

O ensino da saúde da mulher no internato médico: Análise documental em universidades públicas mineiras

Women's health teaching at the medical intership: Public universities from minas gerais documental analysis

Juliana Gomes Bergo Dâmaso¹, Cássia Beatriz Batista², Nicole Menezes Rangel³

RESUMO

Introdução: O internato em Ginecologia e Obstetrícia é uma obrigatoriedade prevista nas Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina (DCN). O enfoque sobre a Saúde da Mulher passou por mudanças ao reconhecer necessidades e direitos das mulheres em seus diversos contextos além da saúde reprodutiva. O movimento pelo parto humanizado e outras lutas feministas apontam nessa direção, o que requer revisões do ensino sobre a saúde das mulheres. **Objetivos:** Diante de poucos estudos sobre este ensino nas graduações médicas, investigou-se a estruturação curricular em seus objetivos de aprendizagem, cenários de prática, conteúdos, habilidades, competências e metodologias de ensino. **Métodos:** Análise documental de três universidades públicas mineiras. Os documentos analisados foram os Projetos Pedagógicos e os Planos de Ensino do Internato em Ginecologia e Obstetrícia vigentes em três escolas médicas de Minas Gerais. Tendo como referência às últimas DCN para o Curso de Graduação em Medicina de 2014. **Resultados:** A análise orientou-se pela formação de médicos generalistas, pelos modelos de assistência e paradigmas de ensino presentes nos internatos de Ginecologia e Obstetrícia. Nota-se que o ensino da saúde da mulher, além de priorizar a gestante e o parto, a própria nomeação do internato alude à especialização. Ainda que as propostas tragam aspectos do cuidado integral às mulheres, a lógica hospitalocêntrica-assistencial, de especialidades e da abordagem biomédica predominam nos currículos estudados. **Conclusão:** Nota-se pouca apreensão dos modelos de educação e de atenção em saúde que estão em disputas nos currículos e outros tensionamentos no ensino do cuidado à saúde integral das mulheres.

Palavras-chave: Educação Superior; Educação Médica; Saúde da Mulher; Internato Médico.

¹ Médica, Graduada no curso de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei – Campus Dom Bosco, Departamento de Medicina, MG – Brasil.

² Professora, Doutora da Universidade Federal de São João del Rei – Campus Dom Bosco, Departamento de Psicologia, MG – Brasil.

³ Professora da Universidade Federal de São João del Rei – Campus Dom Bosco, Departamento de Medicina, MG – Brasil.

Instituição:

Universidade Federal de São João del Rei – Campus Dom Bosco, Departamento de Medicina, MG – Brasil.

* Autor Correspondente:

Juliana Gomes Bergo Dâmaso
E-mail: julianadamasomed@gmail.com

Recebido em: 25/04/2020.

Aprovado em: 19/03/2021.

ABSTRACT

Introduction: Gynecology and Obstetrics internship is a requirement provided for in the Curricular Guidelines for the Medical Course (DCN in Portuguese). The focus on Women's Health has undergone changes in order to recognize women's needs and rights in their diverse contexts beyond reproductive health. The movement for humanized childbirth and other feminist struggles point in this direction, which requires revisions of teaching about women's health. **Objectives:** Due to the few studies about this, the curriculum structure was investigated in its learning objectives, practice scenarios, content, skills, competences and teaching methodologies.

Methods: Documentary analysis of three public universities from Minas Gerais. The documents analyzed were the Pedagogical Projects and the Teaching Plans of the Internship in Gynecology and Obstetrics from three medical schools in Minas Gerais, using as reference the latest DCN for the Graduate Course in Medicine in 2014. **Results:** The analysis were guided by the training of general practitioners, by the assistance models and teaching paradigms present in the gynecology and obstetrics boarding schools. Teaching women's health during the internship prioritizes pregnant women and childbirth, and their title itself alludes to specialization. Although the proposals bring aspects of comprehensive care to women, the hospital-centered care logic, specialties and the biomedical approach predominate in the curricula studied. **Conclusion:** There is little apprehension of the models of education and health care that are in dispute in the curricula and other tension in the teaching of comprehensive health care for women.

Keywords: Higher Education; Medical education; Women's Health; Medical internship.

INTRODUÇÃO

O internato médico foi regulamentado pela primeira vez no Brasil em 1969.^{1,2} Atualmente, essa etapa é regularizada por resolução do Conselho Federal de Educação publicada em 1982, sendo obrigatória e devendo ocupar carga horária mínima de 35% do curso de medicina.³ Assim, nos últimos dois anos do curso, o estudante deixa a sala de aula para estar inteiramente incluído nos cenários de prática, na intenção de receber capacitação intensiva sob a supervisão de docentes e preceptores em instituições vinculadas ou conveniadas à escola médica.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN),³ ao estabelecerem o perfil do médico a ser preparado pelas escolas médicas brasileiras, indicam as atividades práticas que o aluno deve, impreterivelmente, desempenhar durante o internato, dentro das grandes áreas da Medicina, a saber: Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Saúde Coletiva, Urgência e Emergência, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental.³

O cerne da educação médica é pautado na formação generalista, humanista, crítica e reflexiva e, nesse sentido, espera-se que o futuro profissional passe a se preocupar não apenas com a fisiopatologia da doença e suas formas de

tratamento e cura, como também com a integralidade do ser humano.⁴ As metodologias ativas de ensino-aprendizagem vêm ganhando destaque nas graduações em saúde, já que a prática profissional em serviço é componente central da formação desses cursos. A sala de aula e os ambientes de prática passam a ser locais em que os estudantes são personagens principais e os professores, mediadores do caminho a ser percorrido.⁴

Em particular, as áreas de Ginecologia e Obstetrícia existem como especialidades médicas desde 1911⁵ e, a desde então, o enfoque para a Saúde da Mulher passou por constantes mudanças. As modificações atuais estão em consonância com a transição do perfil sócio demográfico brasileiro, em que há um aumento da expectativa de vida, uma maior participação da mulher no mercado de trabalho e uma diminuição do número de filhos por família⁶. Essa alteração epidemiológica deve ser compreendida pelos estudantes a fim de que haja uma maior preocupação com o entendimento a respeito das etapas da vida da mulher, não as correlacionando apenas à função reprodutiva e materna.

É importante frisar também que, nos últimos dez anos, o Brasil reduziu em 12% a taxa de mortalidade de mulheres, o que indica que houve uma melhoria da assistência a elas. Outros dados que corroboram para a manutenção do estudo

e assistência à saúde integral da mulher são as causas de óbito que mais prevalecem nessa população, considerando-se que, em primeiro lugar, têm-se as doenças do aparelho circulatório, como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o infarto, o qual representam 34,2% dos casos. A segunda maior proporção de óbitos em mulheres, por sua vez, está relacionada às neoplasias, com 18,3% do total, sendo as mais prevalentes as neoplasias de mama (2,8%), de pulmão (1,8%) e do colo do útero (1,1%).⁷

A precariedade da assistência obstétrica, por sua vez, tende a refletir nos dados relacionados aos óbitos maternos e/ou fetais, fazendo com que, atualmente, a saúde materna seja um dos temas de grande relevância para a saúde pública, além de ser considerado um importante indicador de desenvolvimento de uma região ou país. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o risco de uma mulher morrer por causas associadas ao ciclo gravídico puerperal em um país em desenvolvimento é 36 vezes maior que em um país desenvolvido.⁸

Ressalta-se a importância de uma melhor abordagem da saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais no ensino médico. É imprescindível que sejam abrangidas as particularidades e desafios enfrentados por essa parcela da população, no que diz respeito a discriminações, criação de estereótipos e na preservação da integridade da saúde mental e física, a fim de reconhecer que a orientação sexual e a identidade de gênero constituem situações muito mais complexas e são fatores de vulnerabilidade para a saúde.⁹

As DCN da graduação de medicina,³ ao privilegiar um currículo assentado nas necessidades de saúde da população e nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) como cenários de prática, sinalizam um perfil de egresso generalista com as competências gerais e específicas pautadas na interdisciplinaridade e multiprofissionalidade não apenas no ensino médico. Dessa forma, estimula os cursos na área da saúde a repensar seus currículos na sua relação com os serviços de saúde, adotando modelos educacionais mais coerentes com uma formação profissional de qualidade, capacitado a atender as demandas da sociedade que se insere.¹⁰

Para Bollela & Machado¹⁰, existe uma lacuna curricular nas escolas médicas entre as práticas pedagógicas dos primeiros quatro anos do curso e o internato. Os autores acreditam que, no início dos cursos, há a utilização de metodologias ativas de ensino, com aprendizagem baseada em problemas e ensino centrado no estudante e com a inserção precoce na comunidade. Já no internato médico, prevalecem práticas hospitalares, nas diversas subespecialidades, com ensino centrado na figura do professor e a avaliação do estudante estruturada e dependente de uma nota de conceito no final do estágio.

A formação universitária se constitui de encontros de campos disciplinares e de identidades profissionais da saúde, por vezes, pouco permeáveis entre si e fortemente marcados pela lógica mercadológica e corporativa das profissões.¹¹ A articulação entre educação e trabalho, mais detidamente, a interação escola-serviço exige um exercício contínuo de diálogos e negociações.¹² No internato médico especificamente, com a permanência dos estudantes nos serviços públicos de saúde, a relação escola-serviço fica mais evidente como eixo norteador nos movimentos de reorientação da educação médica.

Partindo da necessidade de um cuidado ampliado e integral à saúde das mulheres – afirmado pelas orientações da DCN³, o presente trabalho visou a investigar o ensino

de Saúde da Mulher no internato médico de três escolas públicas mineiras, de forma a analisar a proposta pedagógica da disciplina curricular em sua estrutura, concepções e cenários de práticas.

METODOLOGIA

Com propósito de analisar o internato médico de escolas mineiras, buscamos referências na pesquisa qualitativa para compreensão de significados^{13,14} sobre a saúde da mulher expostas nos documentos pedagógicos das graduações de medicina.

Este Estudo Curricular pautou-se pela pesquisa documental, tomando o currículo como documento que transmite concepções e que recomenda práticas. Seu estudo permite compreender significados e intencionalidade, por ampliar o entendimento de objetos em sua contextualização histórica e sociocultural.¹⁵

Escoleram-se três instituições mineiras para realizar este estudo, a saber: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Universidade Federal de São João del Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ/CCO). Inicialmente, para este estudo de iniciação científica realizado no ano de 2018, escolhemos as duas escolas médicas mais antigas de Minas Gerais com larga experiência e amplo alcance na formação de muitos médicos e professores. Mais especificamente, essas escolas formaram boa parte dos docentes de medicina da instituição das pesquisadoras, e já que esta pesquisa tinha uma intenção secundária de oferecer subsídio para desenhar o internato ainda a ser implementado em um curso novo, conhecer as referências formativas presentes se fez relevante. E intencionalmente, incluímos mais um curso na análise, este da mesma instituição das pesquisadoras, contudo, realizado em outra cidade/campus e já com experiência institucional de implantação do internato em saúde da mulher.

Os documentos utilizados foram coletados através dos sites de cada instituição durante os anos de 2017 e 2018. As fontes documentais para o estudo foram as atuais DCN para o Curso de Graduação de Medicina e os Planos de Ensino do Internato de Ginecologia e Obstetrícia das respectivas universidades.

Estes documentos retratam intencionalidades de formação médica voltada para a atenção à saúde das mulheres. Para a interpretação dos dados, optou-se por utilizar da análise temática de conteúdo segundo Bardin, que compreende um conjunto de técnicas na busca de sentidos de um documento, a fim de tentar apreender, de uma forma global, as ideias principais e os seus significados gerais.¹⁶

Nesta direção, o trajeto metodológico foi estabelecido através de etapas conforme determina Minayo¹⁷: a) Pré-análise; b) exploração do material ou codificação e c) tratamento dos resultados obtidos/interpretação. A primeira etapa é através da leitura flutuante e exaustiva dos textos a respeito da temática, a fim de se formular e reformular hipóteses ou pressupostos. A etapa de exploração do material intenciona de criar categorias de organização ao conteúdo analisado, que consiste em reduzir o texto a palavras e expressões que sejam significativas. Após a realização da classificação, agregação dos dados e escolha das categorias teóricas ou empíricas – que serão responsáveis por especificar o tema, há a sugestão de inferências e realização

de interpretações que tem relação com o que se havia desenhado inicialmente e que se abriu com novas dimensões teóricas e interpretativas.¹⁷

Com foco no internato médico, a leitura dos documentos dos três cursos escolhidos subsidiou a criação de uma tabela em que os dados foram organizados por: Instituição, Carga Horária do Internato, Metodologia de Ensino utilizada, Cenários de Prática, Conhecimentos, Habilidades e Competências. A tabela constituída possibilitou a criação de categorias de análise em diálogo com o debate teórico-conceitual da literatura consultada. Assim, os resultados serão apresentados em três categorias: “Paradigma da formação médica no Internato: Generalista versus Especialista”; “Modelos de Atenção em Saúde: entre abordagem integral e a abordagem biomédica” e “Cenários de práticas: assistência, educação em saúde, gestão e controle social”. Estas categorias de análise indicam a coexistência de tensionamentos entre concepções que atravessam todo o currículo e a discussão da educação médica.

Importante destacar que, para esta análise do ensino de saúde da mulher, detivemos apenas nas unidades curriculares de estágio específico, os chamados internatos de ‘G.O’, e não analisamos as unidades curriculares sobre tal conteúdo antes deste internato. Este recorte do estudo limita alguns entendimentos e análises ao desconsiderar o percurso formativo dos alunos neste tema e também apreciar apenas o currículo prescrito e não aquele vivido. Acreditamos que as aproximações de uma dada realidade são parciais, e os dados aqui elencados possibilitam problematizações importantes do campo

ANÁLISE DOS DADOS

Para fornecer uma caracterização geral dos três cursos estudados, a tabela abaixo foi elaborada.

PARADIGMA DA FORMAÇÃO MÉDICA NO INTERNATO: GENERALISTA VERSUS ESPECIALISTA

A prática médica, em sua origem, prezava pela avaliação geral do paciente, porém mostrava-se como tendo uma baixa resolutividade e pouco prestígio social. Através das teorias de Abraham Flexner, no século XX, essa realidade se modificou, levando a um processo de superespecialização médica junto à procura por avanço tecnológico, que, por consequência, levaria ao aumento da efetividade e do status profissional.¹⁸

A partir das novas DCN, as escolas médicas precisaram adaptar seu currículo na intenção de torná-lo mais apropriado à realidade da saúde das pessoas, contribuindo para o conhecimento do aluno frente ao trabalho do médico

generalista, além de romper o aprendizado focado nos hospitais e transferi-lo ao atendimento em unidades básicas de saúde.¹⁹

Com as DCN do curso de medicina de 2001²⁰, a formação generalista ganha espaço nos Planos de Ensino e aumenta a ênfase na preparação de estudantes capazes de identificar os principais cuidados em populações ou ciclos de vida e/ou as mais frequentes doenças de cada especialidade, conforme observamos em dois cursos antigos que foram analisados:

*O aluno deverá ser capaz de identificar sinais e sintomas das principais enfermidades ginecológicas que acometem mulheres em todas as fases de vida.*²¹

*Deverá identificar fatores e ações que possam prevenir, diagnosticar precocemente ou tratar, de modo curativo ou paliativo, as afecções mais frequentes em Ginecologia.*²¹

*Contracepções e situações especiais, Indicação e interpretação de exames; Abordagem das vítimas de violência sexual; Conhecimento e aplicação dos protocolos do MS relacionados à Assistência da Mulher.*²²

O ensino do manejo de pacientes no curso da UFMG através do uso de Protocolos do Ministério da Saúde evidencia a preocupação do curso em se formar médicos generalistas que podem estar presentes em Unidades de Pronto Atendimento, atendendo várias situações de saúde das mulheres, inclusive, casos de violência.

*Contracepções de Situações especiais.*²²

*Abordagem das vítimas de violência Sexual.*²²

*Aplicação e conhecimento dos protocolos do MS relacionados à Assistência da Mulher.*²²

A preocupação com a Atenção Básica e com a assistência em rede com enfoque na referência e contrarreferência assistencial está presente no currículo da UFSJ/CCO²³, ao se lerem as assertivas abaixo:

Treinamento de Raciocínio clínico e habilidades em Ginecologia e Obstetrícia na Atenção Primária à Saúde (APS).

Propiciar conhecimento e vivência da referência e contrarreferência da região entre os três níveis de atenção.

Tabela 1. Caracterização geral dos Internatos avaliados.

Universidade	Criação do curso	Currículo atual	Nome do internato na instituição	Carga horária	Período do curso em que ocorre
UFMG	1911	2014	Estágio em ginecologia e obstetrícia	300 horas-aula (20 horas teóricas e 280 horas práticas)	10º
UFJF	1952	2015	Estágio de aplicação em ginecologia e obstetrícia	320 horas	12º
UFSJ	2008	2016	Internato em Ginecologia e Obstetrícia	540 horas (60 horas teóricas e 480 horas práticas)	11º

Planos de Ensino das Universidade analisadas. Tabela produzida pelas autoras do artigo.

*Encaminhar a mãe e o seu bebê, na alta hospitalar, para acompanhamento na atenção primária de saúde ou, se necessário, ao ambulatório de follow up de recém-nascido (RN) de risco, onde deverá ser acompanhado até a recuperação do seu peso e desenvolvimento.*²³

Acompanhado dos elementos que mostram alterações no currículo médico para uma formação generalista, nos três cursos observa-se também a presença de conteúdos práticos específicos que só serão desempenhados por um médico especialista.

*Auxiliar procedimentos cirúrgicos em Ginecologia e Obstetrícia.*²²

*Abordagem secundária e terciária das afecções gineco-obstétricas.*²²

*Promover conhecimento prático dos procedimentos cirúrgicos em ginecologia.*²³

*Aprimorar as técnicas do exame clínico e interpretação de exames complementares em ginecologia e obstetrícia.*²³

*Aprimorar habilidades de interpretação de exames de imagem em ginecologia e obstetrícia.*²³

Nota-se que as habilidades cirúrgicas estão previstas no ensino da saúde da mulher, fazendo com que, dentro de uma formação hospitalocêntrica orientada pela doença, este conteúdo possa vir a nortear um ensino da prática médica especializada já na graduação.

Ferreira¹⁸ demonstra que o conflito da educação médica ainda não foi superado, pois, mesmo com décadas de investimento na mudança curricular para formar generalistas, continuamos formando especialistas. E uma das dificuldades apontada é que os docentes são especialistas causando um conflito com as metas de ensino acrescido da pressão do mercado competitivo gerador de especialidades precocemente.

Em muitas instituições, o referencial técnico-instrumental das biociências presente, leva a exclusão do contexto psicossocial dos significados, no qual haveria a compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças. O Modelo Biopsicossocial tem se afirmado progressivamente, ao proporcionar uma visão integral do ser e do adoecer, ao compreender as dimensões física, psicológica e social. Ao ser incorporado na formação acadêmica do futuro médico, ou outro profissional de saúde, a evolução do aprendizado e das habilidades técnico-instrumentais deverão estar em consonância com o desenvolvimento das capacidades relacionais que contribuem para o estabelecimento de um vínculo e uma comunicação confiável.²⁴

Temos, então, o entrelaçamento entre paradigmas de formação médica, modelos de atenção e os cenários de aprendizagem como dimensões constitutivas do ensino de saúde da mulher no internato como continuaremos a observar.

MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE: ENTRE A ABORDAGEM INTEGRAL E A ABORDAGEM BIOMÉDICA

O termo Assistência à Saúde da Mulher classicamente referia-se ao atendimento relacionado à saúde reprodutiva, sobretudo o ciclo gravídico-puerperal e a anticoncepção, sendo ainda incluídos o controle do câncer de colo uterino e mama. Entretanto, as principais causas de contato das mulheres com o Sistema de Saúde são de natureza não-reprodutivas, com destaque para as doenças crônicas. Em contramão a essa realidade e ao princípio da abordagem integral, muitos serviços foram estruturados de modo a facilitar o acesso aos cuidados apenas da saúde reprodutiva. Isso contribuindo para a manutenção da fragilidade e fragmentação no atendimento à mulher, em que os serviços não avaliam problemas que não se relacionam a questões de ordem reprodutiva.²⁵

Este tipo de Assistência-Ensino está presente nos documentos analisados ao verificar os Cenários de Prática apontados pelos três cursos estudados. Hospitais gerais e maternidades e/ou ambulatórios de subespecialidades com ênfase nas gestantes ou saúde reprodutiva são os cenários de prática privilegiados do internato em todas as três Universidades, com destaque para a presença de serviços de mastologia e pré-natal de alto risco.

Os Ambulatórios são separados por subespecialidades pormenorizadas nos Planos de Ensino da UFJF e UFSJ-CCO e a Prática de Enfermaria realizada em Hospitais-Escola (Hospital das Clínicas da UFMG e Hospital Universitário da UFJF) ou em Hospitais conveniados. A UFMG cita os nomes das instituições hospitalares e maternidades parceiros além do próprio hospital universitário. Já a UFJF e UFSJ indicam o tipo de estabelecimento ou níveis de atenção em que acontecem os internatos.

*Ambulatório de Ginecologia e Subespecialidades; Ambulatório de Mastologia; Ambulatórios de Pré-Natal de Risco Habitual e de Pré-Natal de Alto Risco; Ambulatório de Adolescentes; Ambulatório de planejamento familiar; Enfermaria para atendimento às puérperas; Plantões de Obstetrícia.*²¹

*Hospital das Clínicas/UFMG; Hospital Risoleta Tolentino Neves; Maternidade Municipal de Betim (Imbirirucu); Hospital Júlia Kubstchek; Ambulatório Jenny Faria de Andrade.*²²

*Hospitais; Ambulatórios de Subespecialidades (como planejamento familiar; Mastologia; colposcopia etc); Ambulatório de gestação de risco habitual e de alto risco; Ambulatório de acompanhamento de mulheres não gestante.*²³

A análise da escolha dos cenários de práticas para a formação médica sinaliza parte da intenção de ensino sobre saúde da mulher. Os diversos ambulatórios e hospitais possibilitam uma compreensão da rede de atenção à saúde das mulheres. Contudo, a análise dos cenários apenas não nos permite saber se o enfoque é a integralidade, as linhas de cuidado ou fluxo de atendimentos, ou em exames, diagnósticos e tratamentos mais específicos de gestantes e puérperas. Ou seja, os elementos apontados nos documentos curriculares, são insuficientes para afirmar a ênfase do ensino da saúde da mulher, ainda que sinalize uma prevalência da abordagem biomédica.

No documento do internato da UFJF, destaca-se a atenção para outra fase da vida das mulheres, a adolescência

em que as questões corporais, da vivência da sexualidade e outras das relações afetivas e psicossociais, estão fortemente presentes. Contudo, apenas a indicação do cenário ambulatorial para jovens mulheres, não permite afirmar se este se direciona para a saúde reprodutiva destas ou outras abordagens de cuidado integral estão presentes.

Na análise de currículo da UFSJ, consta em seus cenários de prática, um ambulatório de acompanhamento de mulheres não gestantes, mesmo que ainda nomeado a partir da referência da saúde reprodutiva, pode sugerir uma atenção para mulheres em outras fases ou condições de vida, com ênfase na promoção de saúde - e não apenas em doenças.

As três escolas têm elementos que contemplam a abordagem biopsicossocial, haja vista que há a menção em seus planos de ensino sobre os conhecimentos de assistência integral nas diversas fases da vida da mulher, com ações de promoção e prevenção e também do nascimento e do parto humanizados. Os trechos a seguir corroboram com a assertiva:

*Atendimento direcionado ao paciente contemplando suas prioridades de bem-estar e contextualizado nos ambientes familiar, social e profissional. Todas as fases do desenvolvimento são focadas nas atividades coletivas de prevenção e promoção da saúde, assim como na recuperação nos casos de doença.*²¹

*Assistência integral à saúde da mulher nas diversas fases da vida.*²¹

*Todas as fases do desenvolvimento são focadas nas atividades coletivas de prevenção e promoção da saúde.*²²

*Promoção de raciocínio clínico humanizado.*²²

*Realização de Ações de promoção e prevenção em saúde da Mulher.*²³

*Habilidades de promoção de saúde e prevenção de doenças em nível de atenção primária e secundária.*²³

*Treinamento de Raciocínio clínico e habilidades em GO na atenção primária à saúde.*²³

*Treinamento de parto humanizado. Possibilitar vivência e conhecimento do funcionamento e rotina da atenção à gestante em hospital.*²³

*Treinamento de parto humanizado.*²³

O modelo de atenção biopsicossocial que sustenta o cuidado integral a saúde das mulheres, colocado pelas diretrizes curriculares e pelo SUS e ponto central da mudança das práticas e da formação em saúde, aparece nos cenários de aprendizagem de forma fragmentada ou especializada nos internatos ainda nomeados de Ginecologia e Obstetrícia, mas que versariam sobre a saúde da mulher como um todo. Ou seja, a lógica biomédica e da formação especialista coexistem tanto nos serviços quanto nas escolas médicas com a abordagem psicossocial e a formação generalista num movimento de embates e, por vezes, com sobreposições de ações pouco refletidas.

O atendimento fragmentado baseia-se nas alterações biológicas e centrado em intervenções tecnológicas, favorecendo a manutenção do modelo biomédico, ainda predominante na assistência à saúde.²⁵ A preocupação em conhecer e tratar as doenças sem abordar os sujeitos que as apresentam, por vezes ocupam uma extensão das práticas no internato, ainda que seja necessário que os alunos apreendam as afecções mais comuns que acometem as mulheres.

*Recuperação nos Casos de Doença.*²¹

*Abordagem secundária e terciária das afecções gineco-obstétricas.*²²

O enfoque na saúde reprodutiva ou saúde materna reduz a questão de gênero e da sexualidade da mulher se aproximando pouco do princípio de integralidade do SUS.²⁶ A meta de desenvolvermos uma abordagem biopsicossocial ou integral no SUS é um caminho que muitos trabalhadores e universidades têm percorrido. Contudo, nos cenários de prática, assim como na universidade, convivemos com profissionais com formações e concepções distintas em relação aos médicos que queremos formar, para qual modelo de assistência queremos atuar e como vamos trabalhar nos serviços de saúde. E nesta direção, nos cenários de prática, a compreensão do cuidado em saúde se apresenta reduzida à assistência, como veremos.

CENÁRIOS DE PRÁTICA: ASSISTÊNCIA, EDUCAÇÃO EM SAÚDE, GESTÃO E CONTROLE SOCIAL

Streit, Maciel e Zanolli² retratam a discussão nacional sobre o internato médico partindo das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001²¹ que permanecem no debate atual. Como estágio obrigatório, o internato visa promover o aperfeiçoamento de habilidades profissionais, bem como atitudes éticas. Inicia-se por treinamentos com modelos ou atores, em laboratórios de simulação para, depois, aprender no espaço real de trabalho. Os autores sinalizam recursos pedagógicos além dos atendimentos ambulatoriais, como visitas domiciliares, pesquisa, com destaque para as clínicas, seminários e reuniões clínicas, de alta e de óbitos, busca de informação e tempo para estudo e prática em laboratórios.

A estruturação curricular do internato médico privilegia a imersão nos cenários de prática para vivenciar o cotidiano do trabalho em saúde. Além da prática que compõem a maior parte da carga horária dos internatos, todos os Planos de Ensino citam aulas teóricas, apontando discussão ou estudos de casos, seminários e atividades em pequenos grupos como metodologia de ensino. Apenas a UFMG cita o laboratório de simulação em seus cenários práticos e específica os métodos de aprendizagem a serem usados.

Inspirado no quadrilátero da formação proposto por Ceccim²⁷ na análise dos currículos aqui realizada, observa-se que o internato, ao privilegiar a assistência/atenção direta às mulheres, pretere o ensino sobre gestão, controle social e educação em saúde, pouco ou inexistentes nos currículos dos internatos analisados. A partir do modelo de formação proposta, desloca-se o ensino da técnica e de atendimentos individuais centrado na doença, para aspectos coletivos, relacionais, educativos, comunicacionais, materiais, organizacionais e subjetivos que amparam as técnicas e práticas diversas de cuidado da população em suas necessidades ampliada de saúde. Isso vale tanto para

o enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto para os aspectos de gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde. Assim, a formação em saúde englobaria habilidades técnicas, produção de subjetividades e conhecimentos sobre o SUS.²⁷

De Marco²⁴ sugere que a prática se oriente pelo campo interacional, ou seja, a relação dos alunos, professores com a equipe do serviço, com o plano institucional e com o grupo-alvo da atenção, paciente, familiares e a rede social. Assim, a educação em saúde e a educação permanente em todos os níveis institucionais comporiam uma intervenção em saúde constante. No que tange a Educação em saúde e gestão, previstos nas DCN³, os planos de ensino dos internatos apresentam alguns termos de forma pontual.

*Atividades de educação para saúde e utilização de forma eficiente dos recursos.*²¹

*Desenvolvimento de conhecimento das necessidades em saúde individual, coletiva, educação em saúde e gestão de processos de trabalho.*²¹

*Relação ética e respeitosa com a paciente, acompanhante, colegas, professores e funcionários.*²²

*Respeito à normas de biossegurança.*²²

*Colaboração no trabalho em equipe.*²²

*Boa Comunicação com a Comunidade, propiciando formação de responsabilidade e atitudes éticas.*²³

A educação em saúde e a gestão do trabalho surgem de modo estático nos planos, ou seja, como um conhecimento técnico a ser adquirido e reproduzido, e com pouca apropriação e criação como campo de ação em saúde. Nota-se que a questão ética que acompanha aqui esta dimensão da formação, também aparece como uma ação ou postura a ser seguida e não uma relação processual, construída e tensionada. De modo geral, os documentos sinalizam para uma organização do internato centrada no hospital e na assistência clínica individual. Pouco aparece a participação em conferências de saúde da mulher ou conselhos de saúde, comitês de óbito materno-infantil e fetal, facilitação de grupos de mulheres, realização de planejamento familiar, reuniões de equipe, visitas domiciliares ou oferta de capacitação como práticas possíveis nos estágios em medicina para uma formação generalista durante o internato.

Os novos currículos médicos organizaram suas práticas de ensino nos serviços do SUS sem criação de um hospital universitário específico e gerenciado pela universidade. Um dos argumentos neste debate é a consideração que a integração com a rede de serviços é menor quando a universidade tem seu próprio hospital, em que as equipes tendem a ficar menos articuladas à rede de atenção, concentrando as atividades dos seus alunos dentro desses espaços. A UFMG e a UFJF são instituições antigas com hospitais próprios, enquanto a UFSJ necessita de 100% dos serviços da rede em seus níveis de atenção e diversidade de atenção prestada para efetivar suas práticas de formação.

*Estudo de Casos Clínicos prevalentes na atenção primária e Doenças prevalentes na atenção primária.*²³

*Treinar o aluno para a realização de partos normais de acordo com o protocolo de cada maternidade, em conjunto com o residente ou preceptor e saber tratar pequenas complicações decorrentes do parto normal.*²³

*Propiciar conhecimento e vivência da referência e contrarreferência da região entre os três níveis de atenção a partir da atenção secundária e terciária em ginecologia e obstetrícia.*²²

Tal assertiva acima, presente no Plano de ensino da UFSJ-CCO, evidencia a preocupação da Escola em mostrar ao aluno que, mesmo o paciente em um hospital, há outros níveis de cuidado dentro da rede que merecem igual destaque. Ainda assim, o enfoque na rede de atenção é acanhado e parece pouco considerar as dimensões da educação em saúde, controle social e a gestão, como a vigilância em saúde, as políticas, os planejamentos e os recursos. A deficiência na formação em atenção primária, principalmente durante o internato é assinalada por Bollela e Machado.¹⁰

Na síntese sobre os modelos pedagógicos dos internatos, Streit, Maciel e Zanolli² apontam que geralmente os cenários de práticas são nos três níveis de atenção, ainda que tenha tempo excessivo no nível terciário, com características de hospitais muito especializados, trazendo prejuízos do ensino nos demais níveis. O número excessivo de atendimentos, supervisão inadequada e a resistência de professores e estudantes em relação aos cenários na atenção primária são algumas outras características presentes nos internatos. Como avanço, os autores apresentam o estágio em gestão do SUS e como encaminhamentos, a definição de limite de carga horária, áreas verdes e tempo pré-estabelecido para estudo; supervisão adequada; apoio psicopedagógico¹⁹ e envolvimento com os conselhos de saúde.

Sobre os pressupostos do internato, Streit, Maciel e Zanolli² destacam que os cenários de aprendizagem se referem também aos atores sociais que estão nos locais de práticas, quem são e o que realizam. Assim, os cenários abrangem questões éticas e educativas voltando-se para a mudança nas políticas, nas práticas e na formação em saúde.

A organização curricular requer repensar os cenários de práticas, os objetivos de aprendizagem e os atores. Bollela e Machado¹⁰, ao defenderem um currículo baseado em competências, enfatizam a necessidade de estabelecimentos de resultados esperados no processo educativo de cada unidade curricular por meio da definição dos objetivos de aprendizagem. Este modelo curricular se orienta pela definição clara de competências gerais e específicas esperadas como resultado da aprendizagem, e que a descrição destas indica as condições necessárias para desenrolar o percurso formativo. Ainda assim, na relação com os serviços, estas condições de aprendizagem são mais fluidas e instáveis que a sala universitária, trazendo complexidades que exigem de os atores da formação dialogar com as tramas do cotidiano do trabalho em saúde.

CONCLUSÃO

A análise geral dos currículos e os cenários de práticas anunciados indicam mais ênfase na assistência médica especializada com pouca referência a promoção e prevenção, níveis de atenção articulados em rede, ou mesmo sem considerar as fases da vida da mulher, sua vivência sexual, sua ocupação e outras condições e experiências, orientadores

do que seria um Estágio em Saúde das Mulheres pautado no cuidado integral.

Em qualquer nível de atenção, acreditamos que seja preciso adquirir um olhar para um cuidado integral à saúde da mulher não apenas por ginecologistas e obstetras, mas por dermatologistas, endocrinologistas, psiquiatras, cardiologistas etc. A formação médica generalista requer abordagens e conteúdos sobre a saúde da mulher de forma ampliada e em uma perspectiva biopsicossocial. Temas como corpo, prazer, envelhecimento, sexualidade, relações de gênero, diretos sexuais e reprodutivos, violências, raça, saúde mental, maternidade ou não, etapas da vida da mulher, divisão social do trabalho são conteúdos importantes na aprendizagem em saúde de todo médico, de qualquer especialidade.

AGRADECIMENTOS

Aos discentes e docentes das disciplinas de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do PET-Saúde do Curso de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei que estimularam esse estudo. Ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), por toda troca de aprendizado. E à Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPE) da Universidade Federal de São João del Rei pelo apoio nessa pesquisa.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE – PLEITEIO DE SUBMISSÃO EM REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS

As autoras do artigo “O ENSINO DA SAÚDE DA MULHER NO INTERNATO MÉDICO: ANÁLISE DOCUMENTAL EM UNIVERSIDADES PÚBLICAS MINEIRAS”, Juliana Gomes Bergo Dâmaso, Cássia Beatriz Batista e Nicole Menezes Rangel, por meio dessa carta, vêm afirmar que não há conflito de interesse perante o manuscrito em submissão.

REFERÊNCIAS

- Zanolli MB, Maciel DT, Streit DS, et al. “Internato Médico” – Diretrizes Nacionais da ABEM para o internato no curso de graduação em medicina, de acordo com as diretrizes curriculares nacionais. In: Lampert JB, Bicudo AM. 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Rio de Janeiro: ABEM, 2014. p. 57-87.
- Streit DS, Maciel DT, Zanolli MB. Contribuição para a formação de médicos de acordo com as necessidades da sociedade: interação com as políticas de articulação ensino, serviço, sociedade implementadas pelo Ministério da Saúde. Cadernos Abem. 2009;5:21-9.
- Ministério da Educação (BR). Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. Parecer CES/CNE 116/2014. Brasília: Ministério da Educação, 2014.
- Batista NA, Batista SHSS. A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica. In: Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social. São Paulo: Editora Unifesp; 2008. p.101-15.
- Linhares JJ, Dutra BAL, da Ponte MP, et al. Construction of a competence-based curriculum for internship in obstetrics and gynecology within the medical course at the Federal University of Ceará (Sobral Campus). São Paulo Med J. 2015;133(3):264-270.
- PORTAL BRASIL [Internet]. Mulheres são maioria da população e ocupam mais espaço no mercado de trabalho. [Acesso em 2017, Ago]. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/mulheres-sao-maioria-da-populacao-e-ocupam-mais-espaco-no-mercado-de-trabalho>
- FIOCRUZ [Internet] Canal Saúde – Notícias: Mortalidade feminina no Brasil cai 12% nos últimos dez anos; [Data de Publicação 2012, Out 23; Acesso em 2017, Ago]. Disponível em <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/mortalidade-feminina-cai-12-nos-ultimos-10-anos-2012-10-23>
- Troncon JK, Quadros DL Netto, Rehder AM, et al. Mortalidade materna em um centro de referência do sudeste brasileiro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;35(9):388-93.
- Ministério da Saúde (BR). Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Rev Saúde Pública. 2008;42(3).
- Bollela VR, Machado JLM. O currículo por competências e sua relação com as diretrizes curriculares nacionais para a graduação em Medicina. Ponto de Vista. 2010;1(2):126-42.
- Batista CB, Stralen CJ. O PRÓ-SAÚDE e seus dilemas na universidade privada. Avaliação. 2018;23(1):198-216.
- Batista CB. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. Barbarói. 2013;(38):97-125.
- Turato ER. Métodos qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Rev Saúde Pública. 2005;39(3):507-514.
- Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
- Sá-silva JR, de Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Rev Bras Hist. 2009;1(1): 1-15.
- Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004;57(5):611-14.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007.
- Ferreira JR. A Formação do Médico Generalista – Contextualização Histórica. Cadernos ABEM. 2006;2(2): 41-5.
- Roncolleta AFT. O impacto da medicina de família da graduação médica: aprendizado centrado na continuidade e atenção primária: a experiência do ambulatório de medicina de família no PROMOVE. O mundo da saúde. 2010;34(3):375-83.
- Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares do curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 04/2001. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
- UFJF. Programa de Disciplina do Estágio de Aplicação em Ginecologia e Obstetrícia. [Acesso em 2017, Ago]. Disponível em <https://www.ufjf.br/medicina/files/2015/04/Ementa-Ginecologia-e-Obstetri-cia2015.pdf>

22. UFMG. Caracterização das Atividades Curriculares do Estágio em Ginecologia e Obstetrícia. [Acesso em 2017, Ago]. Disponível em <https://www.medicina.ufmg.br/cegrad/wp-content/uploads/sites/10/2018/01/GOB011.pdf>
23. UFSJ/CCO [Internet]. Plano de Ensino do Internato em Ginecologia e Obstetrícia – IGOB. [Acesso em 2017, Ago]. Disponível em <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/comed/Plano%20de%20Ensino%20IGOB.pdf>
24. de Marco AM. Do modelo biomédico ao modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Rev Bras Educ Med. 2006;30(1):60-72.
25. Pedrosa M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. Rev Bras Med Fam e Com. 2005;1(3):72-80.
26. Ministério da Saúde (BR); Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
27. Ceccim RB, Feuerwerker LCM, O quadrilátero da formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Rev Saúde Coletiva. 2004;14(1):41-65.