distribuição espacial das atividades econômicas e novas estruturas territoriais. O mesmo decreto constitui-se em um marco legal do país na diferenciação entre espaços urbanos e rurais, estabelecendo critérios objetivos para a diferenciação entre vilas e cidades, entre outros aspectos, pois até aquele ano não havia distinção entre estas duas unidades político-administrativas. A partir dele, passaram a ser classificados como cidades todos os distritos-sede de municípios, enquanto todas as sedes de distritos seriam as vilas. Passaria a corresponder ao rural tudo o que estivesse fora deste enquadramento. Passou a caber aos municípios estabelecer essa diferenciação, definindo também os limites de vilas, cidades, e conseqüentemente das áreas rurais (11).

Dessa forma, as áreas rurais seriam todas as que não foram incluídas no perímetro urbano por lei municipal, caracterizando-se por uso rústico do solo com baixa densidade habitacional e grandes extensões de terra, incluindo pastos, florestas, campos, lavouras etc (11).

Se os espaços urbanos e rurais do país devem obedecer às determinações legais definidas ainda na década de 1930 para fins de divulgação de pesquisas censitárias, atualmente o que se propõe para elaborar a divisão territorial do Brasil é a delimitação de recortes geográficos que obedeçam a critérios definidos a partir de uma conceituação, metodologia e procedimentos operacionais comprometidos diretamente com as formas históricas de povoamento do Território Nacional, incluídas aí as diferentes “densidades humanas e econômicas” mediadas pelas técnicas e formas de produção que caracterizam o espaço contíguo (11).

Portanto, o urbano e o rural precisam ser entendidos em sua diversidade, que pode ser avaliada de forma plural em abordagens como, entre tantas outras, morfológica, legal, cultural, econômica, demográfica etc. A utilização de forma combinada ou isolada de qualquer uma delas deve ser vista como uma aproximação parcial da realidade (11).

Por essa tipologia proposta, 76% da população brasileira se encontra em municípios considerados predominantemente urbanos, o que corresponde a

apenas 26% do total de municípios. A maior parte dos municípios brasileiros foi classificada como predominantemente rural (60,4%), sendo 54,6% como rural adjacente e 5,8% como rural remoto. Podemos identificar algumas características notáveis na análise das Regiões. Na Região Norte, parcela significativa da população (10,5%) vive em municípios classificados como rurais remotos, correspondendo a 26,9% dos municípios. O isolamento dos municípios desta grade região se mostra evidente, também, quando se observa que a quantidade de municípios intermediários adjacentes e remotos são equivalentes, sendo que população destes últimos é maior. A Região Nordeste, em relação às outras Regiões, é a que possui menor porcentagem da população em municípios urbanos (59,0%), e quase um terço de sua população vive em municípios rurais (11).

Internato rural

Constituído pela Resolução CFE (Conselho Federal de Educação) 1969: “estágio obrigatório em hospitais e centros de saúde adaptados ao ensino das profissões de saúde em regime de internato”, o internato foi regulamentado pela resolução n. 9 de 24 de maio de 1983 do CFE. O Manual do Internato MEC 1984 diz que o internato é um período obrigatório de ensino-aprendizagem com características especiais: “internato ou estágio curricular é o último ciclo do curso de graduação em medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde vinculada, ou não, à escola médica.” No internato, o estudante aplica os conhecimentos adquiridos nos anos anteriores, aprendendo com a experiência no atendimento aos pacientes, procurando e incorporando novos conhecimentos necessários, desenvolvendo as habilidades e atitudes esperadas dele (12).

O processo que leva os médicos a escolher a prática rural é complexo e variável. As teorias mais antigas sobre essa escolha na carreira se referem a características pessoais e a busca da “combinação ideal” entre a vida pessoal e a profissional. Muitos estudos têm demonstrado que o local de origem é um fator chave que influencia a escolha do local de trabalho após a formação e

treinamento médico. Estudos do Canadá e da Austrália concentraram a atenção em graduados em medicina de origem rural, que têm maior probabilidade de se tornarem médicos rurais do que aqueles de origem urbana (13).

Os alunos de origem rural que ingressam na faculdade de medicina são mais propensos a continuar com essa trajetória rural. No entanto, uma proporção substancial dos alunos que se espera que estejam em uma trajetória rural não terá experiência rural após a formatura. Não se sabe se isso se deve à falta de interesse ou de oportunidade. Há evidências crescentes de que os estudantes de medicina que tiveram experiências rurais na graduação, atuarão na medicina rural com maior frequência do que aqueles que não tiveram (14).

Residentes em treinamento em programas de medicina familiar centrados em áreas rurais têm maior probabilidade de iniciar a prática em comunidades rurais e mais probabilidade de permanecerem na prática rural do que os formados em programas tradicionais (15).

O crescimento da Estratégia de Saúde da Família no território nacional é limitado pela pouca disponibilidade de médicos com competência e habilidades para trabalhar na Atenção Primária, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade, como zonas rurais de pequenos municípios e periferias (16).

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Medicina foram divulgadas em 20 de junho de 2014, através da Resolução nº 03, do Conselho Nacional de Educação. Tratam do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), presente na Lei nº 12.871, além de instituir a obrigatoriedade de carga horária mínima de 30% do internato em Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência da Rede SUS. O COAPES é a garantia de manutenção dos campos de estágio na Rede SUS e deve ser firmado entre as IES e as instâncias municipais de gestão (17, 18).

O internato rural, portanto, se apresenta como uma excelente oportunidade para alunos de graduação estabelecerem contato prático com o ambiente rural, com suas especificidades quanto à população e suas necessidades em saúde.

Competências médicas

Houve um grande movimento nos últimos anos para adotar a educação médica baseada em competência como o princípio organizador para o treinamento de residência no Canadá e nos Estados Unidos. Existem muitos motivadores diferentes para essa mudança, incluindo a mudança do foco de educação médica dos processos aos resultados, promovendo a centralização no aluno e um melhor alinhamento com o paciente e suas necessidades (19).

Competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo se utilizar dos recursos disponíveis, e se exprimir em ações e iniciativas que traduzam desempenhos capazes de solucionar, de forma pertinente, os desafios que se apresentam à prática profissional, com oportunidade e sucesso, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica (18).

No entanto, muitos educadores, mesmo propensos a abraçar a ideia do ensino baseado em competências, frequentemente se veem em dúvidas sobre metodologia, avaliação, desenho curricular entre outros (20).

Existem poucos dados na literatura sobre as competências que devem ser desenvolvidas por um aluno de graduação em medicina para a prática rural e não há nenhum currículo baseado em competências que corresponda as necessidades específicas da população rural (21).

O Programa Mais Médicos para o Brasil

Os serviços de saúde rurais, frequentemente têm maior dificuldade em atrair profissionais devido aos salários mais baixos e menor infraestrutura em comparação com áreas metropolitanas (22).

Em 2013, através da Lei 12.871, de 22 de outubro, criou-se o Programa Mais Médicos (PMM), envolvendo saúde e educação, cujos eixos principais buscavam o provimento de médicos para a Atenção Básica (eixo direcionado pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB), mudanças e ampliação no ensino médico e melhorias nas estruturas físicas das Unidades de saúde do país. Voltado para áreas de vulnerabilidade social, mais distantes dos grandes centros urbanos, o PMM, além da assistência médica através da atuação na saúde da família, trouxe novas escolas médicas em municípios do interior (16, 17).

O PMM surge no contexto de movimentos de insatisfação popular. Iniciadas no estado de São Paulo, as chamadas “Jornadas de Junho”, tiveram por motivação inicial, o aumento das tarifas de transporte público. As primeiras manifestações ocorreram em 27 e 28 de maio de 2013, conduzidos pelo Movimento Passe Livre-SP. Os protestos logo tomaram rumos diferentes e ganharam outros focos: contra gastos com reformas e construções de estádios para a Copa do Mundo, ocorrida no Brasil em 2014, contra corrupção, entre outros. Em um segundo momento, os movimentos foram marcados por depredação de prédios públicos e privados, mas também por intensa repressão militar. Todo esse contexto apressou a conclusão de uma política de provimento emergencial de médicos que estava sendo construída desde janeiro de 2013, e em 8 de julho de 2013, por meio da Medida Provisória nº 621, criava-se o Programa Mais Médicos (PMM), regulamentado pela Lei nº 12.871/2013 (16).

Antes disso, em 2011, o governo federal do então presidente Lula havia lançado o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), sendo uma ação dos Ministérios da Saúde e Educação, com objetivo de fixar profissionais em áreas remotas, oferecendo adicional de pontuação nas provas de residência médica e formação supervisionada como principais incentivos. Foram disponibilizados cerca de 3.000 médicos pelo PROVAB (23).

O Programa de Saúde da Família (PSF), na medida em que promove o acesso ao sistema de saúde, com base na coordenação do cuidado, na integralidade, e na intersetorialidade, passa por uma expansão significativa e assume um importante papel na organização SUS no Brasil. A Atenção Primária passa a ter de fato a função de ser o eixo central e coordenador do cuidado, mais do que apenas ser o primeiro contato dos usuários com o SUS (24).

OBJETIVOS

Geral

Disponibilizar ferramentas (critérios objetivos) para que os programas de graduação possam desenvolver seus currículos considerando competências essenciais para profissionais médicos em cenário rural.

Específicos

Identificar a presença do internato rural nos currículos das faculdades de medicina do país.

Traduzir e aplicar um questionário sobre competências internacionalmente aceitas, para validar o questionário e propor a incorporação das competências necessárias para a formação médica.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de caráter quali-quantitativa, onde foi realizada a tradução de um questionário de competências médicas estabelecido na literatura internacional para a atuação de médico generalista em cenário rural, utilizando-se de diretrizes de tradução e adaptação transcultural amplamente reconhecidas. Posteriormente, aplicação do questionário em médicos brasileiros.

Pesquisa bibliométrica

Foram utilizados os termos “saúde rural”, “competências” e “educação médica” na busca da base de dados Medline, Education Resources Information Center (ERIC) e PUBMED. Foram selecionados estudos que tratam do assunto em questão.

Um artigo com competências validadas foi encontrado. Contatamos o autor do artigo e solicitamos permissão para traduzir e utilizar o questionário para validar as competências no Brasil (ANEXO 1).

Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa cumpriu as normas de pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Foram seguidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos contidas na resolução 466/12 do Ministério da Saúde do Brasil.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, parecer no 2.182.224, (ANEXO 2). Esse projeto de registro de dados é intitulado “Usando EPAs (ENTRUSTED PROFESSIONAL ACTIVITIES) para guiar o desenvolvimento do currículo para a graduação em medicina com foco no preparo para o cenário rural”.

Foi disponibilizado para leitura antes do início do questionário o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 3). Neste termo as informações a respeito dos riscos, inconvenientes e benefícios da participação no projeto estão redigidas de forma clara e acessível. O termo também ficou disponível para download.

Os participantes foram informados que os dados relacionados à pesquisa são de conhecimento apenas dos pesquisadores, não existindo forma de serem identificados, garantindo assim, o sigilo dessas informações. O banco de dados referente ao projeto é mantido em sigilo e em local seguro.

Tradução do questionário

A tradução e adaptação transcultural de questionários é um processo de pesquisa qualitativo utilizado para conferir equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual em idiomas diversos do originalmente concebido. Assim, aproveitam-se as características psicométricas validadas em outros países, de modo a dinamizar a obtenção de instrumentos de avaliação (25).

Para a realização da tradução e adaptação transcultural, foi utilizado o protocolo proposto por Beaton et al., que apresenta os seguintes estágios (26):

Estágio I: tradução inicial: Foi realizada a tradução do questionário original por dois tradutores com fluência na língua inglesa, sendo o primeiro tradutor (T1) com conhecimentos clínicos e acadêmicos e o segundo tradutor (T2) sem conhecimento clínico, com linguagem coloquial. Assim, foram geradas duas versões, T1 e T2, traduzidas para a língua portuguesa.

Estágio II: síntese das traduções iniciais: Os pesquisadores juntamente com os dois tradutores do estágio I analisam o questionário original, juntamente com as duas traduções (T1 e T2), para a confecção de uma versão única (T12).

Estágio III: Retro tradução: Nesta etapa, realizam-se duas traduções reversas a partir da versão T12, do português para o idioma original. A retro

tradução possui muitos adeptos e opositores, no entanto, ambos sem evidências linguísticas sólidas em seus argumentos (27). Assim sendo, considerando que a retro tradução aumenta o tempo e o custo de uma tradução, e que mesmo os defensores da etapa reconhecem que é essencialmente a interpretação de uma única pessoa e tão sujeita a erros quanto a tradução cuja qualidade pretende controlar, optamos por não realizar a etapa (28).

Estágio IV: revisão pelo comitê de especialistas (harmonização): Após a elaboração das versões (T1, T2, T12), elas foram analisadas por um comitê formado por um professor de medicina e educação médica, dois professores de medicina e uma professora de inglês, e seis especialistas em medicina rural fluentes em inglês, sendo desenvolvida a versão pré-final (VPF). Devido ao distanciamento social exigido pela pandemia de Covid-19, essa etapa não foi presencial. A etapa inteira foi realizada de maneira remota, porém, mantendo o objetivo original de consolidar todas as versões do questionário buscando-se atingir equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre todas as versões.

Inicialmente, a versão T12 do questionário foi enviada através da versão paga do questionário SurveyMonkey® para todos os membros do comitê com a opção de concordar ou não com a tradução proposta. Em caso de não concordância, a sugestão era apresentada em campo próprio. Os pesquisadores permaneceram em contato próximo com o comitê de especialistas durante esta parte do processo, através de e-mails, ligações telefônicas e mensagens por aplicativos de celular.

Na primeira rodada, entre os 37 itens do questionário, 12 itens não atingiram o nível de concordância mínimo estabelecido de 80% e um item, apesar de ter atingido concordância superior a 80%, gerou dúvidas e questionamentos nas discussões do comitê. Dessa forma, 13 itens foram corrigidos e submetidos a uma segunda rodada, onde todos os itens atingiram a concordância mínima.

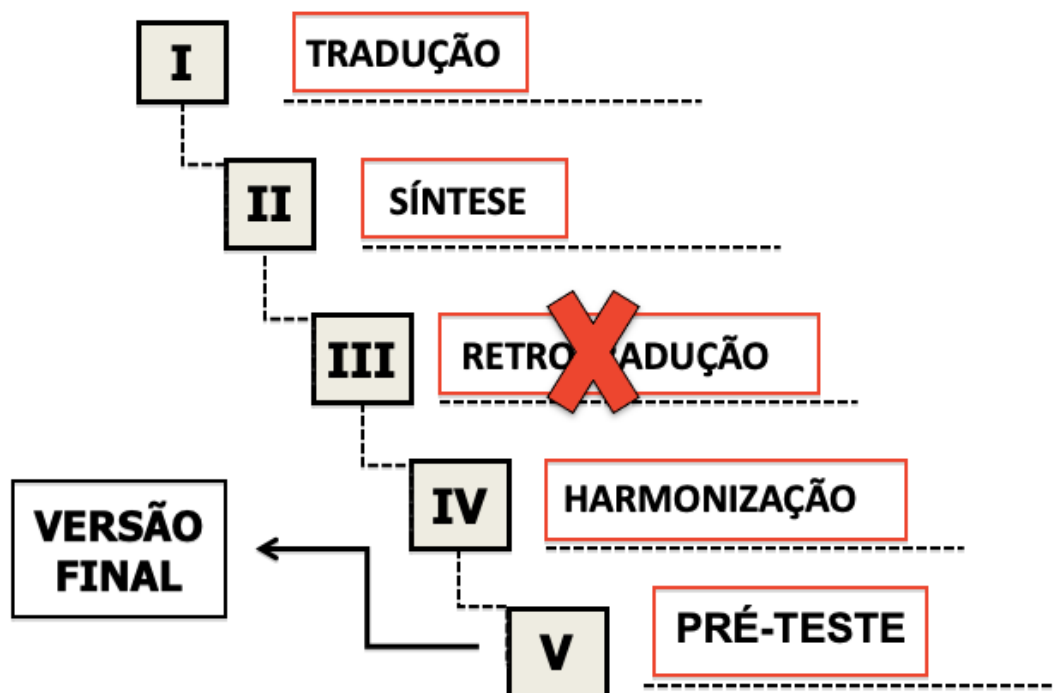
Estágio V: teste da VPF: A VPF foi aplicada em uma população de 27 indivíduos, médicos que já trabalharam anteriormente no Programa Mais Médicos. Esses foram escolhidos por conveniência dos pesquisadores, devido a pretensão de se aplicar o questionário em médicos do programa e apesar desses

profissionais não poderem ser incluídos na aplicação do questionário, por não estarem em um dos critérios de inclusão (médicos do Programa Mais Médicos), acabam sendo uma amostra equivalente.

Os participantes, após lerem e responderem os itens do questionário, foram entrevistados para sondar o que pensava que significava cada item do questionário e a resposta escolhida. Tanto o significado dos itens quanto as respostas foram exploradas. Em geral a ferramenta foi bem compreendida sem grandes dificuldades e todos os participantes conseguiram ler e responder o questionário. Baseado nas respostas dos 27 indivíduos a cada um dos 37 itens, os pesquisadores e alguns membros do comitê de especialistas consideraram que nenhuma outra alteração seria necessária, considerando assim a versão final (VF). Essa etapa é importante para clarear a redação de itens, medir a duração da aplicação do instrumento, mas não deve ser confundida com padrões de validade e confiabilidade do construto, que também são críticos para afirmar o sucesso na adaptação transcultural. Testes adicionais das propriedades psicométricas do questionário, embora não exigidos para a aprovação da versão traduzida, são recomendados.

Estágio VI: submissão ao desenvolvedor: A etapa final do processo de adaptação é a submissão de todos os relatórios e formulários aos desenvolvedores do instrumento original. Eles, por sua vez, verificam se as etapas recomendadas foram seguidas e os relatórios refletem esse processo. Não é objetivo da etapa qualquer alteração do conteúdo, presume-se que, seguindo este processo, uma tradução razoável foi alcançada. Na verdade, é como uma auditoria do processo (e não do resultado), com todas as etapas seguidas e seus respectivos relatórios observados.

Gráfico 1. Etapas do processo de tradução.

Etapas:

Fonte: Autor adaptado de Beaton D. *et al.* SPINE.2000;24:3186-3191

Aplicação do questionário

Participantes da pesquisa

Selecionamos três grupos para participar da pesquisa. O critério de inclusão do primeiro grupo foram médicos participantes do Programa Mais Médicos. Todos os médicos atuantes no referido programa poderiam responder o questionário, independente de atuar ou não em área rural ou remota e independente de quaisquer outros critérios.

O critério de inclusão do segundo grupo foi ser tutor ou supervisor do Programa Mais Médicos. Qualquer médico que atuasse como tutor ou supervisor do programa, independente de estar ou não em cenário rural e independente da região de atuação, poderia responder o questionário.

O critério de inclusão do terceiro grupo deveria ser especialista em medicina rural. Os especialistas foram definidos como médicos participantes do

Grupo de Trabalho Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, ou ser médico de qualquer especialidade com publicações sobre saúde rural, ou ser médico da assistência de qualquer especialidade médica que atue em área rural e se autodeclare especialista em saúde rural. Médicos que se enquadrassem em mais de uma categoria só poderiam responder o questionário uma vez.

À data da recolha de dados, o Grupo de Trabalho da Medicina Rural era composto por 100 médicos distribuídos pelas várias regiões do país. O questionário foi idêntico para os três grupos.

Procedimentos e técnica de coleta

Os dados foram coletados usando a versão paga de uma ferramenta de pesquisa online, SurveyMonkey®.

Os participantes da pesquisa foram contatados por e-mail, ligação telefônica ou aplicativos de mensagens instantâneas do celular. As mensagens foram individuais, solicitando também a indicação de possíveis participantes que se enquadrassem em um dos critérios de inclusão, compondo a técnica em cadeia em bola de neve, ou *snowball technique*, em que um participante contatado sugeria outros e assim por diante.

Para os participantes, foi enviada uma carta convidando-os a participar do estudo contendo um link que leva ao questionário e com instruções sobre como preenchê-lo. O questionário foi precedido pelo termo de consentimento livre e esclarecido, o estudo original que deu origem ao questionário e a técnica utilizada para sua tradução e adaptação transcultural. Só mediante clique em campo de aceite de participação da pesquisa, o questionário passava a ser disponibilizado para preenchimento. Em caso de negativa de participação, o participante era direcionado para uma página de agradecimento.

O participante deveria preencher algumas informações demográficas e posteriormente selecionar para cada domínio apresentado a singularidade de cada um para o cenário rural, que deveria ser avaliada em uma escala likert de 1 a 5, variando de "nada singular" até "extremamente singular". Em seguida, para cada competência apresentada o grau de importância para a atuação do médico em cenário rural e remoto em uma escala likert de 1 a 5, variando de "sem

importância" até "extremamente importante". Foram 8 domínios e 37 competências a serem respondidas. A duração média de preenchimento foi de 20 minutos.

Técnica de tratamento de dados

Para a obtenção das frequências absolutas (FA) e relativas (FR) de cada categoria, as informações provenientes do questionário foram primeiramente sintetizadas em estatísticas descritivas. As frequências foram comparadas por meio do teste de Qui-quadrado (χ^2) para k proporções.

As análises estatísticas foram realizadas no programa R, versão 4.1.0, utilizando pacote básico para cálculo das frequências e Qui-quadrado e o pacote “psych” para análise das questões em escala de Likert e da consistência interna através do coeficiente de Alfa de Cronbach, um teste estatístico que avalia como um conjunto de itens mede um único construto. Um valor de p de 0.05 ou menor foi considerado estatisticamente significativo. É um coeficiente de confiabilidade/consistência variando entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior é a consistência entre itens em uma escala. Valores superiores a 0,7 indicam alta confiabilidade.

RESULTADOS

Artigo 1- Internato rural nos cursos de medicina no Brasil

Internato rural nos cursos de medicina no Brasil.

Rural internship in medical schools in Brazil

Ricardo de Lima Lacerda MD, MsC¹, Simone Appenzeller MD, PhD²

¹Pós-graduação Clínica Médica Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.

²Disciplina de Reumatologia, Departamento de Ortopedia, Reumatologia e Traumatologia- Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.

Running title: Internato rural nos cursos de medicina no Brasil

Word count: 3386

Key words: Curriculum, medical education, rural health

Disclosures: the authors have no conflicting of interests to report.

Grants: Conselho Nacional Pesquisa Desenvolvimento-Brasil CNPq (306723/2019-0)

Correspondence to: Ricardo Lacerda – Graduate program in internal medicine, State University of Campinas, Cidade Universitária, Campinas SP, Brazil, CEP 13083-970; FAX: +55 19 3289-1818 Orcid: 0000-0001-6638-0657 E-mail: r207561@dac.unicamp.br Contribuição: Conceptualization (Equal) Data curation (Equal), Methodology (Equal), Writing-original draft (Equal), Writing-review & editing (Equal).

Simone Appenzeller - Department of Medicine, Faculty of Medical Science, State University of Campinas, Cidade Universitária, Campinas SP, Brazil, CEP 13083-970; FAX: +55 19 3289-1818 Orcid: 0000-0001-5075-4474 E-mail: appenzel@unicamp.br Contribuição: Methodology (Supporting), Project administration (Equal), Writing-review & editing (Equal)

RESUMO

Introdução: Existem evidências de que o recrutamento de estudantes para o internato rural, com o oferecimento de experiências significativas durante a graduação e a implementação de um programa específico de treinamento para a zona rural, após a formação, são as intervenções mais efetivas para o recrutamento e a retenção.

Objetivo: Identificar os programas de internato rural em atividade no Brasil, fomentando o debate sobre a formação médica para áreas rurais e remotas, bem como ressaltar a importância desse tipo de formação.

Método: Estudo transversal, descritivo e de análise documental, com caráter quantitativo, com uma amostragem do acesso aos Projetos Pedagógicos Curriculares (PPC) de escolas médicas do Brasil com a existência de internato rural no currículo.

Resultado: Das 357 Escolas Médicas existentes no Brasil, foram encontradas pelo autor 18 programas com internato rural, referente a 5% das instituições. A Região Sudeste comparada com a região Norte se concentra o maior número de escolas médicas no Brasil (148), porém o maior número de PPCs com internatos rurais fica na Região Norte do Brasil totalizando 6 (16%) com relação as escolas médicas na região. E ainda, das 47 Escolas Médicas da Região Sudeste, em Minas Gerais, 2 programas de internato rural foram identificados pelos autores, com relação aos outros estados da mesma região.

Conclusão: São necessárias mudanças nos PPCs, com a inclusão de internato rural, com inserção de competências bem definidas e baseadas nas necessidades de saúde das pessoas; construção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas, condizente com a realidade do Brasil.

PALAVRAS- CHAVE: Currículo, educação médica, saúde rural

ABSTRACT

Introduction: There is evidence that the recruitment of students for the rural internship, offering significant experiences during undergraduation and the implementation of a specific training program for the rural area, after graduation, are the most effective interventions for recruitment and retention. **Objective:** Identify rural internship programs in operation in Brazil, fostering debate on medical training for rural and remote areas, as well as highlighting the importance of this type of training. **Method:** Cross-sectional, descriptive and documentary analysis study, with a quantitative character, with a sampling access of the Curricular Pedagogical Projects (PPC) of medical schools in Brazil with rural internships in the curriculum. **Result:** Out of the 357 Medical Schools existing in Brazil, the author found 18 programs with rural internships, corresponding to 5% of the institutions. The Southeast Region compared to the North region concentrates the largest number of medical schools in Brazil (148), but the largest number of PPCs with rural internship is in the North Region of Brazil, in total 6 (16%) in relation to medical schools in the region. Furthermore, out of the 47 medical schools in the Southeast Region, in Minas Gerais, 2 rural internship programs were identified by the authors, in relation to other states in the same region. **Conclusion:** Changes are needed in the PPCs, with the inclusion of rural internships, with the insertion of well-defined competencies based on people's health needs; construction of knowledge and development of skills and attitudes to solve problems, consistent with the reality in Brazil.

KEY WORDS: Curriculum, medical education, rural health.

INTRODUÇÃO

O campo da educação médica no Brasil se encontra em processo de transformação. Na década de 1990, o projeto Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico reuniu diversas entidades médicas em um processo de avaliação das escolas médicas do Brasil que partia do pressuposto de que não estávamos formando médicos de acordo com as necessidades de nossa população. Diversas ações se sucederam a esse processo, entre elas as Diretrizes curriculares Nacionais (DCN) de 2001 que criaram as possibilidades para a emergência de novas metodologias e novos cenários de ensino e aprendizagem. Nesse processo, algumas experiências de internato rural, já anteriormente em curso em algumas universidades, encontraram melhores possibilidades para seu fortalecimento e desenvolvimento. Em 2014, com a publicação das novas DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais), houve a garantia de pelo menos 30% do internato na rede de urgências e emergências e em atenção primária à saúde (APS) e, com prioridade para a APS^{1,23}.

São robustas as evidências de que oportunizar experiências significativas durante a graduação, bem como o oferecimento de programas específicos de treinamento para a zona rural, e após a formação, o recrutamento de estudantes advindos de origem rural, são as intervenções mais efetivas para o recrutamento e a retenção de profissionais para trabalhar em áreas rurais e remotas. Programas de Treinamento para a prática rural devem envolver a comunidade para desenvolver um currículo socialmente responsável. O isolamento e a ruralidade fazem com que as necessidades em saúde sejam distintas das observadas em áreas urbanas, isso impõe desafios adicionais no cuidado em saúde pelos profissionais que se dedicam a providenciar os serviços necessários nessas áreas. Portanto, para o cuidado em saúde rural, são necessários médicos de família e comunidade ou médicos generalistas propriamente treinados para possuírem uma extensiva e abrangente variedade de habilidades certificadas para atender aos desafios específicos que encontrarão diariamente em suas jornadas de trabalho. Por outro lado, o envio de profissionais de saúde recém treinados, sem o suporte adequado e sem as habilidades apropriadas para trabalhar em entornos rurais, acaba por gerar frustração, afastar os jovens profissionais da escolha por uma carreira em saúde rural, além de colocar em risco a vida dos pacientes².

Em muitas comunidades rurais carentes, os médicos de família são responsáveis pela maioria dos serviços médicos, prestando cuidados aos habitantes desde a concepção até o fim da vida. As comunidades rurais dependem de médicos de família treinados para fornecer atendimento integral em áreas de poucos recursos, uma tarefa

que requer familiaridade com os sistemas rurais, bem como treinamento abrangente. Na verdade, mais de 90% da capacidade de atenção primária nas áreas rurais é fornecida pela medicina de família e clínicos gerais³.

A consolidação de programas de internato rural não é um fenômeno simples, embora sua importância atualmente seja reconhecida por alunos e professores como uma atividade diferenciada em seus itinerários formativos. As escolas médicas ainda enfrentam desafios consideráveis para concretizar esse tipo de atividade, já que envolve questões de diferentes esferas como pedagógicas, logísticas, burocráticas, administrativas, entre outras⁴.

Apesar das dimensões continentais do Brasil e de sua enorme diversidade cultural, apenas algumas faculdades de medicina do país oferecem aos alunos a oportunidade de adquirir experiência profissional com foco em áreas rurais ou remotas⁵.

O objetivo desse estudo é identificar os Projetos Pedagógicos Curriculares (PPCs) com internato rural em atividade no Brasil, fomentando o debate sobre a formação médica para áreas rurais e remotas, bem como ressaltar a importância desse tipo de formação.

METÓDO

Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo e de análise documental, com caráter quantitativo, realizado por uma amostragem de acesso dos Projetos Pedagógicos Curriculares (PPC) de escolas médicas do Brasil com a existência de internato rural no currículo.

Destaca-se que de acordo com a Portaria Normativa do MEC nº 40, de 12 de dezembro de 2007, os PPC se configuram como documentos de domínio público⁶. Dessa forma, não houve a necessidade de submissão desta pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde⁷.

De acordo com dados da Demografia Médica do Brasil (2020), existem 357 cursos de Medicina de natureza pública e privada no Brasil, com grande expansão principalmente após o ano de 2013⁸.

Assim, o presente estudo baseou-se em uma busca pelo sítio eletrônico de Projetos Pedagógicos Curriculares (PPC) das universidades públicas e particulares que incluíam em seu currículo do curso de medicina o internato rural e que estavam presentes na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores (DeCS) entre aspas: “educação de graduação em medicina” *and* “Internato rural” sem qualquer limitador. Foram encontrados 215 artigos, que posteriormente, aplicou-se o

filtro “Assunto Principal” da busca como “Educação de Graduação em Medicina”, “internato e residência” e “saúde da população rural”, limitando aos últimos 10 anos (2011 a 2021) identificando-se assim 62 artigos.

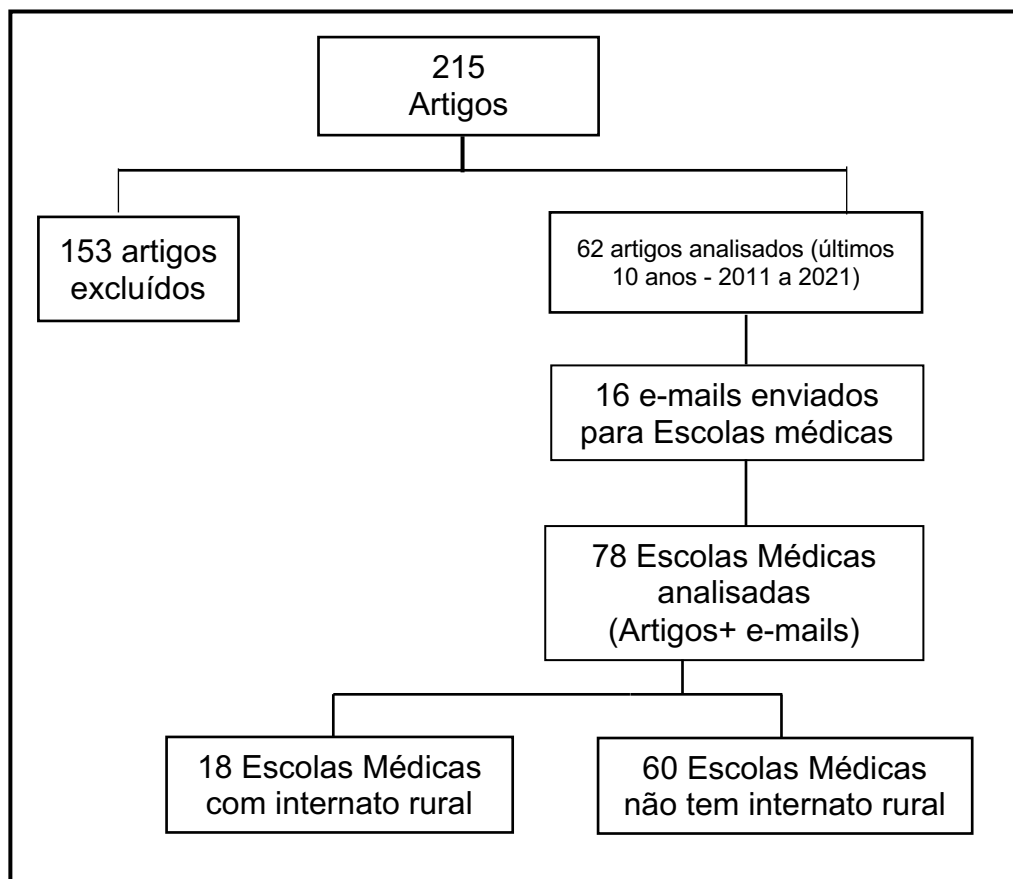
A leitura dos artigos possibilitou construir uma relação de possíveis escolas médicas que possuísem internato rural em seu PCC. Essa lista inicial foi enviada por e-mail ao Grupo de Trabalho Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e para a lista de e-mails do *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research* (FAIMER do Brasil) com a finalidade de solicitar PPCs das escolas médicas e a existência do internato rural que não estava na relação de artigos pesquisados. Foram recebidas 16 respostas de e-mails sobre o Projeto Pedagógico Curricular (PPC) se tinha ou não o internato rural. E ainda, informações adicionais foram levantadas nas páginas da internet dos respectivos cursos. Nas páginas da internet dos cursos onde não foi possível encontrar o respectivo projeto pedagógico curricular, essa informação foi solicitada em contato direto com os responsáveis pelos estágios por e-mail ou ligação telefônica.

Para melhor análise quantitativa dos dados, foi realizado um comparativo entre as escolas médicas existentes no Brasil e os internatos rurais encontrados pelo autor, divididos nas 5 regiões do Brasil: Região Norte, Região Nordeste, Região Sudeste, Região Sul e Região Centro-Oeste.

RESULTADOS

Foram analisadas 78 Escolas Médicas e seus respectivos PPCs, sendo que 62 constavam nos artigos científicos com os descritores citados e 16 foram adicionados por indicação do Grupo de Trabalho Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research* (FAIMER do Brasil) (Figura 1).

Figura 1. Descrição quantitativa das Escolas Médicas com programas de Internato Rural nos cursos de medicina do Brasil levantados pelo autor.

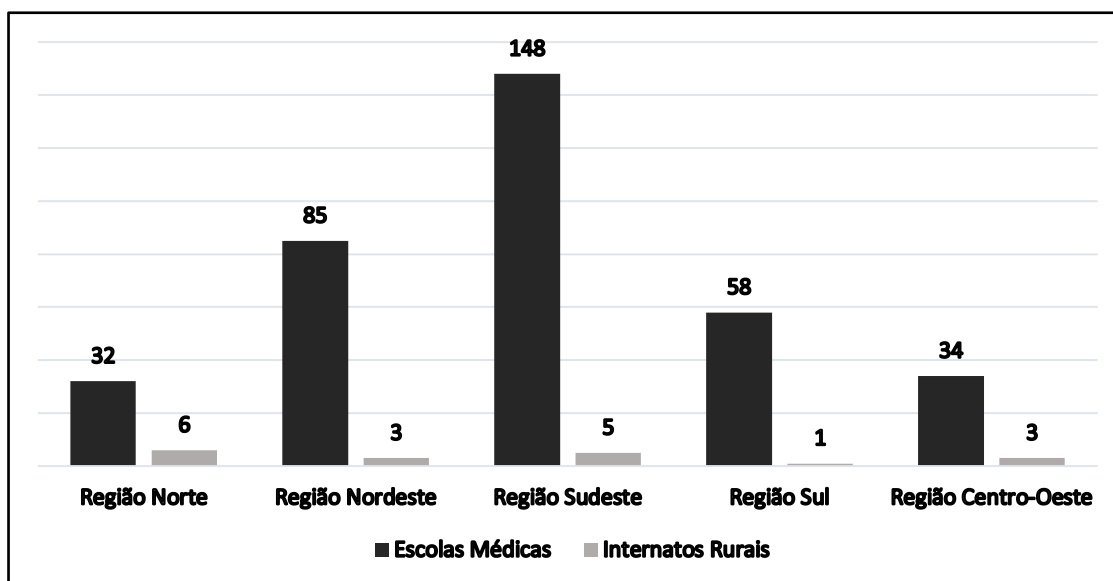


Fonte: Elaborado pelos autores.

No Brasil, são 357 escolas médicas, dessas foram encontradas pelos autores 18 programas com internato rural, referente a 5% das instituições.

Com uma divisão por regiões do Brasil para facilitar a demonstração dos resultados e discussão, foram descritos os números totais de escolas médicas no Brasil e os números de internatos rurais encontrados pelos autores demonstrado na Figura 2.

Figura 2. Comparativo de números de Escolas Médicas segundo no Brasil (2020) e Internatos médicos rurais encontrados pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Pode-se perceber que a Região Sudeste comparada com a região Norte se concentra o maior número de escolas médicas no Brasil (148), porém o maior número de PPCs com internatos rurais fica na Região Norte do Brasil totalizando 6 (16%) com relação as escolas médicas na região. Na região Sudeste, foram encontradas somente 5 internatos rurais, correspondendo a 3% das escolas médicas existentes na região.

Na região Nordeste, a Bahia concentra o maior número de escolas médicas e foi encontrado pelo autor um PPCs com internato rural, conforme demonstrado na Figura 3, o comparativo de escolas médicas e os internatos rurais, ainda mostra internato rural no Ceará (1) e Alagoas (1).

A criação do Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC), criado na universidade do Brasil em 1965, a partir da Resolução nº 259 de 28/09/1972, teve início na Universidade Federal do Ceará, com o objetivo geral, a formação de profissionais adequados às exigências das áreas interioranas e com promoção e benefícios para as populações rurais. Historicamente foi considerado o órgão que possibilitou de forma mais efetiva a extensão/interiorização da universidade no Brasil⁹.

No programa, atualmente contempla os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia proporcionando formação adequada às exigências das regiões que se encontram fora da área metropolitana do Estado do Ceará, com uma política de interiorização da Universidade Federal do Ceará¹⁰.

O programa tem como objetivos, entre outros, possibilitar ao estudante uma melhor compreensão do perfil epidemiológico e da organização dos serviços de saúde de municípios do interior do estado, promover treinamento em atividades assistenciais preventivas e curativas compatíveis com a realidade das demandas e recursos dos serviços de saúde de municípios de médio e pequeno porte, propiciar ao estudante uma convivência com realidades e culturas diferentes da região metropolitana e permitir experiências de educação em saúde em contextos culturais diversos. O estágio rural tem duração de um mês¹⁰.

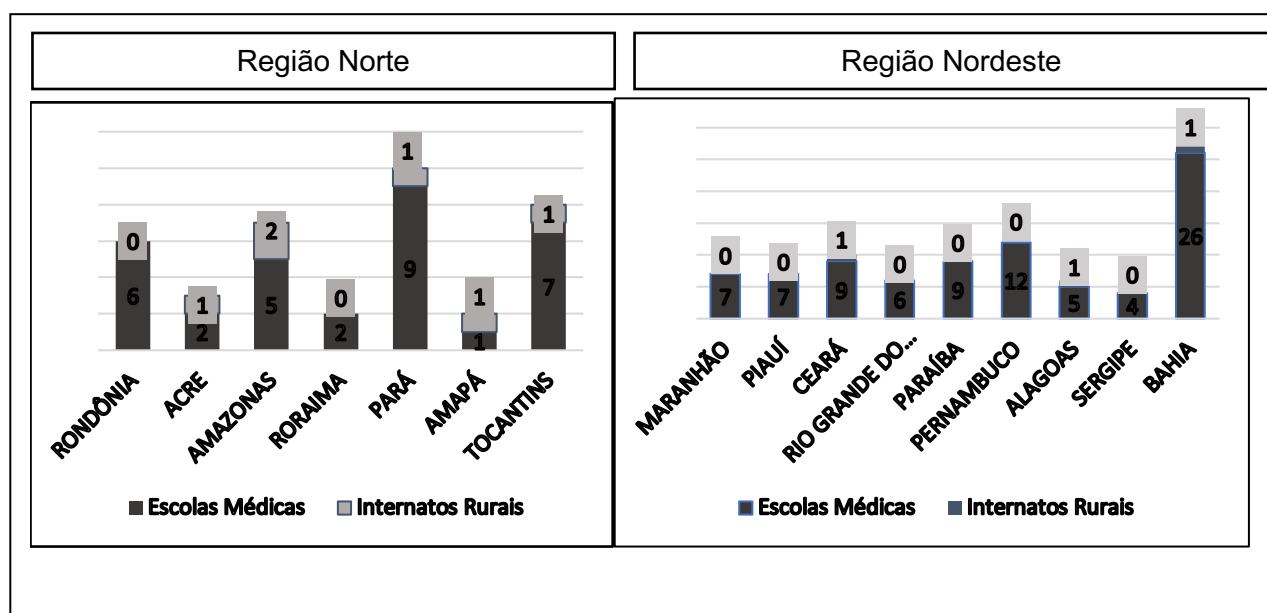
Na região Norte, os Projetos Pedagógicos Curriculares (PPCs) com programa de internato rural em cada região, demonstra que o Acre das 2 escolas médicas existentes, em uma foi encontrado internato rural, no Amapá com somente uma escola médica, também foi encontrado o PPC com internato rural e das 7 escolas médicas do estado de Tocantins pode ser encontrado também 1 PPC com internato rural. Assim, observa-se que, das 32 escolas médicas na região 16% possuem PPC com internato rural.

O internato rural, está presente atualmente em 42 municípios da região Norte, a maioria dos quais com até 50 mil habitantes, considerando possíveis flutuações relacionadas à conjuntura local. O grupo de alunos permanece um tempo que varia de três semanas a quatro meses, normalmente sem interrupções, fazendo uma imersão na realidade do município⁴.

Na figura 3, apresenta 32 escolas médicas e identificados pelo autor 6 programas de internatos rurais, onde 2 são da região da Amazonas.

O internato rural identificado na região da Amazônia iniciou com experiências, como o Projeto Rondon pioneiro da extensão universitária em nosso país, realizada nas décadas de 1970 e 1980 que tinha como objetivo levar os estudantes a tomar contato com o interior da Amazônia e trabalhar em benefício das comunidades carentes daquela região⁵.

Figura 3. Região Norte e Nordeste do Brasil: comparativo de números de escolas médicas segundo dados da Demografia médica no Brasil (2020) e Internatos médicos rurais encontrados pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

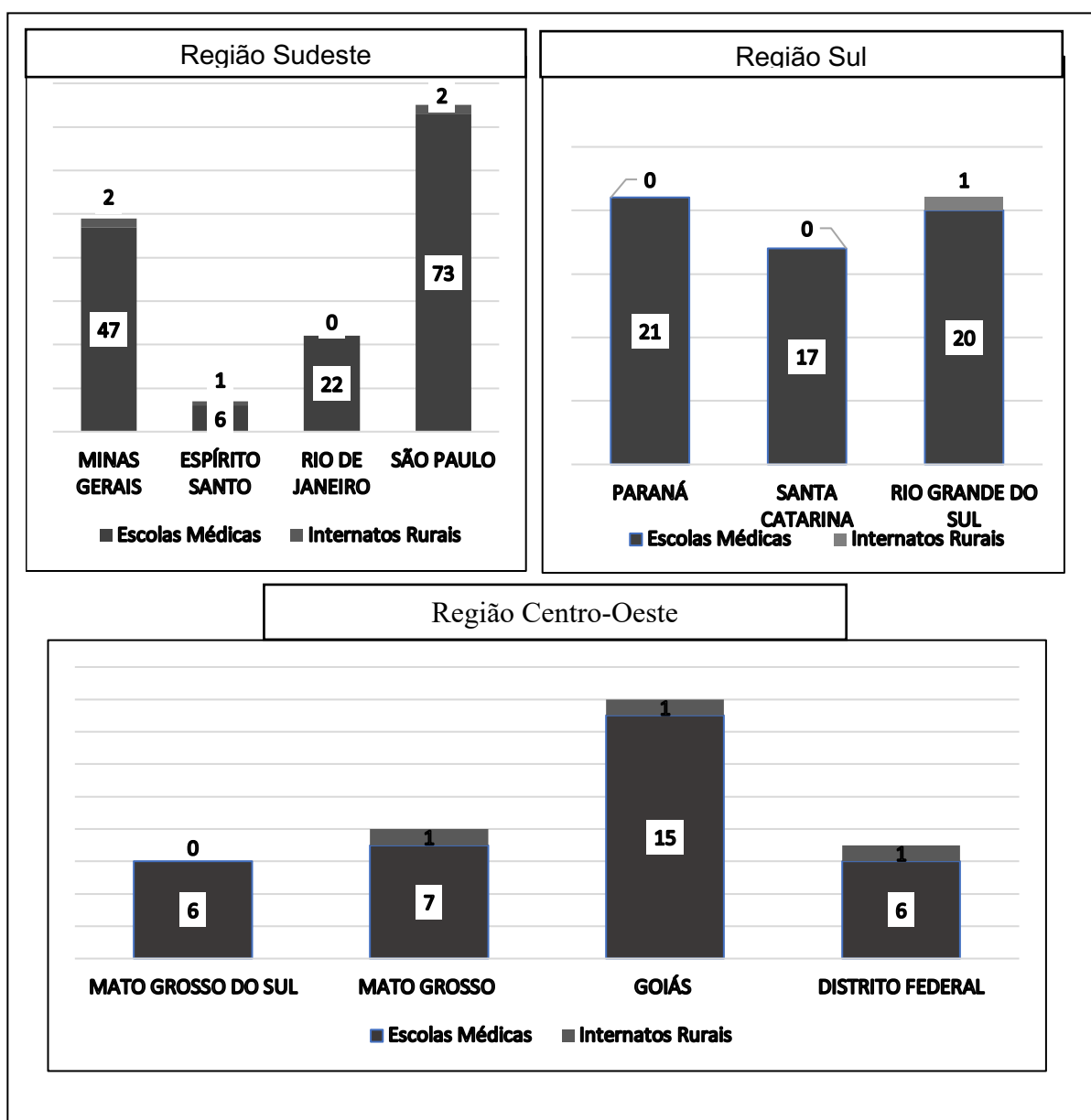
A figura 4 demonstra que das 47 escolas médicas da Região Sudeste, em Minas Gerais, 2 programas de internato rural foram identificados pelos autores, um deles foi iniciado em 1978, sendo uma das experiências pioneiras na interiorização da graduação no Brasil. Foi o que mais permitiu encontrar informações completas com Projeto Pedagógico Curricular, abordando plano de trabalho, minutas de convênios, ficha de cadastro dos municípios, entre outras informações.

Em São Paulo, o Estágio em Medicina Comunitária tem como objetivo inserir o aluno do sexto ano de medicina em serviços primários de saúde de municípios de pequeno porte. É um treinamento em serviço sob supervisão médica permanente com carga horária prática de 210 horas. É de frequência obrigatória e tem avaliação de desempenho durante as atividades do estágio e com apresentação e discussão do relatório final. O estágio tem objetivos bem estabelecidos, organização geral, materiais necessários e regulamento próprio.

Ainda na Figura 4, a região Sul tem 58 escolas médicas, e foi encontrado pelos autores somente 1 programa de internato rural no Rio Grande do Sul, que teve início em 2007, quando estudantes do curso solicitaram a realização de estágio voluntário de férias em Nova Petrópolis (RS), na Unidade de Saúde Pinhal Alto, gerando um fluxo contínuo de estudantes dos últimos dois anos do curso de graduação em Medicina (internos) e formalizando apoio financeiro da Universidade para os estagiários. O internato rural em saúde da família do Rio Grande do Sul é uma oportunidade de

formação médica em nível de graduação, de caráter voluntário. Pretende oferecer uma vivência em medicina no Sistema Único de Saúde (SUS) em cenário de relativo isolamento do restante do sistema e em equipes menores. Ele integra o internato de Medicina de Família e Comunidade, que é uma das seis áreas obrigatórias de estágio curricular para a graduação em Medicina. O estágio na área de Medicina de Família e Comunidade tem uma duração de cerca de 95 dias. O estagiário acompanha e participa ativamente de todas as atividades de um médico de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em área rural, que também é professor especialista em medicina de família e comunidade (MFC). Estas atividades incluem consultas médicas sob supervisão, visitas domiciliares, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, atividades de educação em saúde, planejamento e territorialização, e reuniões de equipe e da secretaria de saúde. O tempo de estágio é, em média, de 4 semanas (de 3-6 semanas) e a carga horária é de segundas às quintas-feiras nos turnos da manhã e tarde; de acordo com o estabelecido na Lei de Estágio vigente, respeita-se as 30 horas de atividade semanal¹¹.

Figura 4. Região Sudeste, Sul e Centro- Oeste do Brasil: comparativo de números de escolas médicas segundo dados da Demografia médica no Brasil (2020) e Internatos médicos rurais encontrados pelos autores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A região Centro-Oeste, o único estado que não foi encontrado nenhum programa é no Mato Grosso do Sul. Com 34 Escolas Médicas nessa região, existem 3 programas de internato rural, um em cada Estado (Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal), correspondendo a 8% das instituições.

Em Goiás o estágio rural é multiprofissional, onde participam os cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição e Odontologia, onde o Internato em Saúde Coletiva, é conhecido como Internato Rural, teve início em 1978 e tem como finalidade permitir aos

alunos entenderem como funciona um sistema municipal de saúde, e colaborar para o seu desenvolvimento por meio de projetos e atividades assistenciais¹². A carga horária de trabalho semanal é de 32 horas, que podem ser divididas em diferentes atividades mediante combinação com a Secretaria municipal de saúde. Os professores responsáveis pela supervisão comparecem à cidade de 15 em 15 dias em média, em um total de 4 a 5 vezes durante o trimestre. Os alunos devem exercer atividades na Atenção Básica, incluindo-se aí assistência direta, diagnóstico situacional, planejamento e programação de ações, projetos de prevenção, educação em saúde etc. Existe sempre um profissional médico de referência na unidade¹³.

Assim, foi identificado uma grande diferença entre as Escolas Médicas do Brasil em relação a presença de internatos rurais em seus Projetos Pedagógicos Curriculares.

DISCUSSÃO

Os internatos rurais fazem parte de um conjunto de ações ligadas ao processo formativo que contribui para o recrutamento de médicos para áreas rurais e remotas bem como sua fixação nessas áreas. Os programas têm explorado seu potencial pedagógico notadamente em reflexões sobre o contexto de vida da população brasileira que possibilitam maior aproximação do médico com a realidade daqueles habitantes⁵.

A importância de diferenciar o internato rural do urbano é o que instiga as pesquisas nessa área a partir de uma perspectiva multidisciplinar, que deve estar aberta para ampliar seu ângulo de visão e revisar conceitos. É importante a apreciação de múltiplos fatores, pois as interpretações isoladas tendem a ser superficiais, por não conseguir captar questões mais profundas relacionadas ao campo e à cidade¹⁴. O Grupo de Trabalho Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade considerou que o Brasil utiliza um critério político, municipalizado, para determinar as áreas rurais e urbanas, que é altamente impreciso, discutível e influenciável por questões tributárias e que, historicamente, a forma como se define rural no Brasil tende a superestimar sua população urbana¹⁵. Nas áreas rurais brasileiras, lidamos com uma extensão territorial gigantesca, dificuldades de transporte e falta de recursos humanos. A maioria dos médicos é treinada em áreas urbanas de grandes cidades e requerem adaptação para as peculiaridades dos serviços de saúde rurais¹⁶. Vemos, portanto, que cenários diferenciados necessitam de abordagem própria e ações direcionadas, o que requer treinamento específico.

A proporção de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família no Brasil foi de 53,4% desses a maior é na área rural (70,9%) que na urbana (50,6%). Quanto à proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da

família, o valor para o Brasil foi de 56,2% sendo também maior na área rural (72,3%) que na urbana (53,3%). Assim, mais da metade da população brasileira refere estar cadastrada nas unidades de saúde da família, sendo quase dois terços da população na área rural¹⁷.

Ao considerar esse contexto, e sabendo que as unidades de saúde da família são locais de trabalho de recém egressos, deveríamos estar realmente preocupados com a formação de médicos competentes para atuar nessas realidades.

A desigualdade da distribuição geográfica de profissionais de saúde é um problema global, e com a escassez desses profissionais no meio rural é um problema multifatorial, relacionado ao isolamento profissional, carência de segurança do trabalho, baixos salários, falta de perspectivas de progressão na carreira, dificuldade de acesso à educação continuada e falta de estrutura no ambiente de trabalho e na comunidade¹⁸.

Portanto, é imprescindível que existam programas de internato rural nas escolas médicas brasileiras, considerando as particularidades do cenário rural e a grande quantidade de habitantes nessas áreas. Embora tenhamos verificado programas bem estabelecidos e longevos, bem como novas escolas médicas implantando programas de internato rural, também pudemos verificar programas sendo desativados.

O internato é a última fase da formação médica em nível de graduação e é por definição um estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço. Quando falamos em internato rural, estamos nos referindo especificamente a estágios que acontecem em cidades do interior, ou mesmo em áreas afastadas de municípios maiores, como parte do período formativo da graduação designado como internato médico. Os estágios em áreas rurais fazem parte do que a literatura tem designado como *rural pipeline*, que representa um conjunto de ações ligadas ao processo formativo que contribui para o recrutamento de médicos para áreas rurais ou remotas e sua fixação nessas áreas¹. No Brasil, a estruturação da disciplina denominada “Internato Rural”, incluída em cursos de graduação e desenvolvida sob a forma de estágio junto às comunidades e aos serviços do Sistema Único de Saúde, se destacou no campo da Integração Docente – Assistencial¹⁹.

Práticas sanitárias, organização do sistema de saúde e mercado de trabalho exercem influência sobre o perfil e o conteúdo da formação de médicos. No processo de mudança do setor saúde deve-se procurar influir na formação durante todo o tempo e em todas as oportunidades¹⁹.

As experiências de interiorização na formação médica são parte importante, embora ainda que não sejam comuns nos currículos médicos brasileiros. Ao deslocar-se para municípios menores, possibilita-se aos estudantes um comparativo a respeito

do funcionamento do sistema de saúde no interior, que em alguns aspectos inclusive pode ser melhor do que nos das grandes cidades¹⁰.

Médicos com treinamento rural são mais propícios a permanecerem em áreas rurais. Estudos demonstram que quanto maior o treinamento rural na graduação médica, maior a probabilidade de trabalhar em área rural após a graduação²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação dos profissionais de saúde na América Latina, nas últimas três décadas, vem sofrendo de problemas diretamente ligados às estratégias de ensino e na adequação desses profissionais à realidade dos sistemas de saúde, em especial do profissional médico. Isso ocorre mesmo em uma realidade em que nos últimos anos tem sido amplamente reconhecida a necessidade de mudanças na gestão e formação de recursos humanos, enfocando principalmente a graduação médica, quando realizada em integração entre os serviços de saúde e os centros formadores⁸.

A Sociedade Brasileira de Educação Médica pontuou necessidades de mudanças no internato, como inserir competências bem definidas e baseadas nas necessidades de saúde das pessoas; construção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas, considerar suas experiências anteriores de aprendizagem, culturais e de vida; de e professores capacitados em educação médica²¹.

O internato Rural faz com que o estudante de medicina compreenda a causa extra biológica das doenças e da relatividade do papel da Medicina na solução destas, numa realidade sociologicamente mais simples que a das grandes capitais. Com poucos recursos, o estudante percebe que a tecnologia médica poderia ser utilizada de maneira mais criteriosa e lhe dar mais autonomia para tomar decisões²².

Para o processo de negociação para implantação de um programa de internato rural, observa-se o interesse formal de implementá-lo, entretanto privilegiam-se questões operacionais, em detrimento do estabelecimento de um plano de trabalho conjunto que atenda ao interesse das instituições e da própria integração. Assim, fica evidente a discussão e debate dos Projetos Pedagógicos Curriculares (PPCs) das escolas médicas do Brasil²⁴.

REFERÊNCIAS

- 1- Tesson G, Curran V, Pong R, Strasser R. Advances in rural medical education in three countries: Canada, the United States and Australia. *Educ Health* (Abingdon). 2005 Nov;18(3):405-15. doi: 10.1080/13576280500289728. PMID: 16236588.
- 2- Kumar R. The Delhi Declaration 2018: "Healthcare for All Rural People" - Alma Ata Revisited. *J Family Med Prim Care*. 2018 Jul-Aug;7(4):649-651. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_217_18. PMID: 30234032; PMCID: PMC6132010.
- 3- Rodgers DV, Wendling AL, Saba GW, Mahoney MR, Speights JSB. Preparing Family Physicians to Care for Underserved Populations: A Historical Perspective. *Fam Med* 2017;49(4):304-310.
- 4- Silveira RP, Pinheiro R. Internato rural na Amazônia: aspectos histórico, contexto atual e principais desafios. *História, Ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.24, n.2, abr.-jun. 2017, p.371-390.
- 5- Santos LM. Rural Public Health Workforce Training and Development: The Performance of an Undergraduate Internship Programme in a Rural Hospital and Healthcare Centre. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.2019; 16(7):1259. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071259>.
- 6- Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 40, de 12 de dezembro de 2007. Institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação, avaliação e supervisão da educação superior no sistema federal de educação, e o Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos Superiores e consolida disposições sobre indicadores de qualidade, banco de avaliadores (Basis) e o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) e outras disposições. *Diário Oficial da União* 29 dez 2007; Seção 1, p. 23.
- 7- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União* 24 maio 2016; Seção 1, p. 44.

- 8- Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux A, Brandão A, Miotto B *et al.*, Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8.
- 9- Souza JR. Histórico do Crutac. Disponível em < <https://saudecomunitaria.ufc.br/pt/extensao/crutac/>> acesso em 02/05/2021.
- 10- Cury GC. Sobre o Internato. Universidade federal de Minas Gerais. Disponível em <https://www.medicina.ufmg.br/internatorural/sobre-o-internato/> acesso em 27/06/2021.
- 11- Targa LV, Santos ND, Schwalm FD, Barros EF, La Porta VL, Toscani G *et. al.* Internato médico rural na Serra Gaúcha: a experiência da Universidade de Caxias do Sul. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 42, n. 1, p. 59-70, jan./jun. 2021
- 12- Área do Gestor. Universidade federal de Minas Gerais. Disponível em <https://www.medicina.ufmg.br/internatorural/area-do-gestor/> acesso em 27/06/2021.
- 13- Plano de trabalho do internato Rural. Universidade federal de Minas Gerais. Disponível em <https://www.medicina.ufmg.br/internatorural/wpcontent/uploads/sites/42/2018/05/Plano-de-Trabalho-1-dupla-2018-08-05-2018.pdf> acesso em 27/06/2021.
- 14- Kieling RI, Silveira RL. O rural, o urbano e o continuum urbano-rural no contexto do desenvolvimento regional. Perspectiva. Erechim. v. 39, n.148, p. 133-143, dezembro/2015.
- 15- Ando NM, Targa LV, Almeida A, Silva DH, Barros EF, Schwalm FD, *et al.* DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA; O Conceito de rural e o cuidado à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 1º de agosto de 2011 [citado 12º de outubro de 2021];6(19):142-4. Disponível em: <https://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/view/390>. Acesso em: 22 fev. 2021.
- 16- Almeida MM, Floss M, Targa LV, Wynn-Jones J, Chater AB. It is time for rural training in family medicine in Brazil! Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-4. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1696](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1696)
- 17- Malta DC, Santos MA, Stopa SR, Vieira JE, Melo EA, Reis AA. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p. 327–338, 2016.
- 18- Gouveia EAH, Braga TD, Heráclio SA, Pessoa BS. Validating competencies for an undergraduate training program in rural medicine using the Delphi technique.

- Rural and Remote Health (Internet) 2016;16:3851. Available: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3851>.
- 19- Guimarães EV. O Internato Rural e a formação do profissional médico para o Programa de Saúde da Família. / Emanuel Vitor Guimarães. – 2004. 101 f. Orientador: Antônio Leite Alves Radicchi Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.
 - 20- Gaski M, Abelsen B. Designing medical internships to improve recruitment and retention of doctors in rural areas. *Int J Circumpolar Health*. 2017;76(1):1314415. doi: 10.1080/22423982.2017.1314415. PMID: 28417680; PMCID: PMC5405445.
 - 21- Associação Brasileira de Educação Médica. Fórum de Internato: 44o Congresso Brasileiro de Educação Médica. Gramado- RS: ABEM; 2006. Relatório I.
 - 22- Alves, AL. Breve Resumo Histórico do Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG. *Revista Brasileira de Educação Médica* (online).1998, v.22, n.01 pp.54-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v22.1-009>.
 - 23- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.
 - 24- Neves MA, Spinelli, MA. Integração ensino-serviços de saúde: o internato rural médico da Universidade Federal de Mato Grosso. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2008, v. 6, n. 2 pp. 341-366. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000200008>>. Epub 24 Out 2012. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000200008>.

Artigo 2 – Competências médicas no cenário rural brasileiro

COMPETÊNCIAS MÉDICAS NO CENÁRIO RURAL BRASILEIRO

Ricardo Lacerda, Msc^{1,2}; Aline Cavalcanti, Msc³; Leila Moraes, Msc⁴; Marcos Arcoverde, PhD⁵; Simone Appenzeller, PhD¹

1- School of Medical Science, University of Campinas, Campinas, São Paulo

2- School of Medicine, Universidade da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, Paraná

3- School of Medicine, Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Pernambuco

4- School of Medicine, Universidade Federal do Amapá

5 – School of Nursing, State University of Western Paraná (Unioeste)

Running title: Medical competencies in Brazilian rural scenario.

Word count: 2079

Key words: Rural health, Competency Based Education, Medical Education

Disclosures: the authors have no conflicting of interests to report.

Correspondence to: Simone Appenzeller - Department of Medicine, Faculty of Medical Science, State University of Campinas, Cidade Universitária, Campinas SP, Brazil, CEP 13083-970; FAX: +55 19 3289-1818

Email: appenzel@unicamp.br

Ricardo Lacerda – Graduate program in internal medicine, State University of Campinas, Cidade Universitária, Campinas SP, Brazil, CEP 13083-970; FAX: +55 19 3289-1818 Orcid: 0000-0001-6638-0657

E-mail: r207561@dac.unicamp.br

RESUMO

Introdução: Mundialmente, metade da população vive em área rural, porém menos de 25% dos médicos trabalham nessas áreas. No Brasil, há mais de 30 milhões de pessoas vivendo em área rural. **Objetivo:** O objetivo desse estudo é traduzir e validar um questionário em uma população de médicos brasileiros, para estabelecer as competências para a atuação de generalistas em cenário rural. **Método:** Uma tradução e adaptação transcultural do questionário desenvolvido por Longenecker *et al.* foi feita, baseada em diretrizes previamente estabelecidas, após autorização do autor. Convidamos por e-mail médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), supervisores desse programa e médicos especialistas em medicina rural de todas as regiões do Brasil para responder ao questionário. Especialistas foram definidos como médicos participantes do Grupo de trabalho Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, ou ser médico de qualquer especialidade com publicações em medicina rural, ou ser médico de qualquer especialidade que atue em área rural e se declarem especialistas em medicina rural. **Resultados:** Observou-se uma excelente consistência dos itens, com o coeficiente alfa de Cronbach entre 0,92 e 0,93. Enviamos um total de 556 e-mails para diferentes médicos, e recebemos 152 (27,3%) respostas. A taxa de respostas foi a seguinte: 95/152 (62,5%) médicos do Programa Mais Médicos, 41/152 (27%) de supervisores do programa e 16/152 (10,5%) de especialistas em medicina rural. Verificou-se que 39% dos supervisores do Programa Mais Médicos não tiveram treinamento rural específico e apenas 12,2% estão atualmente trabalhando em área rural. Entre os médicos formados no Brasil, 37,8% tiveram prática rural na graduação, enquanto entre os formados no exterior esse número foi de 62%. **Discussão:** Avaliamos que o Programa Mais Médicos não abordou de forma abrangente todas as recomendações da Organização Mundial de Saúde para recrutamento e seleção de profissionais de saúde para áreas rurais e remotas. **Conclusão:** Observamos em nosso estudo que as competências desenvolvidas anteriormente por outros pesquisadores e aceitas internacionalmente, são válidas para o Brasil. Apesar do estudo ter várias limitações, como o fato de que os respondentes são uma amostra de conveniência, podendo não representar todos os médicos em prática rural ou professores médicos, sugerimos a utilização dessas competências na formulação dos currículos das escolas médicas brasileiras.

Palavras-chave: Saúde Rural, educação baseada em competências, Educação Médica

ABSTRACT

Introduction: Worldwide, half of the population lives in rural areas, but less than 25% of doctors work in these areas. In Brazil, there are over 30 million people living in rural areas. **Objective:** The aim of this study was to translate and validate a questionnaire in a population of Brazilian physicians, to establish the competencies for the performance of general practitioners in a rural setting. **Methods:** A translation and cultural adaptation of the questionnaire developed by Longenecker *et al.* was made, based on previously established guidelines, after authorization by the author. We invited by e-mail physicians participating in the Program More Doctors for Brazil (PMMB), supervisors of that program, and medical specialists in rural medicine of all Brazilian regions to answer the questionnaire. Specialist were defined as physicians participating in the Rural Working Party of the Brazilian Society of Family Medicine, or to be a physician of any specialty with publications on rural health, or to be a physician of any medical specialty that act in rural areas and declare themselves a specialist in rural health. **Results:** An excellent consistency of the items was observed, with Crombach's Alpha coefficient between 0.92 and 0.93. We sent a total of 556 e-mails to different physicians, and we received 152 (27.3%) responses. The response rate was as following: 95/152 (62.5%) physicians from the More Doctors Program, 41/152 (27%) from supervisors of the program and 16/152 (10.5%) specialists in rural medicine. We observed that 39% of More Doctors Program supervisors had no specific rural training and only 12.2% are currently working in rural areas. Among doctors trained in Brazil, 37.8% had rural practice in their undergraduate course, while among those trained abroad, this number was 62%. **Discussion:** We evaluate that the Program More Doctors for Brazil did not comprehensively address all the World Health Organization's recommendations for the recruitment of health professionals for rural and remote areas. **Conclusion:** We observed in our study that the competencies previously developed by other researchers and internationally accepted are valid for Brazil. Although the study has several limitations, such as the fact that respondents are a convenience sample and may not represent all doctors in rural practice or medical teachers, we suggest the use of these competencies in the curricula formulation for Brazilian medical schools.

Keywords: Rural Health, Medical Competencies, Medical Education.

Introdução

Mundialmente, metade da população vive em área rural, porém menos de 25% dos médicos trabalham nessas áreas¹. No Brasil, temos mais de 30 milhões de pessoas vivendo em área rural.²

Segundo a divisão de estatística das Nações Unidas, ainda não é possível uma definição única para distinção entre urbano e rural que seja aplicável a todos os países. Onde não há recomendações regionais, os países devem estabelecer suas próprias definições baseados em suas necessidades. A distinção tradicional entre rural e urbano tem sido baseada no pressuposto que áreas urbanas, independentes da forma como foram definidas, proporcionam um modo de vida diferente e, geralmente, um padrão de vida mais elevado que as áreas rurais³. As necessidades de saúde e consequentemente a formação de profissionais para atuar nessas áreas, portanto, tem características específicas.

Na realidade brasileira, o governo federal tem feito esforços para fixação de médicos em áreas remotas com destaque para a interiorização das escolas de medicina. O provimento imediato de médicos nessas áreas tem sido garantido, em grande parte, por programas como o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB)⁴ e o Projeto Mais Médicos para o Brasil⁵. As vagas nesses programas estão sendo preenchidas em sua maioria por médicos recém-formados.

Os programas de residência médica em medicina de família e comunidade, foram estabelecidos no Brasil em 1976 ainda com o nome de medicina geral e comunitária⁶. A especialidade é tida como prioritária na atenção primária a saúde no Brasil e atualmente 155 programas de residência estão estabelecidos^{7,8}. Discussões recentes têm enfatizado que além de aumentar o número de residentes, é necessário também preparar recém egressos para esse cenário⁸. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade já traz os fundamentos da medicina rural e de áreas isoladas em seu currículo baseado em competências, mesmo sendo essas competências consideradas optativas⁹.

Considerando que após graduado, programas de residência não são obrigatórios no Brasil, e os médicos estão aptos a trabalhar em qualquer lugar sem restrições, existe a necessidade de incluir competências rurais no currículo de graduação.

A ideia do ensino baseado em competências foi estabelecida na educação médica desde 1978¹⁰. Estudos anteriores já validaram competências para formação médica em geral (graduação em medicina)¹¹, para o internato em medicina de família e

comunidade¹², e para programas longitudinais em medicina de família com ênfase no cenário de prática rural, inclusive no Brasil¹³. No entanto, as competências para atuação em cenário rural do médico generalista ainda não foram validadas.

Optamos por traduzir e validar um questionário já existente. Esse questionário já vem sendo trabalhado desde 2008 quando um grupo de educadores em medicina rural se reuniram na Conferências de Primavera da STFM (Society of Teachers of Family Medicine) em Baltimore e expandiram e refinaram uma lista de competências previamente desenvolvida em 2007 pelo diretor de um programa de residência em medicina rural. Em 2018 foi publicada a versão final do questionário com a participação do grupo de saúde rural da STFM, colaboradores do RTT (rural training track), grupo de médicos educadores rurais da NRHA (National Rural Health Association), membros do grupo de interesse em saúde rural da AAFP (American Academy of Family Physicians) entre outros¹⁴.

Portando o objetivo desse estudo foi traduzir e validar esse questionário em uma população de médicos brasileiros, para estabelecer as competências para atuação do médico generalista em cenário rural.

Material e métodos

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética local (CAAE: 69198117.9.0000.5404) e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. A participação foi voluntária e anônima.

Tradução e processo de validação do questionário

Nesse estudo utilizamos o questionário para prática rural desenvolvido por Longenecker et al¹⁴.

A tradução e adaptação cultural do questionário foi feita, após autorização do autor, por dois pesquisadores fluentes em inglês, para assegurar a tradução e aculturação corretas dos termos para o português, com base em diretrizes previamente estabelecidas¹⁵. Foram incluídos dois tradutores, sendo o tradutor 1 com conhecimentos clínicos e acadêmicos e o tradutor 2 sem conhecimento clínico, com linguagem coloquial. Dessas duas traduções, foi feita uma síntese (T12) pelos dois tradutores e um terceiro avaliador. Considerando que a retro tradução é demorada e aumenta o custo da tradução e inclusive os defensores da etapa reconhecem que é essencialmente a interpretação de uma única pessoa e tão sujeita a erros quanto a tradução cuja qualidade pretende controlar, decidimos por não realizar essa etapa. Essa síntese foi

apresentada a um comitê de 10 especialistas para a etapa de harmonização, de onde saiu a versão pré-final. Essa versão passou por um pré-teste com um pequeno grupo, composto por 27 médicos, onde nenhuma alteração foi realizada. A versão final e todo o processo de tradução foram apresentadas aos autores originais para aprovação^{16,17}. Após aprovação, o questionário foi hospedado na plataforma digital SurveyMonkey® e as respostas foram em formato de escala likert de 1 a 5, variando de “sem importância” à “extremamente importante” para cada competência listada em seus respectivos domínios. Havia um total de 8 domínios e 37 competências, compreendendo 57 questões a serem respondidas.

O instrumento permitia aos participantes definir “rural” por sua própria perspectiva, já que não existe uma definição universalmente aceita no Brasil. Também foi reservado espaço para que cada participante pudesse sugerir domínios ou competências específicas que considerassem importante para a prática médica rural, que não estivessem incluídas no questionário inicial.

Participantes

Convidamos por e-mail médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), supervisores do referido programa, e médicos especialistas em medicina rural. Os especialistas foram definidos como médicos participantes do Grupo de Trabalho Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, ou ser médico de qualquer especialidade com publicações sobre saúde rural, ou ser médico da assistência de qualquer especialidade médica que atue em área rural e se autodeclare especialista em saúde rural. Médicos que se enquadrassem em mais de uma categoria só poderiam responder o questionário uma vez.

Procedimentos do estudo

Todos os participantes foram previamente informados e convidados a acessar o link da pesquisa onde receberam informações sobre os aspectos éticos. Após aceitarem os termos, poderiam clicar em link próprio que leva ao questionário.

A primeira parte do questionário foi composta por dados demográficos, como treinamento rural, prática rural, país de graduação e outras informações relativas as competências em estudo.

A segunda parte do questionário foi baseada nos domínios e competências para a prática rural desenvolvidos por Longenecker et al¹⁴.

Análise estatística

Para a obtenção das frequências absolutas (FA) e relativas (FR) de cada categoria, as informações provenientes do questionário foram primeiramente

sintetizadas em estatísticas descritivas. As frequências foram comparadas por meio do teste de Qui-quadrado (χ^2) para k proporções.

As análises estatísticas foram realizadas no programa R, versão 4.1.0, utilizando pacote básico para cálculo das frequências e Qui-quadrado e o pacote “psych” para análise das questões em escala de Likert e coeficiente de Alfa de Cronbach. Um valor de p de 5% foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados

Observamos uma excelente consistência dos itens, com o coeficiente alfa de Cronbach entre 0,92 e 0,93.

Enviamos um total de 556 e-mails para diferentes médicos, e recebemos 152 (27,3%) respostas. A taxa de respostas foi a seguinte: 95/152 (62,5%) médicos do Programa Mais Médicos, 41/152 (27%) de supervisores do programa e 16/152 (10,5%) de especialistas em medicina rural. Observou-se que 39% dos supervisores do Programa Mais Médicos não tiveram treinamento rural específico e apenas 12,2% estão atualmente trabalhando em área rural, enquanto 68,8% dos especialistas em medicina rural estão atualmente trabalhando em áreas rurais ou remotas. Entre os médicos formados no Brasil, 37,8% tiveram prática rural na graduação, enquanto entre os formados no exterior esse número foi de 62%. As informações demográficas são mostradas na tabela 1.

Não observamos diferenças significativas entre os 8 domínios nos três grupos (tabela 2). No entanto, quando analisadas as categorias em cada domínio, observamos que a competência *demonstra criatividade e capacidade de improvisar* teve o maior número de respostas extremamente importante no grupo de especialistas e supervisores, 81% e 63% respectivamente. No grupo de médicos, a maior prevalência foi da opção muito importante com 58%, tendo a opção extremamente importante frequência de 41% (p 0,011).

A competência *adapta o escopo de práticas às necessidades da comunidade* foi a única considerada muito importante ou extremamente importante por todos os participantes da pesquisa, tendo sido considerada extremamente importante por 69% dos especialistas e por 71% dos supervisores. Como na competência anterior, entre os médicos a maioria (57%) considerou muito importante, tendo sido considerada extremamente importante por 43% (p 0,005).

A competência *mantém e até amplia, conforme necessário, um amplo escopo de prática clínica* foi a considerada extremamente importante com maior

frequência pelos especialistas 88%. No grupo de supervisores, extremamente importante e muito importante tiveram igual frequência, ambas com 49%. Novamente, no grupo de médicos a opção mais assinalada foi muito importante com 56%, tendo extremamente importante recebido 41% das respostas (p 0,021).

A competência *demonstra reflexão crítica antes, durante e após a ação* seguiu o mesmo padrão das anteriores, onde especialistas responderam extremamente importante com maior frequência 69% e médicos responderam muito importante com maior frequência 68% (p 0,021). A tabela 3 mostra as respostas de todos os grupos para todas as competências de todos os domínios.

Não houve novas sugestões de domínios ou competências pelos participantes.

Discussão

No nosso estudo, observamos que 39% dos supervisores do Programa Mais Médicos não tiveram treinamento rural específico e apenas 12,2% estão atualmente trabalhando em área rural. Portanto, concluímos que o programa não abordou de forma abrangente todas as recomendações da Organização Mundial de Saúde para recrutamento e seleção de profissionais de saúde para áreas rurais e remotas¹⁸. Em contrapartida, 68,8% dos especialistas em medicina rural estão atualmente trabalhando em áreas rurais ou remotas.

Entre os médicos formados no Brasil, 37,8% tiveram prática rural na graduação, enquanto entre os formados no exterior esse número foi de 62%. Percebemos, portanto, que apesar das características e necessidades em saúde do nosso território, proporcionamos aos médicos menos oportunidades de prática rural, no comparativo com outros países da América Latina.

A pesquisa demográfica mostra que mesmo engajados em um programa como o Programa Mais Médicos para o Brasil, que tem como um de seus objetivos o provimento emergencial de médicos para populações com graves dificuldades de acesso à atenção à saúde¹⁹, 37 (38,9%) médicos participantes não tem treinamento formal em medicina rural, embora 16 (16,8%) procurou independentemente experiências rurais. Estudos anteriores consideraram um desafio para a medicina rural na América Central o fato de que a exposição a medicina rural se dá em serviços sociais obrigatórios, e não como parte da formação médica formal²⁰.

Definir as competências da medicina rural é de extrema importância devido às demandas sociais cada vez mais frequentes por práticas responsáveis e prestação de contas²¹.

A especificidade do cenário rural, bem como a especificidade de habilidades necessárias ao profissional que ali atua, já eram percebidas desde a década de 1970 no internato rural da Universidade Federal de Minas Gerais, portanto, muito antes de se falar em competências, e citado em um relatório do seminário de avaliação realizado em 2004²².

Se considerarmos que os participantes reconheceram a singularidade para a prática rural de todos os domínios pesquisados, e que 50 (52,6%) dos participantes do PMMB estão atuando em área rural, avaliamos que o percentual de 38,9% de participantes sem treinamento formal em cenário rural é muito alto. Isso evidencia a disparidade entre as competências desenvolvidas durante a graduação e as necessidades da população¹³.

Competências são dinâmicas, podendo mudar com o tempo, os objetivos e a experiência¹¹. A graduação médica com foco generalista e rural, bem como especialização em medicina de família podem ser muito efetivos no provimento de médicos para áreas rurais e remotas²³. As diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina publicadas em 2014 pretendem diminuir essa disparidade²⁴.

Limitações

O estudo utilizou uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, podendo não representar todos os médicos em atuação em áreas rurais. Apesar de a literatura científica não apresentar um consenso quanto ao tamanho mínimo da amostra para realização de análise fatorial²⁵, e de que é sugerida uma amostra mínima de 50 a 100 indivíduos para conduzir análises em validação de instrumentos²⁶, não obtivemos o número de respondentes recomendado de 5 a 10 indivíduos por item a ser avaliado²⁷.

Conclusão

Observamos em nosso estudo que as competências desenvolvidas anteriormente por outros pesquisadores e aceitas internacionalmente, são válidas para o Brasil. A análise das respostas dos médicos pesquisados, além de validar as competências específicas, demonstra que as competências necessárias para atuação em cenário rural são percebidas como singulares, independente de formação rural prévia ou da atuação médica atual ser em área rural ou urbana.

Apesar do estudo ter várias limitações, como o fato de que os respondentes são uma amostra de conveniência, podendo não representar todos os médicos em prática rural ou professores médicos, sugerimos a utilização dessas competências na formulação dos currículos das escolas médicas brasileiras.

Referências

- 1- IBGE. 2010 Population Census 2010. Available At: <http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao.html> Accessed on 06/01/2017.
2. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva 2. World Health Organization. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138618/> (Accessed 19 April 2017).
- 3- United Nations. Department of economic and social affairs statistics division. Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses. rev.3, p188, New York, 2017. Available in <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Principles_and_Recommendations/Population-and-Housing-Censuses/Series_M67rev3-E.pdf> accessed on 12/29/2018.
- 4- Secretariat for Labor Management and Health Education. Ministério da Saúde. Program for valuing the primary care professional. Interministerial Ordinance No. 2,087 of September 1, 2011. Program for valuing the primary care professional. Available at: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109461-2087.html>. Accessed 12/29/2018.
- 5- Secretariat for Labor Management and Health Education. Ministério da Saúde. More Doctors Program - Two Years: More Health for Brazilians. Brasília, 2015.
- 6- Oliveira VG, Queiroz FN, Araújo BP, Silva CMM. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2013.
- 7- Simas KB da F, Gomes AP, Simões PP, Augusto DK, Siqueira-Batista R. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 17º de dezembro de 2018 [citado 19º de janeiro de 2021];13(40):1-13. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1687>
- 8- Arias-Castillo L, Toro CB, Freifer S et al. Family and community doctor profile. Ibero-American definition. 1659 Wonca. Santiago de Cali, May 2010. Available at: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf . Accessed on 29 December 2018.
- 9- Brazilian Society of Family Medicine. Competency-based curriculum for family medicine. Rio de Janeiro, April 28, 2015. Available at: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Accessed on 29 December 2018.
- 10- Touchie C, ten Cate O. The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. Med Educ. 2016 Jan;50(1):93-100. doi: 10.1111/medu.12839. PMID: 26695469.

11- Frank JR, Snell L, Sherbino J. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

12- BEN, Angela Jornada et al. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.l.], v. 12, n. 39, p. 1-16, maio 2017. ISSN 2179-7994. Disponível em:<<https://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/view/1354>>. Acesso em: 21 mar. 2018. doi:[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1354](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1354).

13- Gouveia EAH, Braga TD, Heraclius SA et al. Validating competencies for an undergraduate training program in rural medicine using the Delphi technique. *Rural and Remote Health* (Internet) 2016; 16: 3851. Available at: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3851>. Accessed on 7 January 2017.

14- Longenecker RL, Wendling A, Hollander-Rodriguez J et al. Competence Revisited in a Rural Context. *Family Medicine*. 2018; 50 (1): 28-36. Available at: <https://journals.stfm.org/familymedicine/2018/january/longenecker-2017-0030>. Accessed on: 26 January 2019.

15- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; 25(24): 3186-91.

16- Tyupa S. A Theoretical Framework for Back-Translation as a Quality Assessment Tool. *New Voices in Translation Studies*. 2011

17- World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. *WHO*. Available at: https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/. Accessed janeiro 19, 2021.

18- O'Sullivan B, Chater B, Bingham A, et al. A Checklist for Implementing Rural Pathways to Train, Develop and Support Health Workers in Low and Middle-Income Countries. *Front Med (Lausanne)*. 2020;7:594728. Published 2020 Nov 27. doi:10.3389/fmed.2020.594728

19- Sarti TD, Fontenelle LF, Gusso GDF. Panorama of the expansion of Medical Residency programs in Family and Community Medicine in Brazil: challenges for its consolidation. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2018; 13 (40):1-5. Available at: <https://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/view/1744> . Accessed on: 18 september 2018.

20- World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. *WHO*. Available at: https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/. Accessed janeiro 19, 2021.

21- Englander R, Cameron T, Ballard AJ, Dodge J, Bull J, Aschenbrener CA. Toward a common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians. *Acad Med*. 2013 Aug;88(8):1088-94. doi: 10.1097/ACM.0b013e31829a3b2b. PMID: 23807109.

22- Silveira RP, Pinheiro R. Rural internship in the Amazon region: historical aspects, current context and main challenges. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 2017; 24(2): 371-390. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702017000200371. Accessed on: 23 December 2019.

23- Rourke J, Asghari S, Hurley O et al. Does rural generalist focused medical school and family medicine training make a difference? Memorial University of Newfoundland outcomes. *Rural and Remote Health*. 2018; 18: 4426. Available at: <https://www.rrh.org.au/journal/article/4426>. Accessed on: 18 January 2019.

24- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.

25- Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*. 2012;11(2):213-228.

26- Atilgan H. Sample Size for Estimation of G and Phi Coefficients in Generalizability Theory. *Eurasian J Educ Res*. 2013;51:215-228.

27- Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*. 7th ed. (Upper Saddle River N., ed.). Pearson Education; 2009.

Tabela 1: Caracterização dos participantes frequências absolutas (FA) e relativas (FR%).

Variável	Especialistas		Médicos		Supervisores		Valor de p*
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
Participantes							<0,001
	16	10,5	95	62,5	41	27	
Local de graduação							<0,001
Bolívia	0	0,0	21	22,1	0	0,0	
Brasil	15	93,8	45	47,4	39	95,1	
Cuba	1	6,2	16	16,8	2	4,9	
Paraguai	0	0,0	12	12,6	0	0,0	
Outro	0	0,0	1	1,0	0	0,0	
Sexo							0,449
Feminino	10	62,5	46	48,4	18	43,9	
Masculino	6	37,5	49	51,6	23	56,1	
Experiência em prática rural							<0,001

Nenhum treinamento rural específico, mas procurou independentemente experiências rurais	7	43,8	16	16,8	14	34,1	
Prática rural na graduação	2	12,5	48	50,5	8	19,6	
Prática rural na residência	4	25,0	6	6,3	3	7,3	
Residência em área rural	0	0,0	4	4,2	0	0,0	
Sem treinamento rural específico	3	18,8	21	22,1	16	39,0	
Tempo (em anos) de prática rural							0,001
Nenhum	0	0,0	21	22,1	11	26,8	
1- 5	9	56,2	64	67,4	21	51,2	
6 - 10	5	31,2	6	6,3	5	12,2	
11 - 15	0	0,0	2	2,1	4	9,8	
16 – 20	2	12,5	1	1,1	0	0,0	
Mais de 20	0	0,0	1	1,1	0	0,0	
Atualmente em prática rural							0,001
Sim	11	68,8	50	52,6	5	12,2	
Não	5	31,2	45	47,4	36	87,8	

Legenda: *Teste χ^2 (Quiquadrado)

Tabela 2- Frequências absolutas (FA) e relativas (FR %) para a singularidade para a prática rural de todos os domínios.

Domínios	Categorias	FA	FR %	FA	FR%	FA	FR %	p
		Médico		Supervis.		Especialistas		
Versatilidade	Nada singular	2	2	2	5	0	0	0,933
	Pouco singular	1	1	1	2	0	0	
	Moderadamente singular	24	25	9	22	3	19	
	Muito singular	43	45	16	39	8	50	
	Extremamente singular	25	26	13	32	5	31	
Atividade e coragem	Nada singular	1	1	1	2	1	6	0,805
	Pouco singular	2	2	2	5	0	0	
	Moderadamente singular	19	20	11	27	3	19	
	Muito singular	43	45	17	41	7	44	
	Extremamente singular	30	32	10	24	5	31	
	Nada singular	3	3	3	7	0	0	

Colaboração e responsabilidade comunitária	Pouco singular	1	1	0	0	0	0	0,665
	Moderadamente singular	10	11	7	17	2	12	
	Muito singular	49	52	16	39	6	37	
	Extremamente singular	32	34	15	37	8	50	
Integralidade	Nada singular	4	4	4	10	1	6	0,746
	Pouco singular	2	2	0	0	0	0	
	Moderadamente singular	11	12	7	17	1	6	
	Muito singular	44	46	19	46	7	44	
	Extremamente singular	34	36	11	27	7	44	
Integridade	Nada singular	3	3	4	10	1	6	0,753
	Pouco singular	0	0	0	0	0	0	
	Moderadamente singular	10	11	5	12	2	12	
	Muito singular	50	53	17	41	7	44	
	Extremamente singular	32	34	15	37	6	37	
Abundância diante de escassez e limites	Nada singular	4	4	1	2	0	0	0,328
	Pouco singular	3	3	2	5	0	0	
	Moderadamente singular	14	15	10	24	2	12	
	Muito singular	51	54	13	32	7	44	
	Extremamente singular	23	24	15	37	7	44	
Práticas reflexivas	Nada singular	5	5	3	7	1	6	0,867
	Pouco singular	1	1	2	5	0	0	
	Moderadamente singular	19	20	6	15	3	19	
	Muito singular	52	55	20	49	8	50	
	Extremamente singular	18	19	10	24	4	25	
Resiliência	Nada singular	4	4	4	10	1	6	0,836
	Pouco singular	3	3	0	0	0	0	
	Moderadamente singular	14	15	6	15	2	12	
	Muito singular	45	47	16	39	7	44	
	Extremamente singular	29	31	15	37	6	37	

Tabela 3 - Frequências absolutas (FA) e frequências relativas (FR %) para todas as competências de todos os domínios.

Versatilidade	Competências	Categorias	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	p
			Especialistas	Médicos		Supervis.			
	1. Demonstra criatividade e capacidade de improvisar	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0,011
		Pouco importante	0	0	0	0	0	0	
		Indiferente	0	0	1	1	0	0	
		Muito importante	3	19	55	58	14	34	
		Extremamente import.	13	81	39	41	26	63	
	2. Adapta o escopo de práticas às necessidades da comunidade	Sem importância	0	0	0	0	0	0	0,005
		Pouco importante	0	0	0	0	0	0	
		Indiferente	0	0	0	0	0	0	
Muito importante		5	31	54	57	12	29		
Extremamente import.		11	69	41	43	29	71		

	3. Apresenta habilidade de trabalhar com diversas pessoas em múltiplos cenários de práticas	Sem importância	0	0	0	0	0	0	0,205
		Pouco importante	0	0	0	0	0	0	
		Indiferente	1	6	2	2	0	0	
		Muito importante	5	31	48	51	15	37	
		Extremamente import.	10	62	45	47	26	63	
Atividade e Coragem	4. Articula um chamado: “fui levado a fazer isso”	Sem importância	0	0	2	2	1	2	0,106
		Pouco importante	0	0	6	6	4	10	
		Indiferente	8	50	16	17	6	15	
		Muito importante	7	44	57	60	27	66	
		Extremamente import.	1	6	14	15	3	7	
	5. Tolerar riscos: “eu posso superar o medo para fazer isso”	Sem importância	0	0	1	1	1	2	0,986
		Pouco importante	0	0	1	1	1	2	
		Indiferente	2	12	10	11	3	7	
		Muito importante	11	69	65	68	29	71	
		Extremamente import.	3	19	18	19	7	17	
	6. Encontra inspiração: “eu vi outros fazerem isso”	Sem importância	1	6	2	2	2	5	0,253
		Pouco importante	0	0	8	8	1	2	
		Indiferente	6	38	21	22	7	17	
		Muito importante	5	31	53	56	26	63	
		Extremamente import.	4	25	11	12	5	12	
	7. Demonstra auto eficácia: “sou capaz de fazer isso”	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0,754
		Pouco importante	0	0	2	2	1	2	
		Indiferente	0	0	1	1	1	2	
		Muito importante	8	50	59	62	23	56	
		Extremamente import.	8	50	33	35	15	37	
	8. Verbaliza um compromisso: “eu vou fazer isso”	Sem importância	0	0	2	2	1	2	0,846
		Pouco importante	0	0	0	0	1	2	
		Indiferente	0	0	1	1	1	2	
		Muito importante	8	50	52	55	22	54	
		Extremamente import.	8	50	40	42	16	39	
	9. Conclui as tarefas: “eu fiz”	Sem importância	0	0	2	2	1	2	0,985
		Pouco importante	0	0	3	3	1	2	
		Indiferente	0	0	1	1	1	2	
		Muito importante	8	50	50	53	21	51	
		Extremamente import.	8	50	39	41	17	41	
	10. Envolve a comunidade na resposta às necessidades, incluindo iniquidades em saúde	Sem importância	0	0	2	2	1	2	0,142
		Pouco importante	0	0	2	2	0	0	
		Indiferente	0	0	6	6	1	2	
		Muito importante	5	31	46	48	11	27	
		Extremamente import.	11	69	39	41	28	68	
	11. Trabalha bem em equipes	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0,408
		Pouco importante	0	0	1	1	0	0	

	meio de treinamento periódico	Extremamente import.	5	31	20	21	10	24	0,647
	19. Demonstra ampla capacidade de liderança, gestão de saúde comunitária, habilidades de administração e gestão de negócios	Sem importância	0	0	1	1	1	2	
		Pouco importante	0	0	6	6	0	0	
		Indiferente	3	19	11	12	4	10	
		Muito importante	8	50	56	56	22	54	
Integridade		Extremamente import.	5	31	24	25	14	34	0,979
	20. Demonstra autenticidade	Sem importância	0	0	1	1	1	2	
		Pouco importante	0	0	1	1	0	0	
		Indiferente	1	6	6	6	4	10	
		Muito importante	10	62	57	60	22	54	
		Extremamente import.	5	31	30	32	14	34	
	21. Adapta-se à transparência e responsabilidade de ser uma figura pública na comunidade	Sem importância	0	0	1	1	1	2	0,853
		Pouco importante	0	0	2	2	0	0	
		Indiferente	0	0	10	11	3	7	
		Muito importante	10	62	52	55	23	56	
		Extremamente import.	6	38	30	32	14	34	
	22. Negocia conflito de interesses com integridade	Sem importância	0	0	1	1	1	2	0,554
		Pouco importante	0	0	4	4	0	0	
		Indiferente	1	6	8	8	2	5	
		Muito importante	8	50	54	57	19	46	
		Extremamente import.	7	44	28	29	19	46	
	23. Comportar-se de maneira sincera consigo e com os outros	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0,117
		Pouco importante	0	0	3	3	0	0	
		Indiferente	0	0	0	0	3	7	
		Muito importante	7	44	43	45	17	41	
		Extremamente import.	9	56	49	52	20	49	
Abundância diante de escassez e limites	24. Demonstra humildade e reconhece os limites de sua própria competência	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0,578
		Pouco importante	0	0	1	1	0	0	
		Indiferente	0	0	0	0	1	2	
		Muito importante	6	38	40	42	14	34	
		Extremamente import.	10	62	54	57	25	61	
	25. Pesquisa quando confrontado com os limites	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0,495
		Pouco importante	0	0	0	0	0	0	
		Indiferente	0	0	0	0	0	0	
		Muito importante	7	44	40	42	14	34	

	do seu conhecimento	Extremamente import.	9	56	55	58	26	63	0,800
	26. Utiliza efetivamente os recursos disponíveis, trabalhando dentro dos limites dos recursos locais, fazendo encaminhamentos em tempo adequado	Sem importância	0	0	1	1	1	2	
		Pouco importante	0	0	0	0	0	0	
		Indiferente	0	0	0	0	0	0	
		Muito importante	6	38	47	49	18	44	
		Extremamente import.	10	62	47	49	22	54	
Práticas reflexivas	27. Demonstra reflexão crítica antes, durante e após a ação	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0.021
		Pouco importante	0	0	1	1	0	0	
		Indiferente	0	0	4	4	0	0	
		Muito importante	5	31	65	68	21	51	
		Extremamente import.	11	69	25	26	19	46	
	28. Garante tempo protegido para reflexão sobre ações e se envolve em atividades acadêmicas	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0.086
		Pouco importante	0	0	3	3	0	0	
		Indiferente	1	6	9	9	1	2	
		Muito importante	8	50	67	71	25	61	
		Extremamente import.	7	44	16	17	14	34	
	29. Exibe consciência de si em relação aos outros e de suas perspectivas	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0.178
		Pouco importante	0	0	1	1	0	0	
		Indiferente	1	6	9	9	0	0	
		Muito importante	8	50	66	69	30	73	
		Extremamente import.	7	44	19	20	10	24	
	30. Reformula problemas e busca soluções viáveis, colocando o conhecimento em ação	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0.525
		Pouco importante	0	0	1	1	0	0	
		Indiferente	1	6	1	1	1	2	
		Muito importante	7	44	52	55	17	41	
		Extremamente import.	8	50	41	43	22	54	
	31. Lida com os imprevistos, com as situações atípicas, improvisando frente à situação clínica	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0.208
		Pouco importante	0	0	2	2	1	2	
		Indiferente	0	0	3	3	0	0	
		Muito importante	6	38	56	59	17	41	
		Extremamente import.	10	62	34	36	22	54	
	32. Mantém o todo em mente, mesmo quando	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0.614
		Pouco importante	0	0	1	1	0	0	
		Indiferente	0	0	2	2	0	0	
		Muito importante	9	56	65	68	25	61	

	se concentra nos detalhes	Extremamente import.	7	44	27	28	15	37	
Resiliência	33. Demonstra resistência e capacidade restaurativa – a capacidade de superar as dificuldades e prosperar	Sem importância	0	0	1	1	1	2	0.882
		Pouco importante	0	0	2	2	0	0	
		Indiferente	0	0	2	2	2	5	
		Muito importante	10	62	58	61	22	54	
		Extremamente import.	6	38	32	34	16	39	
	34. Sustenta-se na prática e pede o apoio de outras pessoas	Sem importância	0	0	1	1	1	2	0.979
		Pouco importante	0	0	1	1	0	0	
		Indiferente	0	0	2	2	1	2	
		Muito importante	11	69	55	58	24	59	
		Extremamente import.	5	31	36	38	15	37	
	35. Sabe estabelecer limites e delimitar fronteiras, reservar tempo para autocuidado, cuidar da família e renovação	Sem importância	0	0	0	0	1	2	0.250
		Pouco importante	0	0	0	0	0	0	
		Indiferente	0	0	0	0	1	2	
		Muito importante	4	25	42	44	18	44	
		Extremamente import.	12	75	53	56	21	51	
	36. Dobra mas não quebra	Sem importância	0	0	0	0	2	5	0.538
		Pouco importante	0	0	1	1	1	2	
		Indiferente	2	12	12	13	6	15	
		Muito importante	9	56	55	58	19	46	
		Extremamente import.	5	31	27	28	13	32	
	37. Cria ou se une a uma comunidade resiliente	Sem importância	0	0	1	1	2	5	0.375
		Pouco importante	0	0	2	2	0	0	
		Indiferente	1	6	8	8	5	12	
		Muito importante	11	69	63	66	19	46	
		Extremamente import.	4	25	21	22	15	37	

DISCUSSÃO GERAL

A presente pesquisa foi motivada pela necessidade da construção de um instrumento para mapear as competências essenciais para atuação de médico generalista em cenário rural. Nesse estudo avaliamos a disponibilidade de programas de internato rural pelo país, onde concluímos que os programas existentes são poucos para as necessidades de formação dos estudantes.

O estudo também traduziu e adaptou culturalmente o questionário de competências médicas para atuação de generalistas em cenário rural desenvolvido por Longenecker *et al.* A validade do conteúdo foi conduzida por especialistas membros do grupo de Trabalho Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, enquanto a confiabilidade foi estimada utilizando a avaliação da consistência interna dos itens através do coeficiente alfa de Cronbach.

Estudos futuros precisam ser conduzidos para possibilitar análises mais aprofundadas do constructo, com utilização de medidas possíveis após aplicações sucessivas, bem como para melhorar a representatividade da amostra, com o aumento do número de participantes.

CONCLUSÃO

O questionário adaptado culturalmente para o português brasileiro e traduzido seguindo diretrizes internacionais apresentou evidências de validade e é um instrumento com a capacidade de ser utilizado como um referencial sobre o que se esperar da atuação de médico generalista em cenário rural. Observamos em nosso estudo que as competências desenvolvidas anteriormente por outros pesquisadores e aceitas internacionalmente, são válidas para o Brasil, definindo conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas a essa área.

Competências são dinâmicas e podem variar ou necessitar de adaptações de acordo com o tempo e local. O mapeamento de competências proposto na presente pesquisa é uma ferramenta para subsidiar adequações curriculares no intuito de alinhar aspectos da formação médica às necessidades em saúde de grande parcela da população brasileira.

Sugere-se pesquisas futuras com a utilização desse referencial de competências no intuito de testar o instrumento utilizando análises psicométricas mais sofisticadas, utilizando técnicas que necessitam população estatisticamente aceitável em seus procedimentos metodológicos.

REFERÊNCIAS

- 1- Rejane Inês Kieling - Rogério Leandro Lima da Silveira
PERSPECTIVA, Erechim. v. 39, n.148, p. 133-143, dezembro/2015
- 2- ALVES, Luana Nunes Bandeira; FISCHER, Luly Rodrigues da Cunha.
Perspectivas sobre a relação urbano-rural: repercussões jurídicas no imóvel
agrário após a edição da lei n. 13.465/2017. Rev. Bras. Polít. Públicas (Online),
Brasília, v. 7, no 2, 2017 p. 54-7
- 3- United Nations. Department of economic and social affairs statistics
division. **Principles and Recommendations for Population and Housing
Censuses.** rev.3, p188, New York, 2017. Disponível em
<https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Principles_and_Recommendations/Population-and-Housing-Censuses/Series_M67rev3-E.pdf> acesso em 29/12/2018.
- 4- National Records of Scotland. **Population estimates for settlements
and localities in Scotland, Mid-2016.** Edinburgh, março de 2018. Disponível
em: <<https://www.nrscotland.gov.uk/files//statistics/settlements-localities/set-loc-16/set-loc-2016-publication-updated.pdf>> acesso em 17/12/2018.
- 5- Ratcliffe et all. Defining rural at the U.S Census Bureau. U.S
Department of Commerce. Dezembro de 2016. Disponível em :
https://www2.census.gov/geo/pdfs/reference/ua/Defining_Rural.pdf acesso em
17/12/2018.
- 6- Office of Management and budget. OMB Bulletin No. 18-04. To the
heads of executive departments and establishments. Washington, D.C.
Setembro de 2018. Disponível em <https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2018/09/Bulletin-18-04.pdf> acessado em 17/12/2018.
- 7- National Center for Health Statistics. NCHS Urban-Rural Classification
Scheme for Counties. Series 2, number 154. Washington, D.C. Janeiro de 2012.
Disponível em https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_02/sr02_154.pdf acesso
em 17/12/2018.
- 8- L. Gary Hart, Eric H. Larson, Denise M. Lishner, "Rural Definitions for
Health Policy and Research", *American Journal of Public Health* 95, no. 7 (July 1,
2005): pp. 1149-1155. Disponível em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449333/#!po=28.1250> acesso em 17/12/2018.

9- Bibby, P; Brindley, P. Urban and Rural Area Definitions for Policy Purposes in England and Wales. Methodology (v.1.0). Office for National Statistics. Agosto de 2013. Disponível em < https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/239477/RUC11methodologypaperaug_28_Aug.pdf> acesso em 17/12/2018.

10- Rejane Inês Kieling - Rogério Leandro Lima da Silveira PERSPECTIVA, Erechim. v. 39, n.148, p. 133-143, dezembro/2015.

11- Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil : uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. – Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

12- Associação Brasileira de Educação Médica. Fórum de Internato: 44o Congresso Brasileiro de Educação Médica. Gramado-RS: ABEM; 2006. Relatório I.

13- Margrete Gaski & Birgit Abelsen (2017) Designing medical internships to improve recruitment and retention of doctors in rural areas, International Journal of Circumpolar Health, 76:1, 1314415, DOI: 10.1080/22423982.2017.1314415

14- Szabo A, Curtin S, Gray L, Paul D, Playford D. Pre-graduating medical students' interest in rural internship. *Rural and Remote Health* 2018; **18**: 4456. <https://doi.org/10.22605/RRH4456>

15- Rodgers DV, Wendling AL, Saba GW, Mahoney MR, Speights JSB. Preparing Family Physicians to Care for Underserved Populations: A Historical Perspective. *Fam Med* 2017;49(4):304-310

16- PINTO, Vânia Soares de Oliveira e Almeida. Criação e implantação do Curso de Medicina da UFVJM – Campus do Mucuri: uma história de lutas e desafios. 2018. 89 p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Teófilo Otoni, 2018.

17- BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932,

de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm>.

Acesso em: 15 jun. 2018

18- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n.3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. [Internet]. Ministério da Educação; 2014 [acesso 2016 Jun 25]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192

19- Ellaway, Rachel H. PhD; Palacios Mackay, Maria DDS, PhD; Lee, Sonya MD; Hofmeister, Marianna PhD; Malin, Greg MD, PhD; Archibald, Douglas PhD; Lawrence, Katherine MD; Dogba, Joyce MD, PhD; Côté, Luc MSS, PhD; Ross, Shelley PhD The Impact of a National Competency-Based Medical Education Initiative in Family Medicine, *Academic Medicine*: December 2018 - Volume 93 - Issue 12 - p 1850-1857 doi: 10.1097/ACM.0000000000002387

20- Shaughnessy AF, Sparks J, Cohen-Osher M, Goodell KH, Sawin GL, Gravel J Jr. Entrustable professional activities in family medicine. *J Grad Med Educ*. 2013 Mar;5(1):112-8. doi: 10.4300/JGME-D-12-00034.1. PMID: 24404237; PMCID: PMC3613294.

21- Gouveia EAH, Braga TD, Heráclio SA, Pessoa BS. Validating competencies for an undergraduate training program in rural medicine using the Delphi technique. *Rural and Remote Health* (Internet) 2016; 16: 3851. Available: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3851>

22- Ehmke, Sabrina MSN, RN-BC, RNC-OB, PHN Internships, *Nursing Management* (Springhouse): January 2018 - Volume 49 - Issue 1 - p 10-12 doi: 10.1097/01.NUMA.0000527723.72338.58

23- Brasil. Portaria Interministerial n° 2.087, de 1° de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2011; 2 set.

24- Gusso G, Lopes JMC. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

25- Junior AC, *et al.* Tradução e Adaptação Transcultural do Instructional Materials Motivation Survey (IMMS) para o Português do Brasil. *Rev. bras. educ. med* [Internet]. 2020 Oct 06 [cited 2021 Mar 20]; DOI <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200142>. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QBdB3dNCypkzC5Mw4XtYx5x/?lang=pt#>

26- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25:3186-91.

27- Tyupa SA. Theoretical Framework for Back-Translation as a Quality Assessment Tool. *New Voices in Translation Studies*. 2011

28- Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A Comprehensive Method for the Translation and Cross-Cultural Validation of Health Status Questionnaires. *Evaluation & the Health Professions*. 2005;28(2):212-232. doi:10.1177/0163278705275342

Anexo 1- Autorização do autor para a validação do questionário

Longenecker, Randall 

14 de maio de 2018 15:53

RL

Re: Rural health competencies

Para: Ricardo Lacerda

A Siri encontrou novas informações de contato Randall Longenecker longenec@ohio.edu [adicionar...](#)

Thanks for your inquiry!

I think it would be great for you to translate and circulate the questionnaire to rural physicians in Brazil. I've attached a PDF of our original survey (2015) and the follow-up survey with the two additional domains in 2016. I would love to hear of what you find. I do not need to be co-author, but I would be happy to comment on anything you may wish to publish about this and appreciate any references to our work.

Randy

Randall Longenecker MD
Professor of Family Medicine and Assistant Dean, Rural and Underserved Programs
Executive Director, The RTT Collaborative
Ohio University Heritage College of Osteopathic Medicine
Irvine Hall 126
1 Ohio University
Athens, Ohio 45701
Email: longenec@ohio.edu
Web: <https://www.ohio.edu/medicine/about/offices/rural-underserved-programs/>
Expert profile: <https://www.ohio.edu/ucm/media/experts/ohioexpert.cfm?formid=1822088&pageid=3081578>
Phone: 740-597-3058

[Ver Tudo de Ricardo Lacerda](#)



Competencies
Survey 2016.pdf



Qualtrics Survey
9-24-2015.pdf

Anexo 2 – Aprovação do Comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Usando EPAs (ENTRUSTED PROFESSIONAL ACTIVITIES) para guiar o desenvolvimento do currículo para a graduação em medicina com foco no preparo para o cenário rural

Pesquisador: Simone Appenzeller

Area Temática:

Versão: 2

CAAE: 69198117.9.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.182.224

Apresentação do Projeto:

Introdução:

Mundialmente, metade da população vive em área rural, porém menos de 25% dos médicos trabalham nessas áreas. No Brasil, temos mais de 30

milhões de pessoas vivendo em área Rural. Recentemente, o governo federal tem feito esforços para fixação de médicos em áreas remotas com a

interiorização das escolas de medicina. O provimento imediato de médicos nessas áreas está sendo garantido, em grande parte, por programas

como o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e o Projeto Mais Médicos para o Brasil. As vagas nesses programas estão sendo preenchidas em sua maioria por médicos recém formados. Existe portanto a necessidade de que esses médicos recém formados estejam preparados (ou seja, tenham as competências necessárias) para atuar nesses cenários prioritários, com suas peculiaridades. A ideia do ensino

baseado em competências parece ter entrado na educação médica com velocidade e impacto que superou a aprendizagem baseada em problemas

nos anos 1980 e 1990. Porém, se não quisermos acabar concluindo que "competências" não são nada além de um rótulo que substitui o que

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.182.224

convenientemente costumávamos chamar de “objetivos educacionais”, agora será necessário especificar sua definição e traduzi-las em práticas diárias. E aqui que as competências e avaliação das competências se relacionam com a profissão médica e o ensino se encontra com a prática profissional. As competências devem ser: a- específicas; b- abrangentes (ex: incluindo conhecimento, habilidades e atitudes); c- duráveis; d- treináveis; e- mensuráveis; f- relacionadas as atividades profissionais e g- conectadas a outras competências. Estudos anteriores já validaram competências para formação médica em geral, e com ênfase no cenário de prática rural, inclusive no Brasil. Atividades confiadas (ou confiáveis) não é o mesmo que competências. Competências devem ser traduzidas para atividades profissionais. Sendo a competência um atributo de uma pessoa e as atividades fazem parte do trabalho diário, tratam-se portanto de dimensões diferentes. Atividades clínicas que os formandos podem ser confiados para executar com mínima ou nenhuma supervisão foram rotuladas como Entrusted Professional Activities (EPA). Os 8 atributos de uma EPA são: 1- fazem parte do trabalho profissional essencial em um dado contexto; 2- devem exigir conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas, geralmente adquiridos através de treinamento; 3- devem conduzir a uma produção de mão de obra profissional reconhecida; 4- devem ser geralmente limitadas pessoal qualificado; 5- devem ser executáveis independentemente; 6- devem ser executáveis dentro de um período de tempo; 7- devem ser observáveis e mensuráveis em seu processo e resultado, levando a uma conclusão e 8- devem refletir uma ou mais das competências a adquirir. A identificação das EPAs podem ajudar os profissionais envolvidos no ensino na determinação das competências dos seus estudantes.

Hipótese:

A hipótese do estudo é que o currículo da maioria das escolas médicas atuais, não preparam adequadamente seus egressos para atuação em cenário rural.

Metodologia:

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.182.224

Pretendemos conduzir uma pesquisa on-line anônima pela plataforma Survey Monkey, utilizando a técnica Delphi, com os profissionais da educação médica, envolvidos especificamente com a medicina rural e/ou medicina de família e comunidade. A plataforma permite enviar a pesquisa simultaneamente para todos os participantes, em um link de uso exclusivo, carta convite, o termo de consentimento esclarecido e instruções.

Submeteremos o projeto ao comitê de ética em pesquisa da Unicamp no primeiro trimestre de 2017. O projeto não apresenta nenhum conflito de interesses.

Serão avaliadas no questionário as atividades identificadas previamente na literatura como esperadas a serem executadas em níveis variados de supervisão, no final do internato médico. A pesquisa poderá também convidar os especialistas a identificar outras potenciais EPA.

Os termos saúde rural, competências e educação médica serão usados na busca por arquivos nas bases de dados do Medline, CINAHL, Education Research Complete, Education Resources Information Center (ERIC) e PUBMED. Os estudos que tratem dos temas em questões serão selecionados e as competências definidas nesses estudos como necessárias para atuar como médico nas zonas rurais serão usados para construir

o primeiro questionário.

Com o objetivo de se ater ao problema proposto, competências que se refiram especificamente a situações de outros países, ou a especialidades focais serão excluídas.

Os profissionais serão convidados a participar da pesquisa através da lista de discussão do grupo de trabalho rural da Sociedade Brasileira de

Medicina de Família e comunidade, na lista de e-mails dos médicos de família e comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e

Comunidade e no listserv do Instituto FAIMER Brasil.

Os médicos serão incluídos no estudo após concordarem a assinarem formulário de consentimento.

Utilizaremos uma escala tipo Likert de 5 pontos onde o critério de consenso para cada EPA será a maioria simples dos participantes que considerar

os dois critérios maiores da escala.

Uma segunda rodada será elaborada com a utilização dos critérios de consenso da primeira rodada.

Os dados serão analisados com a utilização do software gratuito OpenEpi versão 3.01.

Os resultados serão comparados programas de internato rural já disponíveis. As competências validadas serão as bases para a elaboração das

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.182.224

EPAs a serem recomendadas aos programas de internato rural.

Critérios de Inclusão e Exclusão:

Critério de Inclusão:

Os profissionais participantes da lista de discussão do grupo de trabalho rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e comunidade.

Profissionais participantes da lista de e-mails dos médicos de família e comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Profissionais cadastrados no listserv do Instituto FAIMER Brasil.

Critério de Exclusão:

Profissionais que decidirem não prosseguir.

Profissionais que deixarem de responder a algum dos questionários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Disponibilizar ferramentas (critérios objetivos) para que os programas possam desenvolver e avaliar o progresso das competências essenciais para profissionais médicos em cenário rural.

Objetivo Secundário:

Validar as competências necessárias aos alunos no internato médico no que se refere ao cenário rural. Elaborar as EPAs a serem utilizadas como

referências pelas escolas na formação dos estudantes nesse cenário.

Título

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os procedimentos adotados nessa pesquisa obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução no 466/2012

do Conselho Nacional de Saúde. A participação nesse estudo não traz complicações legais. A participação na pesquisa não trará nenhum custo.

Não há riscos previsíveis no preenchimento do questionário e consequentemente na participação na pesquisa.

Benefícios:

A pesquisa pretende, através da avaliação das competências desenvolvidas em cenário rural por estudantes em formação, em comparação com o

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.182.224

que a literatura nacional e internacional considera ideal nesse estágio, ajudar os profissionais envolvidos no ensino médico a desenvolver e avaliar as competências essenciais nesse cenário. Médicos com melhor preparo para o cenário rural seria um retorno social importante como benefício indireto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um processo seletivo de doutorado. O projeto visa avaliar o preparo dos alunos recém formados (residentes) no atendimento de pacientes na área rural. Avaliar se o curriculum da maioria da escolas médicas está adequado ao atendimento médico nessas áreas rurais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram feitas as alterações solicitadas na análise anterior.

Foram analisadas: 1- Folha de rosto devidamente preenchida, datada e assinada

2- Projeto de Pesquisa e finalidade

3- Orçamento financeiro estimado em R\$ 1000,00 reais com financiamento próprio.

Número de participantes estimado é de 300 pessoas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências anteriores foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O pesquisador e compromete a iniciar a pesquisa somente após o parecer de aprovação deste CEP.
- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, devidamente assinado.
- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.
- Ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, participante não estará perdendo qualquer direito legal, de acordo com as leis e regulamentações brasileiras, incluindo o direito de obter indenização por danos decorrentes da pesquisa.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.182.224

ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. E papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente ao evento ocorrido junto com seu posicionamento (descrição de medidas tomadas).

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_881332.pdf	13/07/2017 01:07:46		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	respostaparecer.pdf	13/07/2017 01:06:57	Simone Appenzeller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEepa2.pdf	13/07/2017 00:37:59	Simone Appenzeller	Aceito
Outros	carteirapdf.pdf	27/05/2017 22:23:05	Simone Appenzeller	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	epa.pdf	27/05/2017 22:17:12	Simone Appenzeller	Aceito
Folha de Hosto	FR_ricardo.pdf	06/05/2017 14:09:17	Simone Appenzeller	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecerNAPEM.pdf	10/04/2017 15:13:40	Simone Appenzeller	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.182.224

CAMPINAS, 21 de Julho de 2017

Assinado por:
Monica Jacques de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Usando EPAs (ENTRUSTED PROFESSIONAL ACTIVITIES) para guiar o desenvolvimento do currículo para a graduação em medicina com foco no preparo para o cenário rural

Nome do(s) responsável(is): Simone Appenzeller e Ricardo de Lima Lacerda

Número do CAAE: 69198117.9.0000.5404

Você está convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Gostaríamos de convidar você a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Enfatiza-se a importância de guardar em seus arquivos uma cópia Carta do documento eletrônico.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Considerando que as escolas médicas brasileiras estão em processo franco de expansão e interiorização, e que muitos postos de trabalho estão sendo criados em cenário rural, neste estudo, pretende-se validar para o cenário brasileiro as competências que um médico recém-formado, egresso das escolas médicas brasileiras, está apto a executar em cenário rural. E ainda, tendo como objetivo disponibilizar ferramentas para que os programas possam desenvolver e avaliar o progresso das competências essenciais para profissionais médicos em cenário rural.

Procedimentos:

O questionário tem duração de preenchimento em média de 20 minutos, com 29 questões entre objetivas e subjetivas sobre o perfil demográficos do participante e domínios e competência no cenário rural.

- Você deve guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico.
- Não haverá pagamento ao participante da pesquisa para sua participação.
- Se você, participante não se sentir a vontade ou não quiser responder alguma das questões, pode ir para a próxima questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal.
- Não existe pergunta obrigatória no questionário, sendo assim, poderá passar para a próxima pergunta sem responder, se assim o desejar.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de forma eletrônica, tem a opção de ser selecionado com SIM caso queira participar ou NÃO caso não queira participar.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de forma presencial, assinar com rubrica todas as folhas do documento e ao final assinar e inserir a data que respondeu ao questionário.
- Terá sua privacidade respeitada.
- Terá a confidencialidade das informações pessoais asseguradas;
- Você tem a decisão se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;
- Ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei.

Desconfortos e riscos:

Você não deve participar deste estudo se não for médico do programa Mais Médico do Brasil OU não participou do Grupo de Trabalho Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade OU tiver qualquer outra especialidade médica que não seja especialista em saúde rural e ainda, e ainda for um participante com idade menor de 18 anos.

O Risco para participar dessa pesquisa é mínimo devido a mesma obedecer aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os desconfortos e riscos como: Invasão de privacidade e tomar o tempo do participante ao responder ao questionário. Para tanto, serão tomadas as seguintes providências a serem adotadas frente aos riscos:

- Informa-se a possibilidade de a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, a retirada do consentimento de utilização dos dados do participante da pesquisa, e ainda, nesses casos, será enviado uma resposta de ciência do interesse do participante de pesquisa retirando seu consentimento.

- O participante tem a liberdade para não responder as questões que não quiser, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento.

- Ficar o estudo suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do participante da pesquisa, consequente à mesma, não previsto no termo de consentimento (TCLE).

- Os participantes na pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não no TCLE, têm direito à indenização, por parte do pesquisador.

- Os dados serão divulgados exclusivamente para fins de pesquisa, sendo assegurado o anonimato dos participantes, ou seja, nenhum dado que possa identificar os participantes será coletado.

- Não existe pergunta obrigatória, assim o participante tem o direito de não responder a alguma pergunta que não queira.

Benefícios:

A pesquisa tem como benefício criar ferramentas para escolas médicas preparar futuros profissionais para atender a população de área rural, devido metade da população mundial viver nessas regiões e existir menos de 25% de médicos que atendem essa população.

Assim, não haverá pagamento ou qualquer outro benefício para o participante da pesquisa de forma individual ou coletiva.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização:

Sua participação na pesquisa é de forma voluntária e gratuita. Sendo assim, não receberá quaisquer vantagens financeiras. Porém, terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos ou riscos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Simone Appenzeller, endereço Rua Albert Sabin, 210, Cidade Universitária, bairro Barão Geraldo, Campinas-SP, Faculdade de Ciência Médica, telefone (19) 3521-8936, e-mail appenzellersimone@gmail.com ou Ricardo de Lima Lacerda, telefone (45) 998061939 Rua Albert Sabin, 210, Cidade Universitária, bairro Barão Geraldo, Campinas-SP, Faculdade de Ciência Médica, e-mail r207251@dac.unicamp.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa

(CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

_____, Data: ____/____/____.
(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____, Data: ____/____/____.
(Assinatura do pesquisador)