CHAPTER VI

MEDICAL EDUCATION IN RURAL SETTINGS: AN EXPERIENTIAL ACCOUNT OF THE FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE INTERNSHIP AT THE CRUTAC OF A PUBLIC UNIVERSITY IN CEARÁ

FORMAÇÃO MÉDICA EM TERRITÓRIO RURAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO INTERNATO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CRUTAC DE UMA IES PÚBLICA DO CEARÁ

DOI: 10.51859/amplla.sset.3225-6

Antonio Eudes Soares de Sousa [1]
Felipe Igor de Menezes [2]
João Antonio Soares de Sousa [3]
Lívia Neves Pereira [4]
Maria das Graças Barbosa Peixoto [5]
Janete de Souza Bezerra [6]

[1] Graduando do curso de Medicina. Universidade Estadual do Ceará – UECE. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-5817-4595
[2] Graduando do curso de Medicina. Universidade Estadual do Ceará – UECE. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-8804-4813
[3] Graduando do curso de Medicina. Universidade Federal do Ceará – UFC. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-9909-189X
[4] Graduanda do curso de Medicina. Universidade Federal do Ceará – UFC. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-3409-4815
[5] Mestre em Saúde Pública. Professora adjunta do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará – UECE. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9800-1778
[6] Doutoranda em Ensino das Ciências. Professora assistente do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará – UECE. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2674-0790.

ABSTRACT

This study describes a medical student's experience during an internship in Family and Community Medicine at the Rural University Training and Community Action Center (CRUTAC) in a municipality in the semi-arid region of Ceará. The objective was to analyze the training experience in Family Medicine at CRUTAC, constructing a detailed description of the practical, theoretical, and sociocultural dimensions that may influence professional trajectory. Using qualitative autoethnographic methodology with participant observation and field diary, the practical, theoretical, and sociocultural dimensions of medical training in rural contexts were analyzed. The immersion was conducted in August 2024 at a rural Primary Health Unit serving vulnerable inhabitants. Results revealed structural challenges such as physician shortage and team overload, requiring creative care reorganization. Activities included outpatient care with morbidity profiles related to local social determinants, contextualized home visits, health education adapted to local culture, participation in vaccination campaigns, and mental health matrix support processes. The experience demonstrated that effective medical practice in vulnerable contexts requires synthesis between clinical competence and sociocultural sensitivity. Findings highlight the need for longer student immersions in rural settings, greater intersectoral coordination, and strengthened matrix support. The study contributes to improving medical education oriented toward the Unified Health System, valuing dialogue between biomedical and popular knowledge in the territory.

Keywords: Medical Education, Clinical Clerkship, Primary Health Care, Rural Health.

RESUMO

Este estudo descreve a experiência de um estudante de medicina durante o internato em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC), em município do semiárido cearense. O objetivo foi analisar a experiência de formação em MFC no CRUTAC, construindo uma descrição das dimensões práticas, teóricas e socioculturais que podem influenciar a trajetória profissional. Utilizando metodologia autoetnográfica qualitativa, com observação participante e diário de campo, foram analisadas as dimensões práticas, teóricas e socioculturais da formação médica em contexto rural. A imersão foi realizada em agosto de 2024, em uma Unidade Básica de Saúde rural que atende habitantes em situação de vulnerabilidade. Os resultados revelaram desafios estruturais como escassez médica e sobrecarga da equipe, exigindo reorganização criativa do cuidado. As atividades desenvolvidas incluíram atendimentos ambulatoriais com perfil de morbidade relacionado aos determinantes sociais locais, visitas domiciliares contextualizadas, educação em saúde adaptada à cultura local, participação em campanhas de vacinação e processos de matriciamento em saúde mental. A experiência demonstrou que a prática médica eficaz em contextos vulneráveis requer síntese entre competência clínica e sensibilidade sociocultural. Os achados evidenciam a necessidade de imersões mais prolongadas de estudantes em cenários rurais, maior articulação intersetorial e fortalecimento do apoio matricial. O estudo contribui para o aprimoramento da formação médica voltada ao Sistema Único de Saúde, valorizando o diálogo entre saberes biomédicos e populares no território.

Palavras-chave: Educação Médica, Internato de Medicina, Atenção Primária à Saúde, Saúde da População Rural

1 INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) determinam que o internato na Atenção Primária à Saúde (APS) seja obrigatório na formação médica brasileira, visando consolidar competências essenciais para o exercício profissional. O estágio em Medicina de Família e Comunidade (MFC) em contextos rurais oferece aos estudantes contato direto com as realidades do Sistema Único de Saúde (SUS), conectando conhecimentos teóricos aos desafios práticos enfrentados por populações em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2014).

A MFC constitui a especialidade médica central da APS no SUS. Diferente da medicina centrada na doença, seu modelo prioriza a pessoa em seu contexto familiar e social, construindo vínculos terapêuticos duradouros e coordenando o cuidado longitudinal (POLATI *et al*., 2024; ALLEN *et al*., 2023). Entretanto, a especialidade ainda enfrenta desvalorização no meio acadêmico, onde predominam currículos hospitalocêntricos (CLEMENTE *et al*., 2021). Essa realidade torna o internato

supervisionado em MFC uma oportunidade singular para que estudantes compreendam na prática os princípios da atenção primária.

Durante o internato em MFC, estudantes desenvolvem competências específicas: escuta qualificada, elaboração de projetos terapêuticos individualizados e trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais (PEREIRA *et al*., 2022). O Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC) representa um cenário privilegiado para essa formação, inserindo acadêmicos em comunidades rurais onde esses conceitos ganham aplicação concreta.

Municípios rurais apresentam desafios únicos: recursos limitados, perfis epidemiológicos específicos e barreiras geográficas ao acesso. Nesse contexto, estudantes aprendem a valorizar a semiologia clássica e adaptar condutas às realidades locais. A vivência rural expõe os determinantes sociais da saúde, desde a relação entre falta de saneamento e parasitoses até o impacto do isolamento geográfico na adesão terapêutica. Estudantes também se deparam com doenças negligenciadas, raramente vistas em grandes centros, e precisam desenvolver competência cultural para comunicar diagnósticos e tratamentos (SILVA *et al*., 2024).

Essa experiência fortalece o raciocínio clínico e pode despertar vocação para atuação em áreas carentes, contribuindo para reduzir desigualdades no acesso à saúde (ROCHA *et al*., 2020). O CRUTAC, ao inserir estudantes em municípios semiáridos de pequeno porte, desenvolve simultaneamente habilidades clínicas e consciência sobre determinantes sociais, promovendo uma medicina socialmente responsável (PEIXOTO, 2022).

Três fatores justificam este estudo. Primeiro, analisar detalhadamente essa vivência pode indicar caminhos para melhorias curriculares e estratégias pedagógicas na formação para APS. Segundo, existe lacuna na literatura sobre experiências formativas no CRUTAC em contextos semiáridos. Terceiro, os achados podem fundamentar políticas de valorização da MFC e fixação profissional em regiões vulneráveis.

O objetivo deste estudo é analisar a experiência de um estudante de Medicina durante o internato em MFC no CRUTAC, em município do interior cearense, descrevendo as dimensões práticas, teóricas e socioculturais dessa vivência e suas possíveis influências na trajetória profissional futura.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo autoetnográfico com abordagem qualitativa. Optou-se por esse método pela necessidade de compreender dimensões subjetivas e contextuais da experiência formativa. A pesquisa qualitativa revela complexidades das práticas em saúde frequentemente invisíveis em abordagens quantitativas (FARIA-SCHÜTZER *et al*., 2021). A autoetnografia possibilita reconstrução sistemática da experiência vivida (MATTOS *et al*., 2024), gerando percepções relevantes sobre formação em MFC rural.

O estudo foi realizado em agosto de 2024 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) rural de um município do norte cearense. Selecionou-se esse local por representar cenário típico para formação em MFC em uma região com características socioeconômicas e geográficas particulares. O município possui menos de 50 mil habitantes, localiza-se a 300 km de Fortaleza, tem a agricultura como atividade econômica principal e enfrenta indicadores de vulnerabilidade agravados por secas prolongadas (IBGE, 2024).

O pesquisador atuou como observador-participante durante todo o internato nessa unidade. Essa posição permite capturar reflexões emergentes da prática profissional em contexto real (OLMOS-VEGA, 2023). Utilizou-se observação participante intensiva e registros sistemáticos em diário de campo. A inserção cotidiana na UBS documentou dinâmicas da equipe multiprofissional, interações comunidade-serviço e organização interna da unidade. O diário registrou atividades clínicas (consultas, visitas domiciliares), intervenções educativas, ações coletivas e processos de matriciamento, incluindo descrições situacionais, reflexões críticas e percepções contextuais.

Os dados foram analisados mediante análise temática de conteúdo (CARDOSO, 2021) em três etapas: 1) pré-análise com leitura exploratória dos registros; 2) codificação e criação de categorias temáticas centrais; 3) interpretação baseada no referencial teórico. Focou-se na identificação de desafios operacionais e potenciais formativos da APS rural, relacionando experiências documentadas às competências das DCNs (BRASIL, 2014), ao Plano de Atividades do Internato em MFC do CRUTAC (PEIXOTO, 2022) e ao modelo reflexivo de Olmos-Vega (2023).

A pesquisa seguiu preceitos éticos da Resolução CNS nº 510/2016 para Ciências Humanas e Sociais. Segundo seu Artigo 1º, o estudo dispensa registro no

sistema CEP/CONEP por partir da experiência profissional do próprio pesquisador, sem identificar participantes nem gerar riscos diretos a terceiros. Adotou-se processo rigoroso de desidentificação, alterando nomes e referências que permitissem reconhecimento de indivíduos, unidade de saúde ou município.

A metodologia autoetnográfica apresenta limitações devido à subjetividade do pesquisador-observador-participante (MATTOS *et al*., 2024). Para reduzir vieses, aplicaram-se quatro estratégias: registros sistemáticos no diário de campo; discussões regulares com a equipe; confronto dos achados com literatura; análise reflexiva pós-campo. A autoetnografia combina experiência pessoal, contexto cultural e narrativa reflexiva. Embora a generalização seja limitada pela singularidade da experiência, o método busca transferibilidade conceitual para contextos similares de formação médica rural.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O internato rural de MFC representou uma experiência formativa rica e desafiadora. Para organizar a análise, estruturou-se a descrição em três eixos fundamentais: caracterização do território e cenário de prática, abordagem pedagógica e papel da preceptora e detalhamento das atividades desenvolvidas.

3.1 Caracterização do cenário da prática

O estágio ocorreu em um município cearense localizado a cerca de 300 km de Fortaleza, região norte do estado, com população inferior a 50 mil habitantes e economia baseada na agricultura familiar. A cidade situa-se no semiárido, região climática caracterizada por estiagens prolongadas que impactam diretamente o modo de vida e a saúde populacional, especialmente rural.

O campo de prática foi uma UBS rural que atende aproximadamente 1.000 habitantes em vulnerabilidade socioeconômica. A população é majoritariamente agrícola e enfrenta barreiras significativas para acesso a serviços especializados, agravadas pela distância do centro urbano e precariedade das estradas de terra. No período chuvoso, essas vias tornam-se intransitáveis, intensificando o isolamento comunitário.

A infraestrutura da UBS é simples, mas funcional. Possui um consultório médico, um de enfermagem e uma sala multifuncional que concentra procedimentos, vacinação e farmácia básica. A equipe fixa inclui médica preceptora, enfermeira,

técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), estes representam o principal elo com o território. Profissionais como fisioterapeuta, psicóloga e nutricionista visitam a unidade esporadicamente, revelando lacunas na disponibilidade contínua de apoio especializado.

3.2 O primeiro desafio estrutural: escassez médica e reorganização do cuidado

Logo no início do estágio, observou-se a sobrecarga da médica preceptora. Por falta de profissionais em postos adjacentes, ela redistribuía sua carga horária, dedicando três turnos semanais ao atendimento em duas outras localidades rurais. Essa situação forçou uma reorganização dinâmica do cuidado na UBS principal.

Durante a ausência médica, a equipe de enfermagem e ACS assumiam acolhimento e manejo inicial dos casos, com apoio remoto da preceptora quando viável. Embora demonstre resiliência e colaboração da equipe, essa dinâmica expõe a sobrecarga sistêmica e escassez médica na atenção primária rural, um desafio estrutural crônico do SUS em áreas remotas.

Um único profissional cobrir múltiplas comunidades revela não apenas déficit quantitativo, mas exige que equipes atuem no limite de suas competências para manter continuidade assistencial. Essa realidade tornou-se laboratório prático para compreender trabalho em equipe, comunicação interprofissional e gestão criativa de recursos escassos.

Esses achados convergem com estudos recentes sobre formação médica rural. Targa *et al*. (2022) identifica desafios estruturais similares no internato da Universidade de Caxias do Sul: escassez profissional e adaptação criativa às limitações de recursos. A sobrecarga da preceptora corrobora Silva *et al*. (2024), que documentaram redistribuição médica entre múltiplas unidades como realidade comum na APS rural.

3.3 Atendimentos ambulatoriais

Os atendimentos sob supervisão direta foram centrais para desenvolver competências clínicas. A prática revelou perfil de morbidade ligado aos determinantes sociais e ambientais locais (SEVALHO, 2024). Problemas respiratórios, especialmente bronquite crônica, eram frequentes devido à exposição a poeira e uso doméstico de fogão a lenha. Hipertensão e diabetes também prevaleciam, frequentemente descompensados por dieta inadequada e dificuldades no acesso a

tratamento contínuo. Parasitoses eram comuns em crianças, demandando não só medicação, mas orientação sobre práticas de higiene.

A saúde da mulher representou frente importante de trabalho, focando no pré-natal e planejamento familiar conforme diretrizes de atenção integral (BRASIL, 2011). O acompanhamento gestacional incluía identificação precoce de riscos como pré-eclâmpsia e diabetes gestacional, além da articulação para garantir parto seguro.

A prática expôs desafios operacionais significativos. Diferentes níveis de letramento em saúde exigiam estratégias de comunicação variadas, onde escuta qualificada se mostrou fundamental para construir vínculos terapêuticos. Por exemplo, diante da dificuldade de um paciente analfabeto compreender posologia medicamentosa, recorreu-se a analogias com ciclos agrícolas, traduzindo conhecimento científico para linguagem familiar. Essa adaptação espontânea facilitou adesão e exemplifica como a prática rural exige incorporar realidades comunitárias em qualquer projeto terapêutico.

3.4 Visitas domiciliares

As visitas domiciliares possibilitaram abordagem contextualizada, garantindo cuidado a pacientes com limitações de locomoção, como idosos e acamados com sequelas de AVC. Realizadas com enfermeira e ACS, cujo conhecimento territorial foi fundamental (CLEMENTE *et al*., 2021), incluíam avaliações clínicas completas: aferição pressórica, controle glicêmico e atualização do histórico médico. A inserção no ambiente doméstico permitiu observar diretamente determinantes de saúde como moradias precárias e falta de saneamento, informações essenciais para planejamento eficaz (SEVALHO, 2024).

Além da assistência, as visitas incluíam educação em saúde: orientações sobre higiene, prevenção de quedas e, para pacientes acamados, prevenção de úlceras por pressão mediante orientação aos cuidadores. Essa proximidade com o cotidiano dos usuários aprofundou reflexões sobre a prática, revelando que "falta de adesão" frequentemente mascarava ausência de transporte ou incompreensão das orientações.

A transição da clínica para o domicílio exigiu constante adaptação, pois soluções não estavam em protocolos, mas na capacidade de improvisar conforme o contexto observado. A imersão domiciliar permitiu compreender significados que

pessoas atribuem à saúde, mostrando que cuidado efetivo se relaciona mais com diálogo e compreensão do modo de vida que com prescrições isoladas.

3.5 Educação em saúde

A educação em saúde permeou todo o trabalho, manifestando-se em ações espontâneas e iniciativas estruturadas. Consultório e sala de espera da UBS tornaram-se cenários importantes para exercitar a comunicação. Nesses espaços, o desafio era traduzir temas relevantes, como hipertensão e hanseníase, para uma linguagem acessível.

Utilizou-se como referência o Plano de Atividades do Internato em MFC do CRUTAC (PEIXOTO, 2022), que propõe atividades na sala de espera para apresentar aos usuários temas de importância comunitária. Abordar hanseníase, por exemplo, ultrapassava descrição de sinais e sintomas: objetivava-se desmistificar a doença, reduzir estigma social e estimular busca ativa por diagnóstico precoce, conforme diretrizes ministeriais (BRASIL, 2022).

A experiência evoluiu para ações mais complexas, como implantação de grupo de combate ao tabagismo. Em colaboração multiprofissional, criou-se espaço de acolhimento para discutir os impactos do tabaco e compartilhar estratégias de cessação. O suporte foi abrangente: planos personalizados de cessação, identificação de gatilhos, orientações sobre terapia de substituição nicotínica, medicamentos de apoio e técnicas comportamentais, seguindo políticas ministeriais (BRASIL, 2020).

Conduzir essas atividades exigiu desenvolver habilidades de moderação, escuta ativa e adaptação contínua da linguagem. A experiência mostrou que educação em saúde rural é mais eficaz quando constrói conhecimento em diálogo horizontal com a comunidade, valorizando saberes populares (FARIA-SCHÜTZER *et al*., 2021). O processo mostrou que enquanto a comunidade assumia protagonismo no cuidado, houve revisão da própria formação, compreendendo que mudança sustentável nasce do respeito à cultura local, não da imposição de informações.

3.6 Saúde coletiva

A participação em campanhas de vacinação ilustrou a dinâmica complexa da promoção da saúde em escala coletiva no meio rural. Embora o objetivo fosse ampliar a cobertura vacinal de grupos vulneráveis, como crianças e idosos, a execução expôs

desafios logísticos importantes. Grandes distâncias e estradas de difícil acesso exigiam planejamento cuidadoso e dedicação intensa da equipe.

Esses obstáculos foram superados através de estratégias territoriais adaptadas, seguindo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017). Os ACS tiveram papel central, usando conhecimento detalhado da região para mapear famílias, realizar busca ativa de não vacinados e mobilizar a comunidade via rádios locais. A capacidade do sistema local reorganizar-se e utilizar recursos sociais disponíveis foi um achado importante.

A observação dessas campanhas permitiu análise não apenas clínica, mas de gestão em saúde pública, compreendendo articulação entre logística, comunicação e recursos humanos. O sucesso das ações coletivas dependeu do reconhecimento da cultura territorial, o cuidado das mães com cadernetas de vacinação revelou-se capital social tão importante quanto insumos técnicos, transformando documento de registro em símbolo de pertencimento ao sistema de proteção social.

3.7 Matriciamento e cuidado em rede

A participação no matriciamento em saúde mental foi experiência marcante para compreender o cuidado integral na prática. Essa estratégia para superar fragmentação assistencial (CLEMENTE *et al*., 2021) ocorreu através de reuniões clínicas periódicas reunindo profissionais diversos, como equipe da UBS (médica, enfermeira, técnico, ACS), especialistas do CAPS e, nos casos discutidos, profissionais da educação como professores e psicopedagogas. O objetivo era abordar casos complexos integradamente, conectando cuidado em saúde mental ao manejo de outras condições crônicas e aos contextos de vida e escolar dos usuários.

Essa troca entre diferentes áreas enriqueceu a compreensão dos casos, possibilitando a construção de projetos terapêuticos individualizados e mais adequados às necessidades dos usuários, facilitando acesso a recursos especializados. O matriciamento funcionou como espaço de reflexão coletiva, onde conhecimento foi construído no diálogo entre especialidades distintas. Simultaneamente, a vivência expôs dificuldades estruturais: escassez de recursos na rede de saúde mental e persistência do estigma social.

O processo mostrou que sucesso do matriciamento reside na capacidade de articular diferentes visões sobre saúde mental (FARIA-SCHÜTZER *et al*., 2021). Na realidade rural observada, matriciamento funcionou não apenas como técnica, mas

como ferramenta para ressignificar histórias de vida marcadas pela exclusão, expondo limites do ensino médico tradicional diante das complexidades territoriais.

3.8 Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações importantes. A natureza autoetnográfica, centrada em experiência individual, limita a generalização dos achados. A subjetividade do método pode ter influenciado coleta e análise, exigindo reflexividade crítica constante (MATTOS *et al*., 2024). O período de imersão de um mês pode ter sido insuficiente para capturar dinâmicas sazonais rurais. Lacerda (2023) mostra que internatos rurais eficazes têm duração mínima de dois meses para adequada apreensão das variações climáticas e impactos na saúde local. A escolha de único cenário impede comparações com outras realidades rurais. A perspectiva exclusivamente discente não reflete experiências de outros atores (preceptores, equipe, usuários). O processo de desidentificação pode ter omitido detalhes contextuais relevantes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência em MFC no semiárido cearense constituiu um laboratório de aprendizado onde os fundamentos teóricos foram continuamente confrontados com a complexidade da realidade local. Esta experiência evidenciou que a efetividade da prática médica em territórios vulnerabilizados demanda uma articulação orgânica entre rigor clínico e compreensão sociocultural. A investigação diagnóstica de afecções respiratórias, por exemplo, ganhou nova dimensão a partir da análise das condições habitacionais; o manejo da hipertensão arterial sistêmica incorporou necessariamente os ciclos produtivos agrícolas; e a assistência à saúde da mulher emergiu como janela privilegiada para a análise dos determinantes sociais do processo saúde-doença. A colaboração da equipe de ACS consolidou-se como elemento estruturante, demonstrando que o registro clínico adequado pressupõe, invariavelmente, a leitura crítica do território.

Orientado pela perspectiva da prática reflexiva proposta por Olmos-Vega (2023), cada intervenção configurou-se como oportunidade de investigação. A resistência de um agricultor idoso à hospitalização, motivada por sua vinculação às atividades produtivas sazonais, demandou a construção coletiva de um plano terapêutico alternativo, ilustrando a tensão permanente entre diretrizes clínicas e

singularidades contextuais. Esse exercício reflexivo revelou tanto a inventividade exigida em cenários de limitação de recursos quanto às insuficiências estruturais do sistema de saúde. A capacidade resolutiva da Atenção Primária em contextos rurais, conforme destacam Faria-Schützer *et al*. (2021), ancora-se no reconhecimento da saúde como construção dialógica entre diferentes epistemes, onde o saber biomédico deve estabelecer interface produtiva com os conhecimentos e as condições materiais de existência locais.

As implicações derivadas desta análise incidem diretamente sobre as práticas formativas e assistenciais. No âmbito da educação médica, torna-se imperativa a ampliação temporal e qualitativa das inserções estudantis em territórios rurais, acompanhada da qualificação de preceptores como facilitadores do diálogo intercultural. Para a organização dos serviços de saúde, releva-se a necessidade de intensificar a articulação intersetorial, particularmente com educação e assistência social, e de fortalecer o apoio matricial como estratégia para a concretização da integralidade do cuidado. As políticas públicas devem, consequentemente, incorporar os ACS aos processos formativos, vincular investimentos em saneamento básico aos indicadores epidemiológicos e reconhecer as UBS rurais como espaços privilegiados de inovação assistencial.

Este relato busca, portanto, contribuir para a reorientação das práticas formativas e assistenciais direcionadas às populações rurais. A experiência no CRUTAC configura-se não como ponto de chegada, mas como marco inaugural de um compromisso ético-político: desenvolver uma medicina territorialmente situada, pautada pela escuta qualificada das demandas populacionais. Evidencia-se que a formação médica voltada ao SUS transcende o cumprimento de grades curriculares, exigindo a disposição para reinventar práticas assistenciais nos espaços onde a realidade interpela os protocolos estabelecidos, valorizando os saberes que emergem do diálogo com territórios de alta complexidade social como o semiárido cearense.

REFERÊNCIAS

Allen, J., *et al*. (2023). ***The European Definition of General Practice/Family Medicine*** (2023 Edition). WONCA Europe. https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. (2014, June 20). Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho

de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. ***Diário Oficial da União***. https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). ***Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*** (1st ed., 2nd reprint). Editora do Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2017, September 21). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). ***Diário Oficial da União***. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2020). ***Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: tabagismo.*** Ministério da Saúde. https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. (2022). ***Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase***. Ministério da Saúde. https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes_ms/copy_of_20230131_PCDT_Hanseniase_2022_eletronica_ISBN.pdf

Cardoso, M. R. G., Oliveira, G. S., & Ghelli, K. G. M. (2021). Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. ***Cadernos da FUCAMP***, 20(43), 98-111. http://www.revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2347/1443

Clemente, M. P., Pinto, A. G. A., & Martins, A. K. L. (2021). Gestão participativa na Estratégia Saúde da Família: reorientação da demanda à luz do Método Paideia. ***Saúde em Debate***, 45(129), 315-326. https://doi.org/10.1590/0103-1104202112905

Faria-Schützer, D. B., *et al*. (2021). Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis. ***Ciência & Saúde Coletiva***, 26(1), 265-274. https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.07622019

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2024). ***Guaraciaba do Norte: panorama***. IBGE. https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/guaraciaba-do-norte.html

Lacerda, R. L. (2023). Internato rural nos cursos de Medicina no Brasil. ***Revista Brasileira de Educação Médica*,** 47(1), e046. https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.1-20220155

Mattos, C. L. G., Santos, A., & Grion, V. (2024). Autoetnografia: self, identidade e reflexão como categorias de análise em etnografia. ***Cadernos de Pesquisa***, 31(2), 1-28. https://doi.org/10.18764/2178-2229v31n2.2024.24

Olmos-Vega, F. M., *et al*. (2023). A practical guide to reflexivity in qualitative research: AMEE Guide No. 149. ***Medical Teacher***, 45(3), 241-251. https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2057287

Peixoto, M. G. B. (2022). ***Plano de atividades do Internato de Medicina de Família e Comunidade (CRUTAC - Pacoti)*.** Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Coordenação do Internato de Medicina de Família e Comunidade do Curso de Medicina.

Pereira, A. L. P., *et al*. (2022). A integração ensino-serviço-gestão-comunidade na percepção de preceptores de graduandos na Atenção Primária à Saúde. ***Physis: Revista de Saúde Coletiva***, 32(3), e320305. https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320305

Polati, A. M., *et al*. (2024). Coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde na atenção às pessoas com doenças crônicas. ***Medicina***, 57(4), e-220586. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.220586

Rocha, E. M. S., *et al*. (2020). Educational predictors for the retention of physicians in remote and unassisted areas: a narrative review. ***Revista Brasileira de Educação Médica***, 44(1), e024. https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190281

Sevalho, G. (2024). Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. ***Cadernos de Saúde Pública***, 40(12), e00035724. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT035724

Silva, S. C. C. G., Mussi, R. F. F., & Brissos-Lino, J. (2024). Apresentação Dossiê: Interdisciplinaridade em Pauta: Socializando os Diferentes Contextos de Pesquisa. ***Revista Ouricuri***, 14(2), 1-2. https://doi.org/10.59360/ouricuri.vol14.i2.a22755

Targa, L. V., *et al*. (2022). Avaliação do internato médico rural em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Caxias do Sul: reflexões para a educação médica e políticas de saúde. ***Semina: Ciências Biológicas e da Saúde***, 43(1), 115-128. https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/44075