

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

**JOÃO KLÍNIO CAVALCANTE**

**DESENVOLVIMENTO DISCENTE NO ESTÁGIO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**Maceió – AL**

**2013**

**JOÃO KLÍNIO CAVALCANTE**

**DESENVOLVIMENTO DISCENTE NO ESTÁGIO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**Dissertação apresentada à  
Universidade Federal de Alagoas,  
como parte das exigências do  
Programa de Pós-Graduação em  
Ensino na Saúde, para obtenção de  
título de Mestre em Ensino na Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Francisco José  
Passos Soares.**

**Coorientadora: Profa. Dra. Divanise  
Suruagy Correia.**

**Maceió – AL**

**2013**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
**Bibliotecária Responsável: Fabiana Camargo dos Santos**

C376d Cavalcante, João Klínio.  
Desenvolvimento discente no estágio em Estratégia Saúde da Família / João Klínio Cavalcante. – 2013.  
45 f.

Orientador: Francisco José Passos Soares.  
Coorientadora: Divanice Suruagy Correia  
Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Maceió, 2013.

Inclui Bibliografia

1. Educação baseada em competências. 2. Estudantes – Habilidades motoras.  
3. Medicina – Estágio clínico. 4. Saúde da Família. 5. Saúde – Ensino superior.  
I. Título.

CDU: 616:378.147.388

## FOLHA DE APROVAÇÃO



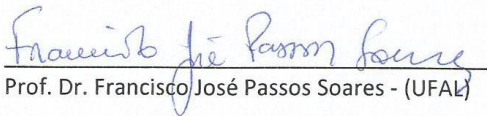
Universidade Federal de Alagoas  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde

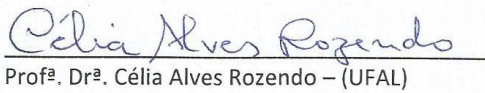
FAMED - UFAL - Campus A. C. Simões  
Av. Lourival Melo Mota, S/N  
Cidade Universitária - Maceió-AL  
CEP: 57072-970  
E-mail:mpesufal@gmail.com

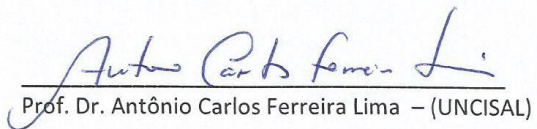
Defesa do Trabalho Acadêmico de Mestrado do aluno **JOÃO KLÍNIO CAVALCANTE**, intitulado: “**Desenvolvimento Discente no Estágio em Estratégia Saúde da Família**”, orientado pelo Prof. Dr. Francisco José Passos Soares, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ensino da Saúde, da Universidade Federal de Alagoas, em 04 de julho de 2013.

Os membros da Banca Examinadora consideraram o candidato APROVADO.

Banca Examinadora:

  
Prof. Dr. Francisco José Passos Soares - (UFAL)

  
Profª. Drª. Célia Alves Rozendo - (UFAL)

  
Prof. Dr. Antônio Carlos Ferreira Lima - (UNCISAL)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pelo que consegui conquistar até hoje e pelo que ainda está por vir.

A todos os meus familiares e amigos por compreenderem minha ausência durante minha formação, no decorrer desses dois anos.

Aos Professores Francisco Passos e Divanise Suruagy, pela orientação e ensinamentos ao longo do caminho.

Aos amigos do MPES, pela cumplicidade nos momentos difíceis.

Aos docentes da FAMED-UFAL que contribuíram para esta pesquisa.

## RESUMO

A formação do médico inclui, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço. O estágio em Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantado em 2007, no décimo período da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, no primeiro ano do internato. Este estudo tem como objetivo analisar o desenvolvimento discente na Atenção Básica durante o estágio em ESF na percepção dos estudantes, estruturado como pesquisa qualitativa, com delineamento de estudo de caso. Os dados foram coletados através da técnica de Grupo Focal e analisados com a ferramenta de análise de conteúdo segundo Bardin. Emergiram quatro categorias: autonomia como reconhecimento de valor; relacionamento com usuários e profissionais do serviço; sentimento de frustração do estudante diante da realidade dos serviços de saúde; aquisição de competências e habilidades. Muitos dos fatores analisados foram necessários à composição de um quadro compreensivo quanto ao desenvolvimento de competências e habilidades específicas, previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Ao final, entendemos que cabe às escolas médicas dar continuidade às reflexões sobre o processo de formação dos graduandos.

Palavras-chave: Educação Baseada em Competências. Habilidades Motoras. Estágio Clínico. Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The medical formation includes as a graduation's integrating clerkship, curriculum mandatory in-service training. The Family Health Strategy (ESF) clerkship was implanted in January 2007 and it was offered in the first year of internship, during the tenth period of the Federal University of Alagoas' School of Medicine (FAMED - UFAL). This study aims to analyze the development of students for Basic Attention during internship in ESF under FAMED-UFAL students' perceptions, it was structured as a qualitative research with an explanatory case study. Data collection was conducted through focus group technique and treated using the content analysis tool proposed by Bardin. Four thematic categories emerged: autonomy as recognition of value; relationship with users and professionals from the service; medical student frustration about the health services reality; skills and abilities acquisition during the clerkship. Many of the factors analyzed are required to compose a comprehensive framework for specific skills and abilities development, predicted in the DCN. In the end, we understand that it is up to medical schools continue to think about the formation process of their graduating students.

**Keywords:** Competency-Based Education. Motor Skills. Clinical Clerkship. Family Health.

## SUMÁRIO

1	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	9
2	<b>ARTIGO: DESENVOLVIMENTO DISCENTE NO ESTÁGIO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	11
2.1	<b>Introdução</b> .....	11
2.2	<b>O internato no curso de medicina da UFAL</b> .....	12
2.2.1	A inserção do estágio em Estratégia Saúde da Família .....	13
2.2.2	As competências definidas para os cursos de medicina .....	15
2.3	<b>Percurso Metodológico</b> .....	15
2.3.1	Tipo de Pesquisa .....	15
2.3.2	Local e sujeitos do estudo .....	16
2.3.3	Coleta dos dados .....	16
2.3.4	Análise dos dados .....	17
2.3.5	Aspectos Éticos .....	17
2.4	<b>Resultados e Discussão</b> .....	17
2.4.1	Categoria 1: Autonomia como reconhecimento de valor .....	18
2.4.2	Categoria 2: Relacionamento com usuários e profissionais do serviço .....	19
2.4.3	Categoria 3: Sentimento de frustração do estudante de medicina diante da realidade dos serviços de saúde .....	22
2.4.4	Categoria 4: Aquisição de competências e habilidades durante o estágio ...	25
2.5	<b>Considerações Finais</b> .....	29
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31
3	<b>PRODUTO DE INTERVENÇÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA DOCENTES E PRECEPTORES DE ESTÁGIOS CLÍNICOS</b> .....	33
3.1	<b>Introdução</b> .....	33
3.2	<b>Justificativa</b> .....	34
3.3	<b>Objetivos</b> .....	34



3.3.1	Objetivo Geral .....	35
3.3.2	Objetivos Específicos .....	35
3.4	<b>Metodologia</b> .....	35
3.5	<b>Produtos ou resultados esperados</b> .....	36
3.6	<b>Cronograma de execução</b> .....	36
3.7	<b>Orçamento</b> .....	37
4	<b>CONCLUSÃO GERAL</b> .....	38
	<b>ANEXOS</b> .....	40

## 1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho é decorrente da minha trajetória profissional, sobretudo como professor auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (FAMED-UFAL), a fim de compreender o desenvolvimento discente durante o estágio obrigatório na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Considerando a importância dos estágios que compõem o período de dois anos do internato da FAMED-UFAL, principalmente no que diz respeito à integração entre teoria e prática, fundamental para o desenvolvimento discente, sobretudo nesse período da graduação, no qual se efetiva a consolidação da prática médica, o presente estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento discente, sob sua percepção, no estágio em Estratégia Saúde da Família do curso de medicina da UFAL. O estudo intitulado “Desenvolvimento discente: estudo de caso sobre o estágio em Estratégia Saúde da Família”, contou com a participação de dez estudantes do décimo período da FAMED-UFAL, no primeiro semestre de 2012.

Apresento neste volume, um recorte dos dados da pesquisa, por meio do artigo original denominado: “Desenvolvimento discente no estágio em Estratégia Saúde da Família”, submetido à principal revista nacional indexada da área de Ensino na Saúde – Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM).

O artigo contém os dados da pesquisa que permitiu analisar o desenvolvimento discente, sob a sua percepção, no estágio em ESF. O discente em questão deveria estar cursando o décimo período do curso da FAMED-UFAL, e já ter realizado o estágio em Estratégia Saúde da Família. Partiu-se, inicialmente, de uma revisão de literatura e um grupo focal, realizado em junho de 2012. Para o desenvolvimento desse estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa, adotando a análise de conteúdo de Bardin para fazer a análise dos dados obtidos a partir do grupo focal.

O percurso teórico da discussão buscou contemplar principalmente as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina, o Projeto Político do Curso de Medicina da UFAL e as Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à

Saúde na graduação em Medicina. Volta-se, portanto, para a questão do desenvolvimento discente, identificando as competências, habilidades e atitudes gerais e específicas a serem desenvolvidas durante o estágio em questão.

Ainda em cumprimento ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da FAMED-UFAL, apresento um produto de intervenção decorrente da análise dos dados deste estudo, caracterizado como uma proposta de “Educação Permanente para docentes e preceptores de estágios clínicos”. O público alvo será médicos/preceptores e docentes que atuam na FAMED-UFAL. Espera-se que este curso possibilite a atualização de médicos e docentes para atuar como preceptores durante o estágio obrigatório em ESF. Esta proposta de produto, validada pelo colegiado do Curso, deverá ser coordenada por um núcleo que vise ao desenvolvimento docente e, por conseguinte, inclua os preceptores da rede de saúde, fortalecendo, assim, a integração ensino-serviço e qualificando a formação médica com ênfase na Atenção Primária à Saúde.

## 2 ARTIGO: DESENVOLVIMENTO DISCENTE NO ESTÁGIO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

### 2.1 Introdução

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em saúde apontam, como necessidade, a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva dos profissionais das diversas áreas da saúde como descrito em seu artigo terceiro<sup>1</sup>. O atual modelo hegemônico da formação médica tem origem nas modificações advindas do relatório Flexner, que foram implementadas nos Estados Unidos nas décadas de 20 e 30, expandindo-se por todo o mundo e implantadas no Brasil a partir de 1950<sup>2</sup>.

Atualmente, a maior parte dos profissionais de saúde em atividade traz uma formação hospitalar centrada nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia. Os estudos mostram que, nos dias de hoje, esse modelo já não mais atende as necessidades de formação de profissionais médicos generalistas. A Educação Médica no Brasil está em processo de transformação segundo as DCNs do Curso de Graduação em Medicina, que orienta a concepção de novos projetos políticos pedagógicos e articula a integração entre o mundo do trabalho e a formação superior em saúde<sup>1,3</sup>.

No início de 2007, concretizou-se a reforma da grade curricular no curso de medicina da UFAL, que ampliou e implantou o internato de dois anos, visando ao treinamento em serviço, incluindo o estágio em Estratégia Saúde da Família (ESF), ofertado no décimo período, a princípio durante cinco meses. Esse processo foi viabilizado através de convênio firmado entre a UFAL e a Prefeitura Municipal de Maceió, que permitiu o treinamento das Equipes de Saúde da Família e a inserção dos estudantes nas Unidades de Saúde da Família.

Exercendo a função de médico de uma das equipes de Saúde da Família do município de Maceió e, ainda, como docente da FAMED/UFAL, atuando como coordenador e preceptor do estágio em ESF, percebi, através de observações

empíricas de turmas anteriores, que, durante esse estágio, são oportunizadas vivência e troca de experiências entre o ensino e o serviço, tendo como meta uma boa interação entre os estudantes e a equipe de saúde, proporcionando o desenvolvimento de competências e habilidades cognitivas e atitudinais.

Analisar esse processo através da percepção dos estudantes tem sua justificativa embasada na experiência de seis anos de implantação do estágio em ESF no curso de medicina da UFAL.

Os diferenciais do modelo assistencial propostos pela Estratégia Saúde da Família, confrontados com referenciais do desenvolvimento referidos pelos discentes, poderão fornecer respostas à principal formulação desta pesquisa: como os discentes, no décimo período do curso de medicina da UFAL, percebem seu desenvolvimento durante o estágio em ESF?

Este estudo visa a contribuir para o desenvolvimento curricular da FAMED-UFAL, em especial com os aspectos da formação relacionados à integração ensino-serviço, e tem como objetivo analisar o desenvolvimento no estágio em Estratégia Saúde da Família, na percepção do discente do curso de medicina da UFAL.

## **2.2 O internato no curso de medicina da UFAL**

A Faculdade de Medicina de Alagoas foi fundada em 03 de maio de 1950 e, em janeiro de 1951, teve autorizado seu funcionamento e primeiro vestibular<sup>4</sup>.

Em 1991, aconteceu a mudança mais significativa no ensino médico da UFAL, por ocasião da elaboração do projeto pedagógico dessa Universidade, momento em que a direção do Centro de Ciências da Saúde (CSAU) definiu o perfil do formando como sendo capaz de interferir na realidade sanitária, tendo como referência o Sistema Único de Saúde (SUS) e adquirindo conhecimento suficiente para atuar no mercado de trabalho como generalista<sup>4</sup>.

A partir de 2001, com a criação do Núcleo de Ensino Médico da UFAL (NEMED), conseguiu-se construir um “Projeto de Reestruturação do Curso Médico”,

aprovado pelo Colegiado do curso em 2002, que, entre julho de 2004 e outubro de 2005, deliberou sobre um currículo de transição necessário à implantação do novo com propostas originadas em cada departamento e submetidas à reunião plenária do curso com docentes, discentes e técnicos<sup>4</sup>.

Desde então, a ênfase na aquisição de conhecimentos teóricos ficou concentrada até o oitavo período, sendo os últimos quatro períodos realizados em regime de internato. O período do internato foi estruturado para ser desenvolvido em dois anos e sua inserção no serviço nos cenários de práticas disponíveis após discussão em várias reuniões, visando a uma uniformidade de interesses na formação.

Nessa perspectiva, o internato tem como objetivo geral: “propiciar formação, de natureza geral, com conhecimentos, habilidades e posturas necessárias ao diagnóstico, tratamento, prevenção e promoção nas situações de maior prevalência e relevância no exercício da prática médica<sup>4</sup>” (p.37).

Os estágios que compõem o internato ocorrem em serviços próprios ou conveniados e com supervisão direta dos docentes da própria Faculdade ou médicos/preceptores do serviço, incluindo as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, priorizando a atenção básica no primeiro ano e atividades no segundo e no terceiro níveis de atenção em cada área, durante o segundo ano, além do estágio rural obrigatório<sup>1,4</sup>.

A proposta de inserção dos discentes nas Unidades Básicas de Saúde visa a uma oportunidade única de vivência da clínica na Atenção Básica, ainda sob supervisão, permitindo aos discentes ter uma visão do papel do médico na Estratégia Saúde da Família, conforme preconizado pelo SUS<sup>4</sup>.

Assim sendo, os espaços formativos devem ser pactuados entre ensino-serviço e utilizar unidades e equipamentos próprios da Atenção Primária à Saúde (APS), preferencialmente em Unidades de Saúde da Família, integradas à rede municipal<sup>5</sup>.

### 2.2.1 A inserção do estágio em Estratégia Saúde da Família

A história do Programa Saúde da Família (PSF) teve início em 1991, quando o Ministério da Saúde (MS) formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Por volta de 1993, o MS iniciou a implementação do PSF no Brasil, através da Portaria n.º 692. Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família, para reorganizar a Atenção Primária à Saúde em nosso país<sup>6</sup>.

Com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, o PSF passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família, visando à reorganização da APS no Brasil<sup>7</sup>.

Com a denominação de Internato em Atenção Básica V – PSF, o estágio em Estratégia Saúde da Família foi implantado na FAMED-UFAL em janeiro de 2007, sendo ofertado no primeiro ano do internato, durante o décimo período do curso, com carga horária de 560 horas, por vinte semanas consecutivas, com quarenta estudantes por turma.

A partir de 2010, o estágio passou a ter a denominação de Clínica Médica 1, para fins de registro como disciplina no sistema acadêmico da UFAL, com duração de doze semanas, carga horária semanal de trinta e seis horas, vinte estudantes por turma, e continuou sendo ofertado no décimo período do curso.

Os estudantes são distribuídos entre as dez Unidades de Saúde da Família (USFs) pertencentes à rede pública municipal conveniada com a UFAL. A quantidade de estudantes por USF depende de sua estrutura física, sendo, em média, dois estudantes para cada médico-preceptor.

O estágio na rede básica precisa ser ordenado, tanto por razões pedagógicas quanto de funcionamento dos serviços, em pequenos grupos de alunos, com supervisão e acompanhamento de professores e de tutores ou colaboradores escolhidos entre as equipes da APS<sup>4</sup>.

Durante o período deste estudo, o estágio em ESF contava com doze preceptoras médicas da Estratégia Saúde da Família de Maceió, que atuavam com a função de orientar e avaliar a aprendizagem discente baseada nas competências/habilidades preconizadas nas DCNs.

Ao término do estágio, o discente é avaliado, por seu preceptor-médico e por um docente supervisor de campo, através da utilização de métodos formativos e, também, com métodos somativos em encontros semanais de estudo, os quais são contextualizados e adequados ao desenvolvimento das competências em APS<sup>5</sup>.

### 2.2.2 As competências e habilidades definidas para os cursos de medicina

O termo ‘competência’ surgiu no início da década de 1970, no âmbito empresarial, designando as características de uma pessoa capaz de realizar uma tarefa de forma eficiente. No âmbito da educação escolar, a competência “deve identificar o que qualquer pessoa necessita para responder aos problemas aos quais será exposta ao longo da vida<sup>8</sup>” (p.11).

‘Habilidade’ geralmente é usada para designar a capacidade de realizar atos cognitivos e/ou práticos de alta complexidade (raciocínio clínico, punção venosa central, exame físico etc.)<sup>9</sup>.

A descrição detalhada das competências e habilidades gerais e específicas constantes da formação do médico encontra-se na Resolução CNE/CES 4/2001, que instituiu as DCNs para os cursos de medicina, em seus artigos quarto e quinto, bem como no PPC de Medicina da UFAL e nas Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina<sup>1,4,5</sup>.

Baseando-se nesses documentos norteadores, este estudo analisou o desenvolvimento discente de valores, sentimentos, competências e habilidades inter-relacionados, incorporando-os à abordagem nas dimensões individual, familiar e comunitária.

## 2.3 **Percurso Metodológico**

### 2.3.1 Tipo de Pesquisa



O presente estudo foi estruturado como uma pesquisa qualitativa, estudo de caso do tipo exploratório, que responde as questões “como” e “por que”. Existem dois tipos de estudos de caso: caso único e casos múltiplos. Elegemos o caso único pela justificativa de ser representativo ou típico, cujo objetivo é captar as circunstâncias e as condições de uma situação diária ou de um lugar-comum<sup>10</sup>.

### 2.3.2 Local e sujeitos do estudo

Foram estudados dez discentes, que cursavam o décimo período do curso de medicina da FAMED-UFAL, sorteados aleatoriamente para compor a amostra do Grupo Focal (GF).

Como critérios de inclusão, usamos estar cursando o décimo período do curso de medicina, e já ter realizado o estágio em Estratégia Saúde da Família. Para critérios de exclusão, alunos cursando os demais períodos; com matrículas fechadas ou não regularizadas; afastados por motivo de doença.

### 2.3.3 Coleta dos dados

Usamos para a coleta de dados a técnica de Grupo Focal, realizada em junho de 2012, com duração de uma hora e quarenta e dois minutos, sendo retiradas todas as dúvidas sobre o estudo em momento anterior ao início do grupo, quando também foi lido e assinado o TCLE.

O grupo focal é um tipo de entrevista em profundidade, realizada em grupo, que tem como objetivo coletar informações através do diálogo acerca de um tema específico. Ela possui seis funções a serem desempenhadas durante sua execução: o mediador é o responsável pelo início dos trabalhos, pela motivação do grupo, pelo desenvolvimento e pela conclusão dos debates; o relator anota as falas e também

registra a linguagem não verbal; o observador tem como função analisar e avaliar o processo de condução do GF; o operador de gravações executa a gravação integral dos debates; o digitador tem como atribuição transcrever todos os dados na íntegra<sup>11</sup>. Nessa fase, o pesquisador participou no papel de observador.

Para manter o sigilo, os discentes escolheram codinomes, que foram utilizados durante os debates e nas transcrições de suas falas. Visando a contribuir para um clima de confiança e confraternização, foi servido um lanche como forma de acolhimento ao grupo.

Foi utilizado um roteiro com quatro questões-chave baseadas nas competências e nas habilidades específicas, elencadas nas DCNs do Curso de Graduação em Medicina, em seu artigo quinto.

#### 2.3.4 Análise dos dados

Os dados obtidos a partir do grupo focal foram transcritos, digitados e analisados pelo autor, seguindo a técnica de análise de conteúdo temática, segundo Bardin<sup>12</sup>. Após a transcrição dos dados, foi realizada uma leitura por três pessoas diferentes, para consolidação das categorias surgidas. A análise dos dados permitiu construir quatro categorias.

#### 2.3.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP do Centro Universitário CESMAC, protocolo 1313/12.

## 2.4 Resultados e Discussão

A análise dos dados possibilitou a identificação de quatro categorias: autonomia como reconhecimento de valor; relacionamento com usuários e profissionais do serviço; sentimento de frustração do estudante de medicina diante da realidade dos serviços de saúde; aquisição de competências e habilidades durante o estágio. Faremos, a seguir, uma reflexão sobre os consensos temáticos que emergiram do GF, com base nos referenciais teóricos propostos.

#### 2.4.1 Categoria 1: Autonomia como reconhecimento de valor

Considerando-se aspectos éticos e morais, encontramos, relacionada a esta categoria, a liberdade moral do indivíduo que, pelo esforço de suas próprias reflexões, possibilita a si mesmo os seus princípios de ação. Isso não significa viver sem regras, mas as que são obedecidas são as escolhidas. Portanto, o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros<sup>13</sup>.

No âmbito da educação, o debate moderno em torno do tema remonta ao processo dialógico de ensinar contido na filosofia grega, que preconizava a capacidade do educando de buscar resposta às suas próprias perguntas, exercitando, portanto, sua formação autônoma<sup>14</sup>. Constatação que encontramos em João e Neto:

*“[...] a nossa médica era sempre muito solícita e ela dava muita autonomia pra gente [...] deixava a gente atender e tirar as dúvidas com ela [...]”* (João).

*“Então como eu to com o paciente, eu tenho que dá o diagnóstico, depois tenho que chegar prá ela e passar o caso e dá minha conduta prá vê se ela concorda”.* (Neto)

Neste estudo, verificamos que o estudante deseja ser reconhecido como alguém com conhecimentos e habilidades prévios, resultado de competências alcançadas em estágios anteriores, sendo, portanto, capaz de formular diagnósticos

e condutas terapêuticas. Isso pode ser traduzido como autonomia, que foi encontrada em falas como as seguintes:

*“Eu mesmo quero dar seguimento do caso. Se ele chegar com o diagnóstico, com, com exame, eu dou o diagnóstico e trato”* (Neto).

*“Porque eu consegui trazer o paciente, o paciente com insuficiência cardíaca, trouxe pra cárdio e a gente discutiu, conversou, manejou a paciente, e a paciente em uma semana teve uma melhora significativa”.* (Tavares)

A autonomia é também percebida como algo acrescido, capaz de conferir segurança para o exercício profissional futuro:

*“[...] mais adiante quando a gente já estiver formado, a gente saiba conduzir o local, porque é essencial que o médico tome a frente do seu local de trabalho”.* (Rocha)

Existem limites à autonomia médica, no momento em que os profissionais médicos ficam limitados à aplicação de saberes preestabelecidos e ao uso de tecnologias investigativas<sup>15</sup>. Essa limitação à autonomia médica, já despertada nos estudantes, foi destacada em alguns trechos do GF.

*“Então você tem que atender aquela demanda de qualquer forma”* (Santos).

*“[...] nossas condutas, que devem ser regradas conforme se preconizam nas diretrizes do Ministério da Saúde [...]”* (Nascimento).

Acreditamos que o desenvolvimento da autonomia já se inicia no primeiro semestre do curso, quando os estudantes são estimulados para o processo de aprendizagem durante os grupos tutoriais. A metodologia da tutoria tem seus fundamentos na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP, derivado do original inglês Problem-based Learning / PBL), que surgiu no Canadá, na década de 60, e no Brasil a sua utilização integral ainda é muito restrita<sup>16</sup>.

#### 2.4.2 Categoria 2: Relacionamento com usuários e profissionais do serviço

Esta categoria retrata o relacionamento discente com o outro, na construção de suas competências e habilidades e no desenvolvimento de uma postura ética. Identifica-se, também, através da mesma, que o cenário de prática do estágio em ESF possibilita a criação de vínculos, quer seja com os usuários e suas famílias, quer seja com os profissionais do serviço de saúde.

Neste estudo, verificamos que os estudantes demonstraram atitudes éticas em desenvolvimento embasadas em práticas cotidianas em comunidades carentes, cumprindo um dos objetivos propostos pelas Diretrizes para o ensino na APS: “desenvolver e aplicar a consulta do médico de família e comunidade para promover uma eficaz relação médico-paciente, com respeito pela autonomia deste<sup>5</sup>” (p.145). O que vemos revelado na fala de Nascimento:

*“[...] prover os recursos necessários que ele tenha ao alcance dele para prover a melhora daquele paciente nas necessidades que ele tá precisando no momento”.*

Entre as atividades propostas para os estudantes no estágio aqui abordado, encontra-se a visita domiciliar. Essa atividade se caracteriza por dar assistência às famílias e à comunidade, entendida como “entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos<sup>17</sup>” (p.1104), favorecendo o estabelecimento de relacionamento e vínculo. Os estudantes fizeram uma avaliação positiva sobre a visita domiciliar que julgaram ser o novo:

*“[...] na visita domiciliar [...] você tem mais tempo de conversar com o paciente [...]”* (Tavares).

*“[...] a gente tinha esse tempo de conversar bem com o paciente [...] conversar um pouco da parte psicossocial também com o paciente”* (Pereira).

Também encontramos relatos positivos quanto ao relacionamento com os membros da equipe de saúde onde os estudantes foram lotados, como forma de se adaptar à organização do sistema.

*“[...] esse manejo que você tem que ter com os outros profissionais do local, e é essencial você enfrentar essas dificuldades [...]”* (Rocha).

*“Lá o tratamento é exemplar entre todos os funcionários que trabalham: agente de saúde, técnico de enfermagem, dentista, médicos”.* (Nascimento)

No estágio em ESF o aprofundamento do vínculo ou a manutenção de superficialidade desse relacionamento é reconhecido como dependente do perfil do preceptor e do discente. Apesar de um corporativismo implícito inerente à categoria médica, alguns estudantes relataram o enfrentamento de dificuldades de relacionamento com seus preceptores, que serão seus futuros pares em termos de profissão.

*“Não é todo médico que tem a capacidade de saber lidar com acadêmico. Ele não sabe como conduzir uma, uma consulta médica voltada pro acadêmico”.* (Neto)

*“Se eu for prum posto onde o serviço não funciona, o médico não é comprometido, você não aprende”.* (Neto)

Para que aconteça o desenvolvimento da competência de manter um bom relacionamento com usuários e profissionais nos serviços de saúde, os estudantes precisam exibir uma postura comunicativa e disponibilidade para trabalhar em equipe multiprofissional. A interação do estudante com os profissionais de saúde está prevista nas DCN, como sendo relações “compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato<sup>1</sup>” (p.5). Encontramos referências incipientes sobre o trabalho interdisciplinar nas falas de Neto e Rocha:

*“Tava médico, a enfermeira; aí nós acadêmicos também”.*

*“É... e eu acho que faz parte da, da nossa caminhada você saber lidar com o paciente e saber lidar também com os profissionais do local de trabalho”.*

Permeando os depoimentos de bom relacionamento com a maioria dos profissionais do serviço, e algumas dificuldades pontuais em relação ao contato com os preceptores, encontramos ainda a negação dos estudantes ao aprendizado com as categorias não médicas, numa rejeição ao trabalho interdisciplinar.

*“E até porque a citologia não é um ato da, da enfermagem, e acabamos atendendo uma coisa errada. Não desmerecendo nenhum profissional, mas não devia ser feito”. (Gabriela)*

*“Não é necessário toda semana ir na farmácia pra ver como é que eles vão liberar medicação”. (Gabriela)*

Acreditamos que a metodologia tutorial, assim como contribui para o desenvolvimento da autonomia, também o faz quanto ao desenvolvimento da competência/habilidade do estudante em se relacionar com o outro e criar vínculos, pois são pontos-chave trabalhados durante os grupos tutoriais<sup>16,18</sup>. Encontramos uma referência positiva sobre esta metodologia na fala de Pereira:

*“Eu acho que vale muito mais a gente tá discutindo, todo mundo hoje tem conteúdo, tem..., sabe onde achar, a gente já tá num nível bom, a época de tutoria ensinou isso, e acho bem mais proveitoso”.*

Observamos que os estudantes desenvolveram a habilidade de saber escutar as necessidades dos pacientes e, concomitantemente, atitudes prudentes e tolerantes diante das queixas encontradas, subsidiando a construção de uma relação profissional ética, embasada no respeito ao outro, como princípio ético<sup>19</sup>.

*“[...] no essencial é você conversar com o seu paciente, saber da situação dele familiar no momento, se ele tá passando por algum problema, e a partir daí você tomar a sua conduta clínica” (Rocha).*

*“Tá acontecendo alguma coisa de diferente na sua casa, pra essa pressão ter subido assim de repente, não?” (Maria).*

No material discursivo, sobressai o reconhecimento do desenvolvimento das competências, habilidades e atitudes nas relações entre os estudantes com os profissionais do serviço de saúde e os usuários, contribuindo para uma incipiente criação de vínculos, numa demonstração de aplicação prática de sua autonomia.

#### 2.4.3 Categoria 3: Sentimento de frustração do estudante de medicina diante da realidade dos serviços de saúde

Durante o estágio em ESF, os estudantes permanecem numa UBS e mantêm contato frequente com a mesma equipe de profissionais. Isso faz com que eles desenvolvam uma maior aproximação com a preceptoria, o que possibilita a expressão de suas angústias. Esse fato foi observado na fala de Tavares:

*“[...] é, eu acho que o médico fica muito incapacitado e acho que até muitas vezes por negligência, porque ele poderia fazer até um pouco mais, o médico da Estratégia”.*

Verificamos, na prática do dia-a-dia, como docente/preceptor, que eles expressam, com maior frequência e mais veemência, as suas críticas e sugestões entre seus pares. No momento em que eles se sentem seguros da possibilidade de sua fala (fato que aconteceu quando da oportunidade de se expressarem neste estudo), é possível detectarmos em suas falas o sentimento de frustração diante das dificuldades inerentes à rede de serviço. Como vemos na fala de Neto:

*“Uns postos funcionam muito bem, outros não funcionam. Se eu for prum posto onde o serviço não funciona, o médico não é comprometido, você não aprende. [...] a preceptora tinha um grande, um elevado grau de absenteísmo no posto, faltava muito e sem motivo [...]”.*

A frustração aparece também quando os estudantes levantaram o problema da falta de capacitação dos médicos para a atuação como preceptores ao se implantar o estágio em ESF nos serviços conveniados com a rede de saúde municipal.

*“[...] entendo uma diferença muito grande entre médico e preceptor. Normalmente, nos postos, pelo que eu percebo, existem médicos, não preceptor. (...) Ele tem que ter o preparo pra ser preceptor. Noventa por cento apenas são médicos que, acabam que..., por vontade, normalmente são por boa vontade. Quase todos têm boa vontade de ensinar, mas não têm preparo pra preceptoria”.* (Neto)

A função do preceptor é entendida como um mediador entre a teoria e a prática na formação dos estudantes estagiários no serviço<sup>20</sup>. Neste estudo, os estudantes discutiram a capacitação e a formação do preceptor.



*“A universidade tem que formar o preceptor que tá lá no posto. Eu acho isso: tem que ter um curso de capacitação pros preceptores do PSF”. (Neto)*

Era de se supor que os médicos da rede que exercem a função de preceptoria se comportassem tal como professores, mas não foi isso que encontramos neste estudo. Os estudantes demonstram maturidade quando se colocam na posição de futuros profissionais e analisam a realidade que vivenciaram no estágio em ESF, denotando uma preocupação com a atuação dos atuais médicos/preceptores da rede conveniada.

*“O PSF, queira ou não queira, é uma opção, a gente vai se formar daqui a um ano, e, é uma opção, é um, um..., uma opção bem paga, fácil, fácil... É fácil conduzir, conduzir e sem preparo, atualização”. (Santos)*

Observamos que os estudantes expressaram sentimento de impotência diante das situações cotidianas nas quais não têm poder de resolutividade, mostrando-se frustrados quanto à ineficiência do serviço de saúde.

*“É bem frustrante você tá nessa situação, sabendo que não pode mudar porque, é o protocolo, e não adianta discutir. Assim, sinceramente, a gente tava acostumado com outro nível de discussão. Não sei se é isso que o Silva chama de medicina rasteira, mas que com certeza é frustrante, é”. (Pereira)*

*“Eu, Nascimento, ficava triste quando a gente, na conduta, é, escrevia lá: encaminhado para avaliação de tal especialidade; e aí entregava o paciente, e o paciente saía de lá, e a gente sabia que aquele paciente ia fazer uma peregrinação, pra tentar uma consulta e aquela enfermidade que a gente suspeitou que ele já tinha, provavelmente não ia ser tratada ou ia ficar sendo subtratada por nós”. (Nascimento)*

Apesar das dificuldades operacionais dos serviços da APS, preconiza-se que o ensino de cuidados básicos na graduação deve fazer parte das competências dos profissionais em formação<sup>20</sup>. Observou-se, nos diálogos dos estudantes, o imaginário negativo sobre a atuação na atenção primária.

*“O que eu achei, assim, que durante o estágio não, não valeu a pena foi, no caso, é o acompanhamento nas salas de imunização ou a pré-consulta. [...]*

*Atendendo pressão, medindo e pesando, é, vinte, trinta pacientes que vão pra consulta, não acrescentou em nada”. (Gabriela)*

*“Eu penso que o momento de tá acompanhando uma pré-consulta, eu posso tá fazendo uma visita, eu posso tá até discutindo um caso, eu posso tá acompanhando mais consultas”. (Neto)*

Muitos desses fatores aqui analisados como sentimentos de frustração são necessários à composição de um quadro compreensivo quanto ao desenvolvimento de competências e habilidades específicas, previstos nas DCNs, no tocante à análise crítica por parte dos estudantes em relação à dinâmica do mercado de trabalho e sua atuação em equipe multiprofissional, visando à efetivação de uma boa comunicação com seus colegas de trabalho, como suporte para um bom relacionamento interpessoal.

#### 2.4.4 Categoria 4: Aquisição de competências e habilidades durante o estágio

O termo habilidade geralmente é usado para designar a “capacidade de realizar atos cognitivos e/ou práticos de alta complexidade<sup>9</sup>”, enquanto que “competência tem caráter mais amplo e inclui conhecimento, atitudes, habilidades cognitivas e práticas em um caráter mais holístico<sup>9</sup>” (p.6). Nas dimensões da competência, estão incluídas, também, as funções de relacionamento, integrativa, afetiva e moral.

Partindo desse conceito, analisamos as falas discentes e encontramos que, na sua concepção, habilidade é:

*“características, aptidões e atitudes necessárias que um profissional de diversas, de qualquer área, ele deve ter para corresponder, é, fazer cumprir o objetivo para o qual ele foi formado [...]” (Nascimento);*

*[...] basicamente que é conhecimento e técnica” (Joana).*

Apesar de o estágio em ESF prever a inserção dos estudantes nas equipes de trabalho para vivenciar os momentos de planejamento visando ao acompanhamento do indivíduo, da família e da comunidade, percebemos que eles identificaram um maior número de competências relacionadas à abordagem individual, que no estágio em ESF também predomina e é percebida e valorizada, no momento em que identificam o estabelecimento do primeiro contato com os pacientes, lidando com problemas não selecionados e indiferenciados<sup>5</sup>, como demonstram as falas transcritas a seguir:

*“[...] você fica com aquela sensação de repetição e que faz com que você adquira, é, uma segurança pra atender [...]”* (Tavares).

*“Isso é uma coisa que você só aprende vivenciando a prática, conversando, e no dia a dia atendendo vários e vários pacientes”* (João).

Apesar da percepção, por parte dos estudantes, de que o foco maior de atenção é a abordagem individual, eles conseguem fazer a correlação entre a tomada de decisão com os determinantes sociais, culturais e psicológicos do indivíduo, considerando a relação custo-benefício nas decisões médicas<sup>1,5</sup>.

*“Então acho que a habilidade nesse momento que a gente desenvolveu é de fazer a opção pro paciente, dele ter direito a fazer a compra do medicamento melhor pra ele no momento, ou utilizar o do posto”* (Rocha).

*“Eu acho que você adquire, é, a habilidade de saber que grande parte daquelas patologias é decorrente do nível social que a pessoa vive, do ambiente sócio econômico que o indivíduo vive”* (Tavares).

Eles conseguiram, também, relacionar os processos específicos de decisão com a prevalência e a incidência das doenças na comunidade<sup>1,5,8</sup>.

*“[...] observei uma incidência muito grande de depressão nos pacientes do nosso posto. [...] A gente criou um banco de dados com os nossos atendimentos, e a quarta ou quinta queixa mais importante era depressão.”* (Pereira).

*“[...] o que eu vi de mulheres e mulheres com doenças reumáticas e psiquiátricas [...]” (Silva).*

Ainda aparece, em suas falas, a utilização das evidências científicas como ferramenta e suporte, singularizando o processo de atendimento<sup>1,5</sup>, mesmo que em forma de crítica ao modelo assistencial, como destacamos a seguir.

*“No nosso posto tinha protocolo pra diabetes, hipertensão, gestação, que era mais ou menos seguido [...] Pra mim o protocolo é uma coisa pra ser seguida, com certeza, mas ele é um mínimo, você tá fazendo o mínimo” (Pereira).*

*“[...] a gente deve ter muito cuidado, prestar muita atenção, tanto em nossas condutas, que devem ser regradas conforme se preconizam nas diretrizes do Ministério da Saúde [...]” (Nascimento).*

Também sobressaiu a promoção da saúde e do bem-estar<sup>1,5</sup>, no âmbito individual, quando os estudantes destacaram a aplicação de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença.

*“A gente na nossa conduta, a gente, é, orientava, é, o..., mudança de hábitos de vida, estilo de vida, ingestão de sódio, exercício [...]” (Nascimento).*

*“A gente tinha, perto do nosso posto tem um local pra fazer exercício físico, não é um ginásio, pertencente à associação de moradores” (Pereira).*

A valorização do método clínico, a utilização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, bem como a realização do exame físico<sup>1,5</sup>, como parte integrante da rotina de atendimento do indivíduo, foram percebidas na fala de alguns estudantes.

*“[...] manusear uma consulta e ter o manejo [...] pensar na dosagem das medicações que são mais utilizadas na atenção primária [...]” (Tavares).*

*“[...] eu atendia devagar, dava pra fazer várias coisas. Eu fazia exame físico” (Neto).*

Finalizando o enfoque sobre a abordagem individual, quanto à atuação no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de

referência e contrarreferência<sup>1,5</sup>, a estudante Maria apontou para a dificuldade do sistema de saúde em atender à demanda:

*“Algumas vezes indicava pro especialista, e demorava muito pra conseguir, mas no final sempre conseguia”.*

Apesar de os posicionamentos anteriores destacarem o foco do atendimento no indivíduo, houve referências às relações intrafamiliares no processo de saúde e adoecimento<sup>8</sup>.

*“Eu acho que isso não é essencial, o essencial é você conversar com o seu paciente, saber da situação dele familiar no momento, se ele tá passando por algum problema, e a partir daí você tomar a sua conduta clínica”* (Rocha).

Por fim, alguns estudantes relataram atividades voltadas à abordagem comunitária<sup>4,5</sup>, quando referem participação em atividades de educação popular em saúde.

*“A gente participou de uma, um tipo de discussão sobre sexualidade com adolescentes”* (Neto).

*“Nossa comunidade também tinha outros grupos. Tinha grupo de crochê, grupo de discussão de mesa redonda com jovens”.* (Pereira)

Na contramão dessas constatações sobre o desenvolvimento de competências e habilidades previstas nas Diretrizes para o Ensino na APS e relacionando-as à discussão da categoria anterior, sobre o sentimento de frustração dos estudantes, percebemos que alguns deles não conseguem enxergar esse desenvolvimento, ao menos não por completo, como constatamos nos trechos que repetimos abaixo.

*“Uns postos funcionam muito bem, outros não funcionam. Se eu for prum posto onde o serviço não funciona, o médico não é comprometido, você não aprende. [...] Não é todo médico que tem a capacidade de saber lidar com acadêmico”.* (Neto)

*“Eu penso que o momento de tá acompanhando uma pré-consulta, eu posso tá fazendo uma visita, eu posso tá até discutindo um caso, eu posso tá acompanhando mais consultas”. (Neto)*

A partir dos resultados advindos da nossa discussão, consideramos a comunicação um fator importante ao desenvolvimento discente. A comunicação afirma ou não as relações entre as pessoas que se comunicam, sendo o diálogo não apenas uma tática para fazer dos estudantes amigos, mas algo que faz parte dos próprios seres humanos, significando uma “tensão permanente entre a autoridade e a liberdade<sup>21</sup>” (p.67).

## **2.5 Considerações Finais**

Consideramos que a questão central deste estudo foi contemplada, na medida em que os estudantes revelaram percepções sobre seu desenvolvimento durante o estágio em Estratégia Saúde da Família, como parte integrante do internato do curso de medicina da UFAL, além de contribuir com a ‘formação crítica e reflexiva’ como prevista nas DCNs.

O material discursivo revelou que a comunicação ocorreu entre estudantes profissionais e usuários, apesar das limitações de relacionamento citadas por alguns, mas que propiciou a criação de vínculos e o desenvolvimento da autonomia discente, importantes para o exercício futuro da profissão médica.

Apesar disso, identificamos a frustração do estudante diante da constatação da limitação da autonomia médica e das dificuldades enfrentadas nos relacionamentos com os profissionais do serviço, incluindo seus futuros pares. Todavia, entendemos que esses sentimentos de frustração foram necessários à composição de um quadro compreensivo quanto ao desenvolvimento discente de competências e habilidades específicas, previstos nas DCNs, qual seja a análise crítica do mercado de trabalho, onde, em breve, a maioria dos recém-graduados estará atuando como profissionais médicos.

Na categoria temática sobre aquisição de competências e habilidades durante o estágio, ficou evidente o desenvolvimento discente e, ainda, mostrou que eles se percebem como futuros médicos, agentes de transformação, e não meros agentes passivos de reprodução técnica especializada ou de protocolos.

Ao final deste estudo, entendemos que não podemos fazer generalizações a partir dos resultados encontrados. No entanto, temos a compreensão de que cabe às escolas médicas dar continuidade às reflexões sobre o processo de formação de seus graduandos, como também dar suporte à educação permanente dos médicos/preceptores da rede de saúde conveniada à Instituição de Ensino Superior.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.
2. Miranda JFA. Estudo do Impacto da Adoção da Estratégia de Saúde da Família no Internato Médico [dissertação]. Petrópolis (RJ): Universidade Católica de Petrópolis; 2002.
3. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica [dissertação]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
4. Universidade Federal de Alagoas [UFAL]. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Maceió, 2006.
5. Demarzo MMP, et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. Rev. bras. educ. med. [online]. 2012, vol.36, n.1, pp. 143-148. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a20v36n1.pdf>>. Acesso em 06 mar. 2013.
6. Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: Um Enfoque Sobre Seus Pressupostos Básicos, Operacionalização e Vantagens. Saúde e Sociedade 10(1):33-53, 2001. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf)>. Acesso em 31 mar. 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Zabala A, Arnau L. Como aprender e ensinar competências. Porto Alegre: Artmed; 2010.
9. Bollela VR, Machado JLM. Internato baseado em competências: "bridging the gaps". 1.ed. Belo Horizonte: Editora MedVance; 2010.
10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução Ana Thorell; revisão técnica Cláudio Damascena. – 4.ed. – Poto Alegre: Bookman; 2010.
11. Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, MG; 2002.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
13. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2011.



14. Martins AM. Autonomia e educação: a trajetória de um conceito. *Cadernos de Pesquisa*, n.115, p.207-232, março/2002. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/cp/n115/a09n115](http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a09n115)>. Acesso em 22 mar. 2013.
15. Azevedo Júnior R. A autonomia do médico. *Revista Ser Médico*. Ano XIV, nº54, jan/fev/mar, 2011. Disponível em: <[www.cremesp.org.br/library/modulos/flipbook/revista/54/files/assets/downloads/publication.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/flipbook/revista/54/files/assets/downloads/publication.pdf)>. Acesso em 06 abr. 2013.
16. Mamede S (organizadora), et al. *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Hucitec; 2001.
17. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.5, pp. 1103-1112. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17.pdf>>. Acesso em 03 abr 2013.
18. Donoff M, Lawrence K, Allen T, Brailovsky C, Crichton T, Bethune C, Laughlin T, Wetmore S. Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: professionalism. *Can Fam Physician*; 58(10): 596-604. 2012 Oct. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3470538/?tool=pubmed>>. Acesso em 03 abr. 2013.
19. Rios, TA. *Ética e competência*. 20.ed. São Paulo: Cortez; 2011.
20. Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2011, vol.35, n.3, pp. 303-310. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3.pdf>>. Acesso em 22 mar. 2013.
21. Shor I, Freire P. *Medo e Ousadia: O Cotidiano do Professor*. Tradução de Adriana Lopez. Revisão técnica de Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.

### **3 PRODUTO DE INTERVENÇÃO**

Título do Projeto: Educação Permanente para docentes e preceptores de estágios clínicos.

Instituições envolvidas: FAMED/UFAL e Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

Coordenador do projeto: a ser designado pelas instituições.

Equipe de execução: a ser pactuada pelas instituições.

Eixo: Desenvolvimento dos docentes e preceptores.

#### **3.1 Introdução**

As diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em saúde descrevem a formação dos profissionais das diversas áreas da saúde como sendo: generalista, humanista, crítica e reflexiva.

A formação médica inclui durante a graduação, estágio curricular obrigatório em serviços de saúde conveniados, e sob a preceptoría dos profissionais destes serviços. Nesse sentido, a atenção primária à saúde é um campo de práticas potencial e necessário.

O estágio em Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família foi implantado em janeiro de 2007, sendo ofertado no primeiro ano do internato, durante o décimo período do curso de medicina da FAMED-UFAL, atualmente com duração de doze semanas, com carga horária semanal de trinta e duas horas, com vinte estudantes por turma, distribuídos nas dez unidades de saúde da rede pública municipal, e sob o acompanhamento de doze médicos / preceptores.

### 3.2 Justificativa

O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da FAMED/UFAL prevê a inserção do estudante no cotidiano dos serviços de saúde e na comunidade desde o início do curso.

Para executar este projeto existe um convênio entre a FAMED/UFAL e a rede municipal e estadual de saúde. Por isso, faz-se necessário um programa de educação permanente para os profissionais que atuam como preceptores dos estudantes durante seus estágios curriculares nos serviços de saúde.

Em pesquisa recente sobre o desenvolvimento discente durante o estágio em Estratégia Saúde da Família da FAMED/UFAL ficou constatado o despreparo dos médicos do serviço de saúde municipal para a função de preceptoria.

Portanto, capacitar estes profissionais para a função de preceptoria tem justificativa em se considerando que estaremos contribuindo também para o aprimoramento do processo de avaliação dos estudantes, essencial para os estágios na rede de saúde.

A educação permanente deve estar contemplada na política de gestão da FAMED e coordenada por um núcleo que vise ao desenvolvimento docente e, por conseguinte, inclua os preceptores da rede de saúde, fortalecendo, assim, a integração ensino-serviço e qualificando a formação médica com ênfase na Atenção Primária à Saúde.

Área de ação/abrangência do Projeto: urbana, urbana periférica e rural.

Público alvo: médicos/preceptores e docentes, no total de 30 vagas.

Período de execução do projeto: a partir de janeiro de 2014.

Carga horária: Em módulos, sendo 28 horas no módulo 1.

### 3.3 Objetivos

### 3.3.1 Objetivo Geral

- Criar um programa de educação permanente para preceptores e docentes.

### 3.3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer os conceitos e as funções de preceptor, supervisor, tutor, mentor;
- Revisar as diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina;
- Analisar a implantação/implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) na prática da atenção primária;
- Fornecer subsídios teóricos/práticos para os preceptores sobre avaliação discente, com a intenção de implantar o método de avaliação da performance – mini-CEX;
- Conhecer e lidar com a estrutura e dinâmica familiar, utilizando os instrumentos do diagnóstico familiar, como o genograma e ecomapa na abordagem familiar;
- Reconhecer e desenvolver ações de vigilância em saúde e participar de atividades de educação popular em saúde, compreendendo a existência de diferentes concepções pedagógicas e valorizando o saber popular.

## 3.4 Metodologia

- Procedimentos metodológicos: apresentação expositiva/dialogada sobre os temas; leitura de textos e discussões sobre a prática;
- Realização de encontros presenciais com duração de quatro horas, com intervalo mensal, num total de 28 horas, no primeiro módulo;

- Recursos necessários: sala de aula com recurso de multimídia e professores com experiência nos temas abordados.
- Critérios de seleção dos participantes: docentes e médicos/preceptores que atuam no estágio em Estratégia Saúde da Família e no Estágio Rural.
- Conteúdo: Conceitos de preceptor, supervisor, tutor e mentor; Diretrizes para o Ensino na APS; Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde; Política Nacional de Humanização; Método de avaliação mini-CEX; Genograma e Ecomapa; Vigilância em Saúde e Educação Popular em Saúde.

### 3.5 Produtos ou resultados esperados

- 1- Profissionais de nível superior da área da saúde capacitados para a função de preceptoria;
- 2- Efetivação da integração ensino-serviço;
- 3- Maior envolvimento e encantamento do estudante de medicina pela Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família.

Divulgação dos resultados: em forma de relatórios e produção acadêmica para divulgação em congressos.

Instrumentos de avaliação: frequência, participação e trabalhos escritos.

### 3.6 Cronograma de execução

Módulo I	Períodos / duração
Momento I: Conceitos e as funções de preceptor, supervisor, tutor, mentor.	Janeiro/2014 - 04 horas

Momento II: Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina.	Fevereiro/2014 - 04 horas
Momento III: Política Nacional de Humanização.	Março/2014 - 04 horas
Momento IV: Método de avaliação da performance – mini-CEX.	Abril/2014 - 04 horas
Momento V: Instrumentos do diagnóstico familiar: genograma e ecomapa.	Maiio/2014 - 04 horas
Momento VI: Vigilância em Saúde e Educação Popular em Saúde.	Junho/2014 - 04 horas
Momento VII: Avaliação.	Julho/2014 - 04 horas

### 3.7 Orçamento (a ser definido após aprovação do projeto)

Quantidade	ITENS DE CUSTEIO	Valor	
		Individual	Total
Subtotal			
	Passagens (Descrição detalhada de cada item)		
Subtotal			
	Material de Consumo (Descrição detalhada de cada item)		

Subtotal			
	Serviço de Pessoa Física (Descrição detalhada de cada item)		
Subtotal			
	Serviço de Pessoa Jurídica (Descrição detalhada de cada item)		
Subtotal			
TOTAL CUSTEIO			
TOTAL GERAL (Capital + Custeio)			

Modelo de planilha de orçamento da FAPEAL.

#### 4 CONCLUSÃO GERAL

A partir da análise dos dados pesquisados vislumbrou-se a necessidade de educação permanente para o grupo de preceptores que atualmente está atuando na Atenção Básica. Para tanto se faz necessária participação da FAMED-UFAL neste processo de capacitação para a docência.

Por isso foi proposto o produto de intervenção, denominado “Educação Permanente para docentes e preceptores de estágios clínicos”, que tem como objetivo criar um programa de educação permanente para preceptores e docentes.

Por fim, identificar as necessidades de atualização dos preceptores da rede municipal de saúde, que atuam no estágio em Estratégia de Saúde da Família do

curso de medicina da UFAL, com o intuito de realizar atividades visando o desenvolvimento das competências e habilidades específicas para esta finalidade, fortalecendo a integração ensino-serviço e qualificando a formação médica com ênfase na Atenção Primária à Saúde.



## Anexo A: Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino do Centro Universitário Cesmac (COEPE)

Registro nº 25000.196371/2011-70 – CONEP/CNS/SIPAR/MS – 10/11/2011.

Maceió, 30 de maio de 2012.

### PARECER CONSUBSTANCIADO

#### I) IDENTIFICAÇÃO:

**Protocolo nº:** 1313/12 **Título:** Avaliando o desenvolvimento discente: estudo de caso sobre o estágio em estratégia saúde da família.

**Grupo III Área de conhecimento:** Ciências da Saúde **Código:** 4.01

**Pesquisador Responsável:** Francisco José Passos Soares

**Instituição Responsável:** Universidade Federal de Alagoas

**Data de Entrada:** 26/03/2012

**Analisado na 51ª Reunião extraordinária**

**Data da Reunião:** 09/05/2012

#### II) SUMÁRIO GERAL DO PROTOCOLO:

As diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em saúde apontam como necessidade a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva dos profissionais das diversas áreas da saúde. Há uma recomendação curricular genérica de que a formação médica busque uma variação de cenários para o ensino prático. A Educação Médica no Brasil está em processo acelerado de transformação desde a publicação da Resolução nº 4 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, em 7 de novembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Esse estudo visa contribuir com o processo de transformação pelo qual está passando a Educação Médica no Brasil, além do momento atual em uma Universidade Federal em Alagoas, de revisão do Projeto Político Pedagógico, tentando-se propor um novo modelo curricular de formação. O presente estudo tem como objetivo avaliar o desenvolvimento discente de habilidades específicas durante o estágio em Estratégia Saúde da Família na percepção dos estudantes do 10º período desta IES. Foi estruturado como uma pesquisa qualitativa, tipo exploratória, com delineamento de estudo de caso avaliativo. A análise e interpretação dos dados obtidos a partir de entrevistas como o grupo focal composto pelos estudantes e serão tratados utilizando-se a ferramenta de análise de conteúdo. A coleta de dados será realizada através da combinação de duas técnicas: grupo focal e análise de conteúdo. O grupo focal será realizado no final do estágio em estratégia saúde da família, após sorteio de 10 (dez) estudantes do 10º período, nas dependências da IES. Neste momento serão apresentadas informações sobre a pesquisa (objetivos, riscos, benefícios e metodologia). Os autores conduzirão a entrevista com gravação e observação do grupo focal com um tempo máximo de duração de 90 (noventa) minutos. Os critérios de inclusão serão: alunos de ambos os sexos, matriculados no 10º período do curso de medicina da IES, e que realizaram o estágio em Estratégia Saúde da Família no primeiro semestre de 2012. Os critérios de exclusão serão: alunos de ambos os sexos cursando do 1º ao 9º períodos do curso de medicina da IES, bem como os alunos do 11º e 12º períodos; alunos que estejam com matrículas fechadas ou aqueles afastados por motivo de doença; alunos que não estejam com matrícula regularizada; alunos que se recusem a participar do estudo. São critérios de interrupção da pesquisa: suspensão da autorização da realização da pesquisa; recusa em massa da participação dos sujeitos da pesquisa; levantamento bibliográfico não condizente com o estudo em questão; impossibilidade de executar a pesquisa por parte do mestrando ou orientador (doença ou óbito); perda de arquivos: computadores, gravações, etc. Como risco vislumbra-se o desencadeamento do sentimento de que seu depoimento poderá influir em sua avaliação final, para minimizar isto será assegurado o sigilo de todas as informações coletadas e o anonimato dos participantes. Em relação aos benefícios para o sujeito destacamos a sua contribuição para a adequação do ensino as Diretrizes Curriculares Nacionais, a mudança no processo de avaliação das atividades práticas que poderão refletir nos próximos períodos.

**III) TCLE (linguagem adequada, descrição dos procedimentos, identificação dos riscos e desconfortos esperados, endereço do responsável, ressarcimento, sigilo, liberdade de recusar ou retirar o consentimento, entre outros):**


Apresentado com identificação das diretrizes definidas na Resolução 196/96 CNS/MS.

**IV) CONCLUSÃO DO PARECER****APROVADO****V) CONSIDERAÇÕES**

Ilmo. Prof. Dr. **Francisco José Passos Soares**, lembre-se que, segundo a res. CNS 196/96:

- 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 e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;
- V.S<sup>a</sup>. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;
- O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador, assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP;
- 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;
- Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente em 13/07/2012 e ao término do estudo (veja modelos no site [www.cesmac.com.br/cep](http://www.cesmac.com.br/cep)). A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

Atenciosamente,

  
Profa Alice Cristina Oliveira Azevedo  
Coord. do COEPE

## Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.*

Eu, ....., tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo **AVALIANDO O DESENVOLVIMENTO DISCENTE: ESTUDO DE CASO SOBRE O ESTÁGIO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**, que será realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, recebi do Sr. Francisco José Passos Soares, médico, diretor da FAMED-UFAL, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a avaliar o desenvolvimento discente durante o estágio em Estratégia Saúde da Família – ESF no 10º período do curso de medicina da FAMED-UFAL sob a visão dos preceptores da rede municipal de saúde;
- 2) Que a importância deste estudo é a de analisar o processo de desenvolvimento discente sob a visão dos próprios discentes, levando-se em conta a experiência dos últimos seis anos de implantação do Estágio em Estratégia Saúde da Família no curso de medicina da UFAL;
- 3) Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: apontem para uma real mudança, mesmo que parciais, o desenvolvimento discente, com vistas à formação do profissional generalista para atuar no SUS, e direcione para mudanças necessárias na graduação, pois estaremos na fase de avaliação das mudanças curriculares após seis anos de sua implantação em nossa faculdade ;
- 4) Que este estudo começará em maio de 2012 e terminará em dezembro de 2012;
- 5) Que eu participarei do estudo da seguinte maneira: pesquisa qualitativa, tipo exploratória, com delineamento de estudo de caso avaliativo, utilizando grupo focal;
- 6) Que o possível riscos à minha saúde física e mental será sentimento de que meu depoimento poderá influir em minha avaliação final;
- 7) Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: garantia de anonimato nas respostas a entrevista do grupo focal;
- 8) Que poderei contar com a assistência FAMED-UFAL, sendo responsável (is) por ela a direção da instituição – Francisco José Passos Soares;
- 9) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação será a mudança no processo de avaliação das atividades práticas que poderão refletir nos próximos períodos conseguidos através de contribuição para a adequação do ensino as Diretrizes Curriculares Nacionais;
- 10) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
- 11) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- 12) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;

13) Que eu deverei ser ressarcido por qualquer despesa que venha a ter com a minha participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas foi-me garantida a existência de recursos.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço do(a) participante voluntário(a):**

Domicílio: (rua, conjunto).....Bloco: .....

Nº: ....., complemento: .....Bairro: .....

Cidade: .....CEP:.....Telefone: .....

Ponto de referência: .....

**Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:**

**Francisco José Passos Soares**

Endereço: Rua Cônego Antônio Firmino de Vasconcelos, nº 138, Apto 301, Ed. Renon  
Bairro: Jatiúca. CEP 57.036-470 / Cidade: Maceió-AI Telefone p/ contato: 9983-4439

**Instituição:**

Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS	Endereço (Rua, nº): Campus A.C. Simões, S/N. KM97, BR 104. Tabuleiro do Martins. Fone: 3214-1140 / 1141
Unidade/órgão: Faculdade de Medicina	CEP: 57072-900   Cidade: Maceió

**ATENÇÃO:** Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino (COEPE), pertencente ao Centro Universitário Cesmac – FEJAL: Rua Cônego Machado, 918. Farol, CEP.: 57021-060. Telefone: 3215-5062. Correio eletrônico: [cepcesmac@gmail.com](mailto:cepcesmac@gmail.com)

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal**  
(rubricar as demais folhas)

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do responsável pelo Estudo**  
(rubricar as demais folhas)

## **Anexo C: Roteiro para o Grupo Focal**

**PÚBLICO ALVO:** estudantes do décimo período da FAMED-UFAL que terminaram o estágio em Estratégia Saúde da Família.

**TEMA PARA DISCUSSÃO:** Desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes durante o estágio em ESF.

**QUESTÕES MOTIVADORAS PARA A DISCUSSÃO:**

### **1. O QUE VOCÊ ENTENDE POR HABILIDADES?**

### **2. COMO VOCÊ PERCEBE O SEU DESENVOLVIMENTO QUANTO ÀS HABILIDADES PRÁTICAS APÓS O ESTÁGIO?**

- ✓ como realiza a anamnese (enfoque psicossocial); ( )
- ✓ exame físico (completo, focal, orientado pela anamnese, parcial); ( )
- ✓ uso de protocolos assistenciais (hipertensão, diabetes, imunização etc.).( )

### **3. COMO VOCÊ PERCEBE O DESENVOLVIMENTO DE SUAS ATITUDES APÓS O ESTÁGIO?**

- ✓ tem como preocupação a relação custo/benefício de atos e prescrições médicas; ( )
- ✓ compreende a comunidade de origem do paciente como fator relevante na determinação do equilíbrio entre o binômio saúde/doença; ( )
- ✓ desenvolve ação na comunidade de origem do paciente para reverter fatores sócio-ambientais determinantes da doença; ( )
- ✓ preocupa-se com a saúde mental do paciente; ( )
- ✓ observa os relacionamentos familiares. ( )

### **4. QUAIS AS COMPETÊNCIAS INERENTES À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA VOCÊ CONSIDERA RELEVANTE?**

- ✓ criação de vínculo com o paciente e sua família; ( )
- ✓ atenção continuada; ( )
- ✓ atenção e cuidado com qualidade de vida; ( )
- ✓ continuidade da atenção em outros níveis; ( )
- ✓ execução de ações de promoção e prevenção de saúde; ( )
- ✓ reconhece diferentes condutas para hipóteses diagnósticas semelhantes;
- ✓ identifica problemas comuns na comunidade; ( )
- ✓ consegue diagnosticar outras patologias por trás de queixas múltiplas e vagas.( )

## Anexo D: Comprovante de submissão do artigo à Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM)

The screenshot displays the website for the Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM). The browser address bar shows the URL [www.educacaomedica.org.br/artigos/meusartigos.php](http://www.educacaomedica.org.br/artigos/meusartigos.php). The page header includes the journal title and ISSN information: "Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM" with ISSN (versão impressa) 0100-5502 and ISSN (versão online) 1981-5271. A navigation menu contains links for "Sobre a Revista", "Edições e Assinatura", "Artigo e Submissão", "Conselho Editorial", "Indexação e Parceiros", and "Fale Conosco".

The main content area is titled "Artigo e Submissão" and is divided into two sections:

- Artigos Aprovados:** A message stating "Você não possui artigos aprovados aguardando publicação." and instructions to check the table below for articles pending evaluation. It also notes that if no articles have been submitted, the user should use the "Novo Artigo" option on the right to fill out the appropriate form.
- Artigos Aguardando Avaliação:** A list containing one article: "e-0129/2013 - DESENVOLVIMENTO DISCENTE NO ESTÁGIO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA".

On the right side, there is a sidebar for a user named "JOÃO KLÍNIO CAVALCANTE" with a "desconectar" button. Below this is a "Menu de APOIO" with links for "Meus Dados", "Meus Artigos", and "Dicas do SITE RBEM". A note advises users to use the "Artigo e Submissão" menu to register and submit articles for evaluation.

At the bottom of the page, there is contact information for RBEM: "Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM - ISSN - 0100-5502", "Av. Brasil, 4036, sala 1006 - Mangueiras - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ", "Fones: (21) 2280-6161 e (21) 2573-0431 - FAX: (21) 2260-6662", and "revista@educacaomedica.org.br". Logos for funding agencies (CNPq, FAPESP) and government departments (Ministério da Educação, Ministério da Ciência e Tecnologia) are also present. The footer mentions "Desenvolvido por ZANDA Multimídia da Informação". The system tray at the bottom right shows the date "05/09/2013" and time "18:16".